

# ELISA

## INDICE

Indice	p. 1
Presentazione del caso	p. 2
Anamnesi familiare e storia di sviluppo	p. 3
Life events	p. 4
Strumenti diagnostici	p. 4
Analisi funzionale	p. 6
Ipotesi diagnostiche	p. 7
Concettualizzazione	p. 8
Valutazione psicologica	p. 8
Stili educativi e fobia	p. 9
Obiettivi del trattamento	p. 11
Contratto terapeutico	p. 12
Tecniche utilizzate	p. 12
Sviluppo della terapia	p. 13
Intervento con la bambina	p. 13
Intervento con i genitori	p. 17
Follow up	p. 19
Allegati	p. 20
Bibliografia	p. 24

## **PRESENTAZIONE DEL CASO**

Elisa arriva alla mia consultazione all'età di sei anni per una presa in carico a fronte delle sue difficoltà. Viene accompagnata nel mio studio dalla mamma e dalla nonna materna, che nel frattempo attende fuori dalla stanza con il fratellino. La madre sembra alquanto agitata e anche Elisa. Mi dice subito che ha faticato molto a portare la bambina perchè pensava fossi un medico. Le faccio quindi notare come non ci troviamo in uno studio medico, non ci sono medicine o punture, Elisa sorride e l'atmosfera sembra distendersi.

La madre mi dice che circa un mese fa la bambina ha assistito all'aggressione del suo cagnolino, Romeo, da parte di un altro cane. Dopo lo spavento iniziale, motivato dal fatto che Romeo è rimasto ferito, Elisa è letteralmente regredita, non dorme più sola (ora nel lettone), devono accompagnarla in bagno, fatica a mangiare da sola, non esce in giardino, naturalmente si spaventa soltanto a vedere in lontananza un cane. Inoltre è terrorizzata dagli uomini di colore, cosa anche ad un livello pratico molto grave, in quanto vivono in un paese dove vi sono molti indiani che lavorano come operai agricoli. La madre è sfinita da questa situazione, le sembra di avere due bambini piccoli. Riferisce come in un primo momento abbia cercato di assicurare E., allontanando anche Romeo da casa (senza appurare se E. avesse effettivamente paura anche di lui), facendole dei regali, ma le cose non miglioravano più di tanto (E. aveva trovato il modo di ricevere attenzioni! ), è passata a sgridarla, ma anche in questo caso le cose non sono andate meglio.

Decide di consultare una psicologa (su consiglio di un'amica, già mia paziente) in quanto è molto spaventata, ha paura che abbia qualcosa di grave, nella famiglia paterna ci sono dei casi di disturbi psichici, in modo particolare la nonna paterna è stata per anni depressa e lo zio paterno soffre di crisi psicotiche (così le definisce Monica). Proprio per questo ha ridotto le frequentazioni con questa parte della famiglia, per paura che i figli assistessero a queste crisi dello zio.

Descrive suo marito come molto impegnato, è lei a doversi occupare dei figli, tuttavia partecipa alla loro educazione e cerca di ritagliarsi degli spazi per loro (mi è sembrata molto una frase di circostanza, quasi per proteggere l'immagine della sua famiglia).

## ANAMNESI FAMILIARE E STORIA DI SVILUPPO

Elisa frequenta la prima elementare. Sua madre, Monica, è una casalinga mentre il padre, Luigi, è un piccolo imprenditore edile. Ha un fratellino, Daniel, di sette mesi. E. vive in una piccola cittadina laziale, in una villetta di un quartiere residenziale dove sono quasi tutti parenti.

La storia di sviluppo è stata ricostruita nell'arco dei primi colloqui. I genitori sono sposati da circa dieci anni. Entrambi i figli sono stati desiderati e voluti. Da quando sono sposati la mamma non lavora per sua scelta, ha preferito occuparsi della casa e del marito. La nascita di Daniel modifica i ritmi familiari, Daniel è molto irrequieto, ma mentre il padre continua la sua routine di sempre, Monica stenta a ritrovare una sua dimensione familiare più adattiva. Viene descritta dalla nonna materna come molto ansiosa, perfezionista e spaventata più del dovuto anche solo per un raffreddore dei figli. Vivono in un piccolo paese. Nel quartiere dove vivono si conoscono tutti e molti vicini sono parenti. Monica da quando è nato il Daniel è totalmente presa da lui forse anche per la vivacità di quest'ultimo, a differenza di Elisa che era molto più tranquilla. Riferisce, fin dalla prima volta che ci siamo viste, di sentirsi stanca. Anche fisicamente traspare tutto questo, pur non essendo sciatta si nota come dedichi poco tempo alla cura del suo aspetto fisico. E. viene lasciata spesso dalla nonna materna non solo dopo la scuola ma molto spesso anche a dormire.

Elisa nasce a termine, con gravidanza fisiologica e parto eutocico. L'anamnesi fisiologica riporta lo sviluppo delle principali tappe nella norma. I parametri che rimandano al temperamento delineano una bambina "*facile*". Elisa ha mosso i primi passi a 12 mesi e ha pronunciato le prime parole a circa un anno. Inserita nella scuola dell'Infanzia all'età di 3 anni, le insegnanti l'hanno sempre descritta come una bambina tranquilla. Daniel nasce quando Elisa ha circa cinque anni. Quanto più si consolida il legame d'attaccamento-accudimento con Daniel, quanto più la madre richiede autonomia alla sorella, vista ormai come una "*piccola donna*". Il senso di colpa di Monica emerge quando Elisa comincia a manifestare disagio.

