

*Ordine degli Psicologi della Toscana  
Firenze - 10 settembre 2015*

# ***Il lavoro clinico in età evolutiva e interventi innovativi di sostegno alla genitorialità***



*Furio Lambruschi*

*Dir. SBPC*

*Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva*

SCIENZA COGNITIVA

A CURA DI  
**FURIO  
LAMBRUSCHI**

# **PSICOTERAPIA COGNITIVA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

PROCEDURE DI ASSESSMENT  
E STRATEGIE PSICOTERAPEUTICHE

NUOVA EDIZIONE AMPLIATA, AGGIORNATA E RIVISTA



**BOLLATI BORINGHIERI**



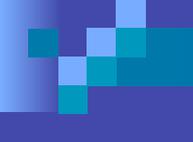
- Prevalenza media danno psichiatrico nell'infanzia e nell'adolescenza: **15-20%** della popolazione.

- Sebbene di questi ne arrivi in consultazione una percentuale limitata: **10-15%**

*(Anderson et al., 1987; Bird et al, 1989; Costello, 1989; Zill e Shoenborn, 1990; Roberts, Atkisson, Rosenblatt, 1998)*



Belfer (2008), riportando i dati epidemiologici del progetto Atlas (OMS), integrati da studi incentrati sulla politica sanitaria, conferma che fino al **20%** dei bambini e degli adolescenti soffrono di una malattia mentale più o meno invalidante e che il suicidio è la terza causa di morte tra gli adolescenti.

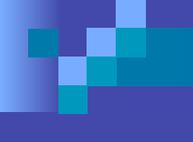


- (Ries Merikangas, He e altri, 2010)

Su 3042 soggetti tra gli 8 e i 15 anni di età (*National Health and Nutrition Examination Survey, USA, 2001-2004*), una prevalenza del **13,1%** di disturbi mentali chiaramente diagnosticabili in base alle categorie del DSM-IV: più specificamente, le prevalenze dei disturbi definiti in questo campione sono dell'**8,6%** per l'ADHD, del **3,7%** per i disturbi dell'umore, del **2,1%** per il disturbo della condotta, dello **0,7%** per il disturbo di panico o disturbo d'ansia generalizzato, e dello **0,1%** per i disturbi alimentari.

I **maschi** mostrano tassi più elevati di disturbi di iperattività e attenzione rispetto alle ragazze, mentre le ragazze hanno tassi più elevati di disturbi dell'umore.

Solo **circa la metà** dei soggetti con uno dei disturbi valutati aveva richiesto un trattamento con un professionista della salute mentale.



Anche un'indagine su oltre 10.000 adolescenti statunitensi di età compresa tra 13 e 18 anni

*(National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement)*

ha evidenziato una prevalenza globale di disturbi mentali del **22,2%**,

(11,2% per i disturbi dell'umore, 8,3% di disturbi d'ansia, 9,6% di disturbi del comportamento).

L'età media d'insorgenza per le classi di disturbo era più bassa per l'ansia (6 anni), di 11 anni per il comportamento, 13 anni per l'umore, e di 15 anni per i disturbi da uso di sostanze (**Ries Merikangas, 2010**).

- Le varie forme di sofferenza psichica infantile mostrano di solito:
  - un'elevata persistenza nel tempo,
  - una prevalenza relativamente elevata di comorbidità
- anche quelle a prognosi più favorevole come i disturbi d'ansia di separazione, possono facilitare lo sviluppo di successivi disturbi psichiatrici in età adulta.
- Sembra, insomma, abbastanza assodato che i disturbi mentali e comportamentali che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza **aumentano notevolmente il rischio psicopatologico in età adulta:**
  - secondo Belfer (2008) fino al **50%** dei disturbi mentali adulti insorge in adolescenza;
  - altri studi ribadiscono tale persistenza e stimano addirittura che **tre quarti** dei giovani adulti affetti da disturbi psichiatrici soddisfino già in adolescenza i criteri diagnostici per un disturbo psicopatologico codificato secondo i sistemi nosografici internazionali (**WHO, 2005; Copeland, Shanahan, Costello e Angold, 2009**).



La “prevalenza” *dei terapeuti* che si occupano di età evolutiva sembra essere decisamente bassa!



*Il tacito imbarazzo  
del terapeuta  
a maneggiare il tacito*



In età evolutiva lavorare sul tacito non è  
*un'opzione possibile,*  
è la **condizione necessaria**

La dimensione senso-motoria, tacita,  
la **conoscenza relazionale implicita**  
costituisce la finestra d'accesso privilegiata  
alla conoscenza di sé e del mondo dei nostri  
piccoli pazienti



- Complessità *relazionale* del setting clinico nell'età evolutiva

- Bambino

- Genitori

- Insegnanti

- Equipe

(importante dotarsi di una cornice concettuale che consenta, di volta in volta, di ritagliare il “formato” di setting più idoneo a quella particolare situazione clinica)

- Aspetti *organizzativi e fisici* del setting clinico nell'età evolutiva



*Il **corpo** del bambino “racconta” la qualità dei suoi legami, è “scolpito” in funzione della regolazione affettiva che rende possibile, nella relazione con quel genitore specifico.*

*Tipi diversi di regolazione diadica richiederanno modulazioni corporee diverse.*



*CONOSCENZA RELAZIONALE IMPLICITA*  
*(Implicit Relational Knowing)*

*Karlen Lyons-Ruth (1998, 1999)*

- 
- L'interazione col bambino passa principalmente attraverso codici analogici, schemi procedurali, **affettivo-motori**, mentre la comunicazione verbale recede sullo sfondo
  - La **natura stessa** della sofferenza infantile, la condizione di profonda vulnerabilità, di dipendenza del bambino, i suoi bisogni di protezione e di tutela.

# Quale modello d'uomo?

## I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale

Cognitivo-comportamentale

Cognitivo-standard

Cognitivo Post-razionalista

Cognitivo-evoluzionista

# Quale modello d'uomo?

## I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale

Cognitivo-comportamentale

Cognitivo-standard

Cognitivo Post-razionalista

Cognitivo-evoluzionista

# IL PARADIGMA COMPORTAMENTISTA



**B.T.**

**A.B.A.**

*(analisi “funzionale” del comportamento)*

# Quale modello d'uomo?

## I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale

Cognitivo-comportamentale

Cognitivo-standard

Cognitivo Post-razionalista

Cognitivo-evoluzionista

# IL PARADIGMA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE



**B.T.**

**A.B.A.**

*(analisi "funzionale" del comportamento)*

# Quale modello d'uomo?

## I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale

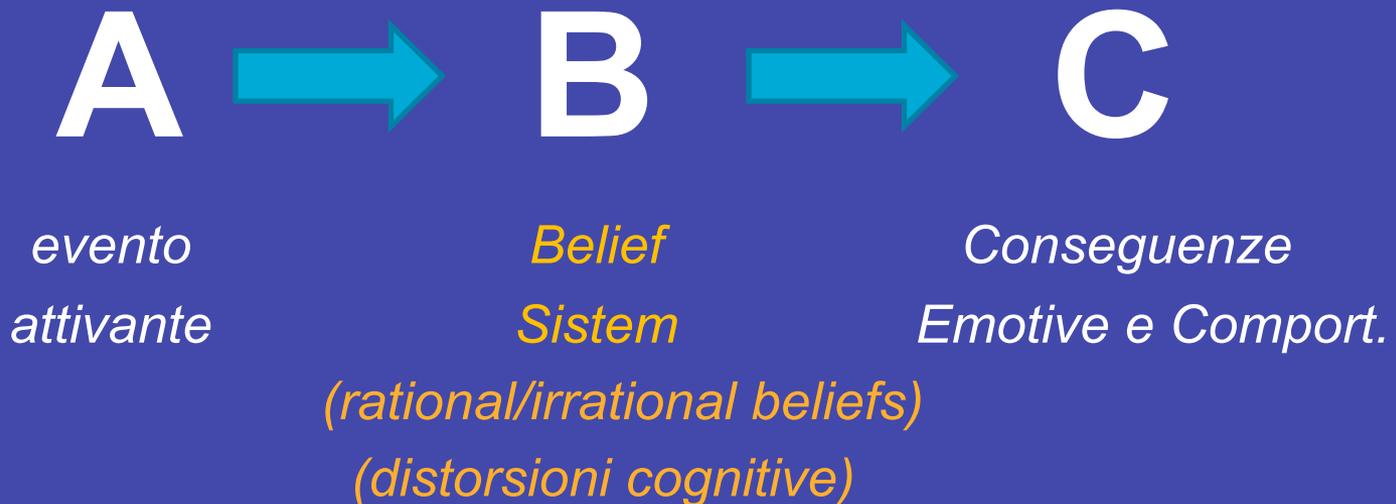
Cognitivo-comportamentale

Cognitivo-standard

Cognitivo Post-razionalista

Cognitivo-evoluzionista

# IL PARADIGMA COGNITIVISTA “STANDARD”



### **A - SITUAZIONE**

Dov'ero? Con chi? Chi c'era con me? Quando? In che momento della giornata/settimana? Che cosa stava accadendo? (descrivi la situazione vividamente, nei dettagli)

