

psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 8, Dicembre 2011

ISSN 2035-2328

CONTENUTI

- | | | |
|----------------------|---|-----------|
| Domenico Navarro | <i>Il Disturbo Post-Traumatico da Stress</i> | pp. 3-38 |
| Maria Cristina Testa | <i>Progetto di sostegno alla genitorialità in un nido</i> | pp. 39-73 |

CASI CLINICI

- | | | |
|---------------------|--|-----------|
| Marianna Trimbolini | <i>Tra innamoramento e competizione: il caso di Fabrizio</i> | pp. 74-97 |
|---------------------|--|-----------|

Responsabile: Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

GRUPPO ETA' EVOLUTIVA E SCUOLA:

Carla Boselli, Alessandra Ciolfi, Simona Cirillo, Elisa De Matteis, Lina Pagliuca, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE:

Carla Boselli, Simona Cirillo, Martina Migliore, Alessandra Salvini, Rosamaria Sepe, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI DI PERSONALITÀ:

Ludovica Bedeschi, Brigida De Camillis, Anna Maria Di Filetto, Marta Lepore, Marianna Pacciolla, Mara Romiti, Rosamaria Sepe, Marzia Toscano

GRUPPO DISTURBI ALIMENTARI:

Nunzia Brusca, Elisa de Matteis, Marzia Toscano, Alessandra Salvini

GRUPPO STRUMENTI E TECNICHE:

Mara Romiti, Katia Tenore.

GRUPPO DISTURBI PSICOTICI:

Nunzia Brusca, Emanuela Cellitti, Brigida De Camillis, Alessandra Ciolfi, Marta Lepore, Lina Pagliuca

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

Disturbo Post-Traumatico da Stress

Domenico Navarra¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, libero professionista, Bari

Riassunto

Nel corso degli ultimi anni c'è stata una forte crescita nella consapevolezza dello stress traumatico e nell'interesse clinico. Infatti, a partire dall'inizio del secolo tale condizione è diventata oggetto di interesse e studio scientifico. Oggi, è possibile verificarne i criteri diagnostici e intervenire clinicamente sui fattori di vulnerabilità, sui fattori di mantenimento e su eventuali comorbidità. Il trattamento cognitivo-comportamentale è tra i più studiati attraverso degli studi di efficacia.

Parole chiave: criteri diagnostici, comorbidità, fattori vulnerabilità, fattori di mantenimento, trattamento

Summary

Recent years have seen a strong growth of interest in traumatic stress. In fact, since the beginning of the century this condition has become a subject of interest and scientific study. Is now possible to diagnose the problem and intervene with psychological treatments. You can act on vulnerability factors, maintenance factors and possible comorbidities. Cognitive behavioral treatment is among the most studied and found in efficacy studies and appears to be the most effective for the treatment of post traumatic stress disorder

Inquadramento storico

Gli ultimi anni hanno visto una forte crescita della consapevolezza dello stress traumatico. Infatti, dall'inizio di questo secolo la condizione è diventata oggetto di interesse scientifico. A partire da Freud, Kraepelin e Janet, i quali hanno verificato e parlato di reazioni allo stress traumatico in seguito ad incidenti, incendi e altri eventi, passando attraverso le esperienze della Guerra Civile Americana e la Prima Guerra Mondiale, durante le quali guerre, si è assistito a stress traumatici. In tale contesto, inizialmente, si è parlato di danno organico cerebrale in seguito alle esplosioni sul campo di battaglia ("shock da bombardamento") e, solo successivamente, si è verificato come, le reazioni dei militari, non differissero di molto dalle reazioni allo stress traumatico di civili in seguito a traumi non militari.

Il DPTS è stato inserito ufficialmente nel manuale diagnostico dell'*American Psychiatric Association* (DSM) nel 1980, ma già nella letteratura del Novecento è stato descritto con dizioni differenti (es., nevrosi da guerra, cuore del soldato, shock post-traumatico) per indicare una patologia che insorge acutamente in conseguenza dell'esposizione ad eventi stressanti di gravità estrema che mettono a repentaglio la propria o altrui incolumità. Mentre nella letteratura dei primi anni Ottanta si faceva riferimento prevalentemente alle conseguenze psicologiche di soggetti esposti a operazioni di guerra, da qualche anno le situazioni potenzialmente in grado di portare allo sviluppo del DPTS sono aumentate, mantenendo nel DSM IV il riferimento alla "gravità oggettiva estrema" della situazione (Fullerton e Ursano 2001).

Nel 1987 i criteri diagnostici sono stati significativamente modificati nel DSM-III R e altri piccoli cambiamenti sono stati riscontrati nel DSM-IV. La versione più recente della *International Classification of Diseases* (ICD-10) ha incluso per la prima volta il DPTS.

Criteri diagnostici e presentazione clinica

Il DPTS è un grave disturbo psichiatrico che, nelle sue forme più croniche, si sviluppa in una minoranza di sopravvissuti ad un trauma. Rappresenta l'incapacità di integrare l'esperienza traumatica con la visione integrata di sé e del mondo. I soggetti con DPTS rimangono, dunque, incastrati nel ricordo terrifico incapaci di concentrarsi sul presente. Il disturbo è caratterizzato dalla continua intrusione nella coscienza di ricordi dolorosi a cui segue una forte attivazione fisiologica con relativi tentativi di impedire il riaffiorare dei ricordi attraverso strategie di evitamento attivo e passivo. Questo schema di intrusione ed evitamento porta ad un progressivo peggioramento dei sintomi e delle disabilità nel periodo che segue l'esposizione al trauma.

Il primo criterio che deve essere soddisfatto per la diagnosi di DPTS è *l'esperienza di un evento traumatico*. Per questo criterio vi è stato un acceso dibattito relativo al livello di gravità necessario perché si possa parlare di trauma. In tal senso, gli studi sul campo del DSM-IV hanno dimostrato che non si ha un incremento significativo della prevalenza di DPTS se si adotta una definizione di trauma meno rigorosa (Kilpatrick et al.,1997). Inoltre il DSM-IV nel criterio A1 pone molta enfasi sulla presenza di una minaccia fisica verso di sé o gli altri.

Fondamentale risulta essere la *risposta del soggetto* all'evento traumatico: infatti, nel criterio A2 si parla di "paura, impotenza ed orrore". Il tempo che intercorre perché la sofferenza si manifesti è interpretato abbastanza liberamente.

Il secondo gruppo di criteri è probabilmente il più importante per la comprensione dello stress traumatico per la prevalenza e l'importanza data, all'interno del quadro clinico, ai *ricordi*

spiacevoli. Almeno un sintomo di questo gruppo è necessario per la diagnosi. I criteri riguardano il rivivere l'esperienza traumatica in qualche modo.

- Il criterio B1 si riferisce ai ricordi intrusivi comprese immagini e altre percezioni (odori o suoni) che invadono la coscienza (non si parla di un semplice rimuginio su quanto accaduto)
- Il criterio B2 si riferisce ai sogni e agli incubi i quali, sono spesso accompagnati da agitazione motoria, vocalizzi, sudorazione e , occasionalmente dall'agire aspetti del sogno, rendendo impossibile per il partner dormire accanto al soggetto.
- Il criterio B3 fa riferimento ad esperienze in cui il paziente crede di rivivere l'evento traumatico. Si tratta di fenomeni pseudo-dissociativi chiamati "*flashback*", i quali, essendo rari vengono spesso confusi con la sintomatologia precedentemente descritta.
- I criteri B4 e B5 si riferiscono, rispettivamente, a sofferenza psicologica e sintomi fisici di attivazione durante il ricordo del trauma e riguardano, complessivamente, il rivivere il ricordo. Tali tracce mnestiche possono comprendere anche elementi idiosincratici quali suoni, odori o anche stati interni al momento del trauma.

La sintomatologia relativa al *rivivere il trauma* creano elevata sofferenza psicologica e, generalmente, nel tentativo di ridurre tali fenomeni intrusivi, verranno messe in atto strategie di evitamento. Tali sintomi sono raccolti nel gruppo C e ne sono necessari almeno tre per fare diagnosi di DPTS.

- I criteri C1 e C2 riguardano, rispettivamente, l'evitamento di luoghi o persone e di pensieri, sentimenti e conversazioni e presentano caratteristiche fobiche data la presenza di tentativi di evitamento attivi e producono un conseguente peggioramento dello stile di vita a causa delle limitate possibilità di interazione.
- I criteri C3 e C4 riguardano, invece, tentativi più passivi di evitamento (ottundimento emotivo nelle forme più gravi) e fanno riferimento a amnesie psicogene o una perdita di interesse nelle normali attività come nei disturbi depressivi.
- Il criterio C5 fa riferimento al modo in cui il soggetto viene visto dall'esterno, ovvero, distaccato o estraneo alle altre persone significative e, con il criterio C6, si arriva ad una ridotta modulazione delle risposte affettive.
- Con il criterio C7 si fa riferimento alla percezione, da parte del soggetto, dell'impossibilità di poter vivere una vita lunga e felice a causa del senso di accorciamento del futuro.

Alcuni autori (Foa et al.,1995b) sostengono che *ottundimento e evitamento* attivo siano aspetti differenti e che, inoltre, l'ottundimento è un aspetto centrale per la diagnosi di DPTS differenziandolo dalle reazioni psicologiche al trauma più comuni.

Le modalità di evitamento possono interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti coniugali, divorzio o perdita del lavoro. In alcuni casi gravi e cronici possono essere presenti allucinazioni uditive ed ideazione paranoide. Inoltre, possono essere presenti: sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza di altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere; compromissione della modulazione affettiva; comportamento autolesivo e impulsivo; lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione; sentirsi irrimediabilmente danneggiati; perdita di convinzioni precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; cambiamento delle precedenti caratteristiche di personalità (American Psychiatric Association 2002).

L'ultimo gruppo riguarda i sintomi relativi ad un *persistente aumento dell'attivazione*.

- Il criterio D1 fa riferimento ai disturbi del sonno nei giorni immediatamente successivi al trauma. Alcuni soggetti raccontano di aver paura di andare a dormire per paura degli incubi, altri si sentono imperi solo all'idea di andare a letto. Spesso si verifica un'evoluzione cronica di tale sintomatologia.
- Il criterio D2 si riferisce a rabbia e irritabilità, sintomi questi, che possono avere un effetto distruttivo sulla rete di sostegno allontanando, in tal modo, proprio coloro i quali si sforzano di aiutare e sostenere il soggetto.
- Il criterio D3 riguarda la probabile concentrazione disturbata a causa dei pensieri intrusivi.
- Il criterio D4 fa riferimento all'ipervigilanza mostrata dai soggetti attenti a qualsiasi stimolo di pericolo.
- Il criterio D5 si riferisce all'esagerata risposta di soprassalto caratterizzata oltre che dall'elevata attivazione fisiologica anche dalla incapacità di adattarsi a stimoli simili o uguali che portano al sobbalzo.

Per il DSM-IV i criteri E ed F fanno riferimento alla necessità che i sintomi persistano da almeno un mese e che il disturbo causi significativa sofferenza o compromissione funzionale.

Se i sintomi durano da meno di tre mesi si parla di *disturbo acuto* mentre, superati i tre mesi, si parla di *disturbo cronico*.

Infine si parla di "*forma tardiva*" del disturbo se la sintomatologia si presenta dopo i sei mesi dall'esperienza traumatica.

Il DPTS spesso viene sottostimato a causa di diversi aspetti, tra i quali: la scarsa familiarità di molti medici con questa diagnosi; l'alta frequenza di disturbi che compaiono in comorbidità col DPTS e che possono portare a diagnosi come depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia sociale, fobia specifica o disturbo da abuso e dipendenza da sostanze; l'impossibilità di individuare l'evento traumatico nella storia del paziente (Fullerton e Ursano 2001).

Nonostante la vasta gamma di risposte soggettive/individuali agli eventi traumatici, si può individuare e delineare una serie di sintomi che possono far seguito ad un'esperienza traumatica.

- *La riesperienza intrusiva.* I ricordi dell'evento traumatico possono essere altamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi in forma di flashback, incubi, riattualizzazioni interpersonali, sensazioni somatiche, stati affettivi e/o temi di vita pervasivi (van der Kolk et al., 2004). La "riesperienza" non avviene sempre in uno stato di piena conoscenza, ma può manifestarsi a vari livelli di coscienza: a) in condizioni di totale mancanza di conoscenza; b) in stati di fuga quando i rivissuti avvengono in uno stato di coscienza alterata; c) essere sotto forma di frammenti di percezione monolitici e separati che irrompono nella coscienza" (van der Kolk, 2004); d) in fenomeni di transfert in cui l'eredità traumatica viene rivissuta come destino ineluttabile e) nell'espressione parziale ed esitante dell'esperienza come narrazione insopportabile (van der Kolk et al., 2004).
- *Iperreattività autonoma.* Le risposte fisiologiche nelle persone affette dal PTSD sono condizionate a reagire agli stimoli evocatori del trauma con la reattività autonoma dell'emergenza mettendo in allerta l'organismo. Ma proprio questa facile attivazione rende i soggetti incapaci di fidarsi delle loro sensazioni per prepararsi in maniera adeguata. L'aumento della stimolazione autonoma, che può essere suscitato da uno stimolo attivante ma anche solo dell'ansia stessa, interferisce non solo con il benessere psicologico ma può anche scatenare reazioni inadeguate alle necessità.
- *Ottundimento della sensibilità.* I soggetti traumatizzati sembrano impiegare le loro energie per evitare le sensazioni interne che provocano stress o a controllare le proprie emozioni. In questo modo tendono ad affrontare l'ambiente con ritiro emotivo ovvero con ottundimento emotivo (in forma di depressione, anedonia, mancanza di motivazione, reazioni psicosomatiche, stati dissociativi).
- *Reazioni emotive intense.* I soggetti traumatizzati perdono la capacità di regolare gli affetti. La risposta affettiva è immediata, senza che il soggetto possa comprendere la cosa che lo

turba. I soggetti provano intense sensazioni di paura, ansia, rabbia e panico, anche di fronte a stimoli di lieve entità. Il paziente, di conseguenza, ha una reazione eccessiva oppure, per evitare ciò, si chiude completamente e/o si isola. Sia bambini che adulti che soffrono di questa iperreattività, facilmente sviluppano un disturbo del sonno e/o difficoltà di concentrazione.

- *Difficoltà di apprendimento.* In seguito alle difficoltà di concentrazione e all' iperreattività fisiologica, i soggetti frequentemente sviluppano la mancanza di capacità di apprendimento dall' esperienza. Sono stati osservati anche perdite di modalità di coping dello stress elaborate in precedenza e assunzioni di modalità di coping regredite.
- *Disturbi della memoria e dissociazione.* Da una parte possiamo individuare l' ipermnesia dell' evento traumatico che, come ricordo intrusivo si ripete nel tempo. Dall' altra parte si possono individuare sindromi amnesiche relative all' evento traumatico che possono essere parziali o complete. La dissociazione in questo caso è "capacità psicologica" (Reddeman, Dehner – Rau, 2006) usata per fronteggiare l' insopportabilità dell' evento. Putman (1989) scrive che i bambini esposti a traumi gravi e/o prolungati possono organizzare interi tratti di personalità per far fronte alle esperienze traumatiche.
- *Aggressione contro di sé ed altri.* Studi hanno evidenziato che soggetti affetti dal PTSD rivolgono verso altri o verso se stessi l' aggressione subita. Maltrattamenti durante l' infanzia sono un forte fattore di rischio per lo sviluppo di atteggiamenti aggressivi contro sé stessi oppure verso altri. Comportamenti aggressivi sono stati ben documentati anche nei veterani di guerra (Lewis 1990, 1992)
- *Reazioni psicosomatiche.* Tanti pazienti affetti da PTSD vivono lo stress (ansia, arousal elevato, rabbia) a livello fisico e non come stato psicologico (Saxe et al., 1994) . Soffrono di alessitimia, dell' incapacità di identificare, articolare e tradurre le sensazioni somatiche in sentimenti elementari quali rabbia o paura. Secondo Krystal, (1978) e Pennebaker (1993) è proprio la loro ansia "cronica" ma anche l'ottundimento emotivo ad ostacolare la capacità di riconoscere gli stati emotivi interni.

Comorbidità

Nel DPTS cronico in tantissimi casi si verifica la presenza di almeno un'altra diagnosi. Per esempio Kulka e collaboratori hanno verificato che il 98% dei veterani del Vietnam presentavano un'altra diagnosi. La National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995) ha riportato che quasi il

90% degli uomini e quasi l'80% delle donne con DPTS cronico presentava almeno un'altra diagnosi.

In tale ottica spesso è possibile verificare la presenza di senso di colpa (sintomo incluso nel DSM-III poi eliminato nella versione rivista del 1987) in soggetti sopravvissuti a un trauma. Tale emozione può riguardare il semplice fatto di essere sopravvissuti, i comportamenti messi in atto per sopravvivere e anche i comportamenti successivi all'evento.

Molto presenti sono anche i sintomi depressivi, con conseguenti problemi di diagnosi a causa della sovrapposizione della sintomatologia delle due patologie. Infatti la depressione rappresenta la diagnosi maggiormente diagnosticata in comorbidità con il DPTS (nel 46% dei casi, Kessler et al.,1995). Infatti, il modello basato sulla teoria dell'impotenza appresa di Seligman (1975) afferma che "la convinzione di non poter controllare ciò che influisce sulla propria vita può portare alla depressione. Anche la componente cognitiva dell'impotenza appresa è un fattore critico per l'insorgenza e il perdurare della depressione. A volte le persone che hanno subito un trauma continuano a sentirsi impotenti anche se hanno già riacquisito da tempo un certo controllo" (Carlson, 2005).

Nel 20-30% dei casi è possibile che venga diagnosticato in comorbidità un disturbo di panico e ansia sociale.

Si può verificare un calo dell'autostima in seguito alle difficoltà, per esempio, lavorative e nelle relazioni sociali causate da ansia e depressione.

Possono essere presenti dei disturbi dell'identità in seguito ad un'esperienza traumatica, (per es. confusione circa la propria identità, sensazione di essere in balia di una forza esterna, confusione riguardo ai propri desideri o scopi personali). I problemi di identità possono essere provocati anche dai sintomi dissociativi di depersonalizzazione e amnesia: la persona può sentirsi irreali, distaccata da sé o priva di controllo sul proprio comportamento", che, combinati con l'incapacità di rievocare certi aspetti dell'esperienza traumatica, possono interferire con la percezione di sé e la memoria autobiografica.

Possono verificarsi comportamenti aggressivi in seguito ai sintomi primari del DPTS o come risposta associata al trauma.

In molti casi (52% degli uomini e 28% delle donne) i soggetti con DPTS cronico finiscono per abusare di sostanze fino alla dipendenza. Tale abuso può rientrare nelle forme di evitamento e ottundimento messe in atto dal soggetto per sfuggire ai ricordi dolorosi.

Infine possono essere presenti problematiche di natura somatica quali: problemi gastrointestinali, crampi e dolori, sintomi cardiovascolari e difficoltà psicosessuali.

Infine, si possono riscontrare problematiche di natura sociale e relazionale in seguito a sintomi quali “paura, rabbia, comportamenti aggressivi, appiattimento affettivo, evitamento sociale”.

Come indicazione di massima si può dire che circa la metà di coloro i quali sviluppano il DPTS dopo un trauma guariscono nei primi mesi senza bisogno di alcun trattamento, mentre dopo i 6 mesi i sintomi non miglioreranno se non si fornisce assistenza (Solomon, 1989, Kessler 1995) con la possibilità che il disturbo cronicizzi e che i sintomi possano verificarsi anche per anni senza alcun intervento.

Prevalenza e decorso

Studi epidemiologici recenti hanno dimostrato che l'esperienza del trauma è relativamente comune con stime nella popolazione generale che vanno dal 51% degli uomini, al 61% delle donne. (Kessler et al., 1995) fino all'84% nei campioni misti (Vrana e Lauterbach, 1994). Non tutti i soggetti che subiscono un trauma svilupperanno un DPTS e di quello che lo svilupperanno molti si riprenderanno nei primi mesi successivi all'evento.

Stime sulla prevalenza nel corso della vita variano dall' 1% al 10% per le donne e al 5% per gli uomini (Kessler et al., 1995). La natura dell'evento traumatico è molto importante per lo sviluppo di un DPTS. Lo stupro riporta in generale la prevalenza più alta. Kessler et al., hanno riportato che il 65% dei maschi e il 46% delle donne in seguito a stupro hanno sviluppato DPTS.

Il DPTS può andare incontro a remissione dei sintomi anche senza trattamento specifico. La National Comorbidity Survey ha trovato che il 60% dei casi in ultima analisi hanno un miglioramento della sintomatologia, senza alcun trattamento, nei primi 12 mesi. Uno studio sul DPTS di vittime di aggressioni non sessuali (Riggs et al., 1995) ha dimostrato che il 71% delle donne e il 50% dei maschi presentava diagnosi di DPTS subito dopo l'evento traumatico. A distanza di 3 mesi solo il 21% delle donne e nessun uomo soddisfaceva i criteri per una diagnosi di DPTS. Gli stessi autori riportano un andamento simile per le donne vittime di aggressione sessuale.

Dunque, in linea di massima, circa la metà di coloro i quali presentano un DPTS dopo il trauma guariscono nei primi mesi successivi senza alcun trattamento specifico. Per coloro i quali la sintomatologia non migliora i dati sono meno ottimistici. I dati forniti da molti studi (ad es., Solomon, 1989; Kessler et al., 1995) mostrano che i soggetti che soddisfano ancora i criteri del DPTS dopo sei mesi dall'evento traumatico probabilmente non miglioreranno senza un trattamento specifico, con il rischio concreto che il disturbo possa cronicizzare e perdurare anche per decenni.

E' importante sottolineare che il DPTS non è una normale risposta ad un evento traumatico. Si tratta di un grave disturbo psichiatrico che, almeno nella sua forma cronica, si sviluppa solo in una minoranza di soggetti sottoposti a trauma.

Fattori di vulnerabilità

Una revisione dei fattori di rischio e vulnerabilità è stata fatta da Yehuda (1999) verificando come possano essere divisi in tre grandi fasi: *pretrauma*, *peritrauma* e *post-trauma*.

Per ciò che concerne il *pretrauma* vi sono alcune evidenze che sembrano indicare come un basso livello di istruzione e socioeconomico si possano associare ad un maggiore rischio di DPTS, così come i maschi sposati sarebbero più esposti dei celibi (Kessler et al., 1999b).

Le variabili relative all'ambiente sociale che possono influire sulla capacità della persona di fronteggiare uno *stressor* traumatico sono: l'indigenza, il livello di violenza, la trascuratezza, la presenza di disturbi mentali nelle figure di accudimento, una storia familiare di comportamento antisociale, la precoce separazione dai genitori. (Carlson 2005; Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003).

Alcune ricerche (True et al. 1993) hanno evidenziato che una parte della varianza nelle risposte al trauma dipende da fattori genetici, ma il meccanismo di influenza è ancora sconosciuto. Una possibile spiegazione è che la soglia oltre cui si resta sconvolti dalla paura e dal senso di impotenza varia da una persona all'altra in parte in funzione di differenze genetiche nelle risposte fisiologiche ed emozionali agli *stressor*, specialmente nella propensione alle risposte ansiose. E' stata avanzata anche l'ipotesi di una predisposizione biologica non genetica, ossia fattori ambientali (es., esposizione a tossine o ormoni nell'utero materno o nelle prime fasi dello sviluppo) ed esperienze di vita (es., esposizione a *stressor*) possono produrre cambiamenti biologici permanenti.

Inoltre oggi c'è un maggior numero di prove che spinge nella direzione di una maggiore probabilità che le femmine incorrano in un DPTS rispetto ai maschi (Breslau et al., 1997).

Numerosi studi hanno dimostrato che una storia di pregressi disturbi psichiatrici o una preesistente tendenza all'ansia e alla depressione può essere un fattore di vulnerabilità per il DPTS (Rothbaum et al., 1992b; Blanchard et al., 1996b)

Gran parte della ricerca suggerisce che pregresse esperienze traumatiche, con particolare riferimento ad abusi fisici e sessuali nell'infanzia, costituiscano un importante fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di DPTS in conseguenza di traumi successivi (Breslau et al., 1999).

Rispetto al fattore 'precedenti esperienze traumatiche', la questione è complessa e in letteratura esistono due diversi modi di inquadrare le loro conseguenze sulla capacità di fronteggiare ulteriori esperienze di stress.

- 1) Il fatto di aver vissuto eventi stressanti può aumentare la resistenza della persona alle successive circostanze stressanti; *stressor* poco frequenti e di livello relativamente basso potrebbero avere un effetto di rafforzamento che desensibilizza la persona agli effetti di *stressor* successivi e possono essere significativi rispetto alla successiva capacità di gestire il pericolo, dando l'opportunità di apprendere e praticare abilità di adattamento e sviluppando modelli interiori del sé e del mondo più flessibili che permettano di assorbire più prontamente i traumi futuri.
- 2) Gli eventi stressanti del passato potrebbero menomare la capacità individuale di fronteggiare un trauma (minori risorse emozionali e cognitive a cui attingere); previsione suffragata dalla maggior parte degli studi che rilevano una maggiore incidenza di DPTS nelle popolazioni di persone che vivono in circostanze più stressanti e un'associazione tra esposizione a eventi traumatici in passato (soprattutto se si tratta di abusi fisici e sessuali nell'infanzia) e aumento del rischio di DPTS (Andrews et al. 2003; Connor e Butterfield 2003; Carlson 2005).

Carlson (2005) ha sviluppato un modello teorico che potrebbe spiegare i due effetti opposti degli *stressor* precedenti: (a) contenimento: quando essi fanno apparire un trauma più controllabile e meno negativo; (b) sensibilizzazione: quando lo fanno apparire meno controllabile e più negativo.

La *fase peritraumatica* riguarda il periodo di tempo che comprende la situazione al momento del trauma e immediatamente dopo. La gravità del trauma rappresenta un fattore critico per il successivo adattamento (Kulka et al., 1990; Kessler et al., 1995). Infatti, gli eventi più gravi presentano un livello di minaccia molto elevato per la propria incolumità, durano più a lungo, sono maggiormente complessi ed espongono anche alla sofferenza altrui. Inoltre si è verificato che le persone si adattano molto più facilmente anche ad elevati livelli di stress purchè previsti o prevedibili al contrario di eventi traumatici gravi assolutamente incontrollabili (Creamer et al., 1993; Blanchard et al., 1995).

Infine, alcuni studi hanno rilevato che la dissociazione peritraumatica è un predittore del DPTS migliore rispetto alle caratteristiche oggettive del trauma. E' stato proposto che l'*arousal* ansioso peritraumatico aumenta la memoria correlata al trauma e sensibilizza i sistemi neurobiologici implicati nella patogenesi del DPTS (Andrews et al 2003; Brunet et al. 2001).

Infine, esistono dei fattori post trauma che possono modulare il livello di adattamento. Per esempio un buon sostegno sociale (Creamer et al., 1993; Green, 1996) e le abilità di gestione dello stress (Foa et al., 1991b) possono essere considerati fattori protettivi e aiutare nella guarigione del soggetto.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato dei fattori che si associano a un maggiore rischio di sviluppare un DPTS cronico e/o caratterizzato da sintomi più gravi al *follow-up*, quali: un grave danno fisico, una rabbia persistente, una grave depressione, assistere alla morte o alla lesione di un'altra persona, la dissociazione, un ridotto supporto sociale, l'esperienza di nuovi traumi nei periodi di *follow-up*, un numero maggiore di sintomi di evitamento e di altri sintomi DPTS, disturbi psichiatrici o medici in comorbilità (Davidson 2002; Mellman et al. 2002; Perkonigg et al. 2005; Connor e Butterfield 2003). Mentre le misure

delle iniziali reazioni al trauma spiegano la significativa variazione nel predire il DPTS, i processi che avvengono durante i primi 1-2 mesi dopo il trauma sembrano essere importanti fattori determinanti della progressione o risoluzione della sofferenza post-traumatica (Mellman et al. 2002).

Fattori di mantenimento

Il modello costruito da Ehlers und Clark (2004) si riferisce al circolo vizioso che si instaura dopo "l'interpretazione" di un evento traumatico e dà il via ad un PTSD cronico.

Il modello spiega come l'evitamento degli stimoli (a livello cognitivo e comportamentale) sia responsabile per il mantenimento del disturbo. A causa di quest'evitamento la vittima è ostacolata nel correggere l'interpretazione disfunzionale della realtà attuale, che è ormai "senza pericolo". Gli autori si basano sulla conoscenza, condivisa dalla maggior parte degli autori, che l'esperienza di ansia intensa (insopportabile, annientante) stia alla base del disturbo, e che questa esperienza abbia il suo risvolto nell' ambito clinico a causa di tre componenti:

- la tipologia della memoria traumatica
- l'interpretazione disfunzionale del trauma e delle conseguenze
- il comportamento fortemente evitante di situazioni "stressanti" e l'attivazione di comportamenti rassicuranti che a loro volta sono responsabili della non – correzione dell'interpretazione disfunzionale dell' evento.

Gli autori fanno riferimento alla riesperienza intrusiva, che ha carattere di "qui ed ora", che viene ricordata sensorialmente, che può avvenire senza stimoli connessi direttamente all' esperienza traumatica (per questo possiamo parlare di una "miriade" di stimoli attivanti).

Ehlers e Clark integrano anche le conoscenze relative ai diversi tipi di memoria specifica e annotano che le caratteristiche e specificità della memoria implicita e di quella procedurale sono responsabili della riesperienza intrusiva e della reattività autonoma.

Trattamento

Un evento traumatico può modificare e alterare la percezione di sé e del mondo per quanti ne vengono colpiti, con un conseguente cambiamento radicale del soggetto. In tal senso, considerando che non tutti i cambiamenti devono essere necessariamente negativi, superare un trauma può consentire una crescita personale con lo sviluppo di modelli adattivi di sé e del mondo più funzionali al proprio benessere personale.