Monica ha un solo fratello minore con cui va molto d'accordo e così Luigi. Vista la preoccupazione di Monica nei confronti della famiglia del marito, le chiedo di raccontarmi meglio i disturbi psicologici di cui aveva fatto cenno. La suocera ha perso una bambina più piccola di Luigi, muore per difficoltà respiratorie subito dopo la nascita. Successivamente è stata depressa per molti anni e in trattamento psicologico. Pur essendone uscita sporadicamente attraversa dei periodi in cui il tono dell'umore è notevolmente basso e quando ciò si verifica i familiari si spaventano per paura che ricada nuovamente nella depressione. Entrambi i figli non ricordano con piacere quel periodo della loro infanzia, con la mamma a letto e che non potevano disturbare. Il figlio minore, Alessandro, viene descritto dal fratello Luigi come un ragazzo molto solare e socievole fino all'età di diciotto anni. Un giorno la madre non sta bene, A. era un periodo che lavorava molto e vedendola così si preoccupa. All'epoca (circa dieci anni fa) viveva solo, torna a casa e si mette al letto. All'indomani, non sentendolo, i familiari si preoccupano e lo raggiungono a casa trovandolo ancora nel letto. Il medico di famiglia gli prescrive un farmaco (non ricordano il nome). A distanza di poco

tempo comincia a vaneggiare, a ridere. Spaventati chiamano il 118 che lo porta in ospedale. Viene fatta una diagnosi di crisi psicotica e inviato da uno psichiatra. Da allora prende psicofarmaci, non fa alcun trattamento psicoterapico, non ha avuto più crisi ma è diventato molto taciturno e solitario. Luigi è molto dispiaciuto di questo, si accorge di quanto il fratello pur non dicendolo sia triste e malinconico, ricorda con tristezza quando erano piccoli il periodo in cui la mamma era malata, per questo spera che il problema di E. si risolva presto in quanto *“ci sono cose nella vita che ti porti dietro per sempre”*.

## **LIFE EVENTS**

1. La madre da quando è nato il fratellino è totalmente presa da lui. E. viene lasciata spesso dalla nonna materna.
2. La madre fa partecipe E. nell'accudimento di Daniel, forse sovraccaricandola. E. racconta come la madre li metta entrambi nel box e lei deve guardare il fratellino, ha chiesto di poter giocare con lui in un altro luogo, ma la mamma se stanno lì entrambi è più tranquilla, così Daniel non corre pericoli. Quando riferisce questo sbuffa. È molto protettiva quando parla di Daniel, *“mi ha strappato un disegno, però è piccolo e non capisce; mamma non può accompagnarmi al parco, però fa freddo e Daniel è meglio che non esce”*.
3. Lo stile educativo della madre è iperansioso, il padre lavora molto.
4. Il rendimento scolastico è molto buono (anche l'eloquio nelle sedute è buono, legge molto bene e si dimostra molto curiosa), è timida, diventa rossa e si dispiace (più del dovuto), quando commette un errore (atteggiamento notato in seduta quando non comprende perfettamente la consegna di un compito).
5. Circa un mese fa ha assistito all'aggressione del suo cagnolino Romeo da parte di un cane di grossa taglia. Da allora è molto spaventata, ha perso l'autonomia che aveva mostrato fino allora. A scuola sembra non ci siano state ripercussioni sul rendimento, anche se racconta spesso l'accaduto sia ai maestri che ai compagni di classe.

## **STRUMENTI DIAGNOSTICI**

La valutazione è stata compiuta con i colloqui clinici, l'osservazione di E., della relazione con i genitori e del loro modo di comunicare e alcuni test grafici (Test della famiglia, Disegno dell'albero, Test della persona sotto la pioggia, Disegno libero, Test della figura umana).

## **TEST GRAFICI (Allegato 1)**

Il disegno, per un bambino, è l'espressione concreta dei propri sentimenti e delle proprie emozioni. Anche un piccolo tratto, una macchia, un fiore senza foglie, un nonnulla insomma, può raccontarci tanto del suo mondo. Attraverso l'analisi dei disegni siamo in grado di capire quello che i bambini vogliono dire sui loro genitori, sulla famiglia e sulla loro crescita; soprattutto sui loro modi di entrare in relazione col mondo, come lo percepiscono e come lo vorrebbero.

Per quanto riguarda la somministrazione del test vanno messi a disposizione del bambino alcuni colori, una matita, una gomma e alcuni fogli di carta non rigati. È bene invitare il bambino a fare il disegno a "mano libera", senza usare righelli o squadre che tolgono spontaneità di esecuzione.

### **Il disegno libero**

Nel percorso con Elisa ho utilizzato molto la formula del disegno libero. All'inizio soprattutto per "rompere il ghiaccio" ed entrare in confidenza con la giovane paziente. Lei stessa, nel proseguo del trattamento, li portava in seduta come regalo per me. Nel disegno libero è molto creativa, caratteristica che si evince anche dall'eloquio che accompagna la descrizione del disegno. Predilige disegnare prati, animali, nonché lei stessa. I primi disegni sono stati soprattutto monocolori, mentre nei successivi comincia ad utilizzare i colori ed aumentano i particolari. In ciò si evince non solo che il trattamento procedeva nel migliore dei modi ma anche che E. cominciava a sentirsi più sicura in seduta e poteva cominciare a lasciarsi andare.