### **B – PENSIERI**

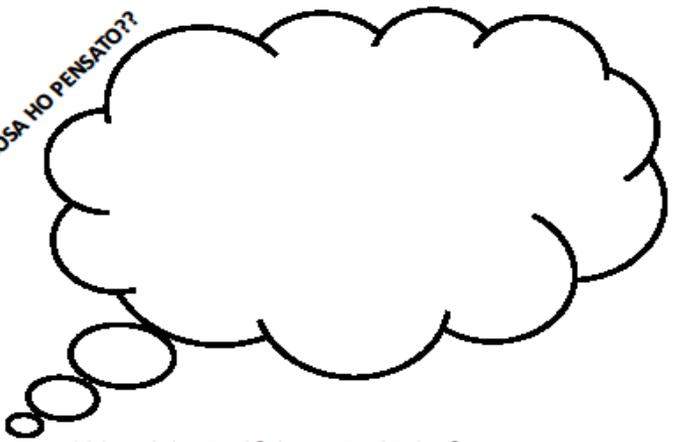
Che cosa ho pensato? Quali immagini ho avuto?  
Che cosa mi è passato per la mente? Come ho interpretato, valutato la situazione?

### **C – CONSEGUENZE**

**Emozioni:** Come mi sono sentito? Che emozione ho provato? Che sensazioni fisiche ho avvertito?  
**Comportamenti:** Che cosa ho fatto? Che cosa ho detto?

COSA E' SUCCESSO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COSA HO PENSATO??



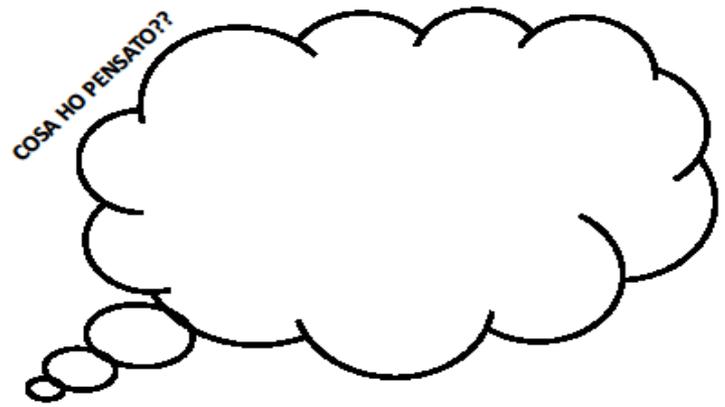
COSA HO SENTITO? QUALI EMOZIONI?



TERMOMETRO DELL' EMOZIONE

COSA HO FATTO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COSA E' SUCCESSO?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**COSA HO SENTITO? QUALI EMOZIONI?**



**TERMOMETRO DELL' EMOZIONE**

**COSA HO FATTO?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Quale modello d'uomo?

## I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale

Cognitivo-comportamentale

Cognitivo-standard

Cognitivo Post-razionalista

Cognitivo-evoluzionista

*(V.F. Guidano – G. Liotti)*

- Ottica evolutiva e relazionale (TA)
  - Ottica organizzativa  
**Organizzazione del Sé**  
**Sistemi di memoria**

# Ottica cognitiva costruttivista ed evolutiva

*Modello d'uomo* come attivo elaboratore  
d'informazioni, di significati personali  
su di sé e sul mondo

*(prospettiva costruttivista)*

psicologia e psicologia clinica come  
“*scienza del significato personale*”

*(V.F. Guidano)*

Ogni essere umano è dotato di una propria mappa del mondo, di una propria  
**Organizzazione di Significato Personale**

(Organizzazione del Sé) attraverso la quale dà forma, interpreta, dà senso, alla propria realtà (interna ed esterna).

Le strutture centrali del Sé (il nucleo invariante, l'impalcatura tacita) prendono forma entro i legami primari d'attaccamento sotto forma di modelli procedurali (senso-motori) schemi interpersonali: sorta di **programmi per il mantenimento dello stato di relazione** con le figure affettivamente significative del nostro ambiente.

I legami primari d'attaccamento plasmano una specifica organizzazione tacita del Sé dotata di un proprio senso di **unicità, coesione e stabilità** nel tempo, che si struttura poi in rappresentazioni via via sempre più esplicite, esplicitabili in regole linguistiche, che traducono quel sentimento tacito di noi stessi in un più esplicito senso di **identità personale**.

Significato “**affettivo**” dei sintomi

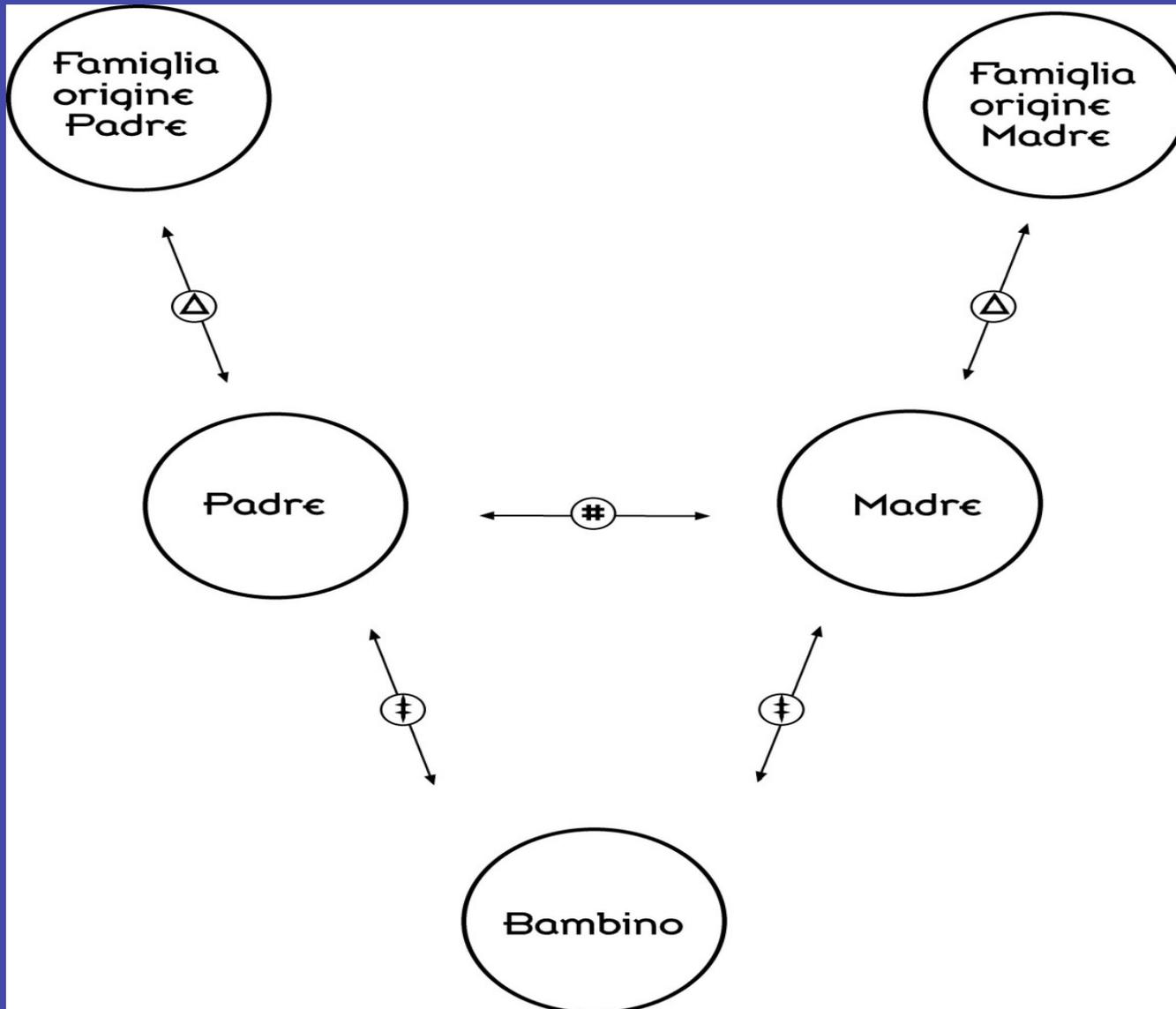
L'ottica cognitivo-evolutiva intende i sintomi:

Come *processi autoreferenziali, volti al mantenimento della stabilità e coerenza del sentimento di sé* a fronte di eventi vitali critici percepiti come minaccianti in tal senso.