Un'esperienza traumatica può svelare che quegli assunti di base riguardo se stessi e il mondo, che normalmente forniscono struttura e significato alla vita della persona facendo da sfondo ad aspettative, comportamento e giudizio (es., identità, visione del mondo, sicurezza, stima, potere, indipendenza, etc.), sono sbagliati, insufficienti o inadeguati. Gli assunti patogeni (es., vulnerabilità, sfiducia, senso di impotenza) possono in seguito sostituirsi ai precedenti assunti e generalizzarsi a molte aree di vita (Shalev 2001). Questo favorisce lo sviluppo dei sintomi di intrusività, evitamento e *iperarousal*

del DPTS. Dopo un evento traumatico il sistema cognitivo cerca di elaborare le informazioni ad esso associate e non ancora integrate e continua a valutarle incompatibili e minacciose per il modello schematico del sé e del mondo. Questa continua valutazione nella memoria fa sì che la persona sperimenti una costante attivazione e riattivazione del "modulo paura". Le persone traumatizzate sperimentano una sensazione continua di essere in pericolo, le valutazioni delle informazioni legate al trauma irrompono

nella coscienza in modi diversi, dal pensiero intrusivo agli incubi. Inoltre la presenza nell'ambiente di stimoli ricollegabili al trauma vengono elaborati in modo selettivo e nella memoria attivano le informazioni correlate al trauma, favorendo la comparsa di fenomeni intrusivi. Conseguentemente, l'individuo mette in atto meccanismi difensivi, tra cui l'evitamento di stimoli che ricordano il trauma (Yule 2000). Tali meccanismi di evitamento tendono a ripetersi in quanto permettono, nel breve periodo, di non sperimentare ansia o paura determinando la generalizzazione del comportamento evitante ad un numero sempre maggiore di stimoli interni ed esterni associati al trauma impedendo, di fatto, l'estinzione degli stati emotivi spiacevoli.

Il trattamento dovrebbe avere come finalità l'eliminazione di tutta la sintomatologia del DPTS e il ritorno ad uno stato di funzionamento pretrauma, ma non sempre è possibile. Infatti, per casi acuti

con poche complicazioni è ragionevole un'alta probabilità di successo in poche sedute (6-10); al contrario in soggetti con DPTS cronico, comorbidità importanti e abuso di sostanze con conseguente peggioramento del funzionamento lavorativo e sociale l'aspettativa di successo si abbassa notevolmente. In tali casi gli obiettivi terapeutici saranno il miglioramento nella gestione della sintomatologia con conseguente innalzamento della qualità della vita attraverso un maggiore utilizzo delle risorse sociali e personali.

Esistono differenti approcci per il trattamento del DPTS ma sono pochi di questi sono stati studiati attraverso degli studi di efficacia. Il trattamento cognitivo-comportamentale, in questo senso, è tra i più studiati.

Trattamento cognitivo – comportamentale del DPTS

Il trattamento cognitivo - comportamentale del DPTS prevede l'utilizzo di più componenti perché intende perseguire i seguenti obiettivi: 1) intervenire sull'appraisal per verificare ed eventualmente correggere eventuali distorsioni cognitive in merito alla valutazione del dato emotivo (arousal), 2) intervenire, con l'obiettivo di estinguerle, sulle memorie intrusive dell'evento traumatico e quindi sulla desensibilizzazione del paziente a tutti gli stimoli associati al trauma attraverso esposizione ripetuta (Connor e Butterfield 2003).

Nel trattamento di un Disturbo Post Traumatico Da Stress è importantissimo lavorare sulla **gestione dell'ansia**. Infatti, tale disturbo, è caratterizzato da una persistente attivazione con elevati livelli di paura correlati ai ricordi e agli stimoli correlati al trauma. Per questo è fondamentale, nelle prime fasi di trattamento, insegnare al soggetto un repertorio di strategie per una migliore gestione dell'attivazione e della sofferenza psicologica con l'obiettivo di favorire una riduzione della vulnerabilità personale del soggetto.

Questi primi passaggi non affrontano le cause sottostanti ma rappresentano un importante elemento per affrontare, successivamente, il processo di esposizione.

La gestione dell'ansia riguarda tre grandi ambiti: fisico, cognitivo e comportamentale con interventi mirati per ognuno di questi aspetti.

- *Le strategie ad orientamento più fisico* messi in atto con l'obiettivo di ridurre l'eccesso di attivazione, spesso producono effetti rapidi che aiutano il soggetto a sentirsi meglio agendo anche sull'autoefficacia percepita e aumentando, in tal modo, le prospettive di guarigione. In tal senso si fa riferimento a semplici tecniche di controllo della respirazione, rilassamento muscolare progressivo, diminuzione di stimolanti quali caffeina e nicotina. Questi interventi permettono al soggetto una prima forma di controllo sulla propria sintomatologia.

- *Gli interventi cognitivi* hanno l'obiettivo di diminuire la ruminazione circa l'esperienza traumatica. L'utilità delle strategie a orientamento cognitivo è evidenziata dalla natura intrusiva dei ricordi traumatici e dalla tendenza di molti pazienti ad avere una ruminazione mentale dell'esperienza traumatica, hanno lo scopo di dare al paziente un certo controllo sui propri ricordi, limitando il tempo che passa pensando all'evento e il relativo malessere associato. Alcuni interventi cognitivi sono quindi diretti a controllare la frequenza e la durata degli eventi cognitivi che creano sofferenza come l'arresto del pensiero e le tecniche di distrazione, e a modificare il contenuto attraverso, per esempio, l'uso di frasi di adattamento dirette a se stesso e il dialogo interno guidato. Interventi cognitivi più intensivi in genere sono necessari negli stadi successivi del trattamento.
- *Strategie comportamentali* vengono utilizzate con l'obiettivo di migliorare aspetti di ritiro sociale e isolamento. In tal senso interventi di programmazione delle attività e il reinserimento sociale possono essere molto utili per il miglioramento della qualità della vita. Altri interventi comportamentali possono essere utilizzati per problemi specifici quali il sonno, le abilità comunicative e l'assertività.

Con l'obiettivo di favorire l'apprendimento di strategie di gestione dell'ansia e dello stress Donald Meichenbaum ha ideato lo *Stress Inoculation Training (SIT)* organizzato in tre differenti fasi.

- Si parte, nella prima fase, dalla concettualizzazione del disturbo e vengono fornite al paziente informazioni sullo stress intervenendo, contestualmente, sulle distorsioni cognitive o idee errate sullo stress.
- Nella seconda fase si passa all'acquisizione e alla messa in pratica di alcune strategie di fronteggiamento quali: problem solving, tecniche di rilassamento e ristrutturazione cognitiva.
- Nell'ultima fase si interviene mediante l'utilizzo di tecniche di esposizione per immagini alle situazioni temute cercando, con gli strumenti acquisiti, di fronteggiarle nel migliore dei modi in immagine. Inoltre, in questa fase, si interviene anche con l'esposizione in vivo graduale e con il role-playng e il modeling sulla prevenzione delle ricadute.

Se da un lato sono pochi gli studi di efficacia del SIT nel trattamento del DPTS, dall'altro l'esperienza clinica suggerisce che la gestione dell'ansia è un passo importante per preparare le persone alla successiva terapia di esposizione (Andrews et al. 2003).

Successivamente, verranno utilizzate strategie di *esposizione* che rappresentano una componente essenziale dell'intero trattamento, con l'obiettivo di affrontare i ricordi traumatici. Inizialmente tali

approcci si basavano sul presupposto che la paura fosse acquisita e mantenuta mediante condizionamento classico e operante e il concetto di estinzione rappresenta la riduzione della paura conseguente all'esposizione prolungata agli stimoli avversivi. Più recentemente, Foa e Kozak (1986) hanno proposto il concetto di elaborazione emotiva. Per questi autori l'elaborazione di informazione più funzionali produce cambiamenti nei ricordi traumatici, modificando sia le relazioni stimolo-risposta che il conseguente significato attribuito agli eventi.

Nel trattamento della maggior parte dei disturbi d'ansia l'esposizione in vivo (situazioni reali) è più efficace dell'esposizione immaginativa e, nel DPTS, l'esposizione in vivo riguarda stimoli esterni (attività, luoghi, persone) che provocano ansia dopo il trauma.

Nel DPTS, visto che il trattamento deve essere diretto al ricordo traumatico, gran parte dell'esposizione sarà immaginativa. Per aumentarne l'efficacia si richiede al paziente di riferire circa gli stimoli (visivi, sonori, olfattivi) e circa le risposte (cognizioni, affetti, sensazioni somatiche). A tal proposito, viene richiesta al soggetto una ricognizione sui livelli d'ansia a intervalli regolari.

L'approccio di Foa e Rothbaum (1998) e di Marks e coll. (1998) prevede una serie di sedute con esposizione per immagini agli eventi traumatici e, successivamente, l'utilizzo di tecniche di esposizione in vivo a stimoli associati all'evento traumatico ma privi di pericolo che sono comunque fonte di sofferenza. L'esposizione è organizzata gerarchicamente partendo dagli stimoli meno dolorosi per arrivare a quelli che producono maggiore sofferenza. Nel caso di eventi traumatici singoli, si può graduare l'esposizione consentendo al paziente, negli esercizi iniziali, di saltare le parti più disturbanti del ricordo, di tenere gli occhi aperti, mentre, in seguito, gli si chiederà di tenerli chiusi rendendo le immagini più vivide. Inoltre viene chiesto al paziente, inizialmente, di usare un tempo passato nel racconto, mentre, in seguito, gli si chiederà di raccontare al presente. Dosando questi accorgimenti, il terapeuta riesce a mantenere il malessere e l'ansia a livelli sufficientemente intensi da rappresentare un obiettivo terapeutico, ma abbastanza bassi da poter essere controllati, dando un senso di padronanza al paziente.

Nello specifico, viene richiesto al paziente di rivivere l'esperienza raccontandola ad alta voce e usando il maggior numero di ricordi sensoriali (odori, suoni, pensieri, stati emotivi ecc) per un tempo di 45-60 minuti (tempo sufficiente per ridurre l'ansia), utilizzando il tempo presente e la prima persona. Il racconto viene ripetuto per tre volte e audio registrato dal terapeuta, discutendo, successivamente, l'esperienza appena fatta e le intuizioni sul trauma avvenute durante l'esposizione. Infine, si assegna al paziente l'*homework* di ascoltare più volte (in genere un'ora al

giorno) l'audioregistrazione per facilitare un'ulteriore abitudine. Successivamente si passa all'esposizione in vivo prima in seduta e poi da solo a casa previo accordo col terapeuta su che cosa fare, su come farlo esattamente, dove, con quale frequenza, etc. Anche a casa è opportuno cominciare con una situazione relativamente facile, in modo che la prima prova si concluda con un rapido successo (Andrews et al. 2003).

Perché l'esposizione sia efficace è necessario:

- Esporre il soggetto alla situazione per un tempo abbastanza lungo da consentire all'ansia di ridursi. La persona deve imparare a non temere i propri ricordi del trauma. Il compito del terapeuta è aiutare il paziente a tollerare l'ansia all'interno di un ambiente sicuro, finché non diminuisce significativamente e/o non scompare.
- Incoraggiare il paziente a usare il maggior numero possibile di dettagli, soprattutto per le parti peggiori del trauma.
- Procedere secondo il ritmo del paziente, soprattutto nella prima esposizione, dove probabilmente sperimenterà in modo intenso gli affetti connessi al trauma.
- Regolare gli interventi tenendo conto delle reazioni del paziente all'esposizione. Le reazioni problematiche tendono a ricadere in due estremi: il paziente ha difficoltà a coinvolgersi nel ricordo o a provare le emozioni connesse al trauma, oppure il paziente è così preso dal trauma che è sopraffatto dalle emozioni associate. Nel primo caso potrebbe essere utile provare a chiedere al paziente di rievocare quanti più particolari possibili della situazione, mentre, nel secondo caso è utile richiamare l'attenzione del paziente al qui ed ora.

Un trattamento di esposizione efficace riduce i ricordi intrusivi e diminuisce gli affetti dolorosi associati, permette alla persona traumatizzata di recuperare il controllo dei ricordi traumatici.

Nel tentativo di favorire una più funzionale gestione dell'ansia viene utilizzata anche la *ristrutturazione cognitiva* (Beck e coll., 1979) e nello specifico del DPTS si agirà principalmente sui sintomi chiave.

La terapia dell'elaborazione cognitiva, la CPT, (Resick e Schnicke, 1992) prevede la ristrutturazione cognitiva con riferimento a 5 temi principali: sicurezza, fiducia, potere, autostima e intimità. Si insegna ai pazienti a riconoscere le cognizioni disfunzionali e a metterle alla prova utilizzando una lista di domande. Sono diverse le situazioni che possono portare al formarsi delle cognizioni maladattive:

- 1) quando il trauma entra in conflitto con gli schemi preesistenti
- 2) quando altre persone inculcano nella vittima informazioni conflittuali

- 3) quando il paziente è predisposto a utilizzare l'evitamento come strategia difensiva
- 4) quando non è in grado di elaborare l'evento perché gli appare del tutto estraneo e quindi non possiede degli schemi validi in cui classificarlo.

Per favorire l'elaborazione del trauma, la CPT utilizza l'informazione, l'esposizione e la ristrutturazione cognitiva. Il terapeuta fornisce informazioni sul DPTS e dimostra la relazione esistente fra pensieri ed emozioni. Le cognizioni maladattive vengono individuate sollecitando i ricordi del trauma con gli affetti connessi. Quindi, tali convinzioni, vengono messe in discussione e risolte.

Andrews e coll. (2003) sottolineano che la ristrutturazione cognitiva ha lo scopo di aiutare il paziente a identificare e modificare i pensieri e le convinzioni disfunzionali sul mondo, sugli altri o su se stesso, che possono essere stati presenti già prima dell'evento traumatico, ma che spesso dipendono dall'influenza del trauma sulle visioni precedenti riguardo a temi fondamentali" quali fiducia negli altri, senso di sicurezza, fiducia in sé e valore personale. Si agirà con lo scopo di aiutare il paziente a identificare e modificare i pensieri e le convinzioni disfunzionali sul mondo, su se stesso, sugli altri.

Foa e Rothbaum (1998) hanno identificato cinque tipi di cambiamento nella visione di sé e del mondo dovuti all'esperienza traumatica:

- 1) l'esperienza traumatica può rafforzare una precedente visione negativa di sé, del mondo e degli altri (es., "questo dimostra che davvero non valgo nulla");
- 2) l'esperienza traumatica può scardinare precedenti convinzioni irrealisticamente positive rispetto al proprio modo di percepirsi e al modo di percepire l'ambiente circostante, lasciando il paziente confuso e insicuro;
- 3) l'esperienza traumatica può favorire l'instaurarsi di un giudizio negativo sul comportamento avuto durante l'evento traumatico (es., "avrei dovuto lottare", "non posso più fidarmi di me stesso");
- 4) il trauma vissuto può portare a interpretazioni catastrofiche dei sintomi esperiti (es. "non mi riprenderò mai");
- 5) il trauma può alterare le opinioni sulle reazioni altrui (es., "pensano tutti che sia stata colpa mia").

Si aiuta il paziente a identificare le convinzioni disfunzionali insorte o peggiorate in seguito all'evento traumatico e a considerarle come ipotesi e non come fatti. Inoltre, si realizzano la

discussione e la confutazione delle convinzioni disfunzionali e la loro sostituzione con altre più realistiche e funzionali.

Spesso i pazienti cercano rassicurazioni irrealistiche rispetto alla possibilità di rivivere l'evento traumatico e, in questi casi, il terapeuta lavora col paziente per arrivare a una valutazione realistica del rischio che l'evento si ripeta e dell'entità dei suoi effetti.

Il terapeuta deve anche aiutare il paziente a concentrarsi sui pochi aspetti positivi, quali, l'essere sopravvissuto e gli eventuali miglioramenti ottenuti in terapia quali l'acquisizione di nuove tecniche utilizzabile per migliorare la propria condizione di vita in generale (Andrews et al. 2003).

E' molto importante lavorare sulla prevenzione delle ricadute, frequenti soprattutto nella forma cronica. E' importante avvertire e preparare il paziente di questa possibilità, in modo che possa prevenirle o almeno ridurne l'intensità e la durata.

Andrews e coll. (2003) descrivono come segue le diverse fasi implicate nella prevenzione delle ricadute:

- 1) Rendere il paziente consapevole della possibilità di stare ancora male nelle situazioni che gli ricordano l'evento traumatico, ma che si tratta di una reazione normale, almeno se il malessere non è troppo grave e non dura troppo.
- 2) Identificare con il paziente le situazioni a rischio (es., circostanze, eventi o persone che ricordano l'evento; ricevere notizie di un evento simile; sperimentare altri eventi traumatici; periodi molto stressanti in famiglia o al lavoro).
- 3) Paziente e terapeuta elaborano insieme un piano scritto su come affrontare le situazioni rischiose e i sintomi iniziali di ricaduta (ad esempio chi potrà chiamare, quali tecniche apprese dovrà utilizzare, quali autoistruzioni potrà usare etc..).

Marks et al. (1998) hanno confrontato 4 approcci terapeutici : esposizioni in vivo e immaginativa, ristrutturazione cognitiva e rilassamento. Esposizione, ristrutturazione e terapia combinata hanno ottenuto tutte un miglioramento nella sintomatologia dei soggetti senza che sia emersa alcuna differenza significativa in termini di efficacia tra i diversi gruppi. Osservando le medie, però, si ottiene un miglioramento più significativo con l'esposizione (74-81%) rispetto alla ristrutturazione cognitiva (53%). Tutti e tre gli approcci hanno ottenuti dei maggiori miglioramenti rispetto al rilassamento.

Nel trattamento cognitivo - comportamentale le **tecniche immaginative** aprono la possibilità di confutare valutazioni disfunzionali peri- e postraumatiche e facilitare così l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica.

Normalmente vengono applicate durante una elaborazione di confronto con il ricordo dell'evento traumatico e del suo momento più drammatico e difficile. Si punta al raggiungimento di due obiettivi: 1) facilitare, con l'aiuto del lavoro immaginativo, una integrazione della memoria traumatica in una visione più funzionale; 2) recuperare, tramite la costruzione di immagini di rielaborazione e di superamento della situazione drammatica, un' interpretazione più funzionale dell' evento e delle sue conseguenze (Boos, 2005). Sembra che queste tecniche abbiano una rilevanza particolare nel trattamento del PTSD perché attraverso il lavoro a livello immaginativo attivano quel canale visuale, che è contaminato dalle intrusioni dei ricordi (Boos, 2004). Ciò è plausibile, tenendo conto dal fatto che immaginando sono attivate aree cerebrali diverse rispetto a quando siamo coinvolti in processi mentali razionali. Le tecniche immaginative sembrano aprire veramente la possibilità di modificare sia il ricordo doloroso che la sua interpretazione in un modo più adattivo e funzionale.

Una tecnica immaginativa utilizzata è la *Rational Emotive Imagery* (REI). Questa tecnica è da attribuire senza dubbio alle tecniche emotive della REBT, e all' interno di questa viene

fatto ampiamente uso di essa. Gli autori che hanno sviluppato e applicato questa tecnica, sottolineano l'importanza della capacità immaginativa nello sviluppo e nel mantenimento di convinzioni disfunzionali (Beck,1976, Lazarus, 1973); altri hanno dimostrato che l'uso di tecniche ipnotiche hanno maggior effetto quando il soggetto viene invitato ad integrarvi cognizioni più funzionali, antecedentemente elaborate.

La REI è una tecnica che viene usata come integrazione negli altri metodi cognitivi. Mira ad una miglior integrazione ed assunzione di elaborati mentali più funzionali. Ovvero cerca di aiutare il paziente ad integrare aspetti emotivi nelle nuove interpretazioni cognitive, elaborate con il terapeuta.

Si possono distinguere due metodi di condurre la REI, quello di Ellis & Harper o quello di Maultsby (chiamato anche immaginazione positiva). Quest'ultimo lavora meno sul tentativo di cambiare le emozioni negative. Lavora più sull' abbinamento delle emozioni con le nuove cognizioni elaborate antecedentemente. Ambedue le modalità iniziano con un rilassamento breve e vanno ripetute a casa come home-work.

Dando più spazio agli aspetti emozionali e immaginativi sembra che per il PTSD possa essere più indicato il metodo di Ellis & Harper.

Dopo un rilassamento breve si chiede al paziente:

- di rivivere la situazione avversa conducendolo nella sua immagine

- di concentrarsi sulla emozione negativa provata e di portarla fino ad un livello estremo
- eseguito questo, si chiede al paziente di cambiare energicamente l'emozione da insopportabile e penosa ad adeguata ed accettabile. L'adeguatezza e/o la sopportabilità costituiscono gli obiettivi precedentemente concordati con il paziente come scopo dell'intervento.

La Rei in questo mira ad un radicale cambiamento dell'emozione provata nei confronti allo stimolo (ricordo) attivante / avversivo. Questo cambiamento deve essere ripetuto come home work, in modo che questa nuova emozione si instauri veramente nel paziente.

Altra tecnica immaginativa utilizzata è l' *Imagery with Rescripting and Reprocessing –Therapy* (IRRT). La IRRT è stata sviluppata in primo luogo per pazienti vittime di abusi fisici e/o sessuali ed è stata riportata per prima in bibliografia psicologica di orientamento psicodinamico. È merito di Smucker M. R.(1999), Dancue C.V., Gunnert B.K. e WeisJ.M. ed altri di aver fornito e formulato le basi teoriche per una lettura in termini cognitivo- comportamentali. Sviluppando le premesse teoriche, consolidando il processo in concetti cognitivi e comportamentali, sono riusciti ad inquadrare su che base e in quali termini e modi questa tecnica può essere applicata ed aver notevoli risultati non solo relativamente agli stati emotivi ma anche a livello di rilettura e di integrazione nell'autobiografia del paziente.

Gli scopi di un' intervento con IRRT

- Riduzione della sintomatologia intrusiva
- Modificazione dell' evitamento di stimoli relativi al trauma
- Sostituzione del ricordo traumatico con un ricordo di superamento
- Modificazione degli schemi disfunzionali relativi al trauma
- Miglioramento delle capacità di regolazione emotiva
- Riduzione della sintomatologia dell'alterazione dell'arousal (Boos, 2005)

La IRRT è in sintesi una tecnica di confronto durante la quale si utilizzano le capacità immaginative. L'immaginazione in questo caso non è completamente libera, ma viene guidata o meglio diretta dal terapeuta, il quale aiuta il paziente a pensare e ad immaginare altri possibili esiti dell'evento traumatico. In questo modo il paziente riesce a relazionarsi diversamente al proprio vissuto e ad elaborare schemi interni significativi più realistici..

Scopo sostanziale di questa tecnica è sostituire il ricordo dannoso con uno nuovo, rielaborato attraverso una riscrittura dell' evento costruito tramite l'immaginazione.

Altro trattamento utilizzato per la cura del DPTS è l'*EMDR* (Shapiro, 1995) che però è stato al centro di numerose critiche vista la mancanza di un solido fondamento teorico. Tale trattamento sembra far riferimento a diversi approcci tra cui la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva, il tutto accompagnato da rapidi movimenti oculari che sembrano facilitare l'elaborazione di ricordi traumatici.

La procedura per arrivare alla desensibilizzazione sostanzialmente è la stessa. Quello che cambia è che viene dato ampiamente spazio alle immagini nel più ampio significato della parola. Al paziente viene chiesto di mantenere un'immagine dell'esperienza traumatica originaria e viene incoraggiato a evocare contemporaneamente l'evento e le sensazioni associate. Viene invitato a recuperare in modo dettagliato tutto quello che è rievocabile a livello di percezione e di immedesimarsi nei ricordi, facendoli emergere non solo come immagini visive, ma dando spazio anche a tutti gli altri aspetti percettivi (uditivi, olfattivi e tattili) insieme a pensieri ed emozioni correlate.

Insieme al ricordo immaginario, il paziente, inizia a relazionarsi anche a tutte le immagini associate che, insieme ai cambiamenti percettivi dei ricordi, rappresentano segnali confortanti nella direzione di una rielaborazione più funzionale dell'evento traumatico.

In tal modo, secondo gli autori, si "aprirebbe" un canale tra memoria procedurale ed implicita e memoria episodica ed esplicita. Tale obiettivo terapeutico si basa sulla convinzione che eventi traumatici possono "incastrarsi" nella memoria procedurale e non passare nella memoria episodica a lungo termine, causando in questo modo intrusioni, flash-backs e alterazioni dell'arousal. Seguendo i set di movimenti oculari, che vengono eseguiti dal terapeuta in questa fase, e che il paziente segue con i gli occhi, il paziente, secondo le supposizioni della teoria del trattamento, elabora la sequenza (Shapiro, 1995). Tutta la sequenza critica, compresi gli aspetti cognitivi, emozionali e sensoriali, grazie a questa elaborazione accelerata, possono essere immagazzinati nella memoria procedurale e a lungo termine.

Qui la tecnica EMDR fa riferimento alla supposizione discussa in ambito scientifico, ma fino ad oggi non dimostrabile nei suoi dettagli, che nelle fasi REM del sonno, il cervello umano elabori le esperienze, si liberi da aspetti non pertinenti e riesca poi ad immagazzinarli nella memoria episodica favorendo così un'integrazione dell'evento nella memoria autobiografica. (Shapiro, 1995, Düweke Peter, 2006).

In altre parole, l'EMDR, sempre entro una cornice terapeutica cognitivo-comportamentale, punta a che il paziente riesca a esporsi al ricordo a livello di immaginazione, a elaborarlo a livello

cognitivo (cognizione funzionale – cognizione realistica o positiva), ma soprattutto a elaborarne tramite processi fisiologici, come i movimenti oculari, l'aspetto negativo dell'evento traumatizzante, trasformandolo, in questo modo, da annientante a più sopportabile o funzionale.

Sono stati successivamente condotti diversi studi controllati, alcuni dei quali, non hanno dimostrato l'efficacia del trattamento mentre altri hanno mostrato dei miglioramenti ma anche degli errori metodologici nella conduzione degli studi. Ad ogni modo l'unico studio che ha confrontato l'EMDR con la CBT ha mostrato una maggiore efficacia di quest'ultima a fine trattamento soprattutto dopo 3 mesi di follow-up (Devilley e Spence, 1999).

In definitiva sembra sia utile continuare ad utilizzare l'EMDR ma come intervento facente parte di un percorso terapeutico e clinico più ampio.

Trattamento cognitivo – comportamentale del lutto infantile traumatico

Il lutto infantile traumatico (Childhood Traumatic Grief) sembra avere molte caratteristiche in comune con il DPTS anche se le ricerche sembrano evidenziare due condizioni cliniche differenti. Secondo Cohen, Mannarino, Staron il CTG è ultimamente osservato come costruito psicologico emergente, non presente attualmente nel manuale DSM IV, a cui

un gruppo di psichiatri e psicologi dell'età evolutiva, facente parte del NCTSN, sta lavorando al fine di inserire nel prossimo DSM V una nuova categoria diagnostica: DTD Developmental Trauma Disorder. Gli autori hanno proposto e studiato l'efficacia di un protocollo basato su 12 sessioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (modificato da un precedente di 16 sessioni), consistente in componenti sequenziali focalizzati al trattamento dei sintomi dello stress post-traumatico e del lutto traumatico.

Il modello CBT-CTG richiede ulteriori indagini sperimentali ma sembra offrire una nuova ed interessante prospettiva di comprensione nell'ambito della psicopatologia e psicoterapia dell'età evolutiva.

Secondo Melhem, Moritz et al. (2007), osservando un campione rappresentativo di giovani in una città urbana degli Stati Uniti, almeno il 51.9% ha vissuto l'esperienza della morte improvvisa ed inaspettata di un parente stretto o di un amico entro i 21 anni di età; dunque, si può ritenere il più comune evento di vita serio negativo (Breslau, 2004). Per Yamamoto et al. (1996) la morte di un genitore è riportata come uno degli eventi di vita più stressanti che un bambino possa vivere.

Solo di recente alcuni autori stanno valutando le caratteristiche tipiche del "Childhood traumatic grief" (CTG) al fine di differenziarlo dal Disturbo post-traumatico da stress o dal disturbo depressivo ed al fine di valutare l'efficacia di specifici trattamenti psicoterapeutici, in particolare di

protocolli di terapia cognitivo-comportamentale modificata, introducendo specifiche sessioni per il CTG. (CBT-CTG, Cohen, Mannarino, 2006).

L'interesse verso questo argomento ha permesso di identificare una condizione clinica che potrebbe essere descritta come una combinazione tra un lutto non risolto ed i sintomi del disturbo post-traumatico da stress, che determina un significativo danneggiamento in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004). Tale condizione può procurare un danno rispetto allo sviluppo del bambino, alle sue relazioni, ai suoi successi e alla successiva efficacia nella vita se non trattato o in qualche modo risolto. In particolare, si ritiene che il CTG possa ledere l'abilità del bambino a negoziare il corso tipico del processo del lutto. Secondo gli autori, gli interventi psicoterapeutici focalizzati solamente al trauma potrebbero risolvere con successo i sintomi del PTSD ma non sono adeguati nel colpire i sintomi del lutto non risolto, caratteristici del CTG.

I bambini con CTG potrebbero sperimentare sintomi depressivi e potrebbero soddisfare i criteri per il PTSD, ma i bambini potrebbero avere sintomi addizionali di lutto non risolto, che vanno oltre i criteri diagnostici per il PTSD.

Attualmente non esistono molti studi che analizzano le conseguenze a lungo termine di un trauma infantile precoce e che dimostrano una correlazione specifica con lo sviluppo successivo di specifici disturbi psicopatologici. Inoltre le ricerche condotte finora si sono basate su un limitato numero di casi clinici e propendono per ipotesi etiologiche non ancora dimostrate scientificamente.

Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH, 2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG): “Si riferisce a quella condizione in cui un bambino o un adolescente ha perso una persona amata, in circostanze oggettivamente e soggettivamente traumatiche ed, in cui, i sintomi del trauma colpiscono l'abilità del bambino di superare il normale processo del lutto”. Diversi sintomi sono simili a quelli del Disturbo post-traumatico da stress come: ri-sperimentare aspetti della causa traumatica della morte, inclusi pensieri circa il trauma o la persona che è morta, evitamento dei ricordi traumatici e “stordimento” emotivo, iperattivazione fisiologica, irritabilità, rabbia. Tuttavia, i bambini con CTG possono sperimentare sintomi depressivi come tristezza, mancanza di speranza e senso di colpa del sopravvissuto (Brown and Goodman, 2005; Cohen and Mannarino, 2004).

Sembra che ci siano dei sintomi aggiuntivi rispetto al lutto non risolto oltre ai criteri diagnostici per il PTSD. Ciò che distingue il CTG dalle altre condizioni sembra essere dovuto ai sintomi del trauma che interferiscono con l'abilità del bambino nel gestire i tipici processi del lutto.

Secondo il NIMH, le memorie, i pensieri e le immagini relative alla natura traumatica della perdita della persona amata potrebbero condurre a conseguenze quali: continue rappresentazioni

intrusive del trauma, un'iper-attivazione fisiologica ed al distress psicologico. L'interazione dei sintomi traumatici e del lutto sono tali per cui anche pensieri e ricordi di natura positiva potrebbero scatenare pensieri terrorizzanti, immagini, ricordi di come è morta la persona.

In particolare, vengono elencati tre tipologie di fattori scatenanti:

- *Trauma reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il trauma (persone, luoghi, scenari, odori, suoni che ricordano al bambino la natura traumatica della morte);
- *Loss reminders*: i fattori che richiamano/ricordano la perdita (situazioni, pensieri e memorie che ricordano al bambino la scomparsa di quella persona; es. la data di un compleanno o vedere delle fotografie);
- *Change reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il cambiamento (situazioni, persone, luoghi o oggetti che ricordano al bambino i cambiamenti nelle abitudini di vita legati all'evento traumatico; es. un trasferimento in un altro quartiere o l'essere affidato ad uno zio).

Viene specificato, che nel CTG la causa della morte non deve essere necessariamente traumatica ma deve essere stata soggettivamente vissuta dal bambino come orrenda, immediata o inaspettata. Inoltre, le morti legate a ciò che definiamo "morte naturale" (cancro, infarto, ictus) potrebbero portare ad un lutto traumatico se l'esperienza della morte è stata particolarmente traumatica (per esempio, se il bambino ha direttamente assistito alla morte, se la morte è stata percepita carica di dolore e sofferenza, se l'aspetto esteriore del deceduto era stato mutilato, sfigurato o, comunque, risultava orrendo al bambino). Al fine di una diagnosi differenziale va considerato che sebbene i bambini con CTG spesso manifestino i sintomi di un Disturbo post-traumatico da stress, che interferiscono con la capacità del bambino di affrontare il cordoglio, tale sintomatologia non sempre deve giungere sino al livello di una completa diagnosi del DPTS. Infatti, alcuni bambini potrebbero manifestare CTG senza DPTS oppure il contrario.

Secondo NIMH, le difficoltà specifiche del CTG, che si verificano comunemente, includono tali condizioni:

- 1) *Intrusive memories about the death*. Il continuo rivivere l'evento traumatico che ha determinato la morte della persona amata dal bambino, può avvenire attraverso incubi, senso di colpa, colpa circa la modalità secondo cui è morta la persona o pensieri ricorrenti ed intrusivi sulla morte (soprattutto quando particolarmente atroce).
- 2) *Avoidance and numbing*. L'evitamento di tutto ciò che ricorda l'evento traumatico, la morte e la persona cara; può manifestarsi attraverso il ritiro, il bambino può comportarsi come se non fosse triste ed evitando il ricordo della persona cara.

3) *Physical or emotional symptoms of increased arousal*. Iper-arousal fisiologico, evidente attraverso l'irritabilità, la rabbia, problemi del sonno, diminuzione della concentrazione, fallimenti scolastici, mal di pancia, mal di testa, aumento della vigilanza e paura sulla sicurezza degli altri e di se stesso.

Al fine di soddisfare i criteri per il DPTS, i bambini devono aver sperimentato seri danni o minacce all'integrità fisica per se stessi o per gli altri e rispondere con intenso orrore, paura o senso di impossibilità ad essere aiutati.

Secondo il Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center (2006). I criteri che sono attualmente considerati caratteristici del CTG sono :

- 1) La morte di una persona amata dal bambino in circostanze che sono oggettivamente o soggettivamente traumatiche;
- 2) La presenza significativa di sintomi tipici del DPTS, inclusi i fattori che richiamano la perdita ed il cambiamento, che successivamente conducono da una sorta di stordimento iniziale all'evitamento.
- 3) La ricaduta della sintomatologia legata al DPTS sull'abilità del bambino di elaborare il lutto in modo "normale".

Secondo il NCTSN non devono essere sottovalutate tutte le "avversità secondarie" che seguono la morte o l'esperienza traumatica e che il bambino si trova ad affrontare contemporaneamente al lutto, rendendo ancora più probabile il rischio di reazioni traumatiche al lutto.

Un gruppo di lavoro composto da psichiatri e psicologi dell'età evolutiva (un gruppo che fa parte del NCTSN e comprende un consorzio di 70 centri dedicati alla salute mentale infantile) si sta occupando di inserire nel prossimo DSM V, che uscirà nel 2011, una nuova diagnosi che comprenderà la situazione critica che riguarda questi bambini e questi giovani e che, attualmente, non è adeguatamente compresa dalle attuali categorie diagnostiche.

Questo gruppo di specialisti sta studiando una nuova diagnosi chiamata: *DTD Developmental Trauma Disorder*; tale diagnosi sarebbe maggiormente appropriata nei casi di esposizioni a diversi traumi cronici, generalmente di natura interpersonale; quando si manifesta un set unico di sintomi che si differenzia dalla sintomatologia del Disturbo post-traumatico da stress e nelle situazioni in cui tali traumi condizionino i bambini, in modo diverso, a seconda del loro stadio di sviluppo. La diagnosi proposta non è stata ancora definita completamente ma, secondo van der Kolk (2005) queste potrebbero essere le caratteristiche da considerare per effettuare questo tipo di diagnosi:

- 1) *Esposizione*: Esposizione ad uno o più forme di traumi interpersonali avversi allo sviluppo, come: abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale ed abuso emotivo. In relazione a questo tipo di trauma, si potrebbero manifestare alcune reazioni (emotive) soggettive come: la collera, la sfiducia legata al sentirsi tradito, la paura, la rassegnazione, il pessimismo, la vergogna.
- 2) *Disregolazione*: Lo sviluppo di sregolato in risposta a traumi, include disturbi nella sfera emotiva, di salute, comportamentali (es. auto-aggressività), cognitivi (ad esempio: confusione e dissociazione), relazionali e di auto-attribuzioni.
- 3) *Attribuzioni ed aspettative negative*: Credenze negative in linea con l'esperienza del trauma interpersonale. Potrebbero, ad esempio, riguardare il mettere fine all'aspettativa di essere protetto dagli altri e nel credere che la futura vittimizzazione sia inevitabile.
- 4) *Danni funzionali*: Danneggiamento in qualcuna o in tutte le aree di vita del bambino, compresa la scuola, le amicizie, le relazioni familiari e il rapporto con l'autorità/la legge.

Lo psichiatra B. van der Kolk (Boston University Medical Center) dichiara: "Mentre il DPTS è una buona definizione per il trauma acuto negli adulti, non è adeguato nei bambini, che spesso sono traumatizzati in un contesto relazionale e, poiché lo sviluppo cerebrale non è completato, il trauma ha un'influenza molto più pervasiva e di lunga portata sul loro concetto di sé, sul loro senso del mondo, sulla loro abilità di auto-regolazione.

Cohen, Mannarino e Staron (2006) hanno elaborato un trattamento diviso in 16 incontri divisi in due sessioni. Nello specifico, questo trattamento include 8 incontri focalizzati al trattamento del trauma seguiti da 8 incontri focalizzati all'elaborazione del lutto. La modalità prevalente consiste in visite individuali con il bambino e visite individuali con il genitore. Sono state inserite, inoltre, anche delle sedute con la presenza sia del bambino che del genitore in entrambe le sessioni. Ogni incontro ha la durata di 60 minuti. Ogni seduta è stata audio-registrata e valutata per stimare l'aderenza al modello terapeutico. Il trattamento terapeutico è stato condotto da due terapeuti che singolarmente vedevano il genitore e il bambino. I risultati di questo studio dimostrano che questo protocollo d'intervento può essere, in modo significativo, efficace per la popolazione dei bambini permettendo un buon miglioramento dei sintomi legati allo stress traumatico e dei sintomi legati al lutto traumatico, all'ansia, alla depressione ed ai problemi comportamentali. Inoltre permette di intervenire in modo efficace anche sulla del DPTS dei genitori o delle figure che partecipano al trattamento, insieme al bambino.

Ostacoli al trattamento del DPTS

Eventuali ostacoli al trattamento del DPTS sono rappresentati dai disturbi in comorbidità che, più frequentemente, sono l'abuso di sostanze e la depressione.

Per quanto concerne l'abuso di sostanze, esistono diverse correnti di pensiero circa il trattamento. Alcuni autori ritengono sia utile trattare prima l'abuso di alcol e poi il DPTS, per altri sarebbe utile trattarli insieme e per altri ancora sarebbe utile intervenire sui sintomi del DPTS e successivamente sull'utilizzo dell'alcol quale forma di gestione dei sintomi di intrusione e di attivazione da parte del paziente.

Secondo Andrews e coll. il consumo di sostanze dovrebbe essere moderato e sotto controllo, per cui ci si deve porre l'obiettivo di ridurlo già nelle prime fasi del trattamento, prima di arrivare alle fasi di esposizione e ristrutturazione cognitiva.

Anche nel caso di depressione in comorbidità secondo gli autori si pone la questione di quale sia il disturbo da trattare per primo. E' sicuramente necessario verificare se la depressione è primaria o secondaria al DPTS e valutarne la gravità, in quanto le forme più lievi hanno maggiori probabilità di risolversi con il miglioramento dei sintomi del DPTS e non interferiscono troppo col suo trattamento, mentre le forme più gravi possono influire negativamente su andamento ed esito del trattamento. In caso di diagnosi di depressione moderata o grave è, quindi, importante trattare questo disturbo prima di affrontare i sintomi del DPTS, ricorrendo sia ai farmaci sia alla psicoterapia.

Altri aspetti che possono rappresentare un ostacolo al trattamento del DPTS sono rappresentati dai vantaggi secondari e dalla presenza di precedenti eventi traumatici.

Per quanto concerne i vantaggi secondari spesso si fa riferimento alla questione del risarcimento in danaro del danno subito.

Secondo Andrews e coll. (2003), sarebbe opportuno che le richieste di indennizzo fossero risolte prima di iniziare il trattamento, ma poiché questo nella realtà non è possibile, spesso occorre affrontare direttamente il problema col paziente discutendo con lui le implicazioni. Il terapeuta deve valutare se e in quale misura il paziente vuole conservare i suoi sintomi per ottenere il risarcimento.

Nel caso di esplicita richiesta da parte del paziente di eventuali perizie medico-legali sarà opportuno indicargli dei colleghi che possano svolgere perizia spiegandogli le motivazioni.

In riferimento alla presenza di eventuali altri eventi traumatici nella storia del paziente, secondo Andrews e coll. (2003) presupporre l'esistenza di eventi traumatici precedenti o tentare di "far emergere" ricordi di eventi dimenticati è pericoloso e deontologicamente scorretto. D'altro canto è vero che un evento traumatico precedente può influire sul funzionamento attuale del paziente.

Pertanto, il terapeuta deve quindi aiutare il paziente a non creare falsi ricordi e, allo stesso tempo, mettere il paziente in una situazione tanto rassicurante da permettergli di riferire altri ricordi traumatici spontaneamente.

Anche la presenza di sensi di colpa e vergogna possono essere elementi di difficoltà nella prosecuzione del trattamento cognitivo – comportamentale del DPTS.

I sensi di colpa vanno affrontati subito con il paziente, altrimenti se irrisolti, possono produrre mancanza di progressi nel trattamento. Collegata al senso di colpa, da cui spesso è difficile distinguerla, è la vergogna. Gli aspetti caratterizzanti la vergogna sembrano avere più a che fare con il senso di fiducia in sé e la stima. In questi casi lo scopo della terapia è cercare di aiutare il paziente a ristabilire un senso di significato rispetto al proprio senso di sé. Le sedute si focalizzano sulle credenze relative al sé e agli altri e sull'esperienza di sentimenti dolorosi come la vergogna e la rabbia associata. Lo scopo terapeutico è invece creare col paziente un ambiente in cui possano essere esplorati in modo sicuro tali emozioni e, a tal proposito, può essere necessario insegnare al paziente strategie per contenere l'attivazione fisiologica e migliorare le strategie di coping (Adshead 2000).

Trattamento farmacologico

I trattamenti farmacologici nel DPTS possono avere diverse funzioni. In primo luogo i farmaci possono affiancare gli interventi psicologici per affrontare la sofferenza causata dal dover rivivere il trauma in terapia. In tal senso, i farmaci possono essere utili per moderare l'attivazione fisiologica e la sofferenza psicologica. Possono servire per trattare i disturbi in comorbidità, come la depressione, che possono interferire con la cura dei sintomi centrali del DPTS. Infine, può essere anche vista come strategia per trattare tutta la sintomatologia, date le alterazioni biologiche che avvengono durante il DPTS.

In tal senso molti studi hanno verificato l'implicazione del sistema nervoso simpatico per la risposta a situazioni stressanti o pericolose. Infatti, la forte scarica del SNS stimolato da una condizione d'emergenza prepara l'organismo a quello che Cannon (1914) definì risposta di "attacco o fuga". Dunque, l'individuo, che percepisce o è colpito da un trauma, entra in allarme; istintivamente viene attivata la risposta biologica agli *input* stressogeni; si attiva il sistema nervoso affinché sia emessa la risposta di attacco o fuga, caratterizzata da un'intensa attivazione fisiologica e affettiva, solitamente vissuta come paura o rabbia.

L'esperienza di un evento traumatico determina alterazioni anche di altri sistemi neurobiologici:

- Relativamente al sistema degli oppiati, lo stress violento provoca un aumento del rilascio degli oppioidi endogeni e un conseguente aumento dell'analgesia. Soprattutto dopo aver subito ferite, questo incremento dell'analgesia sembra rivestire un ruolo adattativo che consente all'organismo di spostare l'attenzione sui comportamenti necessari alla sopravvivenza (Southwick et al. 2001).
- Diversi studi concordano nel sostenere un ruolo della disregolazione serotoninergica nel DPTS, vista la presenza di sintomi quali aggressività, impulsività, la depressione e il rischio di suicidio.
- La dopamina è implicata nel controllo di locomozione, cognizione e affetto. I dati clinici che sostengono un suo ruolo nella risposta allo stress e nel DPTS includono gli alti livelli di sintomi psicotici osservati tra gli individui con questo disturbo.
- L'attività catecolaminergica aumenta durante lo stress e i risultati delle ricerche suggeriscono che la sua disfunzione, soprattutto della norepinefrina, può giocare un ruolo nello sviluppo dei sintomi specifici del DPTS.
- Lo stress determina anche un'aumentata attività del sistema noradrenergico, e questo può contribuire ai sintomi di *iper-arousal* e *re-experiencing* del DPTS.
- Le persone affette da DPTS possono presentare alterazioni nelle regioni cerebrali centrali nella risposta neurobiologica di paura, in modo specifico l'amigdala e l'ippocampo. Queste strutture fanno parte del sistema limbico, l'area cerebrale implicata nella regolazione delle emozioni e della memoria. L'amigdala svolge un ruolo nella valutazione del pericolo, nelle emozioni e nel condizionamento alla paura; l'ippocampo è implicato nell'apprendimento e nella memoria (Connor e Butterfield 2003).

Per quanto concerne il trattamento farmacologico, la nuova generazione di antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), sono stati recentemente proposti come farmaci elettivi nel trattamento del DPTS pur essendoci ancora pochi studi clinici randomizzati. (van der Kolk et al., 1994; Connor et al., 1999). Questi studi hanno riportato miglioramenti in campioni di civili ma van der Volk (1994) ha riscontrato che la fluoxetina non era superiore al placebo nella terapia di veterani di guerra con DPTS. Diversi studi controllati all'aperto hanno verificato un marcato miglioramento della sintomatologia in seguito all'assunzione di SSRI nel DPTS con particolare riferimento al miglioramento dell'ottundimento emotivo.

Tra gli antidepressivi classici, gli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO) hanno prodotto miglioramenti in due dei tre studi randomizzati, con particolare riferimento ai sintomi di riesperienza.

Gli ansiolitici, con particolare riferimento alle benzodiazepine sebbene siano utili nel produrre una modesta riduzione dell'ansia generalizzata non sono superiori al placebo per i sintomi centrali del DPTS. Anzi ci sono evidenze che possano ostacolare la guarigione se utilizzati nelle prime settimane dopo il trauma. (Gelpin et al., 1996).

Studi controllati in aperto sugli anticonvulsivanti come la carbamazepina e il valproato, hanno dimostrato un qualche ruolo di questi farmaci soprattutto in riferimento ai sintomi da attivazione.

In sintesi, sono stati condotti pochi studi controllati randomizzati nell'area del trattamento farmacologico nel DPTS. Al momento, infatti, appare difficile parlare dell'utilizzo di farmaco come cura efficace per il DPTS.

Altri approcci terapeutici

Oltre al trattamento cognitivo-comportamentale anche altri trattamenti hanno mostrato avere un discreto successo e sono riusciti a dimostrarlo attraverso degli studi di controllo.

A tal proposito, molti clinici sostengono l'utilizzo di *interventi psicodinamici brevi* per la terapia del DPTS, anche se, ad oggi è presente un unico studio controllato (Brom et al., 1989). Tale studio ha confermato la valenza della terapia psicodinamica breve con l'ipnosi, la desensibilizzazione e la lista di attesa come controllo. Foa e Meadows (1997) hanno riscontrato, facendo uno studio sui vari trattamenti, che l'approccio psicodinamico appare inferiore alla desensibilizzazione (riduzione del 29% dei sintomi contro il 41% considerando l'intero trattamento).

Prevenzione e intervento precoce

- *Prevenzione primaria*: mira a ridurre l'incidenza di nuovi casi con interventi prima che si verifichi il disturbo. Si tratta, infatti, di interventi erogati a tutta la popolazione colpita dall'evento traumatico senza considerare eventuali soggetti ad alto rischio. Purtroppo come hanno sottolineato molti autori (Kenardy et al., 1996; Rose e Bisson, 1998) esistono pochissimi studi empirici a sostegno dell'utilizzo di interventi precoci quali il de briefing psicologico (Mitchell e Bray, 1990).
- *Prevenzione secondaria*: ha lo scopo di ridurre la prevalenza dei disturbi attraverso una precoce identificazione dei problemi, intervenendo prima che il disturbo si aggravi. In quest'area di interventi di prevenzione i dati sono maggiori e più positivi. Foa e collaboratori (1995b) hanno studiato l'efficacia di un breve programma di prevenzione (gestione

dell'ansia, esposizione immaginativa e in vivo e ristrutturazione cognitiva) per impedire il cronicizzarsi del disturbo. I risultati rispetto al gruppo di controllo (non trattati) sono stati incoraggianti infatti solo il 10% del gruppo sperimentale soddisfaceva i criteri diagnostici per fare diagnosi di DPTS contro il 70% del gruppo di controllo.

In conclusione ci sono evidenze scientifiche che mostrano possibile un intervento precoce nel post-trauma per i soggetti sintomatici con l'obiettivo di evitare patologie croniche più gravi come il DPTS.

Conclusioni

La terapia del DPTS cronico (con durata superiore ai 3 mesi) deve ancora raggiungere i livelli di efficacia che si ottengono per la maggior parte degli altri disturbi d'ansia. In linea di massima, circa un terzo dei pazienti con DPTS cronico ha un ottimo risultato dopo la terapia. Un altro terzo raggiunge risultati abbastanza buoni (pur non soddisfacendo più i criteri per DPTS a fine trattamento, questi soggetti continueranno ad avere problemi con compromissione del funzionamento psicosociale). L'ultimo terzo dei pazienti non risponde in alcun modo alla terapia.

La terapia di esposizione è la modalità di trattamento del DPTS più fondata empiricamente e in diverse linee guida è considerata una delle più efficaci. Le *Expert Consensus Guidelines* per il trattamento del DPTS (1999), ad esempio, indicano l'esposizione come il trattamento più veloce per questo disturbo e come uno dei preferiti in varie popolazioni di persone traumatizzate. Attualmente, una serie di evidenze empiriche rilevano che la terapia di esposizione determina significativi miglioramenti dell'ansia, della depressione e dei sintomi di *re-experiencing*, e una riduzione dei sentimenti di autoaccusa, rabbia, colpa e vergogna. Infine, è stato evidenziato che le persone trattate con l'esposizione mostrano un miglioramento continuo e duraturo, con meno ricadute al *follow-up* rispetto ad altre forme di trattamento (Dietrich et al. 2000; Andrews et al. 2003; Lo Iacono 2005; Connor e Butterfield 2003).

Relativamente alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del DPTS diversi studi ne hanno dimostrato l'efficacia in differenti tipi di trauma, con un miglioramento dei sintomi del DPTS, dell'ansia e della depressione (Rothbaum e Schwartz 2002; Ehlers e Clark 2003; Sijbrandij et al. 2007; Bisson e

Andrew 2005; Bisson et al., 2007). Questa efficacia è spiegata nel modo seguente: 1) la ripetuta esposizione immaginativa all'evento traumatico determina una riduzione della paura, per abitudine alle risposte emozionali nel rivivere l'evento traumatico;

2) le convinzioni irrazionali relative all'essere incapace e indifeso vengono corrette mediante l'apprendimento di tecniche di gestione dell'ansia, il rilassamento e la ristrutturazione cognitiva, che aiutano i pazienti a gestire con successo la propria ansia, sviluppando il senso di auto-efficacia (Sijbrandij et al. 2007); 3) le convinzioni negative associate al DPTS sono disconfermate dalle informazioni a cui la persona è messa di fronte durante l'esposizione e ulteriormente modificate tramite procedure cognitive, e questo si associa a una riduzione globale della gravità dei sintomi del DPTS (Foa e Rauch 2004).

Bibliografia

- Adshead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 144-148.
- American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth editino, text revision. Washington, D.C. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4a ed. rivista (DSM-IV-TR)*. Milano: Masson, 2002.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2003). *The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and Patient Manuals – Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo* (pp. 447-487). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Beck AT, Emery G. (1979) *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2005, April). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.*, 18(2), CD003388.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. (1996b) Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Boos, A. (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. (Terapia Cognitiva Comportamentale del trauma cronico)* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. (1997) Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives in General Psychiatry*, 54, 1044-8.
- Breslau N, Chilcoat S, Kessler R, Davis G. (1999) Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-7
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for post traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-12.

- Brown, E.J., Goodman, R.F., Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005 June; 34 (2): 248-59.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J. & Marmar, C.R. (2001, September). The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *American Journal Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- Carlson, E.B. (2005). Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 142-170.
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma Violence Abuse*, 2002, 3: 307-327.
- Cohen, J.A., Goodman, R.F., Brown, E.J. et al. Treatment of childhood traumatic grief: contributing to a newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harv Rev Psychiatry*. 2004, Jul-Aug, 12:213-6.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. Treatment of childhood traumatic grief . *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004, Dec; 33: 819-831. (Non è posseduto da biblioteche italiane).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K., Treating childhood traumatic grief: a pilot study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (10): 1225-33.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT- CTG), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1465-73.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P., Debliger, E., Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: Guilford Press (2006).
- Connor KM Sutherland SM, Tupler LA, Malik ML, Davidson JRT. (1999) Fluoxetine in post-traumatic stress disorder- randomized, double-blind study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 17-22.
- Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1, 247-262
- Creamer M, Burgess P, Buckingham WJ, Pattison P. (1993) Post trauma reactions following a multiple shooting: a retrospective study and methodological inquiry. In Wilson JP, Raphael B (Eds), *The International Handbook Of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Davidson, J.R.T. (2002). Surviving disaster: what comes after the trauma? *The British Journal of Psychiatry*, 181, 366-368.
- Devilly G, Spence S. (1999) The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-57.
- Dietrich, A., Baranowsky, A., Devich-Navarro, M., Gentry, J., Harris, C. & Figley, C. (2000, December). A review of alternative approaches to the treatment of post traumatic sequelae. *Traumatology*, 6(2).
- Duca N. (2008) Il trattamento cognitive – comportamentale del disturb post traumatico da stress. *Psicoterapeuti in formazione*

- Düweke, P. (2006): Trauma und Bewusstsein, Traum dein Leben! (trauma e coscienza) *Psychologie Heute – Psicologia oggi* 10/2006
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2003, May). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry*, 1, 53(9), 817-26.
- Foa EB, Kozak MJ. (1986) Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa Eb, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. (1991b) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-62
- Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. (1995b) Arousal numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152,116-20.
- Foa EB, Meadows EA (1997) Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of psychology*, 48, 449-80.
- Foa EB, Rothbaum BO. (1998) *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioural Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press
- Foa, E.B. & Rauch, S.A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884.
- Fullerton, C.S. & Ursano, R.J. (2001). *Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. (1996) Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective Study. *Journal of Clinica Psychiatry*, 57, 390-4
- Green BL. (1996) Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In Mak FL, Nadelson CC (Eds), *International Review of Psychiatry*, Vol.2. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-50.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kessler RC, Stang P., Wittchen H-U, Stein M, Walters EE. (1999b) Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-67.
- Kilpatrick DG, Resnick HS, Freedy JR, Pelcovitz D, Resick P, Roth S, van der Kolk B. (1997) The posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct: criteria A through E. In Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W (Eds), *DSM-IV sourcebook*, Vol. IV. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Kirchlechner . (2008) Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche. *Psicoterapeuti in formazione*
- Krystal, H. (1978): Trauma and affect. *Psychoanalytic study of the child*, 33
- Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS. (1990) Trauma and the Vietnam Generation: report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel.
- Lieberman A. F, N.C. Compton, P. Van Horn, C. Ghosh Ippen. *Il lutto infantile*. Il Mulino. 2007.
- Lo Iacono, G. (2005). Introduzione alla psicoterapia del disturbo post-traumatico di stress / DPTS. *Cognitivismo Clinico*, 2(2), 171-194.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Long M.E, Quevillon R. (2009) Imagery Rescripting in the Treatment of Posttraumatic Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Cap.23, vol.1
- Lo Presti E, (2008). *Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief*. *Psicoterapeuti in Formazione*
- Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J, (2009). Imagery Rehearsal Therapy for Posttraumatic Nightmares in U.S. Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 3, 236-239.
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, K., Brent, D., Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 48 (4): 493.
- Mellman, T.A., Bustamante, V., Fins, A.I., Pigeon, W.R. & Nolan, B. (2002, October). REM Sleep and the Early Development of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal Psychiatry*, 159, 1696-1701.
- Mitchell JT, Bray G. (1990) *Emergency Services Stress*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *American Journal Psychiatry*, 162, 1320-27.
- Reddemann, L. & Dehner Rau C. (2006): Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, (trauma, riconoscere gli effetti, superarli e crescere) Stuttgart: Medizinverlage Trias
- Resick PA, Schnicke MK. (1992) Cognitive processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-56.
- Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB. (1995) A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence* 10, 2201-14.
- Rose S, Bisson J. (1998). Brief early interventions following trauma: a systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. (1992) A prospective examination of post-traumatic stress disorders in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-75
- Rothbaum, B.O. & Schwartz, A.C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal Psychotherapy*, 56(1), 59-75.

- Seligman, M. (1975). Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman.
- Shalev, A.Y. (2001). Acuto verso cronico: eziologia e fisiopatologia del DPTS – Un approccio psicobiologico. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Shapiro F. (1995) Eye movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures, New York: Guilford Press.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., de Vries, M.H. & Gersons, B.P.R. (2007) Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. American Journal Psychotherapy, 164, 82-90.
- Smucker, M.R., & Dancu C.V. (1999): Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of child trauma- Imagery rescripting and reprocessing. Northvale, NJ., Jason Aronson
- Solomon Z. (1989) A 3-year prospective study of post-traumatic stress disorder in Israeli combat veterans. Journal of Traumatic Stress, 2, 59-73
- Southwick, S.M., Yehuda, R. & Charney, D.S. (2001). Anomalie neurobiologiche nel DPTS: rassegna della letteratura clinica. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro. Torino: Centro Scientifico Editore.
- True, W., Rice, J., Eisen, S., Heath, A., Goldberg, J., Lyons, M. & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms. Archives of General Psychiatry, 50, 257-264.
- Yehuda R. (1999) Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yule, W. (2000). Il disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia. Milano: McGraw-Hill
- Van der Kolk Ba, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R, Saxe G. (1994) Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 55, 517-22.
- Vrana S, Lauterbach D. (1994) Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college student. Journal of traumatic Stress, 7, 289-302.

Domenico Navarra

Libero professionista, Bari

Specializzata a Lecce, training R. Mosticoni e A. Semerari

navarradomenico@yahoo.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Progetto di sostegno alla genitorialità in un nido

Maria Cristina Testa¹

¹ Psicoterapeuta, Roma

Riassunto

In una prospettiva che potremmo definire ecologica, usando le parole di U. Bronfenbrenner (1979), emerge quanto sia importante per lo sviluppo umano, l'interazione tra un organismo umano attivo in sviluppo e le persone, gli oggetti e i simboli che si trovano nel suo ambiente circostante; in tal senso, l'ambiente familiare rappresenta lo spazio nel quale il bambino farà esperienze, che saranno di fondamentale importanza per il suo sviluppo cognitivo e affettivo.