### **Il disegno della figura umana (Machover)**

Si chiede ad Elisa di disegnare qualcuno, senza specificare né sesso né età. Alla fine del disegno si chiede nuovamente di disegnare un'altra figura di sesso opposto a quella disegnata.

Elisa disegna per prima una figura di sesso, età e tipologia fisica simile a sé. Occupa solo una piccola parte del foglio (in fondo a sinistra). Lo spazio bianco è l'ambiente nel quale la figura è rappresentata. Quindi, la grandezza del disegno indica il modo in cui il sogg. reagisce alla pressione del mondo. Elisa disegna una figura piccola, ciò potrebbe indicare insicurezza, inibizione, isolamento nonché un senso di inferiorità.

Collocare il disegno nella metà inferiore del foglio è un indice di stabilità, ma Elisa lo colloca verso sinistra e in un piccolo spazio. Ciò, secondo Machover, è un segno di introversione e soprattutto attaccamento al passato. E. negli ultimi tempi non a caso è molto regredita ed anche le capacità di socializzazione sono alquanto deficitarie.

Elisa riferisce che la persona disegnata è lei stessa.

La seconda figura disegnata è di sesso maschile, per lei il suo papà.

### **Il disegno della famiglia (Corman)**

Elisa utilizza un solo colore per disegnare questa famiglia che riferisce essere la sua. Oltre ai genitori e al fratellino c'è anche la nonna. Elisa si disegna tra la nonna e il papà, mentre Daniel è posizionato vicino alla mamma. A tal riguardo aggiunge che

Daniel è ancora piccolo e può stare solo con la mamma. Disegnandosi tra la nonna e il papà potrebbe indicare il senso di protezione che Elisa sente da parte di queste figure. Inoltre la nonna viene disegnata per prima, generalmente ciò indica un forte carico affettivo, Elisa al momento del test trascorre molto tempo con la nonna. La madre compare invece all'estremo del foglio, distante da lei ma più grande rispetto agli altri personaggi, forse Elisa la considera come una figura dominante ma opprimente, alla quale bisogna ubbidire senza discutere. Il rifiuto di colorare l'intera famiglia è un segnale di apatia, di freddezza dei sentimenti che hanno raggelato il bambino.

#### Il disegno dell'albero (Koch)

L'albero rappresenta la persona stessa che disegna. L'albero viene eseguito con tratti elementari ed essenziali e monocolori. L'albero occupa quasi tutto il foglio, ciò denota la personalità entusiasta ed estroversa di Elisa, o almeno quella di Elisa prima degli ultimi accadimenti. I frutti denota la voglia di Elisa di avere qualcosa da dare, magari per riceverne affetto.

#### Il disegno della persona sotto la pioggia

Elisa si disegna sorridente, la pioggia è molto fitta ed ha un piccolo cappellino per ripararsi, il disegno è ancora una volta monocolori. La presenza della pioggia può indicare la percezione che E. è consapevole del momento di difficoltà che sta vivendo e che non è in grado di ripararsi/proteggersi del tutto (un piccolo cappellino). Disegnarsi con il sorriso può denotare la fiducia di Elisa che le cose possano andare meglio.

### **ANALISI FUNZIONALE (per mezzo di un'analisi ABC)**

E. è una bambina molto sveglia, comprende molto bene le mie domande, ha un eloquio molto fluido, è molto fantasiosa e collaborativa. Traspare il suo desiderio di comunicare e mi chiede spesso se quando sarà "guarita" potrà venire ancora. La mia opinione è che E. ricerchi uno spazio tutto suo in cui esprimersi.

Ho cercato fin da subito di creare con lei un clima giocoso, facendomi partecipe dei suoi hobby (danza e le bambole Winks), abbiamo instaurato facilmente una buona relazione.

Con l'aiuto anche della mamma abbiamo cercato di ricostruire i momenti in cui il disagio di E. si manifesta. In modo particolare i sintomi (capricci, pianti, ...) compaiono quando deve uscire da casa, il momento di andare a letto e durante i pasti. Gli antecedenti possono essere che la mamma non l'accompagna a scuola e/o danza (ma lo fa la nonna), che è occupata con il fratellino... . Tra le conseguenze (i rinforzatori che presumibilmente mantengono il comportamento timoroso e infantile), la mamma molto spesso si mostra lei stessa ansiosa e accondiscendente (iperprotettiva: *ma cosa hai?, stai male? Mamma resta con te?*) o la sgrida.

## **IPOTESI DIAGNOSTICHE**

La mia ipotesi è che si tratti di una fobia specifica (F40.2).

Queste sono fobie limitate a situazioni estremamente specifiche, come la vicinanza a particolari animali, i luoghi elevati, i tuoni, il buio, il volare.. . Sebbene la situazione scatenante sia ben delimitata, il contatto con essa può evocare il panico come nell'agorafobia o nella fobia sociale.

Criteri diagnostici per le fobie specifiche secondo l'ICD – 10 (Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali).

A. Deve essere presente uno dei seguenti aspetti:

- 1) paura marcata di un oggetto o di una situazione specifica non considerata nell'agorafobia (F40.0) o nella fobia sociale (F40.1);
- 2) marcato evitamento di uno specifico oggetto o situazione non inclusa nell'agorafobia (F40.0) o nella fobia sociale (F40.1);

B. Nella situazione temuta debbono essere comparsi almeno una volta sintomi d'ansia come quelli descritti nel criterio B di F40.0 (palpitazioni, tremore, difficoltà nel respiro, sensazione di soffocamento...).