E quindi come *mezzi volti al mantenimento dello stato di relazione* con le figure affettivamente significative del proprio ambiente, a fronte di sbilanciamenti affettivi percepiti come non più gestibili sulla scorta degli abituali meccanismi di compenso;

*(Guidano e Liotti, 1983, Guidano, 1986, 1991, Lambruschi, 2004, 2013).*

# Triangolo minimo familiare: i “fronti affettivi”.





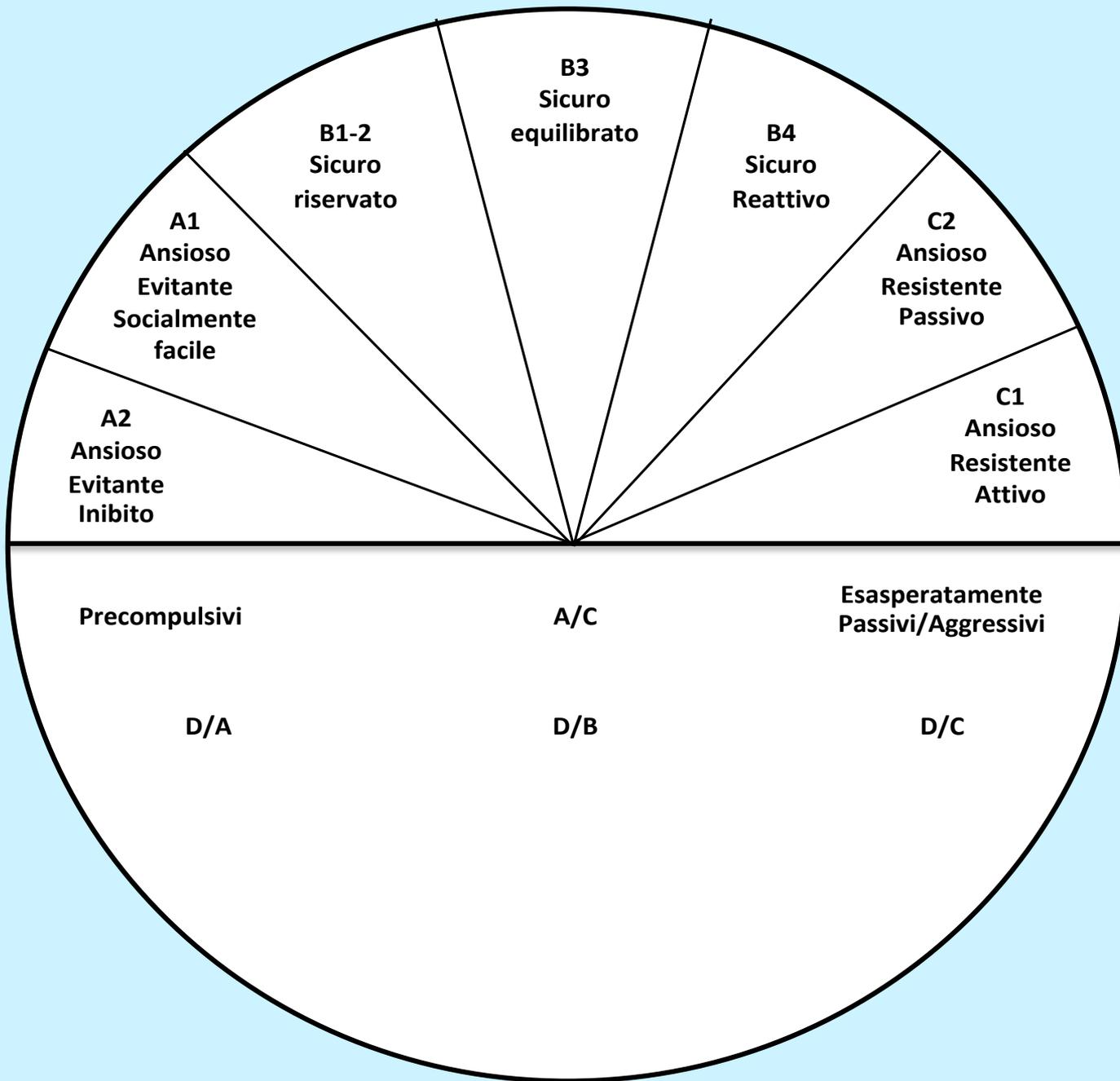
L'ottica cognitivo-evolutiva intende i  
sintomi:

Come “*metafore incomplete*” di  
specifiche aree di esperienza emotiva  
non adeguatamente elaborata nelle  
relazioni d'attaccamento: laddove c'è  
un sintomo, c'è una particolare area  
emotiva scarsamente riconosciuta e  
articolata nel sistema conoscitivo del  
paziente.

(Liotti, 2001, 2011)

# PROCESSI DI REGOLAZIONE DI UNO STATO EMOTIVO

- capacità di *riconoscerlo*, di avvertirlo come uno *stato corporeo discreto*;
- capacità di ricollegarlo a specifici *antecedenti* relazionali;
- capacità di attribuirgli un'etichetta semantica, di dargli un *nome*;
  - capacità di differenziarlo e di *articolarlo*;
  - capacità di *esprimerlo* adeguatamente e pienamente, (condividerlo con un'altra mente).



Cognitività



Affettività

# I modelli d'attaccamento come stili di regolazione emotiva

- L'attaccamento sicuro (**modelli B**) è la condizione che promuove la più accurata conoscenza e regolazione di un più ampio range di stati emozionali, insieme alle strategie per una loro armonica regolazione.
- Esperienze affettive primarie connotate da costante mancanza di sensibilità e responsività affettiva del caregiver (**modelli A**), portano funzionalmente a strutturare modalità di regolazione emotiva, per così dire, “in difetto” (*stile de-attivante*): attenuare, accantonare, ridimensionare, attuare una regolazione tendenzialmente autonoma e interna degli affetti e degli stati emozionali, evitando per quanto possibile il riconoscimento interno e/o l'espressione esterna degli stessi.
- Altre esperienze, connotate invece da incostanza, imprevedibilità discontinuità della risposta affettiva materna (**modelli C**) portano, all'opposto, ad una regolazione emotiva “in eccesso”, vale a dire un'abnorme amplificazione di tutti i segnali tipici del sistema comportamentale dell'attaccamento (*stile iper-attivante*), con forte attivazione neurofisiologica e segnalazione emotiva e comportamentale, talvolta espressa in forma drammatica e teatrale: lasciare andare le emozioni e perdere il controllo degli stati interni, consente paradossalmente di controllare e stabilizzare più adeguatamente la relazione.
- In altre, ancor più complesse, condizioni relazionali in cui il contesto di accudimento-cure è connotato da elevati livelli di pericolo e di minaccia al Sé, derivanti peraltro dalla stessa figura d'attaccamento (**attaccamento disorganizzato**), si determina un'ancor più grave invalidazione degli stati emotivi del bambino, e i deficit nella regolazione degli affetti diventano ancora più cospicui, con forte instabilità, contraddittorietà e imprevedibilità nell'espressività e nel repertorio emotivo del bambino.



I modelli d'attaccamento come modelli  
specifici di elaborazione delle informazioni, e  
di **organizzazione dei sistemi di memoria**

modi specifici di “usare la mente”

# Genitorialità

All'interno della più ampia organizzazione cognitiva, emotiva e comportamentale di un individuo, la “**genitorialità**” o “**funzione genitoriale**”, potrebbe essere identificata in quel sottoinsieme di modelli *taciti* (procedurali e affettivi) ed *espliciti* (semantici, concettuali, dichiarativi) che tipicamente si attivano nello svolgimento delle funzioni di accudimento-cura e crescita personale e sociale dei figli, riguardo a una varietà di bisogni:

a) di tipo *fisico*, come alimentazione, salute, pulizia, igiene, vestiario, sicurezza fisica, condizioni ambientali, abitative, ecc. (*nurtural caregiving e material caregiving*: Bornstein, 1995); e

b) di tipo *psicologico*, come apprendimento di conoscenze e autonomie personali e sociali capaci di orientare e sostenere il bambino nella realtà; acquisizione di regole educative e morali e di adeguate strategie di socializzazione; bisogno di sicurezza emotiva e affettiva, di conforto e rassicurazione in situazioni di vulnerabilità e distress emotivo, ecc. (*didactic caregiving e social caregiving*: Bornstein, 1995).