Partendo da tale prospettiva, il progetto si pone come obiettivo generale, quello di sostenere le famiglie nelle loro funzioni educative, per salvaguardarne l'ambiente nel quale dovranno convivere e crescere i propri figli. La visione del nostro progetto è basata su un approccio di tipo preventivo e di potenziamento delle risorse già esistenti, mettendo a disposizione servizi cooperativi nel quale la famiglia è parte attiva nella risoluzione dei propri bisogni sia essi di carattere educativo che informativo.

I destinatari dell'intervento sono i genitori di bambini di età compresa dai 0-3 anni.

Il servizio offre le seguenti attività per sostenere i genitori:

- Gruppi di confronto sulla genitorialità
- Sportello di Ascolto
- Counselling psico-sociale rivolto, oltre che, alla coppia genitoriale e al singolo, anche alle insegnanti.
- Gruppi di auto-aiuto e seminari per genitori

Il progetto così strutturato è finalizzato soprattutto ad offrire un'opportunità di incontro e confronto a giovani famiglie sui temi dell'essere genitori, con la finalità implicita di favorire una maggiore integrazione nel contesto scolastico, alla luce anche della maggiore conoscenza reciproca e del reciproco sostegno.

Summary

In a perspective that, using the words of U. Bronfenbrenner (1979), might be called ecological, the importance of interaction between an active human organism in development and people, objects and symbols in the surrounding environment emerges. In such terms, the family environment represents that space in which children will undergo those experiences of crucial importance in their cognitive and affective development.

Starting from this perspective, the project has the overall objective of supporting families in their educational function in order to preserve the shared environment in which children will be raised. The vision of our project is oriented towards a preventive and available resource-enhancing approach, providing cooperative services through which the family remains an active part in the fulfillment of educational and informative needs.

Maria Cristina Testa, *Progetto di sostegno alla genitorialità in un nido*, N. 8, 2011, pp. 39-73.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

The recipients of the project are parents of children aged 0-3 years.

The following parental support activities are offered:

- Parenting discussion groups.
- Listening services.
- Psycho-social counseling dedicated to parents, whether couples or singles, and childhood educators.
- Self-help groups and seminars for parents.

The project and its structure are aimed at providing young families with the opportunity to meet and exchange ideas on the issues of parenting, in the attempt of fostering a greater integration in the school context in light of an increased mutual understanding and support.

Motivazione al progetto

Sempre più le condizioni problematiche degli adulti coinvolgono i bambini.

In questi ultimi anni nella ricerca della psicologia dell'età evolutiva si è assistito ad una reale crescita di sensibilità e di attenzione alla relazione madre-bambino e, più in generale, nella comunicazione genitori figli, fin dalla prima infanzia.

Il progetto di "sostegno alla genitorialità nasce come progetto mirato con le famiglie ed offre la possibilità di agire anche sul piano individuale: sarà, infatti, uno spazio - sia fisico che mentale - un punto di ritrovo per quelle mamme e quei papà che vorranno parlare di sé come persone, di sé come genitori e dei propri bambini. Un luogo di ascolto, di confronto e condivisione su dubbi, curiosità, proposte, domande, sul mestiere di genitore, ma anche un vero e proprio spazio in cui costruire un'alleanza per superare le difficoltà che troppo spesso vengono soffocate dal desiderio di continuare ad essere "genitori perfetti".

Altro importante obiettivo del nostro Asilo Nido è quello di intensificare gli scambi tra famiglie ed istituzione, favorendo quel processo che viene abitualmente indicato come "continuità orizzontale", e che comprende la condivisione di esperienze e metodi educativi che si fondono sull'idea che il rapporto con le famiglie sia di per sé imprescindibile per la buona riuscita e per la crescita del bambino al nido.

In questo senso, il bambino non si presenta come un sistema isolato, ma come un soggetto che per crescere necessita di relazioni con adulti diversi.

I genitori, in quanto figure centrali di riferimento, sono per gli educatori dell'asilo degli interlocutori privilegiati e costituiscono una fonte preziosissima di conoscenza per la lettura dei bisogni del bambino.

Per questi motivi, durante l'anno vengono organizzati diversi incontri formativi con e per i genitori, che verteranno su specifiche tematiche scelte per accogliere i bisogni dei genitori e permettere loro un confronto reciproco sulla loro esperienza genitoriale

Linee teoriche di riferimento

Indagine sulla nascita dei servizi educativi per la prima infanzia

Dagli anni Settanta, periodo in cui nacquero i primi asili nido, ad oggi, molta strada è stata fatta per trasformare questi servizi, che si offrivano come luoghi di “accudimento”, in spazi “educativi”.

L’asilo nido ha vissuto uno sviluppo in assenza di modelli “ideali”. Si è così assistito alla nascita di realtà mutevoli nei luoghi o nei tempi, in un continuo processo di adattamento e di cambiamenti. Realtà che nel tempo si sono confrontate con una concezione “nuova” del bambino, importata dal mondo della ricerca neonatale (Stern, 1987; Cramer, 1988; Kreisler, 1986; Lebovici, 1988; Sameroff e Emde, 1991) che dimostra come, il bambino, fin dalla nascita, sia provvisto di competenze e abilità, che lo rendono capace di interagire attivamente con l’ambiente.

Grazie al confronto con questa nuova concezione dell’infanzia, si sono avviate esperienze che hanno aperto la strada a nuove soluzioni organizzative e nuovi modelli educativi tesi ad integrare la dimensione sociale a quella educativa.

Appare, quindi, produttivo e rispondente allo spirito scientifico e agli inviti della sperimentazione “operativa” un confronto tra le varie esperienze, che in alcuni casi sono state in grado di creare una vera e propria tradizione pedagogica. Il resoconto e il confronto, rappresentano forse l’unico metodo in grado di combinare conoscenza e ricerca, per fondare e continuare l’innovazione non isolata e non conformista.

E’ perseguendo questo fine e soprattutto quello di illustrare le basi teoriche a cui questa tesi e il progetto in essa contenuto, attingono, che verranno riportate di seguito le linee teorico-operative che hanno saputo rendere al bambino un ambiente in grado di stimolarlo, incuriosirlo, sostenerlo; un contesto, insomma, che possieda le caratteristiche necessarie ad accogliere un soggetto in costante evoluzione. Approcci che hanno saputo trasformare gli asili in spazi educativi, che condividono le stesse finalità educative, la stessa visione costruttivista dell’apprendimento e di promozione globale del bambino.

La casa dei bambini di Maria Montessori

Maria Montessori fu la prima donna italiana a laurearsi in medicina. I suoi studi si rivolsero poi ai bambini “anormali” ricoverati in istituto, con i quali intraprendeva prevalentemente una rieducazione senso-motoria. Ottenuta poi una seconda laurea in lettere e filosofia cominciò a tenere dei corsi di pedagogia all’università di Roma, fino a quando non le venne proposto di aprire due scuole, che abbandonarono la vecchia denominazione di asilo, per adottarne una decisamente più

puerocentrica; “casa dei bambini”. Le “case dei bambini” conobbero subito una rapida diffusione in Italia e nel mondo.

Il metodo montessoriano si caratterizza fondamentalmente per tre obiettivi:

- Rendere attivo il bambino costruendo per lui un ambiente su misura;
- Individualizzare l'attività del bambino utilizzando un materiale analitico che regoli l'acquisizione graduale di abilità senso-motorie;
- Socializzare il bambino impegnandolo in attività di cooperazione relative alla cura della casa.

La Montessori è convinta che il bambino possieda in se stesso, l'energia psicofisica necessaria alla formazione naturale e spirituale dell'uomo. Liberare questa energia, troppo a lungo mortificata e repressa da una tradizione autoritaria, significa aiutare il bambino a sfruttare pienamente le proprie capacità di “autoeducazione”.

Diventano allora indispensabili i movimenti e le esplorazioni dell'ambiente, attraverso cui si sviluppano le individualità dei bambini. Tutto l'arredamento della “casa dei bambini” è perciò fatto a loro misura, affinché possano manipolarlo, padroneggiarlo e utilizzarlo in modo autonomo.

L'abbandono dei banchi rigidi e l'organizzazione di un ambiente ad hoc per i piccoli, rappresentano innovazioni radicali e la disposizione mobile degli arredi, nonché l'arredamento su misura, diventano presto caratteristiche comuni a tutte le scuole dell'infanzia.

Si sviluppano pratiche didattiche, attraverso l'uso di materiali specifici per lo sviluppo dei diversi tipi di sensorialità: visiva, uditiva, tattile, olfattiva, gustativa.

Molta importanza viene data agli esercizi di vita pratica, che sono volti alla stimolazione di atteggiamenti spiccatamente cooperativi: vestirsi, svestirsi, lavarsi, pettinarsi, apparecchiare la tavola sono attività che portano all'instaurarsi di rapporti di cortesia e aiuto reciproco.

La scuola steineriana

La prima scuola steineriana, chiamata “Libera scuola Waldorf”, fu fondata nel 1919 a Stoccarda dall'industriale Emil Molt per i figli degli operai della fabbrica Waldorf-Astoria, sotto la guida di Rudolf Steiner che ne pose i fondamenti pedagogici.

L'impulso all'origine di questa scuola, risponde all'esigenza di un rinnovamento profondo della vita sociale, a partire dall'educazione che nacque al centro d'Europa subito dopo la Prima Guerra Mondiale. La propensione alla vera libertà dell'essere umano sta alla base di questa concezione pedagogica.

Steiner individua principalmente tre fasi di sviluppo del bambino, che corrispondono ai primi tre “settenni”, in cui l'azione educativa della scuola e della famiglia sono di vitale importanza.

Quello che in quest'ambito interessa è il primo settennio, in cui il bambino conquista tre principali facoltà: la posizione eretta e la capacità di camminare, l'uso della parola e la possibilità di dire "io" a se stesso.

In questa fase il bambino viene accolto nel "giardino d'infanzia" dove, in un'atmosfera calda e protetta, con l'ausilio di semplici materiali naturali, può esprimere pienamente la sua creatività e la sua fantasia; inoltre, attraverso le attività pratiche promosse dalle insegnanti, può conoscere il mondo a partire dall'imitazione e dal movimento.

Il bambino non viene considerato una creatura passiva sulla quale imprimere nozioni ed informazioni, ma come un "essere in divenire", ricco di capacità e talenti da sviluppare. L'idea principale è che la potenzialità del bambino è enorme e di incalcolabile valore per la società e per il mondo. L'obiettivo educativo fondamentale è quindi quello di attuare una metodica ed una didattica che consentano ad ogni bambino di scoprire e porre pienamente in atto le proprie capacità, cercando di minimizzare il più possibile i condizionamenti, le distorsioni e le intrusioni dell'adulto.

Compito dell'educatore è quindi quello di lasciare il più possibile inalterato il contenuto della singola individualità, offrendo buoni strumenti per il suo sviluppo concreto. Lo spazio in cui vive il bambino dovrà essere semplice perché più l'ambiente è semplice e più il bambino si sentirà sicuro e capace di mettere in relazione oggetti ed avvenimenti; infatti, secondo Steiner, lo sviluppo del mondo interiore è alimentato non dalla quantità di stimoli esterni, ma dalla possibilità di mettere in relazione stimoli diversi.

Si porterà il bambino ad avere una buona percezione del colore, del gusto, della vista e dell'udito.

Fondamentale è il rispetto del tempo per il gioco libero, momento in cui il bambino può veramente autodeterminarsi e sentirsi veramente libero.

Si tratta di una metodologia che ha lo scopo di accompagnare il bambino a "diventare se stesso", libero da pregiudizi e capace di orientare la propria vita verso quelle mete che lui si dà. È in questo senso che la scuola steineriana attua un'educazione alla libertà.

L'impegno della pedagogia steineriana è quello di mettere al centro del processo educativo lo sviluppo del mondo interiore del bambino, avendo come meta la formazione di individui in grado di autodeterminare la propria esistenza senza perseguire istinti egoistici, ma tenendo al bene comune.

Il motto di questa pedagogia può essere riassunto così: non si educano i bambini affinché diano soddisfazioni oggi, ma con lo sguardo rivolto all'uomo in divenire. Ciò che più interessa è lo sviluppo delle qualità interiori.

Il sistema delle relazioni multiple

Il sistema delle relazioni multiple sta alla base di un progetto educativo attuato nei nidi dei quartieri di Longuelo e Loreto dagli anni 1986-1996.⁷

L'ipotesi centrale porta ad un ripensamento del rapporto classico adulto-bambino, per far posto ad una pluralità di relazioni che i bambini sanno discriminare e che sono capaci di scegliere. Non viene più imposto, nella struttura per l'infanzia, un unico modello di relazione con la figura di riferimento, ma il bambino è messo in condizione di non subirli e quindi di sperimentare per poi scegliere i suoi referenti comunicativi.

L'asilo nido viene visto come sistema di relazioni multiple, permettendo il superamento di concezioni classiche quali (Fornasa, 1989):

Il supporto di un'unica educatrice di riferimento senza la quale il bambino rischia di entrare in crisi. L'idea che un bambino non sia in grado di costruire attivamente i propri riferimenti ed anzi soffra per la mancanza di sicurezze routinarie. La convinzione che il gruppo misto per età danneggi i più piccoli, data l'aggressività dei più grandi, quando invece è il gruppo dei pari che porta all'emergere di comportamenti aggressivi in quanto basati sulla competizione per la gerarchia.

La convinzione che le educatrici debbano agire assecondando le aspettative dei genitori, eludendo così un compito altrettanto importante che è quello di offrire un'esperienza educativa "diversa", non solo per il bambino, ma anche per il genitore.

Attraverso un modello educativo di questo tipo il bambino è posto al centro delle proprie esperienze ed è totalmente soggetto attivo nelle scelte, permettendogli di vivere il cambiamento come crescita.

L'Istituto di via Lòczy a Budapest di Emmi Pikler

L'Istituto di metodologia di via Lòczy a Budapest, fondato nel 1946 da Emmi Pikler⁸, è conosciuto in tutto il mondo, assicura ai bambini senza famiglia, fin dalla nascita, condizioni ottimali di sviluppo psicofisico.

Uno degli scopi principali dell'Istituto è stato quello di assicurare ai piccoli una "crescita favorevole", evitando l'insorgere della sindrome di istituzionalizzazione.

L'Istituto sorge in una villetta sulle colline di Budapest, possiede una ricettività di 70 bambini e la durata media del soggiorno è di un anno. I bambini possono fermarsi fino all'età di due anni e mezzo, tre al massimo.

L'Istituto, grazie al lavoro della Pikler e di tanti altri, rappresenta uno straordinario esempio di libertà educativa. La pediatra, determinata a evitare ogni "sindrome da istituzionalizzazione",

concedeva ai suoi “ospiti” totale libertà motoria e massima attenzione alla relazione adulto - bambino, soprattutto nelle cure quotidiane.

I bambini, a Lòczy, vivono il più possibile all'aria aperta, in ogni stagione, nudi nei mesi più caldi e indaffarati a giocare con i giochi più semplici.

Emmi Pikler ha scoperto come l'indipendenza sia parte integrante della filosofia del bambino, guidando il suo sviluppo motorio fin dalla nascita.

Fondamentale è ascoltare i bisogni individuali e i tempi personali di ciascun bambino; solo così si realizzerà finalmente quel riconoscimento concreto dell'importanza formativa ed autonoma dei primi anni di vita.

La tesi di fondo che orienta il lavoro della Pikler, è che i bambini non vadano di continuo stimolati, esercitati. Insegnare i movimenti al bambino corrisponde a negare di fatto ogni sua competenza, innata o acquisita per maturazione autonoma.

Lungo tutta l'infanzia il piccolo è rincorso dagli adulti. Essi non gli danno tregua: vogliono che superi in fretta le tappe, che acceleri i suoi ritmi. Non sanno tollerare la sua naturale lentezza, le sue ripetizioni spontanee, osservabili a partire dalla nascita.

Già nel 1931 Emmi Pikler aveva verificato di persona la forza evolutiva che ha in sé il bambino, soprattutto se non riceve prescrizioni o incitamenti; inoltre nell'attività di pediatra aveva sempre suggerito ai genitori di non intralciare i movimenti liberi dei figli, di non volere affrettare lo sviluppo con sollecitazioni o con posizioni anticipate.

Ogni bambino che nasce si avvia nel proprio autonomo percorso di crescita con un movimento continuo: resta ben poco fermo e statico in una data posizione, come l'adulto vorrebbe. E' attratto da ciò che vede o che sente, dalla voce e dai gesti di chi si occupa di lui e successivamente dagli oggetti da afferrare, portare alla bocca, lanciare, far dondolare, perdere e ritrovare.

La conquista dei movimenti è il risultato di un suo lungo, personalissimo esercizio. Lo sviluppo procede dall'interno verso l'esterno e non viceversa ed è il bimbo stesso che lo conduce.

Non ci sono meriti o demeriti se un'abilità si verifica a una certa data piuttosto che a un'altra: occorre solo dargli tempo. Il bambino non sa quando è pronto, ma continua a muoversi: prova e riprova, finché scopre casualmente un nuovo movimento, una posizione di maggiore equilibrio.

Allora comincia a ripeterli, correggendo da sé i tentativi non riusciti o le posizioni insicure, finché non sente di possederli del tutto e di poterli ritrovare quando gli occorre, per raggiungere, toccare, trasportare un oggetto.

Quasi mai la Pikler fa riferimento all'età. Il rapporto tra questa e l'abilità raggiunta, perde ogni significato in quanto ogni bambino, se può seguire liberamente il proprio andamento di crescita, supera le varie fasi al proprio ritmo, diverso da quello di altri suoi coetanei, in una straordinaria gradualità e, al tempo stesso, con una sicurezza e un'armonia di movimenti, che i bambino costretti in modi diversi non raggiungono mai.

Ciò che vale la pena di osservare è la soluzione che il piccolo trova all'interno di una sequenzialità di posizioni e non il fatto che esse si manifestino a una certa data cronologica.

L'approccio di Reggio Emilia

Gli asili di Reggio Emilia, sono conosciuti in tutto il mondo per il loro "Reggio approach" creato dal pedagogo Loris Malaguzzi. Si tratta di un metodo educativo che considera il bambino come un soggetto competente, protagonista del proprio apprendimento, valorizzandone la creatività, intesa come la capacità di rendere interscambiabili le molteplici forme di linguaggio con le quali esprimersi. Un metodo che possiede una visione costruttivista dell'apprendimento, verso il quale il bambino si muove in forma esperienziale, assecondando i propri interessi. Un approccio che valorizza una visione positiva della relazione educativa, concepita secondo una prospettiva di scambio e reciproca valorizzazione delle rispettive competenze.

Nelle scuole di R.E. i bambini sono visti in una prospettiva positiva: competenti, curiosi, capaci, e pensatori creativi (creative thinkers, learners). Vi è dunque una attenzione alla promozione del bambino in modo globale, che implica l'abbandono dell'impostazione classica di trasmissione di saperi, per abbracciare un approccio che agisca a favore dello "sviluppo di competenze" personali e sociali.

L'approccio di Reggio Emilia, non è un programma, piuttosto uno strumento per la progettazione, realizzazione e documentazione di interventi educativi, che fonda i suoi presupposti su una visione costruttivista del processo di insegnamento-apprendimento.

Loris Malaguzzi ha integrato il pensiero di Piaget, Vygotsky, Dewey nella sua filosofia, che considera il bambino come un ricercatore, grazie alla sua naturale curiosità e nell'abilità nel fare domande, oltre che di produrre esperimenti per soddisfare il suo innato desiderio di scoperta.

I concetti enfatizzati dall'approccio di Reggio Emilia sono:

- *il bambino come soggetto attivo di apprendimento (child as a learner)*. Il bambino è considerato secondo una prospettiva positiva, ovvero, come soggetto competente, curioso, capace e protagonista creativo di apprendimento e di pensiero. Il principale obiettivo

dell'educazione deve essere la promozione del pensiero autonomo e della capacità di risolvere i problemi.

- *curricolo integrato e lavoro per progetti (integrated curriculum and project work)*. Nell'approccio emiliano il curricolo non è suddiviso in differenti aree di insegnamento (matematica, storia, scienze...), bensì l'enfasi è posta sulle domande e sulla progressiva costruzione e scoperta di soluzioni. Sono gli interessi e le esperienze dei bambini, il punto di partenza per la costruzione di ogni curricolo.
- *relazione costruttiva adulto-bambino nel percorso di apprendimento (teacher-child relationship)*. Gli insegnanti devono essere disponibili e aperti alla relazione: essi hanno il compito di sostenere il bambino e mostrargli le connessioni che lo aiutino a raggiungere livelli di apprendimento superiori. Devono essere in grado di ascoltare, osservare, offrire suggerimenti, porre questioni cognitive, interrogativi, modulando il proprio intervento e calibrandolo sulla base degli specifici ritmi di scoperta individuali. Il rapporto insegnante-bambino non è mai unilaterale, ma costruito insieme perché il piccolo è di per sé soggetto attivo di conoscenza, con un intrinseco bisogno di socializzare e comunicare. L'insegnante non si pone quale mero trasmettitore di contenuti, ma come guida, accompagnatore, facilitatore del processo di apprendimento e di crescita: si assiste così al superamento dell'unidirezionalità, che crea dicotomia di posizioni, inaugurando una più positiva prospettiva di scambio e reciproca valorizzazione delle rispettive competenze.
- *documentazione relativa ai processi/prodotti di pensiero del bambino (documentation of student learning)*. Lo scopo e l'utilità della documentazione consiste nel focalizzare l'attenzione sulle attuali esperienze di apprendimento dei bambini, sui loro pensieri, memorie, idee. Essa si compone di differenti materiali, tra cui: osservazioni e commenti di insegnanti, genitori o altri adulti presenti e partecipi del contesto di apprendimento, in relazione al lavoro del bambino e al suo processo di sviluppo; sequenze fotografiche di bambini in azione nel processo di apprendimento; videocassette relative alle diverse fasi del processo conoscitivo e ai momenti relazionali; osservazioni sistematiche degli insegnanti in forma di schede o appunti scritti.

L'osservazione è il principale strumento della progettazione educativa ed ogni insegnante e/o educatrice è invitata ad acquisire competenze di ricerca. La raccolta di una sistematica documentazione servirà non solo ad esplicitare il processo di crescita e di apprendimento del bambino, ma quale strumento di auto-verifica ed auto-riflessione in relazione ad ogni singola

educatrice. Il materiale raccolto consente di valutare quanto si sta facendo, di introdurre eventuali modifiche, di prendere maggiore consapevolezza delle proprie azioni e dei principi metodologici-pedagogici da cui si originano.

Unire le osservazioni e i diversi punti di vista permette di cogliere sfumature sempre nuove, nuovi aspetti e dimensioni del bambino e del suo sviluppo: è questo il punto di partenza per un confronto costruttivo con le colleghe, insieme alle quali si arriva a ridefinire costantemente il proprio lavoro all'interno di un progetto pedagogico di più ampio respiro, che ne costituisce la cornice concettuale.

L'inserimento al nido e il sostegno alla genitorialità

L'ambientamento nel nido rappresenta indiscutibilmente un momento molto delicato per il bimbo e per la sua famiglia.

Per i bambini significa vivere un'intensa separazione (spesso per la prima volta), adattarsi a un nuovo ambiente tutto da scoprire, costituito da altri bimbi e da adulti sconosciuti e scandito da tempi e abitudini diversi. Anche per i genitori l'approccio con il nido non è sempre facile: con la consuetudine e la costruzione di un rapporto di fiducia con gli educatori e con il coordinatore pedagogico, il quale collabora costantemente con il gruppo degli educatori ed è sempre a disposizione delle famiglie, i dubbi e le ansie sono destinati a stemperarsi.

L'idea di tale progetto nasce quindi con l'intenzione di:

- valorizzare le competenze dei neo genitori che si trovano ad affrontare eventi di squilibrio come quelli della transizione alla genitorialità o del distacco dal figlio, offrendo loro un sostegno psicopedagogico mediante degli incontri individuali oppure di gruppo, dove poter condividere le proprie esperienze e confrontarsi con l'altro.
- fornire agli educatori strumenti per gestire situazioni di diversità in classe, per promuovere le abilità socio-affettive, per favorire l'integrazione culturale, per prevenire, riconoscere e affrontare tematiche o situazioni relative a fenomeni di disagio.

Gli psicologi del centro hanno quindi realizzato uno sportello di ascolto per gli educatori e tutti i genitori utenti del servizio e rappresentano un valido supporto nel periodo di inserimento e per tutta la permanenza in struttura. I genitori, in particolare, trovano ,in questa iniziativa, un importante sostegno nel difficile compito genitoriale ed una ricca occasione di confronto e riflessione su temi dell'infanzia e sulle problematiche connesse.

Il lavoro che cerchiamo di fare all'interno di questo progetto è quello di mettere i genitori in condizione di capire che i loro problemi, le loro angosce, le loro preoccupazioni ed incertezze sono

comuni anche ad altre persone che vivono le loro stesse responsabilità e su questa consapevolezza si opera in modo da recuperare o acquisire quel equilibrio che appare imprescindibile per lo svolgimento del mestiere di genitore.

Questo spazio diretto da professionisti psicologi e psicoterapeuti è rivolto a tutti i genitori anche non utenti e rappresenta un servizio di consulenza in grado di fornire elementi di riflessione, di comprensione e di approfondimento in situazioni di difficoltà, crisi o di malessere per sé o per i propri figli, in relazione a problemi personali, di coppia, familiari, scolastici, comportamentali o evolutivi.

Che cos'è l'inserimento

Con il termine inserimento si definisce l'inizio dell'esperienza del genitore, del bambino e dell'educatore nel momento dell'ingresso al nido; nella dimensione familiare si introducono elementi nuovi: ambienti, persone, orari e modalità relazionali diverse. Per la prima fase di "impatto" è necessaria la presenza di uno dei due genitori con modalità e tempi che verranno decisi dalle educatrici insieme ai genitori in base alle reazioni del bambino. È un momento molto coinvolgente dal punto di vista emotivo per tutti i soggetti che vengono coinvolti. Non esiste un'unica soluzione per portare a "buon fine" l'ambientamento, esistono diverse strategie per i diversi bambini.

Il punto di vista dell'educatrice

Anche per le educatrici con anni di esperienza l'ambientamento rappresenta un momento di grande impegno emotivo e relazionale, dove sembra che conoscenze teoriche e anni di esperienza non bastino a cogliere la complessità che ogni bambino diverso nella sua unicità porta con sé. Ogni bambino, ogni famiglia costituisce una novità e una "risorsa" con cui entrare in sintonia. Non è facile conoscere i bisogni dei bambini e costruire una relazione significativa. È un processo che va ben oltre il momento dell'ambientamento e si costruisce lentamente sulla base di una fiducia e grazie ad una comunicazione costante.

In questa fase, così come per tutta la permanenza del bimbo al nido, è necessaria una forte collaborazione tra genitori ed educatrici che in termini concreti significa: - scambio reciproco di informazioni, che permetta alla famiglia di sapere e capire com'è organizzato il nido e quale progetto educativo vi è alla base e alle educatrici di entrare meglio in contatto con i bisogni del bambino e della famiglia - assicurare continuità tra casa e nido, cercando insieme soluzioni per le situazioni che via via si presentano e per affrontare in modo coerente le problematiche legate all'educazione.

Il punto di vista del bambino

A. Che cosa significa l'inserimento per il bambino?

La psicologia dell'età evolutiva ha dedicato, negli ultimi trent'anni, una crescente attenzione alle prime fasi dello sviluppo sottolineandone la precocità di molte acquisizioni. Si è scoperto che il bambino, fin dai primi momenti di vita, è competente ed attivo nei confronti dell'ambiente circostante, e dotato di capacità proprie.

Nello sviluppo affettivo e cognitivo del bambino viene riconosciuta grande importanza alla socialità intesa sia come sviluppo di rapporti di attaccamento nei confronti di adulti significativi (genitori ma anche figure di accudimento), sia come relazione sociale con i coetanei che inizia fin dalla prima infanzia. Quindi entrare al nido per il bambino significa:

- conoscere spazi e persone mai viste prima;
- abituarsi ad un'organizzazione della giornata diversa da quella di casa;
- imparare a stare bene anche lontano dai genitori;
- accettare altri punti di riferimento;
- accettare di relazionarsi e "mediare" con altri bambini;
- superare le frustrazioni e, in questo modo, imparare ad affrontare meglio la realtà.

B. Quali comportamenti il bambino può manifestare in questa fase?

Al nido:

- il bambino piange quando il genitore si allontana dal nido;
- il bambino ricerca un rapporto fisico "privilegiato" con l'educatore;
- il bambino si porta da casa, o porta a casa dal nido, un oggetto che gli dà sicurezza;
- il bambino inizialmente potrebbe non accettare di essere consolato dall'adulto e rifiutare il rapporto con gli altri bambini.

Alcuni di questi comportamenti possono presentarsi successivamente perché i bambini sono presi dalla curiosità e dalla novità e non mostrano immediatamente queste reazioni.

A casa:

- il bambino ricerca con più insistenza uno dei due genitori o tutti e due;
- manifesta eventuali cambiamenti nel momento del pasto o del sonno;

Questi comportamenti o atteggiamenti sono normali e legati al fatto che il bambino deve abituarsi alla nuova esperienza, solitamente si risolvono nel giro di breve tempo.

Il punto di vista del genitore

E' ancora radicata la convinzione che il Nido d'Infanzia sia, per le madri lavoratrici o in difficoltà, un doloroso ripiego di cui sarebbe meglio fare a meno. Spesso i genitori che decidono di portare il bambino al nido sentono di dover giustificare la loro scelta quasi fosse una colpa, e non manca mai qualche amico o parente che sottolinei la negatività della decisione affermando che, se proprio la madre deve lavorare, una baby-sitter o una nonna sarebbe meglio. Molte persone tendono a sottovalutare le potenzialità e le abilità del bambino sotto i tre anni; un ambiente appositamente strutturato e dotato di personale qualificato può offrire un'ampia possibilità di esplorazione rispondendo ai bisogni cognitivi del bambino.