C. I sintomi o l'evitamento causano un significativo disagio emozionale, e l'individuo riconosce che essi sono eccessivi o irragionevoli.

D. I sintomi compaiono esclusivamente nella situazione temuta o quando il soggetto pensa ad essa.

Questo comportamento comporta notevole disagio nella famiglia che decide di richiedere un aiuto psicologico.

Dalla letteratura ho trovato come la fobia nei bambini si costituisce quando la paura supera le capacità adattive ed evolutive del bambino. Le paure in momenti particolari possono costituire dei fattori di rischio, ad esempio nei cambi di scuola, di città, divorzi, lutti, nonché alla nascita di un fratellino. In questi casi ostacolano il processo di crescita, le capacità di interagire con l'ambiente, interferiscono in modo negativo nel processo cognitivo, affettivo e relazionale.

La madre ha sostenuto il mantenimento dei sintomi, minimizza l'accaduto con frasi pseudo rassicuranti e rafforza l'evitamento di situazioni problematiche, Romeo viene allontanato da casa e E. viene accudita come una bambina piccola.

La mia ipotesi è che siamo in presenza di una fobia specifica, ma E. abbia trovato molti vantaggi da questa (vantaggio secondario del sintomo). Prima di tutto attenzioni che negli ultimi mesi non aveva, poteva abbandonare questo comportamento da adulta (*“io sono grande e posso fare le cose da sola, mentre Daniel ha bisogno della mamma”*) per fare di nuovo i capricci (*perchè io no e lui sì!*).

## **CONCETTUALIZZAZIONE**

### **Insorgenza**

I sintomi di E. sono comparsi successivamente all'aver assistito all'aggressione del suo cagnolino da parte di un cane di grossa taglia. La madre riferisce che già da quando è nato il fratellino E. spesso ha cominciato ad aver paura di notte. Dopo lo sfortunato incidente E. non vuole più uscire in giardino, anche accompagnata fa molte storie. Si spaventa quando vede dei cani, evita sistematicamente i luoghi dove potrebbe incontrarli. È andata via via peggiorando, fa molti capricci ed ha perso l'autonomia fin lì conquistata.

### **Innesco**

E. ha difficoltà ogni volta che è nelle vicinanze di un cane, quando pensa che lì potrebbe entrare o arrivare un cane. Negli ultimi tempi ciò si verifica anche quando la mamma la sgrida o le da poche attenzioni: non mangia sola e non rimane sola nella sua cameretta.

### **Mantenimento**

Quando E. ha paura ed è spaventata, cerca rassicurazioni dalla madre. Quest'ultima sminuisce l'accaduto, minimizzandolo, utilizza frasi pseudo rassicuranti, facendola rimanere a casa con lei e coccolandola. Il comportamento di accudimento della madre è contraddittorio, si dedica alla cura dei figli in maniera iperprotettiva (*“non fare questo altrimenti ti fai male”*, *“se non vuoi uscire non farlo, altrimenti poi stai male”*) e allo stesso tempo manifesta il suo affetto solo quando richiesto dalla figlia.

E. non riesce a riconoscere le sue emozioni, in modo particolare la rabbia.

## **VALUTAZIONE PSICOLOGICA**

### **AREA COGNITIVA**

Non sono stati somministrati test specifici (come le Matrici di Raven o il Test di Bender), ma dimostra buone capacità attentive, percettive e di memoria (libri di giochi psicoeducativi). Dal colloquio si evincono buone capacità espressive e di



ragionamento. L'espressione a livello grafico dei vissuti emotivi è buona e presenta una vivida immaginazione. L'apprendimento a scuola è più che buono.

#### **AREA AFFETTIVA**

Emergono vissuti d'insicurezza e d'ansia. La bambina ha consapevolezza delle proprie emozioni e problemi così come dei propri bisogni, che pospone a favore dei bisogni che percepisce nel contesto familiare. Ricerca rassicurazione e sostegno presso l'interlocutore verso cui ha un atteggiamento aperto.

#### **AREA PSICOSOCIALE**

In questo momento presenta una scarsa autonomia e un'assunzione di responsabilità superiore alla sua età. I rapporti interpersonali sono buoni. Vorrebbe frequentare maggiormente i suoi compagni di classe al di fuori del contesto scolastico. Non possiede adeguate strategie di coping.

#### **AREA DELLE ATTIVITÀ**

Al di fuori del contesto scolastico frequenta una scuola di danza (anche se perde spesso le lezioni perchè la mamma ha difficoltà ad accompagnarla). Presenta notevole capacità d'iniziativa. Impegna molta energia per il conseguimento degli obiettivi.

#### **SINTESI**

Sebbene non si evidenzia un grave rischio psico-patologico, risulta necessario mettere in atto interventi di supporto rispetto alle difficoltà evidenziate nelle varie aree. I comportamenti di E. potrebbero cristallizzarsi ed impedire un sano processo di crescita. Elisa va aiutata a esprimere adeguatamente i suoi bisogni nel contesto in cui vive nonché ad utilizzare strategie di fronteggiamento adeguate per quanto riguarda le sue paure. Si consiglia inoltre di mantenere più assidue le attività al di fuori del contesto scolastico.