Le configurazioni di risposta dell'adulto a questi bisogni del bambino si esprimono in una gamma più o meno ampia di atteggiamenti e comportamenti interpersonali osservabili, che vanno a definire ciò che usualmente si intende per “stile genitoriale”.

# *Gli ingredienti della **sensibilità** e **responsività** materna*

- ⇒ **PERCEZIONE** accurata dei segnali espliciti e delle comunicazioni implicite del bambino
- ⇒ **INTERPRETAZIONE** accurata dei segnali percepiti
- ⇒ **SINTONIZZAZIONE AFFETTIVA** (condivisione empatica)
  - ⇒ **RISPOSTA COMPORTAMENTALE**
    - ↳ **Prontezza**
    - ↳ **Appropriatezza**
      - Tipo di risposta
      - Livello di risposta
      - Completezza della risposta
  - ⇒ **COSTANZA** (prevedibilità)



*mind-mindedness*

(Meins, 1997, Meins *et al.*, 2003)

*insightfulness*

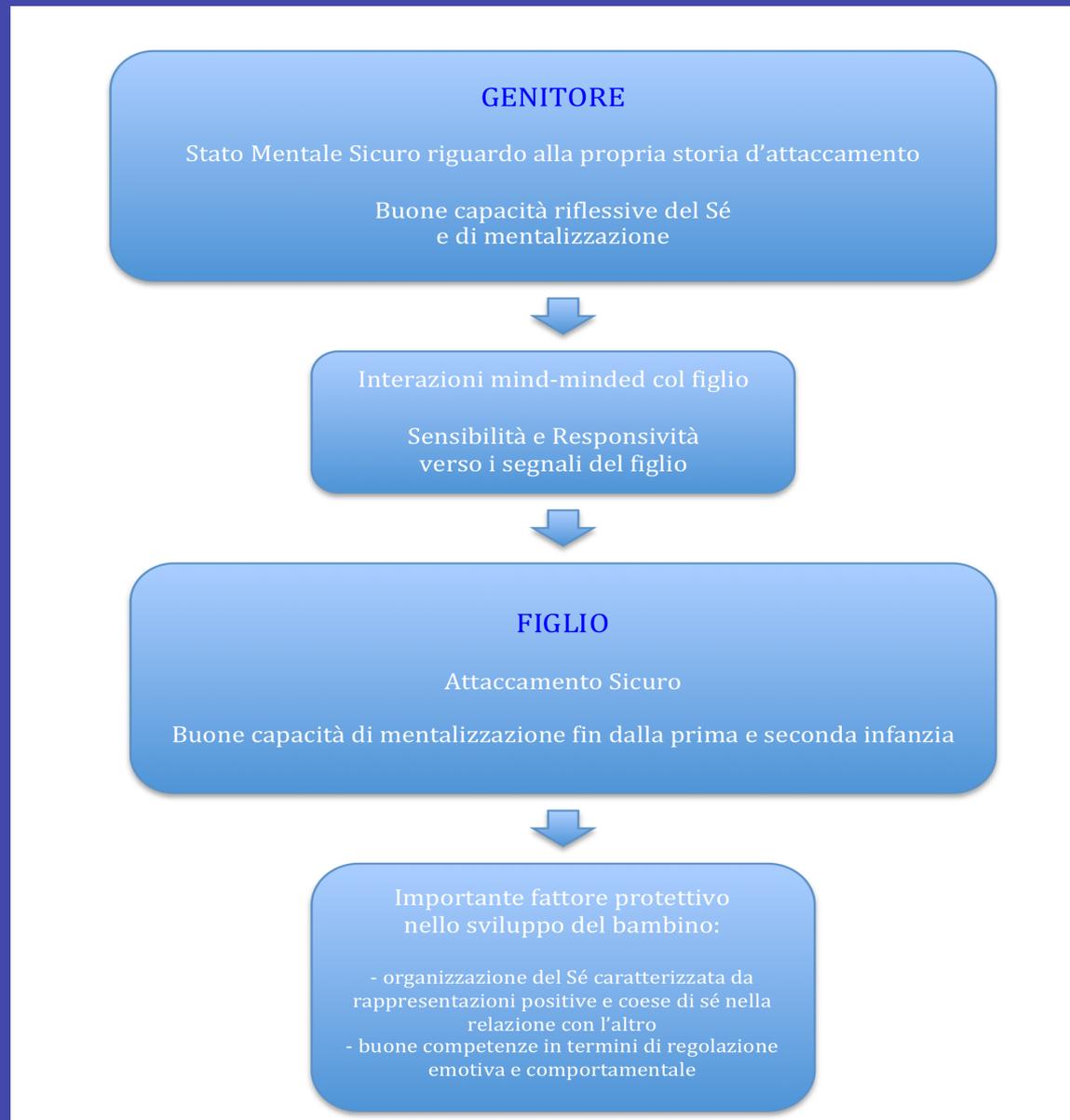
(Oppenheim, Koren-Karie, 2002)

l'inclinazione del genitore a concepire fin dalla prima infanzia il proprio figlio come *agente mentale* e quindi la tendenza a descrivere o produrre inferenze sui suoi stati emotivi e mentali.

In quest'ottica di esplorazione del significato personale delle sue manifestazioni comportamentali, anche i comportamenti più conflittuali o richiestivi da parte del figlio possono risultare maggiormente comprensibili e quindi meno stressanti e più gestibili

(McMahon, Meins, 2012).

# Dallo stato mentale del Genitore al legame d'attaccamento del Bambino



# FUNZIONE GENITORIALE

*(Parenting)*

- ❑ Funzione Affettiva
- ❑ Funzione Educativa

*(Disciplina Sensibile)*

## Kochanska e Kim (2012)

- Lo sviluppo di un comportamento aggressivo a *8 anni* di età è predetto dalla sua comparsa durante la *prima infanzia* e questa relazione è chiaramente *mediata* dalle modalità con cui la madre cerca di modulare ed affrontare questo comportamento del figlio dalle sue prime manifestazioni intorno ai due anni di vita.
- Lo studio sostiene l'importanza della relazione di attaccamento infantile come potente catalizzatore atto a moderare le future traiettorie di sviluppo dei comportamenti aggressivi, pur avendo pochi principali effetti diretti.
- *Solo nelle diadi insicure, infatti, la madre tende ad aver bisogno di affermare il suo potere ed il suo controllo attraverso metodi educativi coercitivi verso il comportamento disregolato del bambino.*
- *Nelle diadi sicure, invece, al comportamento disregolato del bambino (anche se di uguale intensità, nelle sue prime manifestazioni, a quello dei bambini nelle diadi insicure dello studio), la madre mette in atto comportamenti responsivi, senza il bisogno di assumerne il controllo o di affermare il proprio potere.*

- 
- *Un genitore sufficientemente **sensibile** e **responsivo** sarà in grado (in modo del tutto tacito) di promuovere un adeguato e flessibile adattamento alle regole morali e sociali attraverso alcuni processi di rispecchiamento empatico relativamente “semplici”*
  - *(gli stessi, peraltro, che ci potremmo aspettare come efficaci nell'impostazione della relazione terapeutica).*

- Il **porre limiti e regole morali e sociali** implica, inevitabilmente, “**appesantire**” lo stato di relazione col proprio figlio, con l’inevitabile attivazione di sentimenti di frustrazione, vergogna, paura, dispiacere, tristezza.
- Qualora la relazione sia connotata in termini di relativa **sicurezza**, le strutture rappresentative di sé e dell’altro sufficientemente positive e coese, già interiorizzate dal bambino, unitamente alla qualità positiva perdurante del legame d’attaccamento, consentiranno di riconoscere e di integrare tali stati emotivi in modo non minacciante e distruttivo. Il caregiver sarà in grado di empatizzare con tali stati interni secondari del bambino, aiutandolo a tollerarli, a regolarli e a “risolverli” adeguatamente, nella fiducia e garanzia reciproca che tale temporanea conflittualità non minaccerà in modo irreparabile il mantenimento dello stato di relazione (caregiver come abile “riparatore” delle rotture e degli stati mal coordinati col proprio figlio)
- Dentro un legame connotato da buoni livelli di sensibilità e responsività nel caregiver, cioè, il bambino avvertirà che **quelle emozioni di paura, di tristezza, di frustrazione o di vergogna (di per sé evolutivamente adattative), non rischiano di trasformarsi in ansia e minaccia, senso di disperazione, rabbia disregolata o senso intollerabile di umiliazione.**
- Il non avvertire il conflitto con il genitore (l’autorità) come minacciante lo stato di relazione, rappresenta la base per un’adeguata (e non solo teorica) interiorizzazione delle regole morali e sociali e di adeguate strategie di socializzazione.
- Nei modelli d’attaccamento **insicuro**, al contrario, proprio la rabbia può diventare paradossalmente l’unica modalità di gestione attiva e di regolazione dello stato di relazione