La funzione del nido non riguarda solo gli aspetti cognitivi; anche nel campo delle relazioni sociali con gli adulti e con i coetanei il nido può svolgere un ruolo prezioso. Il nido è un'opportunità importante anche per i genitori come occasione di confronto, di crescita, per acquisire competenze in rapporto allo sviluppo e ai problemi dell'educazione dei figli.

Solitamente le domande che maggiormente sorgono spontanee ai genitori sono le seguenti:

A. In rapporto al bambino

- È giusto allontanarsi dal bambino che piange al nido?
- Si abituerà il bambino ai ritmi del nido?
- Il bambino mangerà, dormirà, etc. senza di me?
- Accetterà le educatrici della sua sezione?
- Si troverà bene in mezzo agli altri bambini?

B. In rapporto a se stessi come genitori

- E' possibile allontanarsi dal bambino senza essere troppo preoccupati?
- Il mio bambino sarà curato adeguatamente?
- Perderò il mio ruolo come figura di riferimento?

C. In rapporto all'organizzazione del nido

- Le educatrici sono abbastanza preparate per prendersi cura del mio bambino?
- Come fanno a gestire più bambini insieme, quando io faccio fatica a gestirne uno?
- Il cibo è adeguato?
- Saremo informati dei progressi e delle conquiste dei bambini

Queste e altre domande potrebbero venire in mente, è normale. Soprattutto dal momento che le persone che si prenderanno cura del loro bambino sono per loro estranee, ma l'importante è esternare questi dubbi, chiedere chiarimenti per evitare che tensioni non espresse influiscano negativamente sull'ambientamento del bambino e sulla loro scelta del nido.

Perché un inserimento si consideri buono:

Il bambino deve essere in grado di separarsi dalla propria figura di riferimento affettivo e predisporre verso nuovi attaccamenti, deve poter condividere col genitore spazi, oggetti, esperienze ludiche per essere in grado di investire l'ambiente-nido della presenza genitoriale e rendere meno frustrante la separazione, deve raggiungere uno stato di benessere con gli adulti ed i bambini attraverso sentimenti di fiducia e attaccamento.

La famiglia deve mettersi in condizione di conoscere la struttura e le routines del nido, essere predisposta ad allacciare rapporti di fiducia nei confronti dell'educatore, che saprà consigliarlo e sostenerlo nello sviluppo psico-fisico del bambino; elaborare il distacco come affidamento non competitivo; rendersi consapevole di ciò che sta vivendo il bambino nei giorni d'inserimento riconoscendo e restituendo gli stati emotivi al figlio, accettare che nell'inserimento le esigenze e i tempi del bambino vengono al primo posto e per tanto preventivare un periodo d'assenza dal lavoro.

L'educatore deve mettersi in ascolto, per poter osservare il rapporto madre-figlio, dell'adulto, comprendere il grado d'attaccamento delle due parti, rilevare dalle parole del genitore la corrispondenza tra il bambino reale e il bambino immaginato, impostare modalità d'approccio al bambino ed al genitore, creare un rapporto di fiducia con il bambino e il genitore, studiare modalità di distacco più idonee.

Riflessioni

I bambini, chi prima chi dopo, si inseriscono tutti al nido salvo casi eccezionali; bisogna tener presente però che, a parte la prima settimana di "impatto" al nido, l'ambientamento vero e proprio ha bisogno di più tempo per realizzarsi, affinché il bambino si abitui ai ritmi, ai tempi, alle attività che vengono proposte. Di solito si ritiene che l'ambientamento sia concluso quando il bambino viene al nido con piacere, non piange al momento del saluto e durante la giornata e partecipa con curiosità e interesse alle proposte che gli vengono fatte insieme agli altri bambini. È normale che anche bambini "ben inseriti" possano presentare dei momenti di crisi, ad esempio dopo una assenza lunga per malattia o perché stanno vivendo a casa un momento di particolare tensione.

Inserimento alla luce della teoria dell'attaccamento

La possibilità per un bambino di affrontare con serenità le tappe del percorso evolutivo è strettamente connessa con l'esperienza di una "base sicura" all'interno della relazione primaria.

Capire come il bambino si relaziona all'adulto, ai coetanei, come affronta le separazioni, come si pone di fronte ai propri compiti evolutivi, permette all'educatore (qualunque sia il contesto nel quale opera) di proporre il suo intervento in modo più efficace e fruibile.

Il legame di attaccamento

Gli studi più recenti pongono sempre più enfasi sul ruolo che possono svolgere le figure con cui il bambino quotidianamente sperimenta occasioni di contatto, analizzando, in particolar modo, gli effetti della qualità del legame che si instaura tra educatrice e bambino sullo sviluppo del piccolo. Relativamente a queste tematiche, un interessante contributo è dato dalla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969) che permette di comprendere come l'educatrice possa costituire una figura di attaccamento capace di provvedere ai bisogni emotivi del bambino, e di essere fonte di sicurezza in situazioni stressanti o pericolose.

Il legame di attaccamento, infatti, può essere inteso come quella relazione emotivamente significativa che si costruisce sulla base della storia relazionale tra il bambino e la persona adulta di riferimento, la quale, a sua volta è capace di prendersi cura di lui. Tale legame, biologicamente determinato, svolge una funzione adattiva per il bambino in quanto gli garantisce la sopravvivenza, in particolare nelle fasi precoci del suo sviluppo durante le quali è maggiormente esposto ai pericoli provenienti dall'ambiente esterno. Alla base del legame di attaccamento vi è il sistema comportamentale di attaccamento, caratterizzato da una serie di comportamenti che hanno la funzione di garantire la vicinanza alla figura di attaccamento; tra questi troviamo, ad esempio, il pianto, i vocalizzi e, in fasi più avanzate dello sviluppo, la locomozione. Tali segnali facilitano l'attivazione del sistema di cure nell'adulto, permettendo al bambino di ricevere conforto e protezione. Il sistema di attaccamento, quindi, si attiva principalmente in condizioni di disagio sia di natura endogena (condizioni interne all'individuo) che esogena (esterne all'individuo); una volta che il bambino avrà raggiunto la vicinanza con la figura di attaccamento e avrà visto soddisfatti i suoi bisogni emotivi, tale sistema si disattiverà per lasciar posto ad un altro sistema complementare a quello di attaccamento, il sistema di esplorazione. Tale sistema si attiva subito dopo che il bambino ha ricevuto il conforto materno, permettendogli di esplorare il mondo fisico e sociale. L'equilibrio tra i due sistemi (attaccamento – esplorazione) è alla base di uno sviluppo psico-fisico armonico del bambino; l'adulto, dunque, svolge un ruolo importante nel permettere la regolazione tra i due sistemi: è proprio la figura di attaccamento, infatti, che permette il disattivarsi del sistema di attaccamento a favore del sistema di esplorazione, svolgendo così la funzione di “base sicura” (Ainsworth, 1991). La madre, come figura di attaccamento primaria, ma in generale qualsiasi caregiver, fornisce al bambino quella sicurezza e quella fiducia in se stesso necessarie a far riattivare l'esplorazione del mondo circostante.

Si è affermato che il legame di attaccamento è biologicamente determinato e si sviluppa in quattro fasi strettamente connesse alla maturazione del bambino (Bowlby, 1969). Nella prima fase, definita “orientamento e segnali senza discriminazione della persona”, che dura dalla nascita fino alle prime 8-12 settimane di vita, il bambino si orienta verso qualsiasi persona presente nel suo ambiente circostante, e attraverso il sorriso, il pianto e altri comportamenti elicitati, comportamenti di cura da parte degli adulti che lo circondano. La seconda fase è caratterizzata da “orientamento e segnali diretti verso una o più persone discriminate”, per cui le competenze motorie che il bambino acquisisce gli permettono di essere parte più attiva nell’interazione; inoltre la maturazione fisiologica gli permette di indirizzare tali comportamenti verso poche figure adulte e, in particolar modo, verso la madre. La preferenza per le figure familiari piuttosto che verso quelle esterne diventa maggiormente evidente nella terza fase (6-7 mesi), in cui vi è il “mantenimento della vicinanza a una persona discriminata mediante la locomozione e mediante segnali”, per cui la madre diventa la base sicura per l’esplorazione, grazie anche all’acquisizione della permanenza dell’oggetto, la quale fa sì che il bambino ricerchi la madre anche quando questa è assente. In questa fase, inoltre, il bambino diventa parte attiva nell’interazione con l’adulto.

Nella quarta ed ultima fase (30 mesi), vi è la “formazione di un rapporto reciproco corretto secondo lo scopo”, per cui il bambino diventa in grado di attribuire un carattere di intenzionalità al comportamento della madre, è capace di coglierne sentimenti e emozioni. La relazione così strutturata è influenzata da entrambi i partner e ognuno è in grado di apportare il proprio contributo: sia la madre che il bambino sono in grado di anticipare l’uno i comportamenti dell’altro e di tentare di modificarli.

Se la costruzione del legame di attaccamento segue delle fasi pre-ordinate e biologicamente predeterminate, la qualità della relazione dipende dalla specifica storia interattiva della diade caregiver-bambino. Infatti un bambino che ha avuto una madre disponibile e sensibile alle sue richieste, si costruirà una rappresentazione di Sé come individuo degno di amore e della figura di attaccamento come accessibile e disponibile a rispondere a suoi bisogni. Tali rappresentazioni caratterizzano un bambino con attaccamento sicuro. Al contrario, l’interazione con una figura di attaccamento inaccessibile e rifiutante genera una rappresentazione di Sé come persona poco amabile e poco capace di segnalare i propri bisogni e di ottenere risposte adeguate; tale rappresentazione caratterizza i bambini con attaccamento insicuro. Ainsworth e colleghi (1978), attraverso una procedura osservativa definita Strange Situation, hanno

osservato il comportamento che il bambino, intorno all'anno di età, manifesta al momento della separazione e del ricongiungimento con la madre, identificando tre tipologie di attaccamento:

- Sicuro
- Insicuro-evitante
- Insicuro-ambivalente

Il bambino con attaccamento sicuro, durante i momenti di separazione con la madre, nota la sua assenza, può cercarla attivamente mostrando anche segnali di disagio. Al momento della riunione con lei è attivo nel salutarla o nel cercare un contatto. Il sistema di attaccamento, con la presenza della madre, si disattiva lasciando il posto al sistema di esplorazione. Il bambino con attaccamento insicuro-evitante è focalizzato sull'esplorazione dell'ambiente circostante anche in assenza della figura materna. Durante la separazione dalla madre, il bambino non mostra disagio e, al suo rientro, non cerca il contatto con lei, dimostrando di non utilizzarla come base sicura per l'esplorazione.

Il bambino con attaccamento insicuro-ambivalente, invece, mantiene sempre attivo il sistema di attaccamento sia nei momenti di separazione con la madre, sia al momento del ricongiungimento. Egli manifesta un forte desiderio di contatto fisico ma, al contempo, può anche mostrare segni di rabbia e di rifiuto verso la madre. In generale, la presenza della madre non sembra calmarlo, per cui non riattiva il sistema esplorativo.

La prospettiva degli attaccamenti multipli

Sebbene la figura materna sia stata considerata per molto tempo l'unica figura di attaccamento, soprattutto da coloro che sostengono la prospettiva monotropica (Bowlby, 1951), anche altre figure che si occupano della crescita del bambino possono diventare figure di attaccamento, purché rispondano a precisi requisiti, quali prendersi cura del bambino, essere figure costanti, investire emotivamente sul piccolo.

L'educatrice, infatti non solo trascorre gran parte della giornata con il bambino, ma si occupa dei suoi bisogni sia fisici che emotivi, assumendo un ruolo molto simile a quello genitoriale (Pianta, 1999). La stabilità di tale figura sembra avere un ruolo fondamentale nel permettere la costruzione della relazione di attaccamento; infatti, come sostenuto da Howes e Hamilton (1992), la qualità della relazione tende a permanere identica se vi è costanza della figura dell'educatrice che ha seguito l'inserimento del bambino. Quest'ultima figura diventerà una figura significativa verso cui il bambino, con il tempo, indirizzerà i suoi comportamenti di attaccamento, discriminandola da tutte le altre figure che ruotano nel contesto del nido.

Così come avviene per la relazione madre-bambino, anche la qualità della relazione educatrice-bambino è dipendente dalla capacità di quest'ultima di cogliere i segnali e di rispondere adeguatamente ai bisogni emotivi del bambino (Cassiba, Gatto, 2004). Come riportano alcuni studi (Goossens, Van Ijzendoorn, 1990; Howes, Hamilton, 1992; Howes, Philips, Whitebook, 1992; Howes, Smith, 1995), i bambini che presentano un attaccamento sicuro hanno, infatti, un'educatrice più sensibile nei loro confronti.

Il legame di attaccamento con educatrice è indipendente da quello stabilito con le altre figure significative e in particolare con quello stabilito con la madre. Tale dato è importante perché implica la possibilità per l'educatrice di rappresentare una figura adulta alternativa alla madre qualora quest'ultima non sia stata adeguata nel prendersi cura del bambino. Infatti, poiché la costruzione del legame di attaccamento si basa sulla specifica storia relazionale tra i partner dell'interazione, il bambino può costruire una rappresentazione positiva di sé e dell'adulto, proprio a partire dalle esperienze che quotidianamente vive con l'educatrice di riferimento. Dunque, se quest'ultima si rivelerà una figura capace di accogliere e di rispondere ai bisogni emotivi del bambino, potrà rappresentare un modello diverso da quello genitoriale, qualora quest'ultimo sia stato rifiutante o discontinuo nei confronti del piccolo.

La possibilità di conoscere e padroneggiare i presupposti teorici della teoria dell'attaccamento, può permettere, quindi, che l'educatrice diventi capace di organizzare una strategia più adeguata di fronte ai comportamenti insicuri che i bambini potrebbero riproporre all'interno del contesto nido. Ad esempio, di fronte ad un bambino che si mostra troppo autonomo e concentrato solo sull'attività di esplorazione, l'educatrice potrà stimolare la condivisione di tali esperienze anche sul piano emotivo, creando occasioni di maggior contatto fisico e di espressione di emozioni positive e negative.

Nel caso, invece, in cui il bambino presenti una certa riluttanza ad esplorare il mondo fisico circostante, privilegiando il mantenimento della prossimità o del contatto fisico con l'educatrice, quest'ultima dovrà incoraggiare l'esplorazione dimostrandosi presente e disponibile, sì da permettere al bambino di avere sufficiente fiducia nell'adulto.

Particolarmente rilevante dovrà essere il ruolo dell'educatrice nella fase dell'inserimento del bambino al nido, in quanto evento stressante per il bambino che, spesso, per la prima volta si trova in un nuovo contesto senza la presenza della madre. Una funzione importante, quindi, svolta dall'educatrice, sarà quella di fornire conforto al piccolo, permettendogli di gestire più facilmente il

distacco con la figura genitoriale. L'arrivo al nido costituirà sempre un momento stressante per il bambino, anche quando l'ambiente sarà diventato familiare.

Uno studio recente (Ahnert, Lamb, 2003), ha mostrato, infatti, come i bambini nei primi nove giorni successivi all'inserimento al nido, presentassero un livello di cortisolo molto alto soprattutto nei momenti successivi al distacco con la madre: sebbene ciò valesse per tutti i bambini, ciò si manifestava soprattutto nei piccoli con attaccamento sicuro.

Un'educatrice sensibile, dunque, capace di calmare il bambino, potrà permettere di vivere questo momento come meno difficile sia per la madre che il piccolo. E' necessario, quindi, che il bambino sperimenti un graduale distacco dalla figura materna, e abbia la possibilità di poter utilizzare l'educatrice come base sicura per conoscere ed esplorare l'ambiente del nido. Nella fase dell'inserimento l'educatrice può conoscere meglio il bambino, arricchendo l'osservazione che può effettuare nei primi giorni con le informazioni che la madre può fornirle; ciò faciliterà la decodifica dei segnali del bambino e la messa in atto di comportamenti in grado di fornirgli protezione e sicurezza. Ad esempio, attraverso il racconto della madre, l'educatrice può imparare la strategia più efficace per calmare il bambino in caso di pianto, le sue attività preferite, le sue modalità di rilassarsi e di addormentarsi, i ritmi di sonno-veglia, le abitudini alimentari (Cassibba, 2003). Tali informazioni, unite ad una conoscenza sempre più approfondita del bambino nei primi giorni di inserimento consentono all'educatrice di diventare un nuovo adulto di riferimento per il piccolo. In ragione di ciò, è necessario che tale figura sia stabile così da lasciare al bambino la possibilità di potersi fidare gradualmente di questo nuovo adulto che si occuperà di lui, ponendo le basi per la costruzione di un legame affettivamente significativo.

Qualità della relazione di attaccamento all'educatrice e successivo sviluppo del bambino

Alla luce di quanto esposto finora è chiaro che il ruolo dell'educatrice diventa saliente per lo sviluppo socio-emotivo del bambino. E' lecito quindi aspettarsi che la qualità della relazione che il bambino ha instaurato con lei possa esercitare un'influenza rispetto al suo adattamento nel mondo sociale, modellando lo sviluppo successivo in molti ambiti (Pianta, 1999). Una relazione di attaccamento sicuro, infatti, permette al bambino di poter esplorare l'ambiente circostante, acquisendo non solo abilità cognitive ma anche quelle abilità sociali che gli permetteranno di costruire relazioni con i pari.

La possibilità di disattivare il sistema di attaccamento consente al bambino di attivare non solo il sistema di esplorazione, complementare a quello di attaccamento, ma soprattutto quello di affiliazione, permettendogli così di impegnarsi nell'esplorazione dell'ambiente circostante e di

costruire relazioni con i pari, obiettivi importanti da raggiungere all'interno del contesto del nido. Diversi studi (Howes, Phillips, Whitebook, 1992; Howes, Hamilton, Matheson, 1994) hanno evidenziato come bambini con attaccamento sicuro con l'educatrice siano socialmente più competenti rispetto ai bambini con attaccamento classificato come insicuro; inoltre, essi presentano una complessità cognitiva maggiore nel gioco e un maggiore grado di coinvolgimento sociale. I bambini sicuri, infine, si dimostrano più empatici nei confronti dei pari e assumono spesso il ruolo di leader nei gruppi, manifestando un minor numero di comportamenti aggressivi e maggiore indipendenza.

Tali risultati sono stati confermati anche da uno studio italiano (Cassibba, van Ijzendoorn, D'Odorico, 2000) in cui è emerso come i bambini con attaccamento sicuro verso l'educatrice si siano rivelati più competenti nello stabilire relazioni con i pari e più capaci di intraprendere attività più complesse a livello cognitivo.

Questi risultati sono comprensibili in quanto un bambino che ha avuto un'educatrice sensibile alle sue richieste, potrà costruire un'immagine positiva del Sé come degno di cura e di amore e dell'educatrice come disponibile e amorevole in modo continuo e affidabile. Tali rappresentazioni costituiscono l'insieme delle aspettative sociali che influenzeranno il suo comportamento. Pertanto, un bambino sicuro agirà nei confronti dell'educatrice e dei compagni in base a delle aspettative positive, a differenza di quanto accadrà per un bambino con attaccamento insicuro. Ciò vale, in particolar modo, per la messa in atto di comportamenti pro sociali; in questo caso, infatti, l'aver sperimentato l'aiuto dell'adulto in situazioni di difficoltà facilita la comparsa, anche in età molto precoci, di strategie di aiuto e conforto nei confronti di un pari che ne necessita.

Uno studio di Sroufe (1983) fornisce un chiaro esempio della validità predittiva della sicurezza del legame di attaccamento. L'autore, infatti, riporta come i bambini sicuri si relazionavano meglio con i pari, creando relazioni amicali più intime, erano valutati dalle insegnanti come socialmente più competenti e si mostravano più attenti, flessibili, perseveranti nello svolgimento delle attività scolastiche, presentando, infine, un livello più alto di fiducia in se stessi.

I bambini con attaccamento insicuro, invece, si mostravano meno adattati. In particolare, i bambini evitanti erano valutati dagli insegnanti come aggressivi, non ubbidienti e meno capaci di mantenere attiva l'attenzione; inoltre, assumevano un atteggiamento più prepotente nelle relazioni con i pari, specie nei confronti di altri bambini con attaccamento insicuro. I bambini con un attaccamento ambivalente, al contrario, erano più piagnucolosi e dipendenti; inoltre, mancavano della capacità di adattamento e di flessibilità. Rispetto alla relazione con i pari spesso avevano il

ruolo di vittime, subendo prevaricazioni specialmente da parte dei bambini con attaccamento evitante. Uno studio di Berlin, Cassidy, Belsky (1991), inoltre ha riscontrato che i bambini con attaccamento ambivalente presentavano un maggior senso di solitudine rispetto ai bambini evitanti o sicuri, e si percepivano come vittime dei soprusi dei compagni.

In sintesi, appare evidente come la relazione emotiva tra un bambino e la sua educatrice influenzi e regoli le relazioni che il piccolo costruisce con i suoi compagni, in quanto può garantire l'accesso a risorse utili per fronteggiare le sfide che gli pone il mondo sociale (Pianta, 1999).

La valutazione del legame di attaccamento educatrice-bambino

L'attenzione rivolta dagli studiosi dello sviluppo infantile rispetto alla costruzione della relazione di attaccamento tra educatrice e bambino ha portato alla costruzione di strumenti in grado di valutarne la qualità. Le peculiarità della relazione emotiva educatrice-bambino, che si costruisce nel contesto specifico del nido, rendono problematico l'utilizzo della Strange Situation, procedura utilizzata per la valutazione della relazione madre-bambino.

L'Attachment Q-sort, ideato e validato da Waters e Deane (1985) e adattato al contesto italiano da Cassibba e D'Odorico (2000), invece, consente di superare i limiti della Strange Situation poiché si tratta di una procedura osservativa, per bambini da 1 a 5 anni, utilizzabile nel contesto di vita naturale del bambino, e che permette di valutare i comportamenti di attaccamento che il piccolo manifesta all'interno di tale contesto in un arco di tempo relativamente breve (da 4 a 6 ore). Vengono qui di seguito riportati alcuni degli item più rappresentativi della relazione di attaccamento sicuro tra educatrice e bambino:

- il bambino è contento e affettuoso quando, dopo aver giocato, torna dall'educatrice
- se il bambino è contrariato o si è fatto male, preferisce lasciarsi consolare dalla propria educatrice di riferimento piuttosto che da altri adulti presenti
- il bambino mostra chiaramente di utilizzare l'educatrice come base sicura per l'esplorazione. Si allontana da lei per giocare, torna o gioca vicino a lei, si allontana nuovamente per giocare, e così via
- se l'educatrice rassicura il bambino dicendo "va bene" o "non ti farà male", il bambino si avvicina o gioca con oggetti che inizialmente l'avevano reso cauto o timoroso.

Conclusioni

Alla luce dei dati di ricerca, la prospettiva teorica dell'attaccamento può contribuire alla costruzione di percorsi educativi sempre più adeguati alle esigenze di sviluppo dei piccoli. In particolare, l'individuazione dei fattori che contribuiscono a costruire relazioni affettive

significative tra il bambino e la sua educatrice di riferimento, stimola l'individuazione delle condizioni che possono favorire comportamenti sensibili da parte di quest'ultima, predittrici di una buona qualità della relazione di attaccamento.

Ad esempio, già prima dell'inserimento del piccolo, attraverso un'efficace comunicazione scuola-famiglia, si potrebbe non solo discutere, circa le modalità più idonee di prendersi cura del piccolo, ma l'educatrice potrebbe facilitare la conoscenza del bambino, delle sue caratteristiche, delle sue modalità di interagire sia in contesti familiari che extra-familiari. Tutto ciò potrebbe contribuire a rendere meno traumatico l'inserimento al nido, favorendo una graduale conoscenza del nuovo ambiente che rispetti i ritmi e le abitudini del bambino e lo faccia sentire fiducioso circa l'opportunità di cominciare a fidarsi gradualmente dell'educatrice. Un altro aspetto che può facilitare la costruzione di una buona qualità della relazione bambino-educatrice è la stabilità di tale figura che permetta da un lato al bambino di avere una figura costante di riferimento, dall'altro offra all'adulto che si occupa del piccolo di poter affinare, con il tempo, la capacità di cogliere e interpretare in maniera adeguata e contingente i suoi segnali, mettendo in atto risposte adeguate ai suoi bisogni fisiologici e psicologici. Infatti, nella fase successiva all'inserimento, l'educatrice dovrà svolgere il ruolo di "base sicura", cercando di anticipare per quanto possibile situazioni stressanti per il piccolo o aiutandolo ad affrontare qualora esse si presentino. La possibilità, pertanto, di poter utilizzare strumenti osservativi come l'Attachment Q-sort permetterà non solo di poter valutare la qualità della relazione di attaccamento che il bambino ha costruito con l'educatrice, ma consentirà a quest'ultima anche di poter scegliere le modalità più adeguate per rapportarsi con il piccolo, allo scopo di incrementare il senso di fiducia nei suoi confronti.

L'Infant Research

Le nuove conoscenze favorite dall'Infant Research hanno avuto molto riscontro nell'aiutare gli operatori, che si occupano d'infanzia, ad applicare nuovi interventi sulle scelte educative per i bambini.

Secondo gli studi dell'Infant Research, il bambino è in grado di interagire e di porsi in relazione con altri soggetti, in particolare con le figure di riferimento ed è già nell'allattamento che appare in grado di stabilire con la madre, un'attività coordinata ed armoniosa di natura bidirezionale, in base ad una sincronizzazione reciproca. Specifiche carenze nell'autoregolazione incidono sulla qualità della regolazione interattiva.

L'Infant Research costituisce un nuovo paradigma scientifico che si pone al confine tra la psicoanalisi e la psicologia evolutiva e dà particolare attenzione, per la comprensione dello sviluppo mentale del bambino, alle prime forme d'interazioni comunicative che definiscono il rapporto madre-bambino.

La ricerca sperimentale sullo sviluppo infantile ha ricevuto negli ultimi vent'anni un impulso straordinario dall'utilizzazione sistematica di sofisticate tecniche sperimentali.

Questo nuovo modo di osservare ha consentito di elaborare una visione più complessa dei primi mesi di vita del bambino, mettendo in luce notevoli competenze percettive e sensomotorie che il neonato possiede fin dalla nascita.

I dati elaborati dalla ricerca osservativa propongono un modello dello sviluppo infantile radicalmente diverso da quello ipotizzato dalle teorie psicoanalitiche classiche.

Da tale modello emerge che non solo il neonato possiede molte competenze precoci che lo rendono in grado di interagire attivamente con il mondo reale, ma che tali competenze fanno parte di un patrimonio biologico che favorisce fin dall'inizio, l'instaurarsi di relazioni complesse con gli altri esseri umani.

La ricerca sulla prima infanzia ha consentito inoltre di ampliare notevolmente le prospettive teoriche sui sistemi motivazionali di base.

La coesistenza di diversi sistemi motivazionali, in cui sono compresi i bisogni esplorativi e assertivi (ad es. la ricerca attiva di stimolazioni sociali, il piacere della padronanza e il bisogno di sperimentare competenza e efficacia) sembrano descrivere un bambino il cui comportamento non è più sospinto dalle sole pulsioni e la cui esperienza non è racchiusa in un'orbita narcisistica.

Al contrario, il bambino è, fin dalla nascita predisposto biologicamente a interagire attivamente col mondo,

- a mostrare preferenze per alcuni stimoli (come la configurazione del volto umano, il suono e le modificazioni del tono di voce)
- a distinguere fin dalle prime settimane di vita la madre da un estraneo e soprattutto a ricercare lo specifico livello di stimolazione che si adatta al suo stato interno.

Stern propone un modello di costruzione continua dello sviluppo e della psicopatologia (Zeanah e al., 1989) in cui gli aspetti più importanti sono:

- l'importanza attribuita al contesto evolutivo
- le continue reciproche transazioni tra l'individuo e l'ambiente.

Il bambino viene considerato ,quindi, parte di un sistema interazionale e questo sistema è osservato nel suo sviluppo nel tempo, come un processo che si dispiega.

L'importanza del sostegno ai genitori

Premessa

La genitorialità nella sua funzione è strettamente collegata al sostegno ed al benessere familiare.

Le nuove configurazioni familiari, la complessità sociale ed i nuovi rischi ai quali la famiglia va incontro, inducono a veicolare una particolare attenzione al ruolo genitoriale nella crescita e nello sviluppo dell'identità dei figli.

La Legge 285/1997 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza) ha determinato un preciso orientamento politico che per la prima volta in ambito nazionale attraverso il legislatore si focalizzano i "Diritti umani universali", soprattutto il "Diritto soggettivo all'educazione" (codificato nella "Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia" del 1989), attraverso gli Enti Locali.

Ai Comuni viene attribuita una responsabilità diretta, prima esclusiva della famiglia che diventa "soggetto di pubblica tutela", circa "la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza" (L. 285/ Art. 1). Sono previsti progetti finalizzati alla "realizzazione di servizi di preparazione e sostegno alla relazione genitori-figli".

Importante è soffermarsi sulla concezione sistemica della famiglia, rispetto all'interazione con il sistema sociale. La prospettiva sociologica considera la famiglia come una piccola società, in grado di garantire la conservazione e la trasmissione dei valori sociali.

Talcott Parson esprime un riferimento alla famiglia nucleare ed alla specializzazione tra i ruoli: ruolo "strumentale" paterno e ruolo "espressivo" materno.

Classica è la definizione di Levi-Strauss (1967) secondo il quale la famiglia è "l'unione durevole, socialmente approvata, di un uomo e di una donna e dei loro figli". Secondo questa prospettiva, la famiglia, sarebbe quindi una forma sociale primaria che assicura la sopravvivenza di una società.

La prospettiva psicologico-sociale di Scabini (2000), la famiglia è un'organizzazione di relazioni primarie "fondata sulla differenza di genere e sulla differenza tra le generazioni" e che ha come progetto la generatività, intesa non solo come relazione genitori-figli, ma anche relazione tra generazioni.

La prospettiva sistemico-relazionale (Bertalanffy, 1971, Scuola di Palo Alto), prevede invece un'ecologia dei rapporti tra i membri della famiglia, quindi la considera come "il sistema

relazionale primario” nel processo di individuazione, crescita e cambiamento individuale in continua relazione intersistemica.