#### **STILI EDUCATIVI E FOBIA**

Secondo la teoria cognitiva classica le persone costruiscono la loro realtà personale così come gli scienziati costruiscono le loro teorie, ma a volte queste teorie, convinzioni o idee possono portare l'individuo a interpretare gli stimoli provenienti dal mondo esterno ed interno in modo scorretto, ossia disfunzionale. Ciò significa che non sono le cose in sé, i fatti nudi e crudi, che ci fanno stare male, ma le idee che abbiamo su di esse, ossia il modo in cui le interpretiamo. Pertanto, il nostro stato d'animo dipende in gran parte dai nostri pensieri. In questa ottica anche la fobia è causata da pensieri irrazionali o da convinzioni disfunzionali sulla realtà.

Quindi, possiamo affermare che i pensieri irrazionali o le convinzioni disfunzionali agiscono come dei "filtri" in grado di distorcere l'analisi obiettiva della realtà e indurrebbero la persona ad interpretare gli eventi in termini minacciosi. Inoltre,

secondo questa teoria, i pensieri irrazionali e le convinzioni disfunzionali sono originati, negli individui, sia dai diversi stili educativi ricevuti in età evolutiva e impartiti dalle figure di attaccamento (Albert Ellis), oppure, originate da un apprendimento difettoso (Aaron Beck), sia dal tipo di accudimento ricevuto in età infantile dalla coppia genitoriale.

La ricerca sulle fobie ha permesso di individuare alcuni stili educativi che favoriscono maggiormente, nel bambino, l'apprendimento di convinzioni, inferenze e valutazioni distorte sulla realtà e che in seguito possono dare origine a dei disturbi fobici. Gli stili in questione sono:

- 1) **Stile ipercritico.** È caratterizzato da un'elevata frequenza di critiche rivolte al bambino sotto forma di rimproveri oppure manifestando biasimo nei suoi confronti, svalutandolo e mettendolo in ridicolo. Gli adulti che adottano questo stile educativo, difficilmente notano i comportamenti adeguati del bambino, mentre sono sempre pronti ad evidenziare i suoi errori, quindi, l'interazione avviene quasi esclusivamente sotto forma di rimproveri. Ciò può determinare nel bambino la paura di sbagliare, di essere disapprovato, l'isolamento sociale, una bassa stima di sé e comportamenti di evitamento.
- 2) **Stile perfezionistico.** È uno stile educativo sostenuto dalla convinzione che il bambino deve riuscire bene in tutto ciò che fa e che il suo valore (o quello dei suoi genitori) è determinato dal successo che ottiene in varie attività. Tali genitori comunicano al bambino che egli vale qualcosa e merita di essere amato solo se riesce in tutto quello che fa così, nel bambino, viene modellato un atteggiamento perfezionistico, che lo porta a temere in modo eccessivo la disapprovazione, il rifiuto e la critica qualora non riesca bene in ciò che fa. I bambini educati con questo stile, diventano molto ansiosi quando si cimentano in qualcosa di impegnativo (compiti in classe, esami, gare ...) e ritengono di valere qualcosa, solo se riescono bene ed ottengono l'approvazione altrui. La possibilità di sbagliare viene considerata una catastrofe. Le manifestazioni più frequenti di paura sono, in questo caso, l'ansia scolastica e l'ansia sociale.
- 3) **Stile iperansioso-iperprotettivo.** Si manifesta in genitori che si preoccupano eccessivamente dell'incolumità fisica (iperansioso) del bambino e tendono a proteggere in continuazione il figlio da ogni minima frustrazione (iperprotettivo).

Nel bambino vengono quindi modellate, attraverso una sorta di contagio emotivo, paura, timidezza e dubbi sul proprio valore personale trasmettendogli soprattutto queste idee:

- a) i pericoli sono dappertutto e bisogna stare continuamente all'erta;
- b) se qualcosa è spiacevole o frustrante bisogna evitarlo ad ogni costo;
- c) se accadesse qualcosa di brutto sarebbe terribile;
- d) se qualcosa va storto non si può fare a meno di rimanere sconvolti;
- e) per sopravvivere bisogna assolutamente avere la certezza che le cose vadano bene.

Questi sono, secondo la teoria cognitiva classica, gli stili che possono produrre nel soggetto lo sviluppo di patologie fobiche.

Ellis distingue le paure infantili in due categorie principali: la paura di eventi esterni e la paura delle proprie inadeguatezze (ansia d'esame, ansia sociale...). Così, le paure vengono differenziate in paura di subire un danno fisico e paura di subire un danno tipo socio-affettivo.

Inoltre l'autore afferma che in entrambi i casi le frasi che il soggetto si ripete (dialogo interno) e che conducono alla paura sono costituite da questi tre tipi di pensieri, convinzioni:

1. Qualcosa di brutto potrebbe accadere;
2. Se succede sarà orrendo e catastrofico;
3. Siccome sarà orrendo, allora devo preoccuparmene e pensarci in continuazione.

**Rappresentazione del legame di attaccamento.**

La relazione terapeutica con me, le dinamiche relazionali manifestate mi portano a pensare che E. possa essersi formata una rappresentazione del legame di attaccamento di tipo insicuro-ambivalente (ansioso resistente) (C). L'attaccamento di tipo insicuro-ambivalente è tipico di quegli individui che non hanno la certezza che il genitore sia pronto ad aiutarli o contenerli in caso di bisogno. L'incertezza spinge il bambino e successivamente l'adulto, a essere sempre incline a provare una forte angoscia di separazione, è ansioso, non spinto all'esplorazione. In questo schema il conflitto è evidente e il genitore è incostante nel dare aiuto e vicinanza al bambino oppure è troppo esigente, intrusivo e minaccia di abbandonare il figlio ogni volta che questo non rispetta le sue aspettative.