# Interazione tra *parenting* e *assetto neurobiologico* del bambino

(l'esempio dei disturbi della condotta)

# Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta

A cura di Furio Lambruschi  
e Pietro Muratori

**Carocci editore**

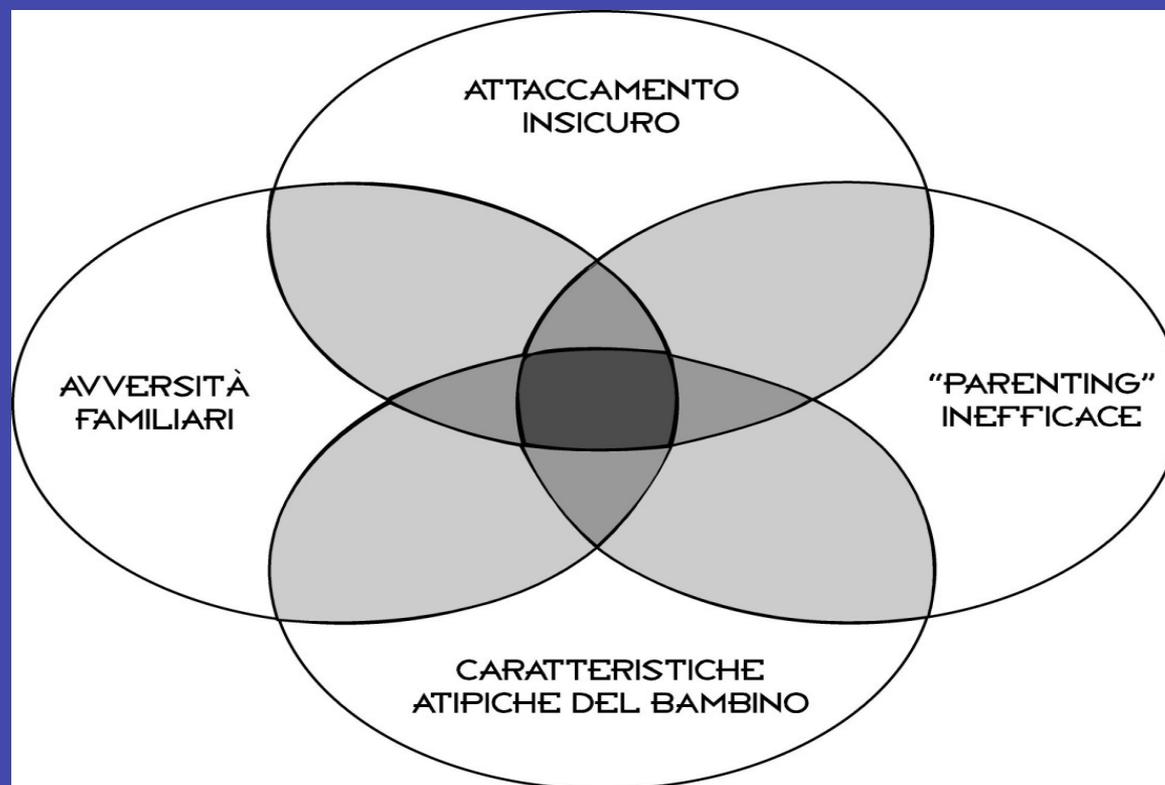


## *Psicopatologia dello Sviluppo (Developmental Psychopathology)*

(Cicchetti, Cohen, 2006; De Klyen, Greenberg, 2008; Sameroff, 2010)

*multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico.

### *Developmental Cascades* (Masten e Cicchetti, 2010)



*Greenberg (1999), De Klyven, Greenberg (2008)*  
*aree di rischio e psicopatologia*

Tutte le categorie diagnostiche comprese nel cluster dei DCD sono frequentemente associate a *quadri familiari tipici* (Lahey, Moffitt, Caspi, 2003; Deault, 2009).

In particolar modo:

- *presenza di psicopatologia nei genitori*, più specificamente
  - *sintomi depressivi nella madre e*
  - *comportamenti delinquentziali nel padre,*sono spesso legati allo sviluppo del DC (più che di un DOP) (Pfiffner *et al.*, 2005).

Il rischio di sviluppare un DC in un figlio con un padre con Disturbo Personalità Antisociale è fortemente attenuato se la madre mostra buone capacità di coinvolgimento ed un adeguato livello di monitoraggio sul comportamento del figlio (McCord, 1991).

- La presenza di un disturbo psicopatologico in un genitore influisce anche sulla **percezione del comportamento del figlio** e quindi sulla modalità educativa-relazionale adottata dal genitore (Frick *et al.*, 1992).
- Querido, Eyberg e Boggs (2002) hanno mostrato, ad esempio, come le **madri con Sindrome Depressiva** percepiscano il comportamento dei loro figli come più disturbato nei momenti peggiori di depressione.
- Questa percezione alterata del comportamento del figlio può portare il genitore ad un **maggior uso di pratiche educative dure e aggressive**, che finiscono per alterare ulteriormente il comportamento del figlio, rafforzando così la percezione “falsata” del genitore.
- In quest’ottica, sono interessanti numerosi studi che cercano di legare le caratteristiche di funzionamento psicologico del genitore con il suo stile educativo e con il mantenimento dei comportamenti disadattativi dei loro figli.
- Ad esempio, **la tendenza ad attribuire intenzioni ostili al comportamento del figlio in età prescolare da parte della madre, sembra portare la madre stessa ad un atteggiamento educativo basato sul controllo**, tramite forme di disciplina “dura”, del comportamento del figlio;
- entrambe queste caratteristiche del funzionamento della madre sono in seguito correlate **all'aumento dei comportamenti oppositivi ed aggressivi nel figlio in età scolare** (Nix *et al.*, 1999).

## Patterson (1986)

la gestione delle pratiche educative da parte dei genitori di bambini con DCD è caratterizzata, *anche in assenza di un disturbo psicopatologico* in uno dei genitori, da *scambi relazionali basati sulla coercizione*, ovvero da un tipo di processo interpersonale basato sul rinforzo negativo.

- il genitore fa una richiesta al proprio figlio
- Il figlio disubbidisce, a volte in modo avversivo,
- il genitore a questo punto può cedere nella sua richiesta per paura o poca voglia di affrontare una situazione di conflitto,
  - oppure può alzare il tono della voce per cercare di persuadere il bambino
- se il bambino solo allora “da retta”, ciò rinforza nel genitore la convinzione che questo sia l’unico modo per gestirlo.

■ *Forty-four juvenile thieves: their characters and home life* (Bowlby, 1944), Bowlby analizzò le caratteristiche psicologiche e le storie familiari di 44 giovani delinquenti, evidenziando che **un quarto** di essi aveva subito importanti separazioni dai propri genitori durante l'infanzia.

L'atteggiamento d'indifferenza manifestato da alcuni giovani delinquenti ("psicopatici anaffettivi") era correlato (in 12 casi su 14) a gravi carenze di cure materne.

- Successivi studi sui rapporti tra attaccamento e aggressività nello sviluppo infantile (Lewis *et al.*, 1984; Lyon-Ruth, Alpern, Repacholi, 1993; Renken *et al.*, 1989; van Ijzendoorn, 1997).
- *Minnesota Parent-Child Project* (Egeland, Sroufe, 1981; Sroufe, 1983; Erikson, Sroufe, Egeland, 1985) popolazione di bambini ad alto rischio sociale, in cui sembrava esservi una specificità di legame tra attaccamento evitante e successivi problemi esternalizzanti e tra attaccamento ambivalente e disturbi di tipo internalizzanti.
- Il **sesso** maschile sembrava in modo evidente favorire lo sviluppo di sintomi esternalizzanti, mentre il sesso femminile lo sviluppo di sintomi internalizzanti.

Il successivo utilizzo dei sistemi di codifica a quattro vie, comprendenti non solo le tre configurazioni centrali d'attaccamento (A, B e C) ma anche l'attaccamento *disorientato-disorganizzato* (Main, Solomon, 1990), ha aperto nuove ipotesi e interessanti risultati di ricerca che evidenziano una forte correlazione tra questa tipologia d'attaccamento e problemi esternalizzanti.

