



Muratori P., Lambruschi F., *I disturbi del comportamento in età evolutiva. Fattori di rischio, strumenti di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Erickson, Trento, 2020.

Il libro è stato pubblicato nel gennaio 2020 da Pietro Muratori e Furio Lambruschi, per fare chiarezza sul processo di genesi dei disturbi del comportamento dirompente e sulle caratteristiche di *parenting*, che rivestono un ruolo primario tra i fattori ambientali di mantenimento dei sintomi stessi. Gli autori hanno raccolto dati che evidenziano un incremento esponenziale fin dall'età prescolare e un aumento di comportamenti antisociali in adolescenza, un dato ascrivibile alle difficoltà di adattamento sociale, alla frequenza dei *drop-out* scolastici e dei problemi con la giustizia. Nella prima parte del libro, gli autori partono dal costrutto dell'aggressività, tipica dei bambini con disturbo del comportamento, per descrivere l'evoluzione della sintomatologia esternalizzante. Qualsiasi forma di comportamento aggressivo vede nella correlazione tra ambiente e geni il fattore determinante, anche se non è ancora chiaro quali tipologie di correlazioni genetiche siano alla base. Tra i fattori ambientali, sono importanti gli stili di *parenting* adottati dai *caregiver* (Hyde *et al.*, 2016), il contesto scolastico e la relazione con i pari (Brendgen *et al.*, 2011). Sempre nella prima parte del libro, gli autori cercano di chiarire il processo diagnostico. Essi partono dalla descrizione delle condotte antisociali in età evolutiva nel DSM-II (1968) fino all'ultima edizione del DSM-5 (APA, 2013) in cui vengono divise le varie categorie diagnostiche, come l'ADHD dal DOP e dal DC, inserendo il primo nei disturbi del neurosviluppo, e gli ultimi due in una categoria diagnostica separata, i disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta, all'interno del quale sono presenti tutti i disturbi esternalizzanti. Rispetto alle scorse edizioni, il DSM ha cambiato struttura, evidenziando una "prospettiva evolutiva", ovvero un approccio dimensionale (Bernstein, 2011), che aiuterebbe a evidenziare i tratti subclinici in comorbidità sia di DOP sia di DC, che costituiscono un indice di rischio

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 46/2020

Doi: 10.3280/qpc46-2020aa10166

psicopatologico elevato. La prospettiva proposta ridurrebbe l'eccessivo utilizzo di diagnosi in comorbidità e consentirebbe di rivedere tali disturbi all'interno di uno "spettro", come già succede per il disturbo autistico. Una buona diagnosi differenziale fa riferimento alla nuova categoria diagnostica del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (DDDU), inclusa nei disturbi depressivi e caratterizzata da un esordio precoce. Tale categoria diagnostica combina le frequenti esplosioni di rabbia, con un persistente umore negativo caratterizzato da irritabilità, tristezza e rabbia. A questo proposito, Ellen Leibenluf (2011) ha evidenziato come negli ultimi anni ci sia stato un aumento di questa diagnosi e ha descritto tale sintomatologia come una "grave disregolazione dell'umore", che individua nell'irritabilità il sintomo specifico dei comportamenti distruttivi in età evolutiva, ma che ancora necessita di numerosi studi e implementazione di misure diagnostiche specifiche. In conclusione al primo capitolo, gli autori descrivono una nuova linea di ricerca del gruppo della Fondazione Stella Maris di Pisa, che si è recentemente interessato allo studio del narcisismo in età evolutiva, come indicatore essenziale per la salute mentale dei bambini e come indice dello sviluppo di problematiche comportamentali gravi, come l'aggressività e la violenza (Muratori, 2018).

Gli autori affrontano il tema del trattamento dei disturbi del comportamento, attraverso la prospettiva della psicopatologia dello sviluppo (Sameroff, 2010), che si fonda sul principio della multifattorialità nella determinazione dei problemi comportamentali ed emotivi. In questo modo, il libro delinea dei piani di intervento terapeutici, che tengono conto sia dei tre differenti *fenotipi* (aggressività reattiva, aggressività impulsiva e aggressività proattiva strumentale) caratteristici dei disturbi del comportamento, sia delle criticità nell'ambito del *parenting* (Blair, 2013).