## **OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO**

1. Stabilire un'alleanza terapeutica.
2. Affinare le capacità di autosservazione, regolazione delle emozioni, nonché trovare altre modalità di espressione dei propri sentimenti che non siano dannose.
3. Lavorare sulla fobia di Elisa nei confronti dei cani.
4. Recuperare l'autonomia persa.
5. Incrementare il senso di efficacia personale.
6. Promuovere nuove competenze educative nei genitori in modo particolare saper riconoscere i comportamenti di E. reagendo con minor ansia.

## **CONTRATTO TERAPEUTICO**

Con i genitori viene condiviso l'obiettivo di provare a dare un significato al disagio di Elisa, usufruendo anche di uno spazio di elaborazione dei loro vissuti e trovando strategie più funzionali di gestione educativa. I genitori sembrano più centrati su una terapia a "riparazione" di Elisa, piuttosto che su uno spostamento verso un'ottica relazionale del disturbo.

L'intervento cognitivo comportamentale che verrà utilizzato verterà da un lato sull'estinzione della fobia di E. e su una regolazione delle sue emozioni, trovando un corretto canale espressivo, dall'altro si lavorerà sul senso di efficacia personale di E.. Spazio sarà dato anche ai genitori, soprattutto per quanto riguarda una ristrutturazione del loro stile educativo e per favorire una maggiore coerenza nel comportamento della madre.

Viene concordata una seduta ogni dieci giorni, anche se dopo la chiusura della scuola ci siamo visti più di frequente.

Sono stati programmati alcuni incontri psicoeducativi solo con i genitori per responsabilizzarli nel cambiamento: non devo io da sola salvare Elisa, ma piuttosto cercare di attivare risorse familiari.

### **TECNICHE utilizzate:**

1. Schede ABC.
2. Dialogo socratico.
3. Biblioterapia
4. Attività psicoeducative per un'educazione alle emozioni.
5. Modeling.
6. Esposizione graduale.
7. Tecniche di rilassamento.
8. Disegni.

## **SVILUPPO DELLA TERAPIA**

### **Intervento con la bambina**

**Nelle prime sedute (1-3)** ho cercato di instaurare con E. una buona relazione terapeutica basata sulla fiducia. E. nonostante la sua giovane età, ha capito di avere un problema, che collega, almeno nelle prime sedute, alla paura dei cani.

L'assessment come sopra detto è stato condotto con dei colloqui sia ad E. che ai genitori (seconda seduta), test grafici (disegni), l'osservazione.

Dal colloquio con i genitori emerge quanto questi siano spaventati dall'accaduto soprattutto per la loro storia familiare. Il loro racconto dell'accaduto è fedele a quello che ha riportato E..

Con i primi colloqui abbiamo ricavato le seguenti informazioni:

- situazioni in cui si verificano le reazioni emotive di paura;
- ciò che pensa immediatamente prima e durante l'emozione di paura;
- descrizione delle conseguenze: cosa fanno gli altri quando si comporta in modo ansioso o pauroso;
- ridefinizione degli scopi dell'intervento tenendo conto delle informazioni raccolte.

Le situazioni evitate e che spaventano maggiormente E. sono state analizzate con degli ABC ( ne riporto una. E. mi racconta che quando deve uscire in giardino ha paura *“Cosa pensi?”: “Potrebbe esserci un cane che è scappato dal suo cancello e farmi del male. ”Cosa senti?” “Mi batte forte il cuore, non riesco a camminare, mi tremano le gambe e piango. “Cosa fai?”: “Chiedo alla mamma di accompagnarmi e starmi vicino”. Mamma lo fa? Alcune volte, altre mi dice che non c'è nessuno, altre mi dice se non vuoi non uscire rimani in casa”*). Nel far questo, ho cercato di ricorrere a esemplificazioni facilmente accessibili ad E., utilizzando anche espedienti visivi come disegni o fumetti. Abbiamo distinto i pensieri in *“utili”* e *“dannosi”*. Una volta appresi, i pensieri razionali da utilizzare in presenza di particolari eventi attivanti, abbiamo proceduto per quanto riguarda l'esposizione graduata.

Da queste prime sedute emerge quanto E. sia stata spaventata dall'accaduto, si rattrista quando parla di Romeo e quanto ricerchi l'attenzione dei suoi genitori. È felice quando prende un bel voto a scuola e non vede l'ora di tornare a casa per dirlo alla mamma. Riferisce che Daniel è molto dispettoso (*“non capisce proprio”!*), ma che gli vuole molto bene. È triste perché va spesso dalla nonna (non a caso è lì che ci sono molti cani).

Alla luce di queste prime considerazioni decido di dedicare gli ultimi minuti della terza seduta alla madre, anche per rassicurarla sulla situazione di E.. Comunico ad E. questa necessità , spiegandole il motivo (*“è utile per avere alcune informazione e riuscirci a farti stare bene”*). Per non mettere Monica sulla difensiva ed evitare di