- In alcuni studi, su popolazioni ad alto rischio (Lyons-Ruth *et al.*, 1989; Shaw, Vondra, 1995; Shaw *et al.*, 1997), l'attaccamento disorganizzato è risultato chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività in età prescolare e quindi con la categoria dei disturbi della condotta: a cinque anni, mentre il 60% dei bambini disorganizzati mostrava livelli elevati di aggressività, medesimi comportamenti erano evidenziati dal 31% degli evitanti, da 28% dei resistenti e soltanto dal 17% dei sicuri.
- Anche in questi studi, tuttavia, è interessante notare che, mentre la *combinazione* tra attaccamento disorganizzato e temperamento difficile costituisce un potente predittore (i bambini con entrambi i fattori di rischio mostravano punteggi di aggressività al 99° percentile), la presenza di *uno solo* di tali fattori correla con livelli di aggressività entro la norma.
- Anche gli studi di Carlson (1998), Lyon-Ruth, Alpern e Repacholi (1993), van IJzendoorn, (1999), Moss, Cyr e Dobois Comtois (2004), mostrano analoghe e robuste correlazioni tra attaccamento disorganizzato, da un lato, e aggressività e problemi esternalizzanti, dall'altro.
- I processi relazionali e le strutture rappresentative interne incoerenti e scarsamente integrate che hanno origine dall'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia, sono considerate da diversi autori un fattore speciale di rischio per diverse aree psicopatologiche, in particolare per il dominio dell'aggressività e successivamente per lo sviluppo di disturbi di tipo dissociativo
- (Liotti, 2001; Liotti e Farina, 2012; Ogawa *et al.*, 1997; Lyons-Ruth, Zeanah, Benoit, 2003; Main, Morgan, 1996; Moss *et al.*, 2004; Fonagy, 2004).

Recenti metanalisi (*Fearon et al., 2010, Groh et al., 2012*) (globalmente circa 6000 soggetti) in parte confermano i risultati delle precedenti ricerche.

- La conferma del legame tra *generale insicurezza nell'attaccamento* e successivo sviluppo di aggressività e problemi esternalizzanti è particolarmente significativa e netta.
- In particolare la *disorganizzazione* dell'attaccamento, esito di un trauma reale o trasmesso dal genitore tramite i suoi comportamenti spaventati/spaventanti, è decisamente la categoria d'attaccamento insicuro più a rischio in questo senso.
- Tra le due categorie di insicurezza organizzata, l'*evitamento* sembra costituire un più evidente fattore di rischio nella determinazione di problematiche di tipo esternalizzato (v. anche *Munson et al., 2001; Burgess et al., 2003; Keller et al., 2005*).
- l'attaccamento insicuro è più fortemente associato con comportamenti esternalizzanti nei *maschi*, rispetto alle femmine.
- *Non* confermano invece il ruolo dello *status socio-economico* come variabile significativa in tali problematiche.

## Cassidy e Marvin (1992)

Disorganizzazione dell'a. (nella prima infanzia)

Pattern *Controlling* (in età prescolare e scolare)

*punitivo* e umiliante verso il genitore;

o *accuditive*, confortanti e rassicuranti nei suoi confronti) (v. anche Hennighausen, Lyons-Ruth, 2005; Hesse *et al.*, 2003; Lyons-Ruth, Jacobvitz, 2008).

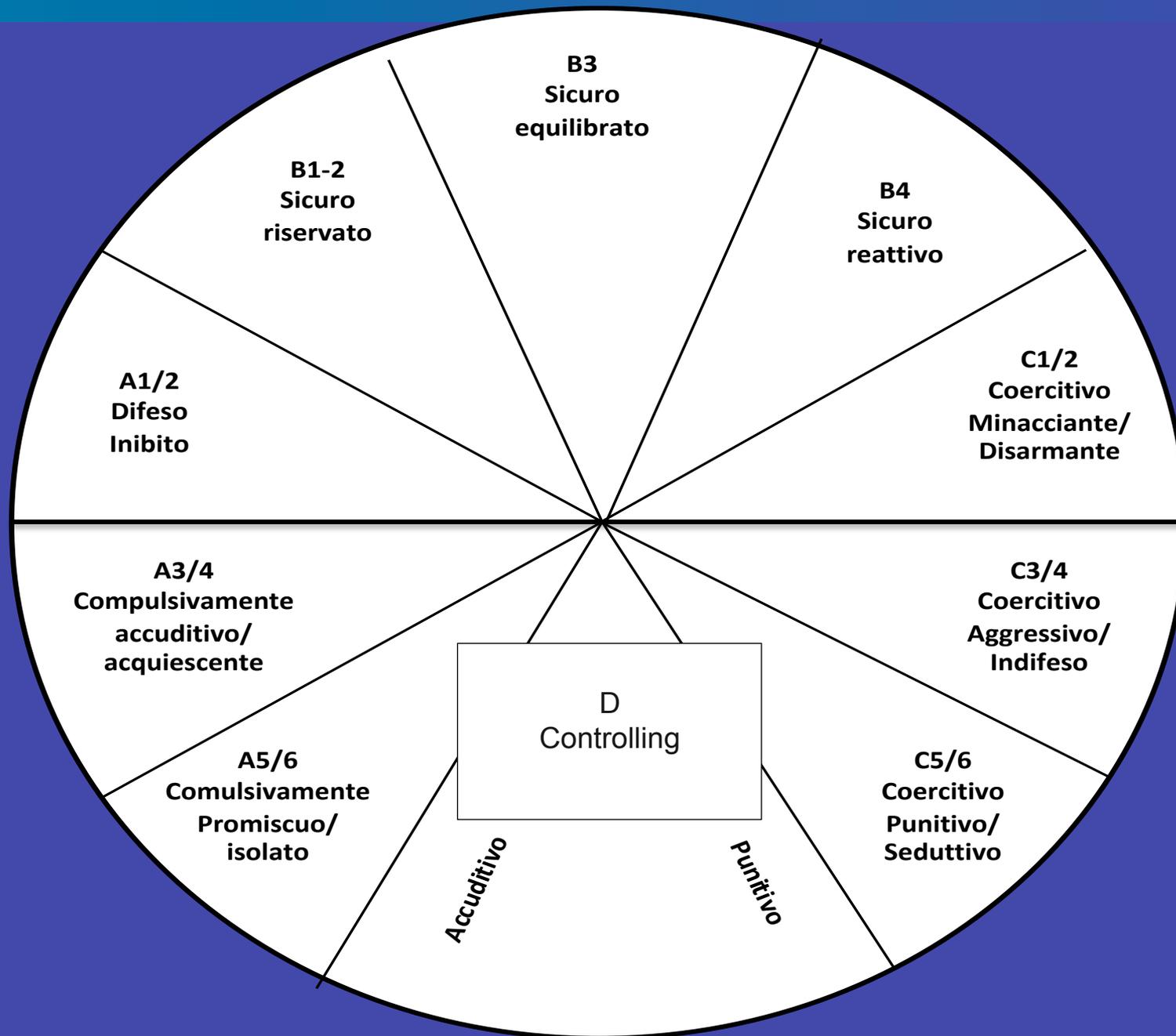
## Sistema dinamico maturativo (Crittenden, 1992; 1996)

*Coercitivi* attivi ad alto indice

*Difesi* ad alto indice

Numerose ricerche, sia in campioni ad alto rischio che in *campioni clinici* a questa età (Greenberg *et al.*, 1991; Speltz *et al.*, 1990; Speltz *et al.*, 1999), così come in *campioni non clinici* (Fagot, Pears, 1996), mostrano che tali configurazioni risultano particolarmente a rischio di sviluppare disturbi della condotta o Disturbo Oppositivo Provocatorio.

Ovviamente, ragazzi con attaccamento insicuro ad *entrambi* i genitori, hanno il rischio più alto di finire nel gruppo clinico dei disturbi oppositivo provocatori (De Klyen *et al.*, 1998).



In situazioni di grave insicurezza e di pericolo, i livelli d'invasività e di ostilità verso il bambino da parte della figura di attaccamento diventano così massicci e pervasivi da introdurre all'interno della relazione consistenti elementi di minaccia e paura

La comprensione del comportamento del *caregiver*, l'assumere la sua prospettiva mentale, potrebbe portare questi bambini a confrontarsi con rappresentazioni estremamente dolorose, cariche di odio, crudeltà o indifferenza.

Ciò determina una *scissione tra stati interni e azioni*, non sentendosi essi sicuri nel rappresentare mentalmente i pensieri del *caregiver* o nel vedere le persone nell'atto di pensare.

Vanno dunque a svilupparsi *gravi deficit metacognitivi*: questi bambini non potrebbero consentirsi il "lusso" della mentalizzazione e preferirebbero affidarsi a più sicuri modelli procedurali autoprotettivi (agiti aggressivi)

La difficoltà a mentalizzare e a riconoscere gli stati interni propri e altrui, li priverebbe, tuttavia, del *principale deterrente alla messa in atto del comportamento aggressivo*, la possibilità cioè di rappresentarsi gli stati mentali altrui.