Gli autori identificano piani terapeutici differenti per ciascun fenotipo. Il trattamento del fenotipo 1 fa riferimento alla gestione dell'aggressività reattiva alle minacce esterne, nei bambini che crescono in un ambiente altamente imprevedibile e spaventoso. I bambini con questo funzionamento hanno difficoltà a leggere nella mente altrui e hanno un'emotività perennemente attivata. La loro aggressività non è programmata, ma è reattiva alle situazioni rischiose che vivono e da cui non trovano via di fuga. Hanno difficoltà a riconoscere le emozioni e le sentono intensamente, ovvero hanno una scarsa empatia cognitiva. Pertanto, l'intervento sarà focalizzato nell'aiutare il bambino a osservarsi e a ragionare sulle situazioni stimolo dell'aggressività e successivamente sui costi dell'esplosione emotiva, come le riduzioni delle relazioni sociali, l'aumento delle emozioni negative e le punizioni. L'obiettivo terapeutico successivo sarà mobilitare l'empatia cognitiva, imparando a riconoscere le credenze su sé e sugli altri e aiutare il bambino in una maggior adesione alle tecniche di rilassamento. L'ambiente di questi bambini è altamente coercitivo e controllante, con genitori che da un lato sono convinti di avere un bambino "difficile in tutto", dall'altro lato descrivono bambini vulnerabili e difficilmente autonomi, pieni di paure e preoccupazioni. Lo stile genitoriale è caratterizzato da un atteggiamento duro e punitivo e da comportamenti di abuso emotivo. In questo caso, l'intervento prevede fasi di condivisione e di coinvolgimento del paziente per ricostruire la dinamica con il proprio figlio, per definire i circoli viziosi che si concludono

con la perdita di controllo o con punizioni eccessivamente severe. A questo proposito, gli autori sottolineano l'utilità del *video-feedback* per analizzare insieme ai genitori le situazioni d'interazione con il proprio figlio e rinforzare le interazioni positive.

Il secondo fenotipo è quello *callous-unemotional*, caratterizzato da un'aggressività proattiva e programmata. Essi mostrano un deficit nell'empatia affettiva, mentre rimane intatta l'empatia cognitiva. Pertanto, i bambini con tale disturbo del comportamento non hanno sviluppato un adeguato senso di colpa, come precursore emotivo per i comportamenti prosociali. Non comprendono, in maniera selettiva, alcuni stimoli emotivi che provengono dagli altri, mostrando distacco e "freddezza" e hanno lo scopo consapevole di ottenere un vantaggio per sé. Anche in questo caso, gli autori sottolineano l'utilità della tecnica ABC per riconoscere il funzionamento dell'aggressività e da quali pensieri è mantenuta. Nel libro si evidenzia la necessità durante il percorso terapeutico di normalizzare il vissuto emotivo che è minimizzato, soprattutto quello negativo, per aiutare i bambini a ragionare sui costi e sulle conseguenze negative. Sarà pertanto, necessario guidare il bambino a ragionare sulle sensazioni dell'altro e su un'eventuale soluzione del problema senza l'utilizzo di una modalità aggressiva. Inoltre, gli autori consigliano il ricorso a un intervento mirato all'individuazione dei segnali emotivi, soprattutto quelli che arrivano dalla zona degli occhi, per etichettare e riconoscerle sugli altri. L'incremento delle risposte empatiche, attraverso la creazione di un tabellone o un libro delle "parole gentili", è un obiettivo necessario per sviluppare comportamenti prosociali. Come sottolineano gli autori, le emozioni morali e l'empatia nascono all'interno delle relazioni, soprattutto quelle che si instaurano con le figure d'attaccamento. Il lavoro genitoriale si dovrà focalizzare sulla riduzione delle punizioni e un incremento delle lodi e delle gratificazioni. Tali rinforzi dovranno essere di tipo dinamico e sociale, al fine di sviluppare uno stile di *parenting* caldo e di maggior coinvolgimento emotivo. Trasformare i genitori in "investigatori del positivo", con successiva lista di attività piacevoli da svolgere con il figlio, permette di creare degli spazi comuni e un lavoro sulla mentalizzazione, ovvero la capacità di mettersi nei panni del bambino, senza critiche e giudizi.