mostrarle un atteggiamento di giudizio, le premetto come sia stressante, al di là della gioia, la nascita di un bambino, si perde la propria individualità, diventa difficile fare le cose che prima si facevano con tranquillità (*“anche farsi uno shampoo diventa problematico!”*), le ore di sonno diminuiscono, cose che io so molto bene avendo un bambino coetaneo di Daniel. Monica fa un sospiro di sollievo e si sfoga di quanto sia difficile, soprattutto con un marito assente molte ore al giorno per lavoro. Almeno all'inizio E. non aveva problemi. Le espongo la mia ipotesi, che al di là della fobia E. possa sentirsi trascurata, del tutto comprensibile in questo momento da entrambi le parti. La nascita di Daniel ha tolto alla bambina degli spazi fino ad allora esclusivamente suoi, allo stesso tempo lei in questo periodo è veramente stressata. E. con il suo comportamento sta riacquistando degli spazi. Monica riferisce di sentirsi sollevata che non sia nulla di più grave e che forse E. è stata nell'ultimo periodo trascurata. Le spiego come sia importante la collaborazione di tutta la famiglia e che mi occorre osservare il loro comportamento e stile comunicativo per rendere più proficua la terapia. Dovranno sì assicurare E. ma non esserne complici (*“la vesto io altrimenti non lo fa”* in realtà è *“la vesto io perchè altrimenti ci mette troppo tempo e io ho tante cose da fare”*).

Per questo le prospetto di vederla per degli incontri psicoeducativi che per quanto sia possibile coinvolgano anche il marito. Decido questo perchè noto che la mamma sia molto ansiosa, che tenda a bloccare il comportamento esplorativo di E. (mantenendo i sintomi), atteggiamento che non so se sia soltanto dettato dagli ultimi eventi. Monica riferisce che cercherà di fare il meglio possibile.

Nella **seduta osservativa a casa (4)** non è emerso nulla di rilevante. Come avevamo deciso è stata un'osservazione carta e matita. Monica era come al solito molto agitata. Ho notato subito come il seggiolone fosse distante dal tavolo e vicino ci fosse una sedia. Monica mi dice che mentre E. e suo padre mangiano, lei pensa a Daniel, si posiziona lontano dal tavolo altrimenti vuole prendere le cose che vi sono sopra. Le consiglio di mettere il seggiolone al posto di una sedia intorno al tavolo in modo da poter mangiare tutti insieme, Daniel potrebbe essere distratto dagli altri e fare meno confusione. E. è entusiasta dalla mia presenza e mi fa vedere subito la sua cameretta. Mi invita a giocare ad un gioco (trovare delle coppie di carte uguali tra tante), le chiedo se vogliamo coinvolgere anche i suoi genitori. Facciamo due squadre, E. decide di stare con il padre. Sembrano molto complici, io e Monica volutamente la facciamo vincere. Anche Monica si tranquillizza mentre Luigi è stato fin da subito accogliente e cordiale. Daniel ci guarda, non sembra così irrequieto come era stato descritto. Noto come la televisione sia sempre accesa in sottofondo ma evito di dirlo (non volevo urtarli), mi avevano già detto che erano un po' preoccupati per la mia visita. La gioia di E. evidenzia come sia una cosa che non fanno molto spesso.

Nella **quinta seduta** E. viene con la mamma, che si trattiene solo pochi minuti per dirmi che dopo la mia visita a casa, sono cambiate delle cose e va meglio. E. mi riferisce come non vedeva l'ora di venire (non ci siamo viste per circa venti giorni

perchè non è stata bene). Ho cercato di farle “*mettere in scena*” le sue paure dapprima disegnandole e poi utilizzando della plastilina. Abbiamo discusso insieme degli accorgimenti che potremo utilizzare per avere meno paura. Racconta come spesso a casa si annoia e vorrebbe qualcuno con cui giocare, non piccolo come il fratellino. Riferisco questo a Monica e le suggerisco di invitare un'amichetta a casa.

Nella **sesta – tredicesima seduta** abbiamo lavorato:

- con l'**esposizione graduata** per quanto riguarda l'affrontare le situazioni temute. Abbiamo costruito una gerarchia di situazioni ansiogene (allegato 2), dalla meno ansiosa alla più ansiosa e insegnato una tecnica di rilassamento (allegato 3). Durante la somministrazione della scala riferisce spesso di avere un po' di paura, insieme cerchiamo delle frasi di fronteggiamento (es. “*se sono calma non mi succederà nulla, devo respirare lentamente*”).
- **Attività psicoeducative per un'educazione alle emozioni.** (ho utilizzato il testo di I. Grazzani Gavazzi, V. Ornaghi, C. Antoniotti “*La competenza emotiva dei bambini*” e il testo di M. Di Pietro “*L'educazione razionale – emotiva*”).

Per ogni emozione (abbiamo preso in esame la paura, la felicità, la rabbia e la tristezza) sono state attuate una serie di attività operative riferite, rispettivamente, all'espressione, alla comprensione e alla regolazione dell'emozione stessa.

Per quanto riguarda l'espressione delle emozioni, le attività proposte prevedono l'uso di canali di comunicazione non verbale (ovvero la rappresentazione grafica, l'espressione del viso, l'espressione del corpo, l'uso della voce) e verbale. L'obiettivo era quello di stimolare E. a sperimentare, riflettere e confrontarsi sulle diverse modalità per esprimere le diverse emozioni.

Rispetto alla comprensione delle emozioni, il percorso psicoeducativo ha previsto di lavorare sia sulla comprensione dell'espressione emotiva sia sulla comprensione delle cause esterne e interne delle emozioni. La metodologia utilizzata in questo caso è quella della conversazione attivata e monitorata dalla psicologa a partire da un certo stimolo (abbiamo utilizzato delle vignette).

Infine per la regolazione delle emozioni, la metodologia utilizzata è la medesima: sulla base degli stimoli offerti (le vignette), E. è stata sollecitata a riflettere e discutere circa le strategie di regolazione utilizzate nella vita quotidiana per far fronte a intense emozioni in se stessa e negli altri.