Quando si è privati dell'attività moderatrice esercitata dalla capacità riflessiva, è facile che il comportamento possa divenire brutale e crudele (Fonagy, Target, 1997) (Fonagy, Target, 1995).

# Gravi Disturbi della Condotta

Vulnerabilità neurobiologica



DC SOTTOTIPO “FREDDO”

Aggressività Pro-attiva  
(Callous Anemotional DC)

*Organizzazioni “difese” del Sé*

(“falso Sé” con stile acquiescente compulsivo,  
*caregiving*, o inibito)

Possibili condotte di ritiro e di isolamento, a cui possono alternarsi episodici ed improvvisi scoppi d'ira (in genere espressa *al di fuori* del proprio contesto familiare: amicizie, scuola); oppure forme di “bullismo” dove l'aggressività tende ad esprimersi in modo freddo, con condotte sprezzanti e di insensibilità verso gli altri e verso le istituzioni.

Vulnerabilità neurobiologica



DC SOTTOTIPO “CALDO”

Aggressività Reattiva  
(DC sottotipo “impulsivo”)

*Organizzazioni coercitive attive del Sé*

(punitivo, minacciante,  
ossessionato dalla vendetta)

Già in età prescolare, possono facilmente strutturare gravi *disturbi oppositivo-provocatori* con comportamenti “tirannici” e drammaticamente vincolanti nei confronti del genitore. Quotidianamente la relazione tra genitore e bambino è centrata sulla sfida e la provocatorietà, con atteggiamenti reciprocamente minaccianti e punitivi. Circuiti coercitivi. *Disturbo esplosivo intermittente*.

Nonostante gli evidenti “effetti collaterali”, le condotte aggressive consentono quanto meno un *effetto strutturante, di coesione minima del sé e dell'identità personale* (seppure in senso esplicitamente negativo). La distruttività patologica sembra configurarsi come unico modo per mantenere lo stato di relazione. Le strategie aggressive sembrano, allora, assumere quel ruolo di integrazione del Sé che normalmente è svolto dalla mutua comprensione intersoggettiva



Tali **differenziazioni esplicative**,  
in termini di itinerari di sviluppo,  
di stili di regolazione emotiva e  
di organizzazioni cognitivo-emotivo-comportamentale,  
potranno aiutare il clinico a orientare in modo  
più calibrato e proficuo:

- la costruzione del setting clinico e dell'alleanza di lavoro col bambino e con la sua famiglia
- la definizione degli obiettivi, la pianificazione delle linee strategiche terapeutiche e la scelta delle più adeguate tecniche d'intervento

# Disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività

vulnerabilità neurobiologica  
deficit autoregolativo innato



## IN ITINERARI ANSIOSO-RESISTENTI:

Tali comportamenti mostrano una maggiore situazionalità e connessione con l'atteggiamento genitoriale



Funzione coercitiva e di controllo sul genitore



## IN ITINERARI DIFESI:

Tali comportamenti mostrano il loro carattere pervasivo nel corso della quotidianità



Iperattività come difesa attiva rispetto alla disperazione, solitudine, fare compulsivo per "non sentire", esplorazione come distrattore, caratteristica delle modalità di elaborazione dell'informazione di un'organizzazione difesa del Sè

# STRUTTURA DELL'ASSESSMENT

⇒ Analisi delle modalità di **invio** e di **accesso**

⇒ **Organizzazione funzionale** dei **dati anamnestici** personali e familiari

⇒ **Analisi funzionale** del sintomo

⇒ **Analisi dell'evoluzione "storica"** del sintomo

⇒ **Teorie esplicative** del sintomo

⇒ **Osservazione** diretta della relazione d'attaccamento gg/b

# Strumenti di valutazione e interventi di sostegno alla genitorialità

A cura di **Furio Lambruschi**  
e **Francesca Lionetti**

**Carocci editore**

Settembre 2015



# Un primo livello di intervento

## Il Parent Training: supporto psicoeducativo ai genitori

- *- individuale*
- *- di gruppo*

# Gli “ingredienti fondamentali” per un percorso efficace di Parent Training

La manualizzazione dell'intervento non garantisce che il programma sia efficace. L'importante è determinare quali strategie/componenti risultano maggiormente associate a risultati positivi entro un determinato contesto. Ad esempio (Kaminsky et al, 2008):

Spesso, *non contribuisce* in modo significativo al raggiungimento di esiti positivi:

- La trasmissione di *conoscenze* adeguate e funzionali sullo sviluppo infantile
  - Offrire *moduli aggiuntivi* di lavoro (ricerca lavoro, stress genitoriale, ecc)
  - L'addestramento al *problem solving*
- La promozione di *abilità cognitive e scolastiche* nel bambino

Spesso *contribuisce* in modo significativo al raggiungimento di esiti positivi:

- L'apprendimento di modalità *interattive positive col figlio* in situazioni non educative
  - L'acquisire nuove modalità *di comunicazione emotiva* col figlio
  - Richiedere ai genitori una *pratica in vivo* nella relazione col figlio
- L'acquisizione e mantenimento della *coerenza educativa* nel genitore

# Disciplina all'osservazione nei genitori (1)

## ANALISI FUNZIONALE DEL SINTOMO

<p><b>A</b> <b>SITUAZIONI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dove</li><li>- quando</li><li>- con chi</li></ul>	<p><b>B</b> <b>COMPORAMENTI PROBLEMATICI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- che cosa ha fatto esattamente il bambino</li><li>- che cosa ha detto</li></ul>	<p><b>C</b> <b>CONSEGUENZE</b></p> <p><i>come hanno reagito al sintomo gli altri significativi (madre, padre, fratelli, nonni, insegnanti,compagni di classe, ecc.)</i></p>

# ANALISI FUNZIONALE DEL SINTOMO

<b>A</b> <b>SITUAZIONI</b>  - dove - quando - con chi	<b>B</b> <b>COMPORAMENTI</b> <b>PROBLEMATICI</b>  - che cosa ha fatto esattamente il bambino - che cosa ha detto	<b>C</b> <b>CONSEGUENZE</b>  <i>come hanno reagito al sintomo gli altri significativi (genitori, fratelli, amici, nonni, altri.)</i>
<p>La camera è in disordine e la mamma chiede al bambino di aiutarla</p>	<p>Macroarea comportamentale: rifiutarsi di fare le cose</p> <p>Il bambino comincia a correre per casa e ripete urlando: “non voglio farlo! Non voglio farlo!! Arrangiate!</p> <p>Urla ancora di più: “No, Non è giusto! lo la guardo! Te sei stronza!!!”</p>	<p>La mamma si arrabbia, comincia a urlare e punisce il figlio dicendogli che non guarderà la TV</p> <p>La mamma s’infuria ancora di più, perde il controllo e gli dà due schiaffi in testa e nella schiena.</p>

*L'intervento sugli A (Antecedenti)*  
*“giocare d'anticipo”*



*L'intervento sui C (Conseguenze)*  
*Estinguere, Rinforzare, Dare feedback ...*

# I “contratti comportamentali” (educativi) (*token economy*)

- Un contratto comportamentale è *un dare e un avere*, con precise richieste comportamentali da un lato e stimoli rinforzanti dall'altro.
- Al di là di tutti gli accorgimenti tecnici è essenzialmente uno *strumento relazionale*, un “*trucco*”, per trasformare la relazione adulto/bambino facendola slittare da modalità relazionali di tipo *reciprocamente coercitivo*, a una interazione di tipo *paritetico e cooperativo*.
- Diventa generativo se è co-costruito nell'ottica *dell'autoriflessività*



# Gestione delle regole educative

Sviluppare capacità di negoziazione  
(distinzione obiettivi pattern C e A)

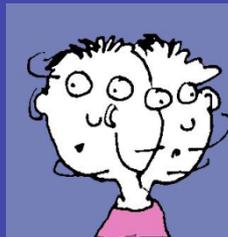
La “Token economy”

## Contratti comportamentali

(criteri di efficacia):

- Iniziare con pochi comportamenti/regole
- Definire i comp. in termini concreti e operazionali
  - Riformularli in termini positivi
  - Prevedere la gradualità (non tutto/niente)
- Tradurli in un linguaggio comprensibile e piacevole per il b.
  - Individuare un ambiente e token adatti al b.
- Rendere comprensibile il collegamento tra simboli e premi
  - Costruirli insieme al bambino (ottica autoriflessiva)

Un contratto così fatto diventa per entrambi (il bambino e il genitore) una palestra alla *coerenza*, alla *prevedibilità*, alla *chiarezza* ma anche al *divertimento* e all'*attivazione* nella comunicazione.