Infine, il terzo fenotipo descrive bambini con difficoltà nei processi cognitivi di *problem-solving* e *decision-making*, che ostacolano lo sviluppo di buone capacità relazionale e nell'affrontare problemi pratici. Sono difficoltà associate al quadro clinico misto dell'ADHD, caratterizzato da un'aggressività guidata dall'impulso del momento, senza riflettere sulle conseguenze, ma guidata dalla necessità di regolare una frustrazione. L'obiettivo dell'intervento sarà di incrementare le abilità di *problem-solving* riguardante gli eventi quotidiani, che vengono analizzati attraverso lo schema dell'ABC. Inoltre, gli autori suggeriscono di orientare l'intervento lavorando sull'antecedente che ha innescato la frustrazione e aiutando il bambino a spostare l'attenzione verso qualcos'altro, attraverso le "frasi della calma". Il passaggio successivo sarà potenziare le abilità sociali, sapendo che si tratta di bambini che interpretano il comportamento dell'altro come ostile e provocatorio, come se fossero ancora a uno stadio primario della socializzazione, senza avere la capacità di

Recensioni

costruire interpretazioni alternative a quel comportamento. Attraverso l'utilizzo delle 6 storie contenute nel *Problem-Solving Measure* (Lochman e Lampron, 1986), si può intervenire sulla quantità e sulla qualità delle soluzioni alternative durante le interazioni sociali.

Gli autori, infine, sottolineano l'importanza di intervenire all'interno di un percorso generale definito, che richiede tecniche terapeutiche volte a modificare lo stile educativo e relazionale, al fine di ridurre le interazioni disfunzionali. Questo obiettivo si raggiunge attraverso la rimodulazione delle credenze genitoriali, per incrementare il processo di mentalizzazione del genitore consentendo in tal modo inferenze più articolate e realistiche del mondo interno del figlio. Lo scopo ultimo sarà costruire una relazione genitoriale empatica, calorosa e sensibile.

BIBLIOGRAFIA

- APA (1968; 2013). *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Bernstein C.A. (2011). Meta-structure in DSM-5 process. *Psychiatric News*, 46: 7-29.
- Blair R.J.R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14: 786-99. doi: 10.1038/nrn3577
- Brendgen M., Boivin M., Dionne G., Barker E.D., Vitaro F., Girard A. *et al.* (2011). Gene-environment processes linking aggression, peer victimization, and the teacher-child relationship. *Child Development*, 82(6): 2021-36. doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01644.x
- Burt S.A., Hyde L.W., Frick P.J., Jaffee S.R., Shaw D.S., Tremblay R. (2018). Commentary: childhood conduct problems are a public health crisis and require resources: a commentary on Riverbark *et al.* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59: 711-13.
- Hyde L.W., Waller R., Trentacosta C.J., Shaw D.S., Neiderhiser J.M., Ganiban J.M. *et al.* (2016). Heritable and nonheritable pathways to early callous-unemotional behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 173: 903-10.
- Leibenluft E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder youths. *The American Journal of Psychiatry*, 168(2): 129-42.
- Muratori P., Milone A., Brovedani P., LEvantini V., Melli G., Pisano S. *et al.* (2018). Narcissistic traits and self-esteem in children: Results from a community and a clinical sample of patients with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 241: 275-81.
- Sameroff A.J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81: 6-22.

Franca Carzedda*

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma. Équipe per l'Età Evolutiva APC-SPC. e-mail: carzedda@apc.it

Pontillo M., Vicari S., *L'ansia nei bambini e negli adolescenti. Riconoscerla e affrontarla*, Il Mulino, Bologna, 2020.

Nel libro della dott.ssa Pontillo e del prof. Vicari, emerge con chiarezza come l'ansia non sia un'emozione riservata agli adulti: anche in età evolutiva si trovano frequentemente vissuti di ansia legati alle prestazioni scolastiche e sportive, al timore del giudizio degli altri o alla paura del futuro.