L'applicazione della teoria generale dei sistemi (Bateson, 1976 e Bertalanffy, 1971), prospettiva interdisciplinare nata nell'ambito delle scienze della fisica e della biologia ad opera di Von Bertalanffy (1950), allo studio della famiglia e delle relazioni familiari, ha permesso di evidenziare come ogni componente della famiglia non possa essere considerato indipendentemente dalle relazioni intrasistemiche.

Il sostegno alla genitorialità ed alle famiglie

La famiglia agisce e si esprime all'interno di contesti sociali: le risorse esterne alla famiglia o sociali si distinguono generalmente in formali ossia servizi presenti nella propria comunità ad esempio asili nido e scuole dell'infanzia ed informali, quali i rapporti di parentela, vicinato ed amicizia.

Le relazioni che le famiglie hanno con il contesto sociale sono una condizione importantissima per l'organizzazione dei legami familiari.

Fino a sessanta anni fa, la famiglia è stata il centro dell'organizzazione sociale attraverso un reticolo di relazioni di tipo solidale, fondate sul reciproco aiuto, relazioni che favorivano però anche l'invadenza ed il pettegolezzo: i piccoli ed i grandi problemi di una famiglia erano infatti sotto gli occhi e la bocca di tutti.

Questo tipo di rapporto tra le famiglie era tra l'altro agevolato da una comunanza di valori e di norme nonché da un certo grado di povertà che spingeva le famiglie ad aiutarsi tra loro (Hardyment, 1998).

Con l'avvento della società moderna e postmoderna, la famiglia occidentale si è emancipata dalla povertà e a volte si trova addirittura a vivere in una condizione di chiusura verso l'esterno (Gallino, 2000).

La complessità della vita moderna, rende difficile la definizione dei ruoli familiari e più complicata la gestione dei tempi e della cura delle relazioni.

L'obiettivo di promuovere condizioni di crescita positiva per i minori deve passare attraverso l'unità primaria delle relazioni umane e cioè la famiglia; la Legge 285/97, osserva: “La qualità della vita di un bambino/a è determinata anzitutto dalla qualità della relazione che lo lega, fin dalla gestazione alla propria madre e al proprio padre ed è per questo molto importante favorire l'acquisizione di una cultura della maternità e paternità libere e responsabili sostenendo concretamente l'esercizio delle responsabilità familiari. Lo sviluppo di buone relazioni familiari

deve essere sostenuto da un'adeguata rete di servizi, capaci anche di valorizzare le reti comunitarie, di scambio e aiuto tra le famiglie”.

Le politiche di sostegno alle famiglie ed alla genitorialità devono avere l'obiettivo di promuovere e favorire l'autonomia del nucleo nel suo complesso secondo un concetto di “salute” intesa come capacità della persona e del suo gruppo di appartenenza di sapere affrontare i propri compiti di sviluppo .

Tali compiti si esercitano non solo con il supporto di una rete di servizi, ma anche con sistemi integrati di una comunità che accoglie e di cui i servizi formali sono solo una parte .

L' Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il concetto di salute come: “Quel processo per il quale la gente incrementa il controllo e la gestione diretta delle proprie condizioni di benessere e/o di disagio”

La Legge 285/97 promuove dunque una nuova cultura dell'infanzia, gli Enti locali dovranno essere in grado di pianificare interventi e servizi per l'infanzia, per i genitori e per le famiglie. L'assunzione di responsabilità collettiva dell'infanzia è un concetto portante di questa legge perché il minore diventa “soggetto di pubblica tutela”.

La Legge 285, sopra citata si pone di attuare la tutela dei diritti umani universali, sanciti nella Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia del 1989, attraverso l'azione delle amministrazioni comunali.

Le famiglie vivono all'interno di reti di relazioni affettive ed istituzionali ed è in questa rete di relazioni che la famiglia trova un supporto all'esercizio delle sue funzioni ed al superamento delle tante transizioni incontrate nel corso della vita familiare.

Il sostegno sociale (Caplan, 1974), si riferisce soprattutto alle risorse di cui una famiglia può usufruire attraverso i rapporti interpersonali praticati all'interno delle reti informali che includono i rapporti parentali, amicali, di vicinato e di mutuo-aiuto in cui la famiglia è inserita.

Il sostegno che queste reti possono offrire è sia di tipo strumentale, sia di tipo emotivo.

Il primo prevede l'uso di strumenti per affrontare problemi concreti, ipotizzando un “effetto primario” ossia una connessione diretta sul benessere personale e familiare;

Il secondo invece , riguarda la qualità della relazione instaurata con i membri della comunità di appartenenza.

Numerose ricerche evidenziano una correlazione tra sostegno emotivo percepito e modalità di far fronte alle funzioni di sostegno messe in atto dalla famiglia.

A questo proposito Belsky (1998) nei suoi studi, dimostrò che i figli di persone che percepiscono i propri vicini come disponibili ed amichevoli mostrano un attaccamento sicuro in percentuale maggiore di altri. Altre ricerche hanno dimostrato che le famiglie che possono contare sul sostegno strumentale ed emotivo delle famiglie d'origine e della rete amicale riescono meglio di altre nei compiti connessi con la funzione genitoriale .

Se aumentano le occasioni di confronto tra i genitori e le famiglie appartenenti alla stessa comunità allora si crea una sinergia ed una rete di relazioni la cui forza comunicativa permette la crescita di tutti i membri della comunità, dai bambini, agli adulti, agli anziani, alla comunità stessa che tramite questo reticolato si autoeduca ed educa.

Il sostegno formale: servizi e famiglie

Le situazioni in cui i genitori si rivolgono alle agenzie istituzionalmente investite a svolgere una funzione di aiuto alle famiglie quali: servizi educativi, sociali e sanitari, sono legate a malattie, disoccupazione, presenza di disabili, scarsità di mezzi economici adeguati. Sono comuni eventi critici che mettono a dura prova l'organizzazione delle relazioni familiari e che inducono la famiglia a ricorrere ad aiuti esterni.

In ogni fase del suo ciclo di vita, a partire dalla sua formazione, la famiglia si rivolge ai servizi presenti sul territorio: l'assistenza durante la gravidanza ad esempio predispone i genitori all'assunzione della futura genitorialità, mentre una famiglia in età prescolare e scolare ricorre agli asili nido o alle scuole materne traendo da esse una parte delle risorse necessarie per assolvere alla funzione genitoriale di cura ed educazione della prole.

Si possono distinguere gli interventi formali per le famiglie in interventi di facilitazione, sostegno e mediazione.

Gli interventi di facilitazione si riferiscono ai compiti evolutivi previsti nel ciclo di vita familiare e realizzati dai servizi in relazione ad esempio alla formazione della coppia, alla genitorialità, ecc.

Gli stessi hanno lo scopo di supportare le famiglie attraverso l'attivazione di reti sociali informali presupponendo una presenza di risorse interne alla famiglia che devono essere rinforzate, ad esempio i servizi che ampliano le competenze genitoriali.

Gli interventi di sostegno, invece, aiutano le famiglie nell'affrontare gli eventi critici inattesi, ad esempio i servizi socio-assistenziali e sanitari che hanno lo scopo di compensare le risorse mancanti in famiglia per poter superare positivamente le crisi.

Gli interventi di mediazione, infine, si pongono di aiutare le famiglie a gestire i conflitti in alcune fasi di transizione ed in particolari eventi come la separazione .

Gli stessi hanno lo scopo di riattivare le risorse presenti nella famiglia momentaneamente paralizzate a causa del conflitto in corso.

Il progetto

Obiettivi generali

In una prospettiva che potremmo definire ecologica, usando le parole di U. Bronfenbrenner (1979), emerge quanto sia importante per lo sviluppo umano, l'interazione tra un organismo umano attivo in sviluppo e le persone, gli oggetti e i simboli che si trovano nel suo ambiente circostante; in tal senso, l'ambiente familiare rappresenta lo spazio nel quale il bambino farà esperienze, che saranno di fondamentale importanza per il suo sviluppo cognitivo e affettivo.

Partendo da tale prospettiva, il progetto si pone come obiettivo generale, quello di sostenere le famiglie nelle loro funzioni educative, per salvaguardarne l'ambiente nel quale dovranno convivere e crescere i propri figli.

La visione del nostro progetto è basata su un approccio di tipo preventivo e di potenziamento delle risorse già esistenti, mettendo a disposizione servizi cooperativi nel quale la famiglia è parte attiva nella risoluzione dei propri bisogni sia essi di carattere educativo che informativo.

Questo risulta essere attuabile solo attraverso lo sviluppo di servizi di ascolto e di condivisione delle esperienze.

Obiettivi specifici

Offrire ai nostri utenti un valido supporto nel periodo di inserimento e per tutta la permanenza in struttura

Realizzare, attraverso dei seminari a tema, uno spazio comune di condivisione delle esperienze e di apprendimento di informazioni riguardanti i vari aspetti della genitorialità e dello sviluppo del proprio figlio, nei primi 3 anni di vita.

Costruire itinerari educativi e di potenziamento della genitorialità

Considerare le famiglie come parte attiva, nella risoluzione dei propri bisogni.

Aumentare l'autoefficacia percepita dai genitori riguardo il proprio ruolo e le proprie competenze genitoriali.

Permettere ai nuclei familiari di conoscere e sentire come "proprio" l'ambiente scolastico, all'interno del quale i loro figli trascorrono parte della giornata.

Supportare la crescita psico-emotiva dei bambini che frequentano il nido, supportando anche gli elementi principali da cui tale crescita dipende: i genitori.

Supportare le educatrici nell'affrontare situazioni difficili sia dal punto di vista educativo sia nel rapporto con la famiglia del bambino

Popolazione bersaglio

I destinatari dell'intervento sono i genitori di bambini di età compresa dai 0-3 anni.

Possono partecipare allo sportello di ascolto e ai seminari, sia gli utenti interni alla struttura, sia quelli esterni.

Il contatto con il target avverrà direttamente in loco.

Metodologie e Attività

Il servizio offre le seguenti attività per sostenere i genitori:

- Gruppi di confronto sulla genitorialità

Spazio di riflessione e di confronto tra genitori su tematiche relative alla genitorialità. Verranno effettuati dei percorsi di apprendimento e di condivisione delle esperienze, riguardanti i vari aspetti che convergono nel passaggio alla genitorialità.

- Sportello di Ascolto

A disposizione dei genitori e delle educatrici dell'asilo, per un confronto e un sostegno, per offrire loro la possibilità di trovare uno spazio di ascolto e di scambio, attraverso la condivisione di esperienze, la riflessione su temi che accompagnano la crescita dei bambini con la possibilità di cogliere e rispondere ai bisogni che i bambini manifestano nel loro agire quotidiano

- Counseling psico-sociale

Attraverso colloqui che rispondono alla domanda del singolo, della coppia, del sistema familiare e di quello scolastico (educatrice – bambino - gruppo classe), è possibile realizzare un'analisi della situazione problematica attuale ed attivare un processo volto ad elaborare conflittualità interne, a migliorare le relazioni con gli altri e la comunicazione, a sviluppare una consapevolezza emotiva, a sviluppare conoscenze e capacità adattive ad eventi esterni.

Lo sportello di consulenze invece è rivolto, oltre che, come già detto sopra, alla coppia genitoriale e al singolo, anche alle insegnanti.

Questo spazio offre, infatti, la possibilità agli insegnanti di confrontarsi con il coordinatore psicologo qualora si trovino a gestire situazioni educative complesse nel gruppo classe o con bambini e/o genitori in difficoltà. È un'occasione di scambio e ricerca comune di soluzioni adeguate alle persone e al contesto da cui scaturisce un senso di reciproco sostegno e di maggior benessere percepito nel gruppo degli insegnanti.

- Gruppi di auto-aiuto e seminari per genitori

Per la gestione della complessità dell'essere genitore: saranno affrontate in gruppo tematiche legate alla gestione delle difficoltà della pre-adolescenza, alla conflittualità familiare, alla comunicazione e saranno offerte informazioni di carattere psicologico per aumentare la consapevolezza del significato dei propri atteggiamenti e aspettative verso i figli.

In particolare i seminari si propongono di:

- Sostenere le famiglie che stanno affrontando un passaggio delicato come il divenire genitori, il quale implica tutta una serie di cambiamenti e revisioni dei ruoli all'interno del sistema, sia dal punto di vista individuale che da quello coniugale.
- Promozione del benessere dell'ambiente familiare inteso come SPAZIO, nel quale i figli fanno le loro esperienze e sviluppano le abilità sociali (Life Skills)
- Approfondimenti di temi specifici riguardanti lo sviluppo cognitivo, affettivo e comportamentale nei primi 3 anni di vita; come ad esempio: “ La comunicazione pre-linguistica e lo sviluppo del Linguaggio ” - L'importanza del ciclo sonno-veglia ” - “ Lo sviluppo psicomotorio ” - “ La separazione dalla figura principale di accudimento ” ecc...

Contemporaneamente alle attività di sostegno alla genitorialità, abbiamo realizzato dei laboratori per bambini.

Tempi di realizzazione

L'intero progetto si dispiegherà nell'arco dell'intero anno scolastico.

Lo sportello è aperto tutti i giorni dalle 10 alle 12.

Gli incontri saranno 1 volta a settimana e si articoleranno in una o due volte per ogni tema trattato.

Risorse umane

Direttrice, Psicologa e Psicoterapeuta della salute

Coordinatrice Psicologa

1 educatrice Psicologa

Locali e materiale

Uso dei locali della scuola; materiale cartaceo e di consumo, produzione di pieghevoli ed opuscoli informativi.

Conclusioni

Il progetto così strutturato è finalizzato soprattutto ad offrire un'opportunità di incontro e confronto a giovani famiglie sui temi dell'essere genitori, con la finalità implicita di favorire una

maggior integrazione nel contesto scolastico, alla luce anche della maggior conoscenza reciproca e del reciproco sostegno.

La concezione dalla quale siamo partiti e che sta risultando valida, già a 4 mesi dall'inizio del progetto, è che la famiglia è una risorsa dalla quale occorre partire e con la quale lavorare; le famiglie hanno in sé l'energia per far fronte ai problemi che incontrano nella gestione dei figli, si tratta solo di aiutarle a metterle in luce.

Un'altra grande risorsa è l'opportunità di confrontarsi con altri genitori con cui condividere pensieri ed esperienze.

Gli incontri del seminario hanno visto finora la presenza costante di 10 coppie genitoriali e di alcune mamme. Il coinvolgimento attivo dei partecipanti alle proposte laboratoriali e la loro disponibilità al confronto in gruppo ha permesso di sviluppare le diverse tematiche utilizzando l'esperienza quotidiana delle famiglie, e riesaminando le prassi educative già in uso per aumentare la consapevolezza del valore delle azioni nell'educazione dei figli e nella forte esperienza dell'inserimento al nido.

Durante l'ultimo incontro abbiamo chiesto ai partecipanti di compilare un questionario anonimo che ci permettesse di valutare l'esperienza e darne restituzione al committente.

Dai 24 questionari risulta una buona soddisfazione del percorso vissuto sia perché rispondente alle attese sia perché ritenuto interessante. La metodologia attiva si è rivelata per tutti un'occasione di approfondimento che ha permesso un confronto fra tutti e ha messo in evidenza l'importanza della condivisione delle problematiche.

Nello Sportello di Ascolto le educatrici hanno avuto spesso necessità di incontrare lo psicologo-coordinatore e confrontarsi rispetto a: difficoltà legate alla gestione del gruppo classe, al rapporto con singoli bambini, allo svolgimento di attività per stimolare la costruzione di un clima di classe positivo.

I genitori invece richiedono principalmente una consulenza educativa breve rispetto ai propri compiti genitoriali, a difficoltà di comunicazione con i propri figli, al riconoscimento di nuove risorse e modalità per meglio accompagnare i propri figli in questa fase di sviluppo così particolare e gestire, nel migliore dei modi, il processo di inserimento al nido e il distacco dalle figure di attaccamento principali (i genitori).

In questi ultimi mesi del progetto ci proponiamo di:

- Proseguimento e consolidamento dei gruppi di auto-aiuto e del seminario. Visti i risultati e i riconoscimenti ottenuti si vuole dare continuità all'esperienza allargando il gruppo con nuovi partecipanti.
- Promuovere attività formative con gli educatori dell'asilo
- Potenziare le reti di collaborazione con enti pubblici e privati interessati alle stesse problematiche
- Promuovere laboratori creativi genitori-figli in cui verranno proposti: giochi di relazione, esercizi di consapevolezza personale, attività artistiche-espressive. Lo scopo è imparare a conoscere se stessi, osservare alcune dinamiche relazionali e sciogliere blocchi emozionali e fisici che possono creare sofferenza e malessere. Inoltre, il lavorare insieme, offre ai genitori la possibilità di osservare i loro figli sotto una prospettiva diversa e di vivere con loro un'esperienza intima e importante.

Bibliografia

- AA. VV. (2002) "Valutare gli insegnanti" La Nuova Italia
- Als H., Lester B.M., Tronick E., Brazelton T.B. (1982), Manual for Assessment of Preterm Infant Behavior (Apib). In H.E. Fitgerard, B.M. Lester, M. Yogman (Eds), Theory and Research in Behavior Pediatrics, New York, Plenum Press.
- Ammaniti M. (a cura di) La nascita del Sè, Laterza, Roma 1989.
- Anolli L. (1998), Sviluppo del linguaggio e interazione sociale nella prospettiva di Bruner. In O. Liverta Sempio (a cura di), Vygotskij, Piaget, Bruner. Concezioni dello sviluppo, Milano, Raffaello Cortina Editore, pp.273-294.
- Anselmi A., Gagliardi M.P. (2004), Sfondo normativo Italiano, Anglosassone e UE del modello Skills for Life. In M. Bertini, P. Braibanti, M. P. Gagliardi, La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola: il modello "Skills for Life", Milano, FrancoAngeli.
- Baltes P.B., Reese H.W. (1984), "L'arco della vita come prospettiva in psicologia evolutiva", in O. Andreani (a cura di), Età evolutiva, 23, 1986.
- Bandura A., (1977) "Social Learning Theory" Engelwood Cliffs. NJ: Prentice-hall
 - Bateson G. (1984), *Mente e natura*, Milano, Adelphi
 - Bertini M., (1988), "Psicologia e Salute" , Nis, Roma.
 - Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P., (1999), i programmi di "Life Skills Education" (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della Salute, *Psicologia della Salute*.
 - Bertolini P (a cura di), *Dove va l'asilo nido?*, Firenze, La nuova Italia Editrice (1987)
 - Bettelheim B. (1987), *Un genitore quasi perfetto*, Milano, Feltrinelli.
 - Braibanti P.(a cura di), "Pensare la salute - Orizzonti e nodi critici della Psicologia della Salute" FrancoAngeli, Milano.
- Braibanti P. (1990), *La valutazione dei processi cognitivi nella prima infanzia*. Età Evolutiva.
- Brazelton T. B. (1973), *Neonatal Behavior Assessment Scale*, London, Spastics International

Medical Publication.

- Bronfenbrenner U. (1979), *Ecologia dello sviluppo umano*, trad. it. Bologna, Il Mulino, 1986
- Bruner J., *La costruzione narrativa della 'realtà'*, in M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma 1991.
- Bruner J.S. (1986), *Actual minds, possible words*, Cambridge, University Press (trad. it., *La mente a più dimensioni*, Bari, Laterza, 1988).
- Bonino S. (2001). *I nodi teorici attuali*. In A. Fonzi (a cura di), *Manuale di Psicologia dello Sviluppo*, Giunti, Firenze.
- Bove C. (2003), *Riflessioni sull'evoluzione culturale e professionale del nido*. In L. Gandini, S. Mantovani, C.P. Edwards, *Il nido per una cultura dell'infanzia*, Bergamo, Edizioni Junior.
- Calmieri R. e coll. (1994) "Crescere insieme. Guida alla pedagogia" Edizioni F.J.V.
- Camaioni L., *La prima infanzia. Lo sviluppo psicologico nei primi tre anni di vita*, Il Mulino, Bologna 1996.
- Centro di Studi Montessoriani (2005) "Linee di ricerca sulla pedagogia di Maria Montessori. Annuario 2004" Franco Angeli.
- D'Alessio M. (a cura di), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Dozza L., Loidice I. (1994) "Manuale di didattica", Editori Laterza, Roma
- Dunn J. (1987), *La nascita della competenza sociale*. Tr. it., Milano, Raffaello Cortina Editore, 1989.
- Kennell J.H., Voos D.K., Klaus M.H. (1979) "Parent-infant bonding" in Osofsky J. *Handbook of infant development*, Wiley, New York.
- Erikson E.H. (1959), *Infanzia e società*, Armando, Roma 1966.
- Erikson E.H. (1968), *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma 1974.
- Fornasa W, Corradini L, S. Poli (2003) (a cura di), *Educazione alla convivenza civile. Educare, istruire, formare nella scuola italiana*, Roma, Armando Editore.
- Fornasa W., A. Vanni (a cura di), *Con voce di nido: bambini e complessità*, Milano, FrancoAngeli, pp. 101-113.
- Fornasa W. (a cura di), *Nido futuro: strategie e possibilità*, Milano, FrancoAngeli.
- Frabboni F. (1985) "Asilo nido e scuola materna" *La Nuova Italia*
- Gonzales R. (1990), "Ministering intelligence: a Venezuelan experience in the promotion of cognitive abilities", *International journal of Mental Health*, 18 (3), 5-19.
- Groves D.L., Groves S.L. (1980), *Life Skills Education: a conceptual framework*. *College Student Journal*, vol. 14, 1, pp. 83-89.
- Gualdi F., Merlo R. (1980), *Tipologie degli spazi e degli arredi educativi*. In L. Sala La Guardia, E. Lucchini (a cura di), *Asili nido in Italia. Il bambino da 0 a 3 anni*, Milano, Marzorati Editore.
- Gunnar M. (1980), *Control, warning signal and distress in infancy*. *Developmental Psychology*, 16, pp. 281-289.
- Kentucky State Dept. Of Education (1989), *Parenting and family life skills education: a model curriculum*, Frankfort, ERIC 125 p., March 1989.
- Kowalski K., Pretti-Frontczak K., Johnson L. (2001), *Preschool teachers' beliefs concerning the importance of various developmental skills and abilities*. *Journal of Research in Childhood*

Education, vol. 16, 1, pp. 5-14.

- Lapiere A. e Aucouturier B., (2001), "Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia", Armando Editore.
- Leone L., Prezza M. (1999), "Costruire e Valutare i progetti nel Sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale", FrancoAngeli.
- Leschiutta F., Viscardi F. (2004) "Strutture educative da 0 a 6 anni – Manuale di qualità per l'organizzazione degli spazi scolastici dell'infanzia" Gangemi Editore
- Lichtenberg J.D. (1989) "Psychoanalysis and motivation", The Analytic Press Inc., New Jersey (trad. it. di Ortu F. (1995) "Psicoanalisi e sistemi motivazionali", Raffaello Cortina Editore, Milano).
- Magnusson, D., Stattin. H. (1998), «Person-Context Interaction Theories» (685-759). In W. Damon (Ed.), Handbook of Child Psychology, Wiley, New York.
- Malaguzzi L. (1983), For an education based on relationship. Young Children, 49 (1), pp. 9-12.
- Mecacci L. (2001), Lev S. Vygotskij. In A. Fonzi (a cura di), Manuale di psicologia dello sviluppo, Firenze, Giunti Gruppo Editoriale, pp. 25-28.
- Montessori M. (1970), Educazione e pace, Milano, Garzanti.
- Nicolodi G., (1989), "Maestra, guardami.....", CISFRA editore.
- Novak J., (2003) "L'apprendimento significativo – Le mappe concettuali" Erickson, Trento
- Parsons C., Hunter D., Warne Y. (1988), Skills for adolescence: an analysis of project material, training and implementation, Canterbury, UK, Christ Church College, Evaluation Unit.
- Overly R. (1987), "Eva Reich's Butterfly touch massage"
- Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. (1991) "Attachment across the life cycle" Tavistock-Routledge, (trad. it di Ortu F. (1995) "L'attaccamento nel ciclo della vita" Il pensiero scientifico editore).
- Pikler E., (1996) "Datemi tempo. Lo sviluppo autonomo dei movimenti nei primi anni di vita del bambino", Red Edizioni
- Prutzman P., Stern L., Burger M.L., Bodenhamer G., (1988), The friendly classroom for small planet: children's creative response to conflict program, New Society Publisher, Santa Cruz, Usa.
- Stern D.N. (1985), "The interpersonal world of infant", Basic Books, New York (trad. it. di Biocca A. e Biocca L.M. (1987) "Il mondo interpersonale del bambino", Bollati Boringhieri, Torino).
- Scabini E. (1995), Psicologia sociale della famiglia - Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali, Bollati Boringhieri, Torino.
- Schneider, B.H. (1998). Tra rischio e disadattamento. Il ruolo trascurato dei fattori protettivi. Età Evolutiva, 60, 81-86.
- Tranfaglia N. (a cura di) (2001). Libro bianco sull'attuazione della riforma didattica. Torino: Università degli Studi di Torino
- Tuffanelli L. (a cura di) (2003) "Intelligenza, emozioni e apprendimenti" Erickson, Trento

Specializzata a Roma, training Dodet-Gardner

Cristina.testa1980@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Tra innamoramento e competizione: il caso di Fabrizio

Marianna Trimboli¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta Cognitiva

Riassunto

Il seguente caso clinico descrive il processo psicoterapeutico con cui un uomo adulto, Fabrizio, riconosce come un'ossessione amorosa sia in realtà un meccanismo sintomatologico della propria patologia, ovvero un Disturbo di Personalità Narcisistico. Durante la descrizione del caso, condotto nei termini della psicologia cognitivista, particolare attenzione viene data ai processi cognitivi e metacognitivi che caratterizzano tale malattia. Il percorso è passato dalla condivisione delle caratteristiche personologiche di Fabrizio alla ricerca di strategie più funzionali che presupponessero un maggiore utilizzo di funzioni metacognitive. Grande importanza ha assunto la relazione terapeutica, come strumento e strategia di cambiamento.

Summary

The following clinic case describes the psychotherapeutic process by which an adult man, Fabrizio, recognizes it as an obsession love is actually a symptom of his disease mechanism, which is a Narcissistic Personality Disorder. During the description of the event, conducted in terms of Cognitive Psychology, special attention is given to cognitive and metacognitive processes that characterize the disease. The route went from sharing in personality characteristics of Fabrizio looking for more functional strategies which assumes a greater use of metacognitive functions. Has assumed great importance the therapeutic relationship, as a tool and strategy for change.

Descrizione del problema del paziente

Fabrizio, 39 anni, sposato con tre figli, vive in una cittadina dell'Abruzzo ed è un operaio metalmeccanico. Viene inviato da una collega con cui collaboro, la quale aveva avuto in terapia la moglie (Sara) per un disturbo agorafobico, e che quasi costringe il marito ad effettuare una consulenza psicologica, poiché esasperata dai modi dello stesso nella gestione delle attività

Marianna Trimboli, *Tra innamoramento e competizione: il caso di Fabrizio*, N. 8, 2011, pp. 74-97

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

quotidiane familiari ed in specifico nell'educazione dei figli: Fabrizio tende ad imporre il suo punto di vista in maniera autoritaria, avvalendosi spesso dell'uso della violenza verbale e fisica, ha un umore a dire della moglie altalenante, che lo porta ad assumere comportamenti diametralmente opposti in famiglia, spesso indipendenti dalla situazione in sé; questo genera una profonda confusione soprattutto nei suoi bambini, che ultimamente si rifiutano di stare con il padre e sembrano sollevati nei vari momenti di assenza dello stesso. Il tentativo della moglie di confrontarsi su questi meccanismi viene vissuto da Fabrizio con profonda rabbia ed amplifica gli episodi di aggressività, che verso la moglie viene espressa prevalentemente con un atteggiamento di denigrazione e sfiducia nei confronti del suo operato. Fabrizio si difende dagli attacchi della moglie giustificandosi, in quanto ritiene che il comportamento educativo di Sara sia eccessivamente accomodante e poco di insegnamento per i suoi figli; la rabbia diviene una esasperazione che Fabrizio mette in atto a suo dire per reagire ai comportamenti di una famiglia senza regole. Il timore di Fabrizio è che un'educazione troppo accondiscendente i bisogni dei figli possa arrecare un danno agli stessi nel loro futuro, in quanto non insegna a gestirsi nelle situazioni di vita; a tal proposito riporta il seguente esempio: *“l'altro giorno ho deciso di fare la pizza con i miei figli; ho pensato che potesse essere un buon esercizio per sviluppare la manualità fine!. Francesco tutto ad un tratto si è sporcato ed io l'ho rimproverato; lui ha detto che era stanco ed ha iniziato a frignare; ma si può essere stanchi facendo queste cazzate?! Lì mi è partita la brocca ed ho iniziato a dirgli che la colpa era di sua madre, che li coccola e glielie passa tutte e che così non diventerà mai un uomo indipendente”*. Al momento dell'invio la moglie di Fabrizio minaccia di lasciarlo, ovvero ammette una sua stanchezza ed un'incapacità nel comprendere gli “scatti” del marito, al punto che quasi lo costringe a mettersi in gioco con una terapia per comprendere se effettivamente i suoi comportamenti siano corretti o meno. Al primo colloquio, in cui erano presenti entrambe, il mio lavoro è stato, oltre a quello di raccogliere dei dati significativi e che mi riconducessero ad una eventuale sintomatologia, quello di sensibilizzare come una terapia psicologica debba essere legata ad una buona motivazione, se non al cambiamento, quanto meno alla comprensione dei propri meccanismi; l'atteggiamento di Fabrizio, inizialmente, era screditante ed ironico sia nei confronti delle affermazioni della moglie che del terapeuta. Tale comportamento è cambiato nel momento in cui ho cercato di comprendere il sistema di significato che reggeva i suoi comportamenti e valorizzare le sue idee, validandolo cognitivamente (T: *“sicuramente se lei si relaziona in maniera aggressiva con la sua famiglia avrà i suoi buoni motivi, ma è probabile che io non riesca a comprenderli appieno poiché non la conosco e perché non conosco quello che succede prima e che*

lo porta a reagire così”). Lasciare uno spazio di personale incapacità del terapeuta a comprendere alcune reazioni di Fabrizio, lo hanno portato ad accettare la terapia quasi più per farmi capire le sue ragioni che non per sé stesso. Questa accettazione è stata rinforzata dalla moglie, la quale nutriva fortissime aspettative relativamente alla possibilità che la terapia psicologica potesse aiutare Fabrizio a modificare i suoi comportamenti. La sensazione del terapeuta è che Fabrizio accetti la terapia sia per convincere il terapeuta della correttezza del proprio operato che per avere una “alleata” da mettere in campo nei molteplici litigi con la moglie ed in specifico quando veniva attaccato dalla stessa sulla scorrettezza dei suoi modi di fare (*“vedremo se quando la dottoressa capirà cosa succede nella nostra casa se darà ragione a me o a te”*). Questo compromesso ha richiesto una scadenza temporale dei nostri incontri: è stata così proposta una terapia trimestrale per riflettere su dinamiche personali ed interpersonali e capire se esse abbiano un ruolo negli attuali problemi di coppia e familiari.