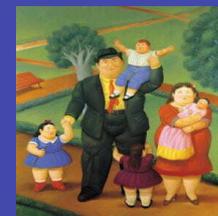




Un secondo livello di intervento

Quando il Parent Training  
non basta ...

- Contesto familiare connotato da **relazioni d'attaccamento moderatamente insicure (pattern A e C a medio indice)** ⇒ parent training (i genitori dovrebbero essere in grado di focalizzarsi adeguatamente e positivamente **sulle relazioni attuali** ed applicarvi le nuove abilità).
- Se invece prevalgano **relazioni gravemente insicure (pattern A o C ad alto indice)** ⇒ i problemi relazionali e d'attaccamento dovrebbero essere affrontati prima (o parallelamente) ad altri approcci psicoeducativi (scarsa accessibilità alle tecniche psicoeducative).



# Lavorare sui legami d'attaccamento

(approccio psicoterapeutico)

- Aiutare il genitore ad *autosservarsi* nella concretezza (dimensione episodica) del rapporto col figlio:

- ricostruzione ABC delle sequenze critiche di rapporto col figlio;
- tecniche di video-feedback (incremento competenze autoriflessive e sensibilità/responsività nei confronti del figlio)

- Lavoro sulle sue *rappresentazioni del gg relative alla sua storia d'attaccamento*

- maggiore capacità di recupero e integrazione dell'esperienza emozionale (prevalenza aspetti “*distanzianti*”).
- maggiori capacità di ordinamento cognitivo dell'esperienza emotiva disregolata (prevalenza aspetti “*enmeshed*”).



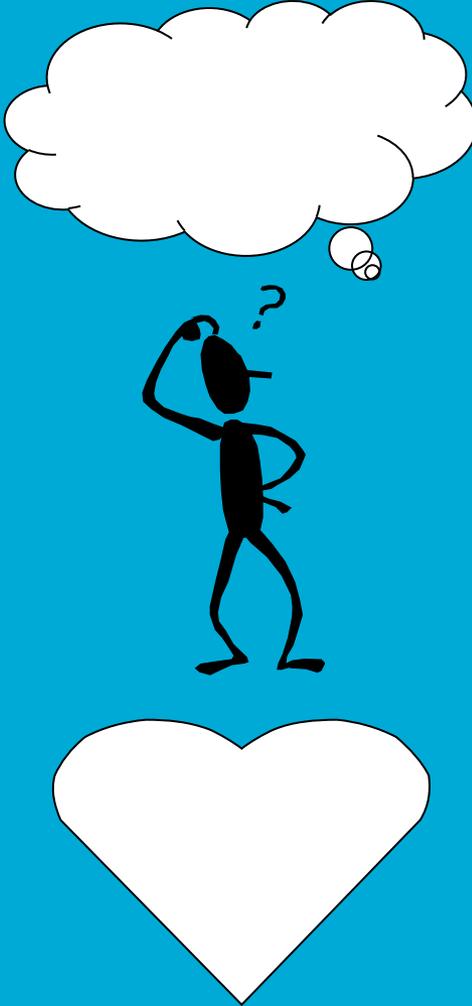
# Disciplina all'osservazione nei genitori (1)

Sondare la capacità di lettura della mente  
del bambino

(i suoi pensieri, immagini, emozioni, sentimenti)  
*(mentalizzazione in terza persona)*

# Disciplina all'osservazione nei genitori (1)

## ANALISI FUNZIONALE DEL SINTOMO (+ stati interni del b.)

<b>A</b> <b>SITUAZIONI</b>  <i>- dove</i> <i>- quando</i> <i>- con chi</i>		<b>B</b> <b>COMPORTAMENTI PROBLEMATICI</b>  <i>- che cosa ha fatto esattamente il bambino</i> <i>- che cosa ha detto</i>	<b>C</b> <b>CONSEGUENZE</b>  <i>come hanno reagito al sintomo gli altri significativi (madre, padre, fratelli, nonni, insegnanti, compagni di classe, ecc.)</i>

## Disciplina all'autosservazione nei genitori (2)

Sondare le capacità di lettura **interna**  
**del genitore**

(i miei pensieri, immagini, emozioni, sentimenti)  
*(mentalizzazione in prima persona)*

# Scheda di autosservazione per genitori

A SITUAZIONE	B COMPORTAMENTO DI MIO FIGLIO	 <p data-bbox="1141 237 1522 275">Che cosa ho pensato:</p> <p data-bbox="1508 719 1746 803">Come mi sono sentito:</p> <p data-bbox="1108 1165 1445 1203">Che cosa ho fatto:</p>
Dove? Quando? Con chi?	Che cosa ha fatto? Che cosa ha detto esattamente?	

## Obiettivi di lavoro sulle *rappresentazioni* del genitore relative alla sua storia d'attaccamento

- maggiore capacità di recupero e integrazione dell'esperienza emozionale (prevalenza aspetti "*distanzianti*").
- maggiori capacità di ordinamento cognitivo dell'esperienza emotiva disregolata (prevalenza aspetti "*enmeshed*").
- stato mentale irrisolto, rispetto a *traumi/lutti* nel genitore



# Una “moviola procedurale”

## Le tecniche di videofeedback

Stimolare nel genitore i processi di mentalizzazione in prima e in terza persona, attraverso l'autosservazione diretta nella relazione col proprio figlio

→ **Enfasi sulla fase di osservazione gg/b (e videoregistrazione)**

(gioco libero, situazioni di conflitto, separazione, ecc) (strutturate: S.S., Care-Index, PAA, ecc...)

e suo utilizzo in termini di incremento di consapevolezza nel g. delle proprie modalità relazionali (sensibilità, responsività, stile e guida educativa) (mentalizzazione in prima e in terza persona, incremento competenze metacognitive)

→ **Tecniche di videofeedback:**

revisione congiunta di frammenti video significativi di osservazione in un contesto non giudicante, non pedagogico e collaborativo



## *Interventi specifici, manualizzati basati sul Videofeedback* *(attachment based and evidence based)*

- *VIPP-SD Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline* (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, 2008)
- *COS – Circle Of Security* (Marvin et al, 2002)
- *VIT – Video Intervention Therapy* (Downing et al, 2013)
- *MTB – Minding The Baby* (Slade et al., 2005, 2007)
- *ABC - Attachment and Biobehavioral Catch-up* (Dozier, Dozier, Minni, 2002)

## Schema di sintesi VIPP-SD

<b>Visite domiciliari</b>	<b>Sensibilità</b>	<b>Disciplina sensibile</b>
Visita domiciliare 1	Solo registrazione	
Visita domiciliare 2	Attaccamento ed esplorazione	Distrazione Comprensione empatica
Visita domiciliare 3	Dare voce al bambino	Rinforzo positivo
Visita domiciliare 4	Catene sensibili, messaggi correttivi	Time-out sensibile
Visite domiciliari 5-6	Condivisione emozioni	Induzione e comprensione

# Livelli e possibilità diverse di lavoro in videofeedback

- **(Sequenze comportamentali osservabili)** Che cosa la colpisce nel comportamento di G.? Prima che G. cominciasse a lanciare le costruzioni, cos'era accaduto? E poi a lei come è venuto da reagire? (sequenze causali ABC)
- **(Genitore)** Che effetto le fa, mentre è lì, che G. lancia gli oggetti? Che emozioni, le sollecita? Che pensieri ha? Ha delle immagini? (questo lavoro sulle rappresentazioni attuali del genitore può connettersi a rappresentazioni relative alla storia d'attaccamento del genitore stesso)
- **(Figlio: "speaking for the child")** Che cosa starà pensando G.? Come si starà sentendo? Secondo lei che emozione sta provando? Provi a mettere i "sottotitoli" alle sue azioni.
- **(Punto di vista esterno)** Venga "fuori": provi a guardare la scena da qua come se fossero personaggi di un film. Cos'è che la colpisce di più di quella **mamma** là? Che effetto le fa? Che sentimento le procura? Ha dei pensieri? Avrebbe voglia di dirle qualcosa? Vuole provare a dirglielo? E di quel **bimbo** là che cosa la colpisce di più? .....



“(...) chi fornisce cure deve a sua volta ricevere molta assistenza (...). Paradossalmente ci sono volute le società più ricche del mondo per ignorare questi fatti fondamentali. Le forze dell’uomo e della donna impegnate nella produzione dei beni materiali contano come attivo in tutti i nostri indici economici. Le forze dell’uomo e della donna dedicate alla produzione, nella propria casa, di bambini sani, felici e fiduciosi in se stessi non contano affatto. Abbiamo creato un mondo a rovescio.”

*“Una base sicura” (Bowlby, 1988)*