Attraverso la storia di Chiara, gli autori raccolgono l'esperienza dell'ansia come stato emotivo spiacevole comune sia nei bambini, sia negli adolescenti, descrivendola come esperienza normale e adattiva in determinati momenti della vita del bambino. Vengono infatti evidenziate le ansie più frequenti in età evolutiva passando dalla paura dei forti rumori o dell'estraneo tra i 0 e i 12 mesi, al timore del buio o della separazione dalle figure di riferimento tra 1 e i 3 anni, a quella delle lesioni in età scolare, per finire alla paura della performance scolastica o sociale e alla preoccupazione per la propria salute in pre-adolescenza e adolescenza (Rockhill *et al.*, 2010).

L'ansia, quindi, non come fattore che segnala la presenza di psicopatologia ma, piuttosto, un'emozione che fa parte della normale esperienza di crescita nella vita del bambino. Ciò che aiuta il clinico a cogliere la differenza tra uno stato d'ansia adattivo e uno disadattivo sono criteri specifici. Il criterio cronologico ci informa sulla persistenza della paura, per cui questa emozione sarà sperimentata oltre l'età in cui è considerata fisiologica; il criterio temporale dell'ansia, che fa riferimento alla forte intensità di questa emozione nel bambino e a un'alta frequenza di evocazione dell'emozione; il criterio comportamentale, per cui, nel tentativo di sottrarsi alla paura, il bambino sviluppa la tendenza all'evitamento, compromettendo in modo significativo il proprio funzionamento familiare, scolastico e sociale.

Viene inoltre posto l'accento sulla differenza tra l'emozione della paura, evocata da stimoli esterni e oggettivamente pericolosi (Grieger e Boyd, 1983), e l'emozione di ansia, che ha a che fare con la rappresentazione interna delle possibili conseguenze di un evento, e non con il timore dell'evento in sé. Seppur diverse, ansia e paura sono due emozioni attivate dai (e attivano vicendevolmente) circuiti cerebrali preposti al rilevamento della minaccia; lo stimolo viene percepito, valutato come minaccioso e le successive rievocazioni dello stesso stimolo determineranno le risposte di ansia e paura. Se tale attivazione ha aspetti di intensità e frequenza che inficiano il buon funzionamento del bambino, allora sarà possibile diagnosticare un disturbo d'ansia secondo i criteri del DSM-5.

Una difficoltà che il clinico può incontrare nel processo diagnostico è raccogliere i segni non espliciti dell'ansia, specialmente nei primi anni di vita del bambino, spesso associati a sintomi somatici, come mal di pancia o mal di testa, difficoltà di concentrazione, incubi, continue richieste di dormire con i genitori.

In adolescenza, invece, è utile prestare attenzione alla presenza del rifiuto scolastico, se sussiste una preoccupazione eccessiva rispetto ad alcune attività come passare del tempo fuori casa, esporsi a situazioni nuove o nervosismo. Una preoccupazione che sembra attraversare tutta l'età evolutiva è quella relativa alla performance sco-

Recensioni

lastica. Gli autori suddividono tutti i disturbi d'ansia, da quelli tipicamente infantili a quelli comuni in bambini e adolescenti, ponendo l'accento su tre categorie di sintomi: i sintomi fisiologici, quali tutte le manifestazioni corporee dell'ansia, determinate da un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo; i sintomi comportamentali, quindi i tentativi del bambino o dell'adolescente di evitare le situazioni minacciose; i sintomi cognitivi, i pensieri che compaiono nella mente del soggetto in ansia; i sintomi soggettivi, riguarda cosa il ragazzo riferisce di provare in termini emotivi.

Gli autori ci propongono una rassegna dei disturbi d'ansia in età evolutiva attraverso il racconto di casi clinici che possano aiutare il lettore a inquadrare meglio il disturbo all'interno di uno spaccato di vita del bambino, evidenziando la presenza e la funzione dei sintomi prima descritti. Ad esempio, con la storia di Greta si esamina il disturbo d'ansia da separazione, con quella di Elisa il mutismo selettivo, con Michela la fobia specifica, con Marco l'ansia sociale, con Claudio il disturbo di panico, con Matteo l'agorafobia, con Marta l'ansia generalizzata e infine con Alessandro la fobia scolare.