Dai racconti del paziente emergono le seguenti caratteristiche:

- Rabbia espressa ed aggressività verso oggetti e persone della sua famiglia (figli e moglie);
- Necessità di dover fare attività adrenaliniche che gli consentano di provare delle esperienze forti, poiché nella quotidianità si sente spesso annoiato. Per questo ha moltissimi hobbies: motocicletta, barca, sci, viaggi, che coltiva per un breve periodo e dopo interrompe per passare ad altro.
- Atteggiamento freddo e distaccato nei confronti di situazioni emotive molto forti (*“un giorno ho avuto un incidente con la moto; ero con un amico che quando mi ha visto cadere si è spaventato ed è caduto pure lui; stavo in mezzo alla strada, con le macchine che mi sfrecciavano, dolorante; nonostante ciò ho avuto la prontezza di alzarmi, raccogliere la mia moto ed andare dal mio amico per controllare che stesse bene”*);
- Anaffettività a cui viene dato un significato positivo (*“se sono un mostro o un genio io non lo so, so soltanto che nelle situazioni di stress rendo meglio perché non mi spaventano, ma mi attivano”*), poiché gli consente di essere efficace ed efficiente in tutte le situazioni di vita quotidiana (in una seduta Fabrizio racconta di aver avuto una settimana movimentata a causa della scoperta della leucemia del padre; nel momento in cui il terapeuta cerca di focalizzare sullo stato emotivo, che non emergeva né dall’aspetto verbale dei suoi racconti né dal non verbale, lui risponde: *“mi sono sentito fortissimo, perché sono riuscito a gestire la situazione prontamente, facendogli iniziare subito la chemio”*);
- Percezione di superiorità personale;

- Tendenza a comportarsi in modo autoritario ed ironico per screditare l'Altro ed affermare la propria superiorità;
- Bisogno di ricevere gratificazione e riconoscimento da parte dell'Altro;
- Dinamiche interpersonali di competizione/confronto (*“sono sempre stato bello, bravo in tutto, a casa, a scuola, i miei amici erano bravi ragazzi, in parrocchia; mio fratello strimpellava un attimo uno strumento; a lui era detto sempre bravo, a me mai una volta; a tutt'oggi non so suonare nessuno strumento, secondo me perché l'idea che a mio fratello venisse sempre detto in quel modo mi ha impedito di imparare a suonare qualunque strumento musicale”*).

Se in seguito alla prima seduta, in cui era presente anche la moglie, la richiesta di aiuto era quella di provare a capire se veramente i suoi comportamenti fossero “causa” dei dissapori con la moglie, in seguito emerge una tematica verso cui Fabrizio è molto sensibile, per la quale chiede un aiuto concreto: liberarsi dall’*“ossessione”* per la cognata, Caterina, sorella della moglie, per la quale ammette di provare un sentimento fortissimo, legato anche al fatto che con quest’ultima abbia condiviso una relazione amorosa a tutt’oggi interrotta ma della quale non riesce a fare a meno. Oggi i rapporti con quest’ultima si sono raffreddati, sia perché lei ha deciso di allontanarsi, ma anche perché lui stesso non ammetteva l’ipotesi di essere considerato un marito non encomiabile (*“non riuscivo a fare a meno dei nostri incontri, ma poi quando ci ripensavo sapevo che la nostra storia non avrebbe avuto futuro; non avrei mai potuto accettare l’idea di essere considerato negativamente dai miei suoceri o dai miei figli”*).

Definizione del problema secondo il paziente

Al momento dell’invio il paziente non è assolutamente preoccupato per le lamentele effettuate dalla moglie, che ritiene sia esagerata nei racconti ed inconsapevole che i suoi metodi educativi e comportamentali in genere siano i più corretti tra i due; Fabrizio tende molto a screditare la propria partner, poiché a suo dire ha un atteggiamento eccessivamente emotivo, poco incline al rigore ed al rispetto, per cui tutto quello che lei dice ed anche i tentativi della stessa di difendere i loro figli nei momenti di rabbia di Fabrizio non vengono accettati, poiché è ritenuta fundamentalmente incapace di gestire la famiglia (*“come posso dare retta ad una che in gita a Capri mi chiede a mezzogiorno di mangiare una cioccolata calda, che insegnamento diamo ai nostri figli sugli orari, sul bisogno di mangiare in maniera ordinata...anche lì mi sono incazzato ed è stato un macello quella gita!”*). Nel primo incontro accetta la terapia per dimostrare di provare a mettersi in gioco ed ammette di non avere molta motivazione a riguardo. Fabrizio riconosce gli scatti violenti ed aggressivi ma

ritiene siano giustificati dal comportamento della persona che in quel momento ha di fronte (figli, moglie, amici, colleghi); il suo atteggiamento screditante viene riconosciuto e concepito proprio perché convinto di avere delle caratteristiche di superiorità rispetto all'Altro che inevitabilmente lo portano a doversi imporre per fare la *“cosa più giusta”*. Questa credenza è, a suo parere, confermata dal fatto che moltissime persone gli chiedono consigli e lo ringraziano per la correttezza degli stessi, e perché in tutte le attività effettuate nel passato come anche oggi abbia dimostrato di essere vincente. La rabbia si manifesta tutte le volte in cui gli altri non fanno come lui vuole; soprattutto in famiglia il suo comportamento aggressivo nei confronti dei figli e della moglie è dettato da modi di fare sbagliati che gli stessi hanno e che lui deve correggere per essere *“un buon padre ed un buon marito”* (*“quando mio figlio ha rifiutato di mangiare gli spinaci ho preso quel piatto e l'ho scaraventato per terra; non è possibile che non capisca che se gli dico che li deve mangiare deve fare come dico io”*). Tale manifestazione emotiva non è percepita in quel momento, ma a posteriori, quando viene messo di fronte alle sue reazioni soprattutto dalla moglie o quando i figli si mostrano notevolmente spaventati da lui.

Nonostante tutto questo, l'unico problema che Fabrizio identifica come tale e che vuole provare a risolvere è *“l'ossessione”* per la cognata, ovvero la sorella della moglie (Caterina), con la quale ha avuto per circa 2 anni un rapporto erotico – seduttivo del quale non riesce a fare a meno. Oggi i rapporti con quest'ultima si sono raffreddati in seguito alla considerazione di entrambe della pericolosità che tale relazione potesse avere per l'equilibrio familiare allargato, ma soprattutto perché le cose che Fabrizio ha fatto in seguito a questa *“ossessione”*, del tipo entrare a casa sua di soppiatto, affacciarsi alla finestra per vedere come fosse vestita, entrare segretamente nella sua mail per controllare le persone che frequenta, hanno fatto sì che Caterina manifestasse apertamente di avere paura di lui ed iniziasse ad allontanarlo anche in maniera brusca. Questi *“controlli ossessivi”*, hanno poi determinato la scoperta da parte di Fabrizio che Caterina stava mantenendo, contemporaneamente alla relazione con lui, anche altre situazioni sentimentali; questo ha fortemente infastidito Fabrizio, che non sentendosi più unico e speciale verso la cognata, ma semplicemente uno tra tanti, è entrato in meccanismi di competizione e confronto, al punto da ammettere apertamente di sentirsi in guerra (*“io il gatto che viene mangiato non lo faccio, piuttosto trovo le strategie per poter mangiare io. Non voglio uscirne sconfitto”*).

Se inizialmente il racconto di tale storia e della sua interruzione era legato ad un tema *“etico – morale”* (*“non posso avere una relazione extra coniugale, per di più con la zia del piano di sotto dei miei figli perché darei un'immagine pessima a loro ed a tutti”*), in seguito emerge come in realtà

Fabrizio sia stato rifiutato da Caterina e come questo lo danneggi tantissimo nella sua autostima; la rabbia che spesso manifesta in famiglia, avviene soprattutto in seguito agli incontri-scontri con la cognata (“sono sceso di sotto con la cassetta degli attrezzi, dicendole se avesse bisogno di qualcosa; lei mi ha subito guardato male ed ho capito che non aveva piacere che fossi lì; mi ha proprio detto che ormai faccio parte della squadra avversaria, per cui mi ha cacciato; quando lei utilizza queste metafore, con cui è bravissima, io non riesco.....allora me ne sono andato ma sono stato disturbato per tutto il tempo; a casa sono stato irascibile”). Quello che Fabrizio spera di ottenere con la terapia è una “Tecnica” per annientare la cognata nei suoi scontri verbali e fisici.

Risultati Test

I tests sono stati somministrati in seguito a dei colloqui di assessment, in cui le indagini vertevano sulla possibilità di discriminare tra due aspetti: da una parte un disturbo di personalità e dall’altro capire se i suoi comportamenti fossero dettati da un umore instabile e nello specifico da una disforia riconducibile ad un disturbo maniaco o bipolare di I o II grado. Non sono emersi dati a sostegno di quest’ultima tesi, poiché l’altalenanza umorale è stato – dipendente; dipende cioè da specifici stati mentali. Non sono stati riscontrati episodi depressivi e relativamente all’episodio maniaco va detto che Fabrizio non presenta i sintomi DSM per i seguenti motivi:

- l’autostima è grandiosa sempre, ovvero è presente una valutazione eccessiva di sé costante e quando delle situazioni intaccano tale considerazione Fabrizio reagisce con gli episodi di rabbia;
- non presenta diminuito bisogno di sonno o loquacità eccessiva, né fuga delle idee, distraibilità ed agitazione psicomotoria;
- il desiderio sessuale sembra essere presente sempre ed è legato al bisogno di sentirsi prestante; lo stesso vale per le attività ludiche o come lui definisce, adrenaliche, che vengono effettuate per un bisogno di dimostrazione della propria prestanza e non per altro;
- tali atteggiamenti non determinano una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o da richiedere l’ospedalizzazione.

I tests sono stati scelti sia sulla base delle caratteristiche emerse dai colloqui di assessment, sia da un protocollo che utilizzo personalmente con i miei pazienti.

RISULTATI SCID II: I risultati evidenziano la presenza di particolari sintomi tali da soddisfare i criteri per il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), classificabile sull’asse II del DSM-IV.

RISULTATI SCL90-R: Non ci sono aree indagate che sembrano avere una rilevanza clinica per il paziente.

RISULTATI STAI-Y: I risultati del soggetto riconducono l'Ansia di Stato e l'Ansia di Tratto a punteggi nella norma, che dimostra come la personalità del soggetto non sia orientata alla manifestazione dell'ansia intesa come tratto di personalità.

CONSIDERAZIONI DELL'ESAMINATORE: Si segnala come il soggetto dichiara esplicitamente di non porsi in maniera positiva nei confronti dei tests, anzi ammetta di provare una sensazione di fastidio per essere valutato, atteggiamento evidente anche nella somministrazione.

Profilo interno del disturbo

I tests ed i colloqui clinici hanno ricondotto il terapeuta a considerare la possibilità della presenza di un Disturbo di Personalità Narcisistico. Il modello utilizzato per spiegare ed agire su tale disturbo è il modello cognitivo del "Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva", che fonda l'approccio terapeutico su due ipotesi fondamentali: la prima è che nelle personalità narcisistiche gli elementi che maggiormente compromettono il funzionamento mentale sono le disfunzioni di Decentramento e di Monitoraggio e la tendenza a creare Cicli Interpersonali Disfunzionali. La seconda ipotesi è che si interviene sullo snodo del circuito che il paziente presenta in seduta o in quella fase della terapia. Tale approccio fa riferimento ai seguenti stati mentali, meccanismi metarappresentativi e cicli interpersonali:

Stati Mentali, contenuti problematici, Euristiche:

- **Stato Grandioso:** *"quando ho saputo che mio padre aveva la leucemia mi sono sentito fortissimo, perché mi sono subito prodigato per capire come risolvere il problema"*; descritto da continui pensieri di superiorità nei confronti della sua famiglia d'origine e degli eventi di vita in genere, rispetto ai colleghi di lavoro e agli amici: Fabrizio ha moltissimi esempi nella sua vita in cui è stato efficace (fondatore movimento scout nella sua cittadina, sostenitore parrocchia, rappresentante di un gruppo amatoriale di calcetto, richiesta da parte dei suoi superiori di avanzare di grado, etc), e di conseguenza spesso non pretende necessariamente di ricevere dei riconoscimenti da parte di altri, gli basta ottenere ammirazione; in specifico si prodiga per conseguire tale obiettivo mostrandosi disponibile, generoso, altruista nella vita quotidiana extra familiare, per cui colleghi di lavoro, amici del movimento scout o del calcetto. Lo stato grandioso è fortemente ricercato poiché si lega a temi di pensiero di superiorità, autosufficienza, dominio e appartenenza al gruppo dei migliori, e determina emozioni quali euforia, forza, autoefficacia personale e distacco, che non vengono identificate dal soggetto (*"una volta, gliel'ho raccontato, vero?, sono caduto con la moto, io mi sono schiantato per terra e la moto è andata verso le macchine che sfrecciavano nella strada, il mio amico quando mi ha visto cadere in quel modo è caduto pure lui perché si è spaventato, io*

invece ho avuto la prontezza di alzarmi, uscire dalla strada con la moto ed andare verso il mio amico a soccorrerlo.....se sono speciale o sono un mostro non lo so, ma comunque nelle situazioni di stress mi sento fortissimo, perché rendo meglio”).

- Stato Transitorio: *“la lettura delle mail in cui Caterina flirtava con il suo amico psicologo mi ha fatto scendere un po’, mi ha proprio buttato per terra perché mi ha fatto capire che sono uno tra tanti, non un essere esclusivo per lei; dopo sono stato nervoso per tutto il pomeriggio, i miei figli li ho fatti penare!”*; Fabrizio entra in tale Stato quando percepisce minacce agli scopi che fondano l’autostima (*“sono uno tra tanti, non un essere esclusivo”*). Come conseguenza si attiva la rabbia, legata al senso di ingiustizia subita, e le cause dell’invalidazione o degli insuccessi sono attribuite agli altri. In tale Stato è facile il ricorso agli acting out etero aggressivi ed esperire emozioni non riconosciute di rabbia e vergogna, che però sono transitorie, poiché la sua capacità di acquistare distanza gli consentono di rientrare nello Stato Grandioso.

- Stato di Vuoto Devitalizzato: *“io il bravo quarantenne che si dedica alla famiglia e va a mangiare la domenica dai suoceri lo faccio, ma proprio non mi piace, mi annoia da morire, sono cose scontate per me; preferirei non vivere che vivere come i miei coetanei....quando poi sono costretto a fare il padre ed il marito ecco che vado giù di tono, mi chiudo in casa e non faccio niente...fino a quando trovo qualcosa che mi dà la scarica di adrenalina”*, caratterizzato da emozioni quali la noia e la debolezza legate all’incapacità di godere dei risultati raggiunti proprio perché non sentiti realmente; quando Fabrizio si trova in tale stato rimane chiuso in sé stesso, evita le relazioni sociali, è apatico e, per uscirne, incentiva le esperienze che determinano un aumento dello stato di arousal.

- Senso di Non Appartenenza: *“è inutile parlare con il mio capo, tanto non capirà mai, non ci arriva poverino, e le sue decisioni saranno sempre fatte a cavolo”*; è un tema particolarmente presente nello Stato Grandioso, in cui Fabrizio esprime il suo distacco poiché appartenente al gruppo dei migliori, ma è presente anche nello stato di Vuoto Devitalizzato, quando cioè la sua non partecipazione emotiva e la sua incapacità di godere della quotidianità lo spingono a credere di aver bisogno di stimoli sempre diversi e nuovi perché egli stesso “diverso” rispetto alla popolazione “normale”.

- Euristica del Decatleta: *“stare bene con mia figlia non mi gratifica...è scontato! quello che mi piace davvero è ben altro, deve eccitarmi.....deve essere sempre più pericoloso. Ecco perché alcune volte penso che potrei morire mentre faccio una delle mie tante attività.....non mi*

dispiacerebbe!”. Tale scorciatoia di pensiero è la tendenza del soggetto a doversi sentire superiore alla norma in un numero elevato di scopi per mantenere alta la sua autostima.

- **Euristica di Self Enhancement:** *“sai dottorè?anche oggi ho ricevuto un sacco di conferme che i miei consigli sono sempre giusti ed azzeccati, in effetti mi rendo conto che sono troppo bravo ad aiutare gli altri, ti rubo il mestiere, mi spiace per te!”*; è la motivazione ad avere un’immagine positiva di sé, è universale e porta a distorcere le autovalutazioni verso l’alto; il giudizio che un individuo dà di sé stesso è migliore di quello che gli altri gli attribuiscono. Dimaggio e Semerari hanno riscontrato nella pratica clinica una forma di Self Enhancement progressiva per cui la positività del livello di autostima raggiunto deve continuamente essere incrementata quando i soggetti paragonano la loro auto immagine attuale con quella passata e hanno definito tale tendenza con il nome di dinamica narcisistica.

Disfunzioni Metacognitive

- **Disfunzione di Monitoraggio:** *“dottorè non te lo so dire come mi sento”*; riconosciuta nell’incapacità di accedere a propri scopi, desideri ed emozioni (sottofunzioni Identificazione e Riconoscimento). Fabrizio non riesce a spiegare come si sente, tende a raccontare soltanto fatti e si infastidisce quando il terapeuta cerca di focalizzare la sua attenzione sull’aspetto emotivo dell’episodio narrato.

- **Disfunzione di Relazione tra variabili:** *“non te lo so dire se dopo che vedo Caterina e perdo con lei mi sento strano...ora che mi ci fai pensare forse è così”*; spiegato come l’incapacità di cogliere i nessi tra le diverse variabili mentali ed il contesto esterno. Il suo uso corretto consente di descrivere cause e motivazioni del proprio comportamento.

- **Disfunzione di Decentramento:** *“l’altro giorno ho deciso di fare la pizza con i miei figli; ho pensato che potesse essere un buon esercizio per sviluppare la manualità fine!. Francesco tutto ad un tratto si è sporcato ed io l’ho rimproverato; lui ha detto che era stanco ed ha iniziato a frignare; ma si può essere stanchi facendo queste cazzate?!”*; definito con l’incapacità di considerare la mente dell’Altro.

Cicli Interpersonali

Un Ciclo Interpersonale può essere definito come l’insieme dei processi di costruzione dell’individuo che portano a tipici comportamenti e comunicazioni che elicitano nell’Altro risposte prevedibili. Il soggetto ha delle aspettative sull’andamento della relazione e con questo carico entrerà in rapporto, attendendosi determinate risposte. Le sue previsioni lo muoveranno a

comportamenti, automatici o coscienti, congrui con i desideri. L'interazione sarà guidata proprio da questi desideri, aspettative e comportamenti, anche se il soggetto non ne è consapevole.

Il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva ha riscontrato, nelle persone affette da DNP, una serie di circuiti interpersonali specifici, che richiamano le aree della vita interiore dell'idealizzazione, competizione, dell'attaccamento/accadimento e del ritiro avversivo dalle relazioni. Quelli riscontrati in Fabrizio sono i seguenti:

- **Ciclo del Rispecchiamento:** il sé attende di essere idealizzato, l'Altro idealizza, il sé si sente integro, soddisfatto, benevolo (*“quando gli altri mi cercano per dirmi che i miei consigli erano azzeccati mi sento proprio tosto!”*).

- **Ciclo dell'Idealizzazione:** il sé ammira l'Altro, l'Altro accetta l'ammirazione, il sé aspetta il riconoscimento dell'Altro idealizzato (*“quando mi sono avvicinato a Caterina cercavo di tirarla su per la crisi con il marito, lei mi riempiva di complimenti, mi ringraziava e mi rendeva partecipe della sua vita”*).

- **Ciclo Competitivo:** il sé attende ammirazione, l'Altro non riconosce la superiorità del sé, il sé entra in competizione rabbiosa, l'Altro risponde alla sfida, rottura della relazione, uscita dal gruppo, ritiro nella torre d'avorio (*“con questo mio amico eravamo culo e camicia, sempre insieme, al lavoro e fuori, andavamo d'accordissimo; lui aveva problemi con la moglie, sai anche sessuali, io lo aiutavo tantissimo; poi tutto ad un tratto ha iniziato ad essere freddo, non mi diceva più quello che succedeva a casa, si è allontanato; io all'inizio ho fatto di tutto per lui, ho deciso che dovevo essergli vicino perché dovevo fare l'amico che non si arrende anche quando l'altro ti volta le spalle, ma lui niente, era distante, sempre più, allora poi sono diventato cattivo; al lavoro mi lamentavo con il capo squadra del suo operato, dicevo che non produceva, ha anche preso una lettera di richiamo per questo, lui lo ha saputo si è incazzato ed ora non gli rivolgo neanche il saluto”*).

Fattori e processi di mantenimento

Quanto descritto in precedenza può essere letto alla luce delle considerazioni seguenti.

La ricerca dello Stato Grandioso, stato mentale desiderato, fa sì che Fabrizio si mostri in maniera generosa, disponibile ed altruista; le disfunzioni metarappresentative di Monitoraggio, insieme al Decentramento, portano il soggetto a pensare che basti comportarsi in questo modo per ottenere riconoscimento ed ammirazione proprio a causa della sua incapacità a regolare il proprio comportamento sulla base di proprie emozioni e propri desideri e di considerare il punto di vista dell'Altro. Quando effettivamente riesce a conquistare ciò si rafforzano le sensazioni di superiorità,

autosufficienza, dominio ed appartenenza al gruppo dei migliori (*“ho giocato da titolare nella squadra dei compari per sei mesi, ormai non mi interessa più, mi sta benissimo fare il panchinaro, ho già dimostrato di essere forte a calcio”*), che vengono associate ad un sistema di valori da perseguire per avere una buona considerazione di sé: *“devo essere una bravo marito, un bravo padre, un bravo amante, un amico perfetto, un lavoratore encomiabile”* (Sistema di valori ideali rigido). In ambito interpersonale Fabrizio attiva spesso un Ciclo del Rispecchiamento (Io cerco di essere idealizzato, l'Altro mi dà riconoscimento), che si mantiene fino a quando l'Altro fornisce l'ammirazione dovuta e ricercata (Rispecchiamento); quando Fabrizio non riesce a sentirsi identificato dall'Altro si sente tradito, umiliato e fragile; tali stati d'animo non vengono percepiti poiché dissociati; anche quando il terapeuta prova ad aiutarlo a riconoscerli, perché evidenti dall'espressione facciale, dal non verbale e dai pensieri associati alla situazione, Fabrizio non li distingue e si infastidisce per l'intervento terapeutico (*“io queste cose le ho capite un po' tutte, la cosa che mi preme non è tanto capire come mi sento, ma è questa ossessione per mia cognata....se ci arriviamo!!!*). L'unica emozione che Fabrizio percepisce è una rabbia fortissima, che si attiva quando l'Altro non si comporta come lui si aspetta, che lo porta ad evitare e screditare; entra così in un Ciclo Competitivo (*“se mi dici bravo sono il primo a lavorare; se mi metti i bastoni tra le ruote veramente non lavoro più e ti faccio male”*), in cui a seconda della reazione che ha l'Altro in questione si generano due tipi di contrattacchi: se l'Altro si sottomette si ristabilisce l'equilibrio e Fabrizio rientra nello Stato Grandioso e nel Ciclo del Rispecchiamento, mentre se l'Altro si ribella o sfida a sua volta Fabrizio entra in uno Stato di Transizione (*“se una persona mi pesta i piedi gli faccio pagare tutto con gli interessi”*) e ne esce o rompendo i rapporti o disinvestendo emotivamente la relazione; in entrambe i casi passa per uno Stato di Vuoto Devitalizzato, che ha breve durata perché Fabrizio, per ricreare uno stato di benessere, attiva delle strategie per rientrare nello Stato Grandioso, spesso cimentandosi in nuove attività ed iniziative.

Una persona particolarmente significativa con la quale Fabrizio entra in dinamiche di confronto e competizione negative, al punto da sentirsi continuamente minacciato è la cognata, ovvero Caterina, con cui ha dinamiche di sfida molto forti, dalle quali però spesso sente di uscirne sconfitto; è probabile che abbia tale attivazione poiché Caterina gli determina sensazioni di inferiorità su molti fronti: verbale, di performance e relazionale (*“lei è avvenente, tutti la cercano, tutti ne parlano bene e la amano, sa parlare bene, meglio di me purtroppo, fa un sacco di cose: balla il tango, è musicoterapeuta, mamma, insegnante ed è sempre in giro per occasioni mondane.....con chi parli di lei c'è sempre una buona parola, al punto che un suo amico ha creato*

un link su Facebook dal titolo: Tutti pazzi per Caterina”). Da quando la loro relazione amorosa si è interrotta, Fabrizio ricerca occasioni per confrontarsi con lei, spesso istigandola proprio per una Euristica di Self Enhancement, per aumentare il proprio Stato Grandioso ed inibire una sensazione di inferiorità che si attiva particolarmente nell’interazione con la stessa; tali situazioni gli rimandano sensazioni di non controllo e di disinteresse da parte di Caterina; la mancata considerazione della stessa determina in Fabrizio l’ingresso in Stati di Transizione che esperisce in famiglia con gli acting rabbiosi. Tale esperienza si lega a temi di pensiero di fallimento, rifiuto ed esclusione e gli provocano emozioni che il soggetto non sa descrivere, ma che appartengono a tristezza e paura. L’accanimento verso questa persona assume le forme dell’ossessione a suo dire, non tanto per il bisogno di vicinanza e protezione quanto per quello di vincere il confronto con la stessa.

Questa cosa si è evinta particolarmente in una seduta in cui il terapeuta ha chiesto a Fabrizio cosa fosse per lui l’innamoramento e cosa provasse per Caterina; Fabrizio non solo non ha saputo rispondere, ma ad una successiva domanda su quali fossero stati i motivi che hanno portato lo stesso a sposare la moglie Sara ha affermato: *“la famiglia di Sara era la famiglia dei Kennedy del mio paese e Sara era la figlia ribelle dei Kennedy.....non me la sarei mai dovuta far scappare”*.

Per sovvenire alla mancanza di gratificazione e di riconoscimento di ruolo, attivate fortemente dal confronto con Caterina, Fabrizio diventa iperattivo e si sperimenta in molteplici campi; utilizza biases quali l’illusione del decatleta (percezione di essere superiori alla norma in un set di scopi sociali) ed euristiche di Self Enhancement, praticando molte attività diversificate. In realtà questo dinamismo funge da tampone temporaneo; nel momento del raggiungimento dell’obiettivo prefissato ad una iniziale soddisfazione segue uno stato di Vuoto Devitalizzato (*“nel momento in cui dimostro di essere il migliore mi annoio e non ho più bisogno di perseguire quegli obiettivi precedenti”*); Fabrizio si sente annoiato, affaticato per essersi prodigato tanto senza riuscire a godere di quanto ottenuto; gli obiettivi che si predetermina, che non vengono scelti sulla base dei propri desideri ed emozioni quanto piuttosto in maniera rigida attraverso euristiche di Self Enhancement, rappresentano delle sfide che spesso supera e lo fanno sentire fortissimo, alimentando lo Stato di Sé Grandioso. Tutto ciò viene mantenuto da una incapacità ad identificare le proprie emozioni e ad utilizzarle come motore per l’azione; per cui Fabrizio non fa quello che ama fare ma quello che alimenta il suo bisogno di essere unico, speciale e soprattutto quello che gli consente di essere riconosciuto come tale.

Scompenso

Grande importanza relativamente al funzionamento appena descritto sembrano aver avuto esperienze di accudimento mancato paterno che affondano le radici in situazioni infantili e familiari. In specifico Fabrizio racconta ripetuti episodi in cui i suoi bisogni, anche primari, venivano soffocati da situazioni più importanti; in primis la necessità della famiglia, dunque padre e madre, di considerare il fratello maggiore, che all'età di 16 anni, quando cioè Fabrizio ne aveva 14, ha un incidente in macchina che lo fa stare in coma per molto tempo e lo rende a tutt'oggi invalido; la tematica della morte sembra però essere una costante presente già da prima di ciò, in quanto la madre di Fabrizio lotta da ormai 30 anni con un tumore che la espone ad un rischio elevato; tutto questo avviene in una famiglia a forte funzionamento patriarcale, in cui cioè il padre mantiene le redini in maniera autarchica. Quest'ultimo viene descritto come un viveur, un donnaiolo che ostentava le sue esperienze e denigrava la figura femminile e le caratteristiche di debolezza dei figli. Sono numerosi i ricordi di Fabrizio relativi ai tentativi dello stesso di stupire il padre per ottenere gratificazione e riconoscimento; a scuola, piuttosto che nel gruppo di amici o in famiglia; nonostante ciò afferma di non aver mai ricevuto un complimento o un incentivo da lui. Quello che non riusciva ad avere in famiglia Fabrizio lo cercava al di fuori, specificamente in parrocchia, dove un prete inizia a gratificarlo fortemente, a riconoscere i suoi meriti e a dargli compiti e responsabilità sempre più elevate, che lui ricopre egregiamente.