Dopo questo viaggio all'interno della mente del bambino, il testo ci propone una panoramica sulle cause dell'ansia, ponendo l'attenzione sugli aspetti di vulnerabilità: i fattori genetici e neurobiologici, i fattori ambientali e sociali e il temperamento. Molti studi evidenziano come la presenza di un genitore con disturbo d'ansia o con altra psicopatologia (Masi, 2000) rappresenti un fattore di rischio molto importante nella genesi e nel mantenimento di un disturbo in età evolutiva, ma non l'unico. È infatti necessario che intervengano altre variabili perché il disturbo si manifesti, principalmente variabili ambientali.

Uno stile genitoriale improntato sull'ipercontrollo, sull'ipercriticismo, sull'iperprotezione, essere vittima di episodi di bullismo, l'isolamento sociale, appartenere a una classe sociale disagiata, essere continuamente esposti a conflitto familiare, maltrattamento o neglect genitoriale possono essere fattori ambientali predisponenti il rischio di sviluppare un disturbo d'ansia in infanzia o adolescenza. L'infanzia, infatti, è il periodo in cui il cervello umano è in via di sviluppo, si plasma e modifica sulla base delle esperienze esterne, predisponendo questo organo a una maggiore vulnerabilità (Schiele, 2018).

Anche la base biologica sembra essere fondamentale nello sviluppo dei disturbi d'ansia in età evolutiva, poiché alcuni circuiti neuronali preposti all'apprendimento e al riconoscimento della paura risultano alterati. Il temperamento è una disposizione di base che modula l'espressione emotiva e concorre, insieme al carattere, alla strutturazione della personalità. I bambini e gli adolescenti con un temperamento estroverso, con una buona socialità e sensibili al bisogno dell'altro, sembrano essere meno a rischio di sviluppare un disturbo d'ansia.

Una volta compreso il funzionamento della mente del ragazzo che sperimenta un'ansia invalidante e proceduto attraverso la comprensione dei fattori di vulnerabilità all'ansia, è opportuno che il clinico abbia tutte le competenze diagnostiche per riconoscere l'ansia e, successivamente, intervenire per ridurla. Una delle difficoltà diagnostiche è ascrivibile al fatto che i bambini o gli adolescenti che ne soffrono non

riescono a manifestare il proprio disagio in maniera chiara, per cui sarà compito del clinico indagare quali aspetti familiari, sociali o scolastici stiano direttamente partecipando al disagio.

È necessario anche verificare se è presente, in effetti, un cambiamento nella vita del ragazzo, indagando il suo funzionamento premorbo e notare quali aspetti nuovi sono stati vissuti con maggiore difficoltà e che cambiamenti abbiano prodotto. In questo processo il genitore ha un ruolo attivo e viene infatti coinvolto nella fase di *assessment*, diventando parte necessaria, in terapia, per la ricostruzione dei fatti e la raccolta anamnestica.

Con i genitori si procede alla raccolta di informazioni sull'insorgenza, la durata, la frequenza e l'intensità del sintomo, su episodi conflittuali, traumatici, di incuria o iperprotezione all'interno del contesto familiare, di familiarità con psicopatologia nel nucleo familiare, non tralasciando tutte le informazioni relative alla gravidanza, al parto, al post-parto, allo sviluppo neuromotorio, alla condizione medica passata e attuale del ragazzo. Il clinico osserverà le modalità comunicative e relazionali dei genitori per inserirli all'interno di uno schema di funzionamento familiare dettagliato. Si indagheranno anche gli aspetti di mantenimento del disturbo e le variazioni, ad esempio di umore, che si associano ad esso.