È probabile che la mancata considerazione e gratificazione paterna abbiano determinato stati mentali di rifiuto, non appartenenza e distacco relazionale che oggi, attraverso la ricerca dello Stato Grandioso, vengono aborriti: *“mio padre non si è mai interessato a me...io andavo bene a scuola? e a lui che gliene fregava?, il prete veniva a casa, diceva a mia mamma che ero bravo, ero in gamba, ero un trascinatore, e mio padre gli diceva: “ah Don Piero, ma ti pare che è così difficile a fare il pagliaccio con quattro scemi che vengono alla parrocchia tua! il problema è Michele, Fabrizio non ha niente che non va ed è facile per lui essere simpatico e piacere alla gente. Mia madre lo vedeva che io rimanevo di merda quando lui diceva così, cercava di tirarmi su, mi diceva papà ti vuole bene, non te lo sa dimostrare, ma poi quando c'era lui non faceva niente, lui la trattava male e io pensavo, ma che vale quello che dice una che si fa trattare così?”*. Così come non aver avuto rinforzi positivi e ricompense (materiali, sociali, affettive) da parte del padre gli abbia negato la possibilità di sviluppare sia la funzione della Relazione tra variabili che un sistema di Valori soggettivo, basato sulle proprie propensioni e motivazioni (desideri, emozioni positive): *“mio padre non mi ha mai gratificato; io sono cresciuto e non sapevo quello che era giusto o non*

giusto fare; i miei erano solo sforzi per farmi accettare, amare da un uomo che non mi si calcolava proprio; cercavo in tutti i modi di attirare la sua attenzione ma zero; poi il prete ha iniziato a lodarmi; io ho capito che se facevo quello che mi diceva lui tutti mi amavano; sono diventato il pagliaccio del gruppo, il confidente di chi era in difficoltà, il braccio destro del parroco; come una prostituta, mi svendevo per chi mi dava riconoscimento; me ne sono venuto così". L'approvazione del proprio valore al di fuori della famiglia gli ha consentito di entrare in contatto con la sua efficacia personale e soprattutto di sperimentare l'incentivo dei rinforzi come strategia di mastery per non soccombere alla mancata considerazione familiare.

Le varie esperienze di contatto con la morte (tumore della madre, incidente del fratello), da sempre presente nella vita di Fabrizio, potrebbero averlo sensibilizzato ad una soglia dolorifica più alta ed anestetizzato a situazioni di vita dolorose ed estreme. Tutto ciò ha potuto portare il soggetto a scotomizzare la parte emotiva delle situazioni e concorrere alla disfunzione del Monitoraggio. Come anche la rappresentazione dell'Altro significativo (padre) come non disponibile a fornire cure, ha aumentato l'aspettativa di essere rifiutato ed ha generato la tendenza ad organizzare la propria esistenza facendo a meno dell'amore degli altri e non richiedendo il loro sostegno, contando solo su se stesso e mirando all'autosufficienza assoluta, non riconoscendo e non esprimendo i propri bisogni, assumendo atteggiamenti di distacco e di superiorità. Fabrizio ha così sviluppato la rappresentazione di una relazione nella quale l'Altro non c'è perché incapace di fornire ascolto ai suoi bisogni (*"sono stato un padre per mio fratello ed un fratello per mio padre"*); si abitua a considerare il suo mondo di significati come l'unico esistente; in questo senso, anche le invalidazioni provenienti dall'esterno vengono filtrate e non prese in considerazione; tutti aspetti che concorrono alla Disfunzione del Decentramento. La rappresentazione grandiosa di sé, l'aspettativa di dover ricevere per diritto trattamenti speciali, hanno determinato la disposizione ad atteggiamenti aggressivi nei confronti di un ambiente che non soddisfa le proprie attese, rinforzato poi da un atteggiamento paterno fortemente violento, per anni preso ad esempio. La stessa derisione verso la moglie può essere un comportamento appreso nella famiglia d'origine. Tutti questi aspetti possono rappresentare degli eventi di scompenso distale, che hanno concorso alla sintomatologia, ma che non avrebbero mai portato il soggetto alla terapia.

L'evento di scompenso prossimale che è stato vissuto con disagio da Fabrizio e su cui ha deciso di impostare la terapia è il sentimento verso la cognata. L'ossessione per Caterina sembra presentarsi però in un periodo molto favorevole, in cui cioè Fabrizio si sentiva efficace in molte aree: era dimagrito 20 chili, aveva ricevuto una proposta di avanzamento di carriera, il movimento

scout di cui era fondatore aveva moltissime iscrizioni e riceveva continue lusinghe e complimenti dai suoi amici. Il suocero gli chiede di stare vicino a Caterina ed al marito, che stavano attraversando un periodo difficile e così inizia la frequentazione tra i due che con il tempo culmina nei processi seduttivi descritti in precedenza. La sensazione è che il soggetto abbia scambiato per innamoramento un processo di competizione/confronto, una sfida attivata da un'Euristica del decatleta (*"il mio scopo adesso è che voglio che si innamori di me"*), che mantiene attivo l'arousal e che, se inizialmente nutriva lo stato di Sé Grandioso poiché Caterina gli era grata per la vicinanza affettiva, emotiva ed anche fisica che Fabrizio le dimostrava, in quanto sovveniva ad esigenze familiari e di gestione dei figli di cui una donna sola, separata può aver bisogno, in seguito, quando ha portato a risposte negative da parte della stessa relativamente al bisogno di Fabrizio di iniziare una relazione amorosa, ha innescato un meccanismo di competizione e confronto in cui Fabrizio è ancora invischiato

Vulnerabilità

Dagli eventi descritti in precedenza si comprende come, nello sviluppo del Disturbo di Personalità Narcisistico, abbia occupato un posto di primaria importanza l'interazione tra il genitore ed il bambino; in modo particolare, Fabrizio rientra in quella categoria di persone affette da tale patologia che sembrano aver sviluppato, a partire dal rapporto con i propri genitori, delle relazioni caratterizzate principalmente da una rappresentazione di sé come bisognoso di cure e da una rappresentazione delle altre persone come non disponibili a fornirle, dunque dall'aspettativa di essere rifiutati. Tale condizione ha generato in Fabrizio la tendenza ad organizzare la propria esistenza facendo a meno dell'amore degli altri e non richiedendo il loro sostegno, contando solo su se stesso e mirando all'autosufficienza assoluta, non riconoscendo e non esprimendo i propri bisogni, assumendo atteggiamenti di distacco e di superiorità. Le modalità di rapportarsi in maniera non accudente, non protettiva ed incapace di fornire cure del padre e l'impossibilità di esprimersi a riguardo della madre, poiché non investita di tale compito dallo stesso Fabrizio, hanno contribuito allo sviluppo delle seguenti credenze nucleari:

- l'intimità è un territorio minaccioso in termini di rifiuto, per cui bisogna rinunciare ad essa svaloriizzandola;
- la figura di attaccamento è percepita come distanziante ed inaccessibile, non manifestare il bisogno di essa appare come il modo migliore per riuscire a conquistare una certa dose di vicinanza nei suoi confronti;

- bisogna dissociare aspetti di sé percepiti come negativi (desideri e fragilità) in quanto essi espongono all'ulteriore rischio di essere rifiutato;
- si devono assumere atteggiamenti che rendano il più possibile amabili agli occhi della figura di attaccamento stessa.

A questo punto, il soggetto elabora la convinzione che la prossimità all'Altro deve essere imposta o estorta mediante un controllo serrato, mirando dunque a possedere l'altro, più che a stare con lui, nella certezza che quest'ultimo non lo accetterebbe mai, potendolo scegliere. Fabrizio ancora oggi cerca di attirare l'attenzione e di comportarsi in modo tale da ricevere gratificazione paterna e si arrabbia o evita puntualmente quando vede che i suoi sforzi non ottengono il risultato sperato (*"da mio padre non ci sto andando più; ha fatto dei lavori in casa e gli ho consigliato della gente che, a suo dire non è stata affidabile; quando vado a trovarlo non fa altro che ripetermi che quegli operai non sono stati professionali, che non hanno fatto quello che dovevano fare e titi tata...allora io mi incazzo e me ne vado. Ora non ci vado più a trovarlo così capisce che non mi deve trattare così"*); questo potrebbe dimostrare il bisogno che ha sempre avuto e che ancora oggi muove l'agire dello stesso. Dai racconti di vita emerge poi come tutti i rapporti ed anche il matrimonio siano stati dettati dalle dinamiche dei cicli del Rispecchiamento e dell'Idealizzazione; lo stesso parroco, che lo ha accolto come un figlio e che a suo dire *"mi ha dato l'autostima necessaria per non soccombere a causa della famiglia in cui mi ci ritrovavo"* in realtà è stato considerato fino a quando non ci sono stati altri obiettivi nella sua mente; nello specifico fino a quando non ha conosciuto, sempre in parrocchia, l'attuale suocero, a cui attribuiva doti elevate poiché aveva una situazione sociale, lavorativa ed economica molto favorevole, e per spiegarmi ciò mi dice: *"la famiglia di mia moglie potrebbe essere definita la famiglia dei Kennedy"*, poiché possedeva, secondo il suo punto di vista, caratteristiche positive di carattere economico ma soprattutto morali (*"mia moglie si lamenta sempre di suo padre, ma non si rende conto che i suoi genitori sono stati sempre per i figli; le hanno fatte studiare, imparare uno strumento, viaggi, cose.....a mio padre non è mai interessato niente di me!"*); anche quando Fabrizio racconta il periodo di corteggiamento della moglie utilizza questa metafora: *"volevo Sara perché era la figlia appartenente alla dinastia Kennedy del mio paese e soprattutto perché era la figlia ribelle dei Kennedy"*. A tutt'oggi Fabrizio ha interrotto i rapporti con il suocero proprio perché *"non ho ricevuto le gratificazioni che era giusto che ricevessi e quindi preferisco rimanere sulle mie e non dargli più confidenza; gliene ho già data troppa"*. Altri eventi che mostrano una vulnerabilità distale sono in primis una familiarità alle malattie mentali; Fabrizio racconta che il nonno materno,

che lui non ha mai conosciuto, sia morto suicida e che un fratello dello stesso, uno zio, a tutt'oggi vivente, stia male psicologicamente, anche se non sa bene spiegare cosa abbia. I numerosi episodi di malattia in famiglia a cui Fabrizio è stato sottoposto potrebbero spiegare il suo bisogno di scotomizzare l'aspetto emotivo nella spiegazione degli eventi ed utilizzare altri parametri per l'azione.

La storia di Caterina viene vista come un evento di vulnerabilità prossimale ed in specifico come il fattore di scompensazione che porta il paziente in terapia.

La terapia

Quanto detto finora può far pensare come la terapia concordata con Fabrizio non sia stata facile; né per quanto riguarda gli aspetti di esplorazione e di svelamento delle dinamiche inter ed intra personali del soggetto, ma soprattutto per la regolazione della relazione terapeutica, poiché Fabrizio ha da subito messo in atto i Cicli Interpersonali propri del DNP e la difficoltà è consistita proprio nel riconoscerli e nel non entrarci.

Contratto e scopi del trattamento:

L'arrivo di Fabrizio in terapia, come già descritto in precedenza, non è stato immediato e consapevole; il fatto che sia venuto al primo colloquio con la moglie per problematiche di coppia, a cui attribuiva tra l'altro la totale responsabilità alla stessa, non ha consentito di concordare immediatamente gli scopi espliciti del trattamento. La sensazione iniziale del terapeuta è stata che Fabrizio abbia acconsentito alla richiesta della moglie di “*fare un po' di terapia*” più per dimostrare di essere “giusto” che per reale necessità percepita, anche se va ricordato come dal secondo colloquio Fabrizio chieda chiaramente di essere aiutato a “*guarire dalla ossessione per la cognata*”; può anche essere che in realtà abbia colto l'occasione fornitagli dalla moglie per lavorare su uno stato d'animo vissuto da lui in maniera problematica. Questa cosa non è mai stata indagata. Se dunque inizialmente la richiesta del paziente è stata quella di lavorare sui suoi “meccanismi ossessivi”, indagati gli stessi e non riconosciuti, si è proceduto svelando come quello che lui percepiva come tale potesse in realtà non esserlo, e di conseguenza si sono concordati una serie di scopi, che passavano per le disfunzioni metacognitive che il terapeuta aveva riscontrato, e che avevano come obiettivo esplicito i seguenti passaggi:

- identificazione delle emozioni;
- riconoscimento degli stati emotivi e del loro arousal fisiologico;
- comprensione dei processi dell'innamoramento;

- messa in relazione di eventi e stati emotivi percepiti/non percepiti per comprendere in maniera più olistica il turbamento o la rabbia espressa.

Gli scopi impliciti a cui il terapeuta ha pensato di lavorare sono stati:

- aumento del Monitoraggio e della sottofunzione Relazione tra variabili per aiutare Fabrizio a capire come si sentiva e poterlo collegare ad un eventuale comportamento precedente o successivo;
- aumento del Decentramento;
- comprendere la regolazione delle scelte; nello specifico aiutare Fabrizio a capire come l'utilizzo di particolari euristiche per mantenere un sistema di valori ideale per i processi decisionali e di scelta gli impedissero di mettere in atto dei comportamenti veramente sentiti e di strutturare un suo sistema di valori reale e funzionale per il suo benessere;
- Comprendere come la rabbia, emozione sensibile a Fabrizio, venisse messa in atto in risposta alla mancata ammirazione da parte dell'Altro;
- Conoscere i Cicli Interpersonali problematici del Rispecchiamento e della Competizione.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento:

Il rationale della terapia è stato quello di operare per permettere al soggetto di acquisire consapevolezza dei propri meccanismi ed aiutarlo a riconoscerli per non inciampare continuamente nelle stesse dinamiche. Va spiegato come il primo passo con Fabrizio sia stato quello di chiarire che dalle descrizioni che lo stesso faceva relativamente all'innamoramento per la cognata, problema che lui riconosceva e per cui chiedeva la terapia, ci fossero degli indizi che facessero pensare ad altro e che le sue difficoltà nell'esprimere le sue emozioni fossero un limite alla comprensione reale di tale meccanismo; si rendeva necessario dunque riuscire a lavorare inizialmente sull'identificazione dei propri stati emotivi ed in seguito al resto. Questo è stato accettato da Fabrizio in seguito alla consegna dei risultati dei test, che hanno rivelato allo stesso l'appartenenza ad una patologia di personalità di cui era stato accusato anche dalla cognata in una mail che mandava ad un suo amico e che Fabrizio aveva segretamente letto; il fatto che anche il terapeuta confermasse la diagnosi di cui già aveva sentito non ha fatto altro che fargli prendere la consapevolezza che ci fosse qualcosa di sbagliato nel suo atteggiamento e da lì si è potuto iniziare a lavorare sugli obiettivi precedentemente descritti (*"Dottorè leggere la relazione mi ha fatto troppo male; ho capito che forse non sono un genio ma sono un malato"*). Paradossalmente una valutazione testistica ha giocato un ruolo positivo per la costituzione dell'alleanza terapeutica. Le strategie utilizzate sono state volte inizialmente

all'aumento delle funzioni del Monitoraggio attraverso l'aumento dell'Autoriflessività; le tecniche utilizzate sono state lo svelamento e la psicoeducazione emotiva:

(T: *“vedi Fabrizio, quello che io sento in questo momento è una tua emozione di rabbia nell'averti dato questa etichetta; lo percepisco da come mi guardi, dal tono della tua voce e dalla scelta delle parole che stai utilizzando; pensi che la mia sensazione sia corretta?”*)

F: *“sì, in effetti mi ha dato molto fastidio quello che hai scritto, perché allora vuol dire che Caterina ha ragione e questo non mi piace, non mi fa stare bene, mi fa sentire piccolo, come spesso mi succede ultimamente con lei; vince sempre lei!”*

T: *“allora potremmo cominciare a dire che tutte le volte in cui percepisci un senso di ingiustizia, tutte le volte che non ti sta bene quello che sta accadendo, la reazione che gli altri hanno, ti arrabbi; secondo te sulla base di quello che stiamo dicendo ti arrabbi di più per queste cose oppure perché come dicevi tu devi scaricare da qualche parte?”*

F: *“no, in effetti forse è più per questo che hai detto tu; ok uno a zero!”*.)

Questo processo viene fatto ancora oggi, in quanto nonostante Fabrizio abbia aumentato la sua funzionalità metacognitiva di Monitoraggio, ci sono situazioni a lui sensibili, in cui tale inefficienza si ripresenta. L'esplicitazione del Monitoraggio ha dato l'input per la spiegazione del modello metacognitivo di funzionamento del DNP secondo il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, in cui Fabrizio si è fortemente riconosciuto e che ha consentito al terapeuta di acquisire quell'importanza e quel riconoscimento che inizialmente non aveva. Tale aspetto è culminato spesso in Cicli Idealizzati (*“sei la persona che più mi conosce in assoluto e questa cosa mi sta aiutando perché pensavo che solo con Caterina potessi parlare di cose più alte; farlo anche con te mi fa capire che ci sono tante persone con cui possa confrontarmi”*), che se da un lato appagano e fanno sembrare che la terapia stia andando come si spera, in realtà si rischia di colludere con un meccanismo tipico del disturbo narcisistico ed ostacolare il trattamento. Il funzionamento del DNP nei circuiti interpersonali però non è stato svelato da subito, ma soltanto in seguito al raggiungimento di obiettivi quali la funzionalità del Monitoraggio ed un inizio di regolazione delle scelte sulla base di propri bisogni. Si è pensato infatti che fosse fondamentale che Fabrizio comprendesse prima quali fossero i suoi stati d'animo per poi avere delle competenze maggiori per accogliere e lavorare sui suoi processi interpersonali. Il Ciclo Idealizzante in cui il terapeuta si è trovato ha consentito di rinforzare l'alleanza terapeutica e di acquisire quella fiducia necessaria affinché Fabrizio lo ritenesse capace di trattare il suo disturbo (*“ho piena fiducia in te perché quello che mi dici lo sento tantissimo; mi ci rivedo proprio in quello che mi dici!”*). Il riconoscimento delle proprie emozioni ha permesso di

capire a Fabrizio come la sua regolazione delle scelte non avvenisse sulla base del suo sentire ma piuttosto di un sistema di valori rigido e stereotipato che mantiene l'incapacità del Monitoraggio. Il passo successivo è stato quello di proporre delle esposizioni ad attività che gli consentissero di capire cosa realmente gli piacesse fare per strutturare una piena consapevolezza delle proprie azioni (*"sai ho capito che in moto ci vado veramente perché il mio amico ce l'aveva ed io volevo essere figo come lui; come anche nella squadra dei compari non mi piace davvero giocare; c'è troppa competizione, io non ho capacità tecniche, per cui devo compensare con la fisicità, con la forza e lo sai che ce la faccio perché se mi metto in testa una cosa la ottengo; però sono un turnista, faccio la notte ed andare a giocare dopo che sei tornato alle sei di mattina e dopo due ore eri sveglio perché ci sono tre figli ed una moglie casinara che si devono preparare non è facile!"*). Nel momento in cui il terapeuta ha percepito come il lavoro sul Monitoraggio e sulla regolazione delle scelte stesse portando dei primi risultati positivi si è scelto di affrontare delle dinamiche tra paziente e terapeuta che si erano innescate in precedenza e su cui non si era scelto di non lavorarci; nello specifico in un racconto di competizione/confronto verso un amico, frequentissimo durante le sedute, il terapeuta ha effettuato degli interventi di condivisione e svelamento, attraverso un collegamento tra quello che stava ascoltando ed una propria sensazione che aveva sentito in una precedente seduta, in cui Fabrizio accusava il terapeuta di non stare aiutandolo a capire veramente perché fosse ossessionato a Caterina:

(T: Fabrizio quello che mi stai raccontando relativamente a questo tuo amico ed alle tue sensazioni mi fanno pensare ad un mio stato d'animo che ho percepito in quella seduta in cui mi chiedevi insistentemente una tecnica per guarire da Caterina ed al fatto che, quando ti ho detto che in realtà una tecnica non esisteva ti sei arrabbiato dicendomi che non arrivavo veramente al problema ma ci giravo intorno....ti ricordi?

P: Uhm, Uhm.

T: io lì ho sentito che tu volevi da me per forza qualcosa che io non potevo darti, perché sulla base delle mie conoscenze e delle mie impressioni sul tuo problema forse quello non era la soluzione adatta, ma nel momento in cui te l'ho fatto presente tu hai un po' messo in discussione quelle che potessero essere le mie capacità nella possibilità di aiutarti....ricordi?

P: si, ok.

T: in quel momento mi potresti dire come ti sei sentito, perché ti è venuto da reagire così?

P: perché io ti dicevo cavoli e tu mi dicevi patate, non capivi che in realtà il problema era un altro, anche se poi mi hai spiegato tutto il resto e mi ci sono un po' convinto.

T: allora vedi Fabrizio, in alcuni casi ti può succedere che percepire che l'Altro non faccia quello che tu vuoi ti susciti una reazione di rabbia, che ti porta ad essere aggressivo, anche soltanto verbalmente, oppure manipolatorio, del tipo cerco di portare quella persona a fare quello che voglio io; in alcuni casi questa cosa può riuscirci, e lì ti senti fortissimo, per cui il tuo Stato Grandioso ti fa stare bene, ma non è detto che sia sempre così, perché le persone non sono tutte uguali e quindi possono avere diverse modalità di reazione.....hai mai pensato a questa cosa?

P: sì, a volte sì.

T: ecco, magari le volte in cui non riesci a pensare che la persona in questione non reagisce come vuoi tu per motivi che esulano un po' da te e che tu non puoi controllare, ti ci incavoli e fai due cose: o attacchi verbalmente e fisicamente, questo di più con i tuoi figli, oppure eviti, cancelli questa persona dalla tua vita e pensi che non valga la pena di provare a capire perché si sia comportata così, è vero o no?

P: sì, è proprio così.

T: questo è anche quello che è successo a me nel momento in cui ti ho detto che non avrei potuto insegnarti una tecnica per uscire dall'ossessione per Caterina, ovvero mi sono sentita attaccata, aggredita, non capita, e né tanto meno ho sentito che potessi darti delle spiegazioni, perché sentivo che quasi non ti interessassero; il motivo per cui non ho reagito alla tua rabbia è perché so che nel tuo meccanismo di funzionamento puoi comportarti così, ma è probabile che gli altri, magari tua moglie, o i tuoi figli, non riescano a capire perché ti relazioni in questo modo, per cui tendano ad avere paura oppure ad evitare di interagire con te...che ne pensi?

P: penso che questa terapia mi serve proprio!”).

Il lavoro sui Cicli interpersonali di Competizione e di Rispecchiamento hanno permesso a Fabrizio di capire a pieno i suoi meccanismi di funzionamento e di aumentare la Relazione tra variabili, che comunque rimane in assoluto il suo tallone di Achille.

Descrizione della terapia

La terapia è ancora in corso; quando è “scaduto” il tempo che Fabrizio si è concesso per lavorare su di sé ha capito da solo come fosse necessario un altro periodo per riuscire a gestire meglio le sue dinamiche; per cui in seguito ai 12 incontri si è deciso di continuare il trattamento mantenendo una scadenza settimanale; ad oggi sono stati effettuati 35 incontri. Quello su cui si lavora continuamente sono gli obiettivi impliciti ed espliciti in toto: nonostante Fabrizio dimostri di aver migliorato le sue funzioni metacognitive, in realtà può succedere che degli episodi non riesca a leggerli o a gestirli in maniera adeguata; questo è l'obiettivo primario della terapia ad oggi. L'aumento del Monitoraggio

gli consente di prendere maggiore consapevolezza del suo sistema di regolazione delle scelte ed accedere a scopi personali più funzionali rappresenta l'obiettivo primario.

Quello che risulta essere problematico è la gestione dei Cicli, non tanto in terapia quanto nella quotidianità; Fabrizio attiva Cicli di Competizione di frequente per cui in seduta si lavora proprio su questi. Tale condizione rappresenta, secondo quello che è il modello del Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, la base dei disturbi di personalità. Semerari afferma infatti come tali pazienti presentino disturbi della metacognizione specifici sulla base del Disturbo di Personalità e riferisce anche come queste disfunzioni metacognitive impediscano al paziente di utilizzare il dialogo terapeutico per gestire e modificare gli stati mentali problematici e soprattutto a strutturare una relazione terapeutica che, secondo Safran e Segal può essere definita come la variabile integrativa quintessenziale, un aspetto centrale nella comunità degli studi sulla psicoterapia. Bordin ipotizzava che una buona alleanza fosse un prerequisito per il cambiamento in tutte le forme di psicoterapia. Egli riteneva che l'alleanza consistesse di tre componenti interdipendenti: i compiti, gli obiettivi, il legame.

1. I compiti della terapia consistono nelle attività specifiche che il paziente deve affrontare per trarre beneficio dal trattamento;
2. Gli obiettivi della terapia sono le mete generali verso le quali è diretto il trattamento;
3. Il legame consiste nella qualità affettiva della relazione tra paziente e terapeuta.

Tali considerazioni implicano l'importanza e l'interdipendenza dei fattori relazionali e tecnici in psicoterapia e come il significato di ogni fattore tecnico possa essere compreso soltanto nel contesto relazionale in cui è applicato.

L'approccio integrato basato sulle analisi delle sedute di Dimaggio, Semerari ed al., ha riconosciuto l'importanza di tre tipi di intervento overt per aiutare il terapeuta a superare i cicli interpersonali:

1. Validazione
2. Self- disclosure
3. Condivisione

Tali interventi supportano il funzionamento metacognitivo attraverso lo shift, il cambiamento di stato mentale che determina l'aumento della funzione in questione.

Safran e Segal hanno utilizzato la felice espressione "disciplina interiore" per indicare le operazioni mentali con cui il terapeuta può cercare di rintracciare al proprio interno il filo smarrito dell'alleanza terapeutica e della relazione di cura. Le operazioni di disciplina interiore possono

essere molto utili per consentire al terapeuta di passare da momenti problematici di mancata condivisione alla comprensione di quale parte dell'esperienza del paziente è condivisa o potenzialmente condivisibile. Consistono sostanzialmente in operazioni empatiche in cui il terapeuta, focalizzandosi sul proprio stato problematico, si chiede quali aspetti di esso siano simili o complementari a ciò che il paziente prova o riferisce di aver provato. I pazienti con difficoltà nelle funzioni di Monitoraggio dei propri processi psichici tendono ad indurre nel terapeuta un senso di noia, di difficoltà e di pesantezza nella conduzione del colloquio. Il terapeuta può uscire da questo stato riflettendo sul fatto che la difficoltà a monitorare i propri e gli altrui stati mentali rende difficile la percezione di comunanza e favorisce il senso di distacco interpersonale. In questo modo può comprendere che sta vivendo in parte un'esperienza di distanza che è cronica nel paziente, e fondare su tale consapevolezza le operazioni di condivisione.

Questo è stato quello che è stato fatto con Fabrizio; le competenze tecniche, di conoscenza del DNP e dei suoi meccanismi metacognitivi sono stati presentati nel momento in cui si riteneva che Fabrizio fosse pronto ad accoglierle; questo avveniva prevalentemente in seguito all'esplicitazione di un Ciclo Interpersonale, che consentiva allo stesso di capirsi, di identificare il suo stato emotivo e comprendere il suo comportamento, di rispondere a due domande fondamentali: perché mi comporto così e come mantengo questo comportamento. Lavorare sui cicli ha consentito a Fabrizio di "uscire" dall'ossessione di Caterina che, nonostante in alcuni momenti torni nella sua mente, nell'attuale viene vista come una persona con capacità positive, ma anche tanti difetti, e soprattutto come una donna che non lo attrae fisicamente, ma che gli attiva il "testing", aspetto verso cui è sensibile (*"oggi ho visto Caterina, l'ho anche salutata. Ho capito che non aveva senso comportarmi con l'indifferenza come facevo prima, alla fine lo capivo solo io perché mi comportavo così; secondo me lei ne è stata felice; comunque la cosa importante è che io riesca a rapportarmi con lei senza che mi salga quella cosa che devo vincere, che la devo stuzzicare per vedere chi è più forte...sono stato felice e, arrivato su, ho abbracciato forte mia figlia"*).

Un aumento del funzionamento metacognitivo ha consentito a Fabrizio di ottimizzare la sua qualità di vita e soprattutto di accedere a scopi personali più sentiti e veri; nonché di migliorare i rapporti con i membri della sua famiglia (moglie e figli). Il rapporto con i figli gli crea non pochi problemi, poiché i suoi ragazzi sono spesso intimoriti da lui e non riescono ancora a fidarsi delle proposte che vengono fatte da Fabrizio; questo genera forte frustrazione e conferma come la Relazione tra variabili sia ancora una nota dolente. L'area famiglia d'origine rappresenta un aspetto

non trattato, poiché Fabrizio ha scelto di disinvestire la relazione paterna e di conseguenza evita ogni forma di contatto sociale con lui; si reca dalla madre solo se è certo di non incontrare il padre.

Bibliografia

Beck, A. (1984). *Principi di Terapia Cognitiva*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Castelfranchi, C., Mancini, F., Miceli, M. (2002). *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Dimaggio, G., Semerari, A. (2003). *I disturbi di Personalità: modelli e trattamento*. Roma: Casa Editrice La Terza.

Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M., *Personality Disorders: Modelli e Trattamenti e Stati Mentali, Metacognizione e Cicli Interpersonali* (Rouledge 2007).

Muran, J. C., Safran, J. D. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma: Casa Editrice La Terza.

Martino, B. (2009). L'intervento psicoterapeutico dei disturbi d'ansia in età evolutiva: il caso di Cristina. *Quaderni di Psicoterapia cognitiva*, 25, 108 – 135.

www.terzocentro.it

Autore

Marianna Trimboli

Specializzata a Reggio Calabria, training Dr. Nicolò, Procacci, Popolo

E mail: trimbolim@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it