Tutte queste informazioni saranno necessarie per l'*assessment* e il colloquio clinico sarà lo strumento principale utilizzato per la loro raccolta. Gli autori, inoltre, suggeriscono una separazione dei *setting* e di condurre il colloquio con i genitori separatamente. Se il bambino ha meno di 11 anni, preferibilmente si riceveranno prima i genitori; se il ragazzo ha più di 11 anni, si preferisce riceverlo per primo e dare poi spazio ai genitori, con l'obiettivo di favorire una maggiore alleanza con il ragazzo. La fase di *assessment* si chiude con una fase di restituzione alla famiglia della diagnosi, formulata anche grazie al supporto di test specifici (K-SADS, PL 5, MASC 2, CDI 2, CBCL, SAFA-A), fornendo una chiara spiegazione del disturbo e una sua possibile causa, favorendone l'accettazione.

In un'ottica cognitivo-comportamentale, formulata e condivisa la diagnosi, ha inizio il processo di cura in cui il terapeuta assumerà il ruolo di consulente e trainer, aiutando il ragazzo a esplorare le soluzioni migliori per gestire l'ansia, allenandolo a riconoscere e gestire con nuove abilità di *problem-solving* le situazioni problematiche, guidandolo a riconoscere i suoi punti di forza e ad accettare quelli di vulnerabilità.

Saranno predisposte delle fasi in cui articolare il trattamento (Lambruschi, 2014) che prevedono la psicoeducazione, il riconoscimento e la gestione delle emozioni, l'identificazione e la messa in discussione delle distorsioni cognitive, l'esposizione, l'automonitoraggio e i rinforzi, la prevenzione delle ricadute. Il clinico potrà accedere alle tecniche di stampo cognitivo-comportamentale quali il rilassamento, l'immaginazione, la ristrutturazione cognitiva, il *problem-solving* e la gestione delle ricompense, ben esposte all'interno del testo; queste tecniche saranno utilizzate sulla base della strategia terapeutica che il clinico vorrà utilizzare allo scopo di aiutare il ragazzo a ridurre gli evitamenti quando esposto alle situazioni ansiogene. Tre delle principali strategie sono il *modeling*, in cui il terapeuta sarà il modello da

Recensioni

imitare fornendo l'apprendimento di nuove strategie di soluzione; il *role-playing*, attraverso cui si forniranno esempi di fronteggiamento da applicare alle situazioni problematiche; l'esposizione, graduale, agli eventi temuti per gestire l'ansia. Contestualmente sarà utile costruire un'alleanza terapeutica efficace anche con i genitori, educandoli a gestire le risposte del ragazzo, riducendo le elevate aspettative, il criticismo, aiutandoli a prendersi cura dei bisogni del figlio.

Anche gli insegnanti potranno essere coinvolti nel processo terapeutico, istruendoli sui timori del ragazzo e trovando soluzioni funzionali che possano aiutare il bambino o l'adolescente anche in classe. Costruire un intervento che comprenda tutti gli ambienti in cui il ragazzo è inserito aiuta a lavorare in un'unica direzione.

Il messaggio del testo è quindi questo: l'ansia può essere trattata e provare questa emozione durante la crescita è un'esperienza molto comune. L'intervento precoce previene disagi più importanti in età adulta e costruire una rete di condivisione con le figure genitoriali, scolastiche e sportive/sociali delle realtà in cui il ragazzo è immerso, aiuta a gestire l'ansia provata riportando un assetto più sereno all'interno della vita del nostro ragazzo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Celi F., Fontana D. (2015). *Psicopatologia dello sviluppo. Storie di bambini e psicoterapia*, Milano: McGraw-Hill Education.
- Kendall P., Di Pietro M. (1995). *Terapia scolastica dell'ansia: guida per psicologi e insegnanti*. Trento: Erickson.
- Lambruschi F. (a cura di) (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ledoux J. (2016). *Ansia, come il cervello ci aiuta a capirla*. Milano: Raffaello Cortina.
- Montano A., Rubbino R., Salvaguardia F. (2017). *I disturbi d'ansia in età evolutiva*. Roma: Istituto A.T. Beck.
- Nussbaum A. M., Hilt R.J. (2014). *L'esame diagnostico con il DSM-5 per bambini e adolescenti*. Milano, Raffaello Cortina.
- Rapee R.M. (2014). Preschool environment and temperament as predictors of social and nonsocial anxiety disorders in middle adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(3): 320-328. doi: 10.1016/j.jaac.2013.11.014
- Schiele M.A., Domschke K. (2018). Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain, and Behavior*, 17(3): e12423. doi: 10.1111/gbb.12423

Fabrizia Tudisco*

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Napoli. e-mail: fabrizia-tudisco@virgilio.it

Rezzonico G., Furlani F.A.P. (a cura di), *La dissociazione nella costruzione della realtà. Prospettive cliniche*, FrancoAngeli, Milano, 2019.

«Non ci sono presente e futuro.
Solo il passato che avviene,
una volta dopo l'altra,
adesso»

Eugene O'Neill

Il libro *La dissociazione nella costruzione della realtà*, curato da Giorgio Rezzonico e Fabio A.P. Furlani, è il frutto del ricamare terapeutico di singoli professionisti che intrecciano l'esperienza della pratica clinica nell'ambito della dissociazione mantenendo quale *fil rouge* l'epistemologia costruttivista applicata. Il costruttivismo rappresenta, infatti, in questo volume, la base da cui muoversi nella comprensione del fenomeno dissociativo e, in particolare, consente di assumere una visione del sistema conoscitivo come autoreferenziale e autonomo in quanto «... nel corso del suo divenire temporale subordina ogni possibile trasformazione e/o cambiamento al mantenimento dell'identità che è stato in grado di costruirsi» (Guidano, 1988, p. 20). Centrale appare, quindi, il senso di continuità personale in risposta alla natura sfaccettata della realtà.

Il presente lavoro risponde, infatti, allo sforzo dei curatori di proporre la complessità dell'agire terapeutico nell'incontro con il paziente che manifesta sintomi dissociativi, andando progressivamente a focalizzarsi sui contenuti disponibili dalle memorie storiche sul tema alle scoperte delle neuroscienze cognitive e sociali, dalla dimensione intersoggettiva alla centralità del corpo, sui contributi dell'approccio evuzionista, sull'ambito del diritto penale e, infine, sulle possibilità che dispiega la cinematografia nel mettere in scena tali quadri. L'interessante sforzo integrativo riguarda, quindi, la pratica clinica nel suo interrogarsi sulle linee esplicative e di intervento nella sintomatologia dissociativa nel contenitore processuale terapeutico con un *focus* allargato agli ambiti che possono ad essa sovrapporsi.

La complessità così tratteggiata e accuratamente approfondita all'interno del volume in relazione all'estensione tematica incontra alcuni aspetti di rilevanza clinica nella dissociazione: il terapeuta dovrà tenere presenti a sé tali aspetti e potrà tornare al volume per mantenerli vividi nella propria pratica clinica. Di seguito, alcuni spunti riflessivi in merito a tale complessità tematica possono aprire al processo di approfondimento accurato operato nel volume.

In primis, l'ambiguità semantica del termine è apparsa per lungo tempo vettore di ambiguità anche nel significato clinico; tutt'oggi, non è disponibile una definizione univoca ma si delinea la crescente evidenza della connessione del costruito con vissuti traumatici (Liotti e Farina, 2011). Nella grammatica funzionale odierna, il concetto di dissociazione viene ad essere definito come disgregazione e/o discontinuità nella normale integrazione della coscienza, memoria, identità, emozione, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento (APA,

Recensioni

2013). La centralità del deficit delle funzioni mentali integratrici, già apparso sul sentiero delineato da Janet (1889) e approfondito nei lavori di Liotti e Farina (Liotti, 1992; Liotti e Farina, 2018), si manifesta nella sua eterogeneità. I quadri clinici di diversa natura e complessità diagnostica variano, altresì, lungo il gradiente di intensità delle manifestazioni: ci si muove dall'essere completamente assorbiti da un libro o da un film a stati di mancato riconoscimento di sé davanti allo specchio. La complessità funzionale dissociativa si realizza nella sua massima espressione nell'amnesia dissociativa, nella depersonalizzazione e nella derealizzazione, modalità con cui veicolare una costellazione frammentata di affetti, stati neuro-vegetativi, memorie, capacità cognitive.

Secondariamente, rappresenta fattore di significativa rilevanza la necessità di interrogarsi in quanto clinici sul fenomeno dissociativo in relazione all'attività psichica più profonda che si realizza nell'essenza stessa della coscienza. Il flusso temporale, in cui la coscienza si compie, si intreccia all'immediatezza dell'esperienza che si realizza, mantenendo un senso stabile e continuo di Sé nonostante i possibili cambiamenti propri del ciclo di vita (Guidano, 1991). La dissociazione delinea scenari di frammentarietà in cui gli eventi di vita appaiono puntiformi, isolati e non integrati.

Altro elemento significativo nella complessità degli stati dissociativi è rappresentato dalla centralità del corpo vissuto e portato in terapia: la relazione terapeutica diviene *medium* della sintonizzazione somatica e focalizzata sul sensoriale che si realizza nella relazione stessa (si pensi alla modulazione dell'*arousal*, alle strategie regolatorie e adattive). «Rivolgersi al corpo con la consapevolezza dell'esperienza sensoriale del qui ed ora» (Ogden, Minton e Pain, 2012, p. XVII) appare, quindi, elemento imprescindibile e al contempo complesso nella presa in carico del paziente con sintomi dissociativi.

Infine, i sintomi dissociativi rappresentano un fattore predittore della non risposta al trattamento psicoterapico, in particolare nel PTSD, nel DOC e nel disturbo di panico (Lyssenko *et al.*, 2018).

Nel sostenere, contattare e approfondire tali aspetti, in integrazione alle recenti tracce di lettura clinica dell'evento traumatico dissociativo di Bessel van der Kolk (1987; 1996; 2014), di Onno van der Hart (2006), di Paul Frewen e Ruth Lanius (2017) nonché di Janine Fisher (2017), il volume, sviluppando idee originali in ambito clinico, permette al terapeuta di trovare alcune mappe esemplificative per orientare la comprensione della dissociazione nella relazione terapeutica in momenti diversi nel ciclo di vita o in relazione ad esperienze differenti accumulate dalla possibilità che si realizzino fenomeni dissociativi. I ricchi contributi proposti permettono al clinico di individuare una possibilità di intervento e di costruzione di una processualità riflessiva che possa orientare nella relazione con quel paziente, in quel momento presente.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fisher J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self Alienation*. London: Routledge (trad. it.: *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate del trauma psicologico*. Milano: Raffaello Cortina, 2017).
- Frewen P., Lanius R. (2015). *Healing the Traumatized Self. Consciousness, Neuroscience, Treatment*. New York: W.W. Norton & Company (trad. it.: *La cura del Sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento*. Roma: Giovanni Fioriti, 2017).
- Guidano V.F. (1987). *The complexity of the Self: A developmental approach to Psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press (trad. it.: *La complessità del Sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F. (1991). *The Self in Process. Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press (trad. it.: *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Janet P. (1889). *L'Automatisme Psychologique*. Paris: L'Harmattan (trad. it.: *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentali sulle forme inferiori dell'attività umana*. Milano: Raffaello Cortina, 2013).
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5: 192-204.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Farina B. (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origine e prospettive della psicoterapia cognitivo-evoluzionista. *Cognitivismo Clinico*, 15, 1: 6-21. doi: 10.3280/QPC2018-042002
- Lysecco L., Schmal C., Bockhacker L., Vonderlin R., Bohus M., Kleindienst N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *American J. Psychiatry*, 1, 175(1): 37-46. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010025
- Odgen P., Minton K., Pain C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton (trad. it.: *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Roma: Istituto Scienze Cognitive, 2012).
- van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London: W.W. Norton and Company (trad. it.: *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina, 2011).
- van der Kolk A.C., McFarlane L., Weisaeth L. (eds.) (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford (trad. it.: *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi, 2004).
- van der Kolk B.A. (1987). *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk B.A. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking (trad. it.: *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2015).

Adriana Bortolotti*

* Psicologa-neuropsicologa, psicoterapeuta cognitivo-costruttivista. e-mail: bortolotti adriana@gmail.com