Più specificamente, il primo momento dell'attività consiste nella presentazione di uno stimolo che va, ad esempio, dalla richiesta di disegnare o esprimere con la voce una data emozione, nel caso dell'*espressione* emotiva, all'ascolto di brevi storielle illustrate nel caso della *comprensione* e della *regolazione* delle emozioni. Successivamente, si discute sull'attività espressiva svolta, piuttosto

che sullo stato emotivo del protagonista delle storie lette. Tramite domande ho cercato di alimentare uno scambio di punti di vista ed esperienze con E., stimolandola a riflettere sui diversi modi in cui si può esprimere un'emozione, su quali possono esserne le cause e sulla possibilità di regolarne la manifestazione. Infine a conclusione di ogni attività si riassume quanto emerso.

E. mostra difficoltà soprattutto per quanto riguarda la rabbia e la tristezza. Dalle nostre discussioni emerge la rabbia di E. nei confronti dei genitori, riguardo al loro modo di comportarsi dopo la nascita di Daniel, allo stesso tempo non ha adeguati canali espressivi. Per tale motivo abbiamo lavorato sulla possibilità di poterla esprimere, senza per questo nuocere agli altri.

Nonostante ora E. sta ricevendo attenzioni da tutti, è triste perché in realtà non vuole sentirsi "*piccola*". In entrambi i casi abbiamo lavorato su quanto sia utile l'espressione delle emozioni e soprattutto l'opportunità di comunicarle;

- con il **dialogo interno**, utilizzando nuovamente degli **ABC**, questa volta anche con l'aiuto di alcuni testi (utilizzo di testi del tipo "*Quando arriva un fratellino*" di N. Costa, EMME EDIZIONI, "*Perche lui sì e io no? Storie per affrontare i conflitti tra fratelli.*" di R. Guidetti, ERICKSON), abbiamo cercato di analizzare il rapporto con il fratellino.

Prima di far questo ho cercato di insegnare ad E. che il modo in cui pensiamo influenza il modo in cui ci sentiamo, questo soprattutto per darle un maggior senso di fiducia nelle sue risorse personali e meno in balia degli eventi esterni. Per dimostrare ad E., che le emozioni sono provocate da quello che pensiamo in certe situazioni, gli sono stati letti degli episodi, chiedendole cosa proverebbe in quella situazione. Ogni episodio è diviso in due parti, il secondo per enfatizzare che sono stati provati sentimenti diversi perché sono state pensate cose diverse (Allegato 4).

Ancora una volta emerge il vissuto della rabbia.

Nella **quattordicesima seduta** Elisa mi racconta con molti particolari di Romeo, è entusiasta nell'averlo rivisto (avevo invitato i genitori a pensare ad un loro incontro). Quando però le parlo degli altri cani è ancora molto turbata e alla mia ipotesi di un possibile avvicinamento mi espone molte eccezioni (del tipo "*e se mi morde, se salta il cancello...*"). Aggiungiamo alla scala un altro stimolo "*un cane che non sia Romeo*". Non supera bene l'item, per questo le propongo che l'accompagni il papà. Questa volta va meglio. La stessa situazione viene riproposta in vivo.

Nella **quindicesima seduta** E. non vede l'ora di raccontarmi di essere andata a trovare la sua cuginetta, Desirè, la padroncina del cane che ha aggredito Romeo. Pur avendo ancora un po' di paura si è avvicinata al cancello accompagnata dal papà e non è successo quello che per tanto tempo aveva immaginato.



E. non è più spaventata dalle persone di colore, anche se non è stato fatto un lavoro diretto a questo, è come se la sicurezza ritrovata l'abbia aiutata a razionalizzare le sue paure. Un'altra ipotesi è che la paura nei confronti degli indiani era dovuta al fatto che non voleva recarsi dalla nonna, evento che si verifica più di rado.

Le spiego come le cose si siano risolte, riassumendole il lavoro che abbiamo fatto insieme. E. è contenta ma allo stesso tempo triste, perché non potrà più vedermi. Le propongo di rifarmi il disegno della famiglia e dell'albero con la promessa di rivederci tra un mese per vedere come vanno le cose.

Finalmente nei suoi disegni Elisa comincia ad utilizzare i colori. La fisionomia della sua famiglia cambia: tutti sembrano più felici, i dettagli con cui vengono rappresentati i personaggi aumentano. In modo particolare tutti hanno un palloncino, prova di un clima gioioso. La nonna non viene più disegnata. Elisa ora trascorre molto più tempo a casa e raramente dorme dalla nonna.

Anche nel disegno dell'albero Elisa utilizza i colori, questa volta vengono disegnate anche le radici, segno di un forte attaccamento del bambino alla mamma e ai familiari, dai quali trae sicurezza. A decorare il tutto un prato colmo di fiori.

Noto la sicurezza di Elisa nel disegnare, nel riportare i particolari e nello scegliere i colori, altrettanto evidente è la soddisfazione quando conclude il disegno.

### **Intervento con i genitori**

Gli obiettivi dei colloqui con i genitori sono stati i seguenti:

- condivisione della diagnosi. Ci siamo mossi verso una lettura, il più possibile condivisa, del significato relazionale-affettivo del disturbo,
- coinvolgimento con un ruolo di co-terapeuti;
- ottenere una descrizione accurata dei comportamenti e delle emozioni del bambino in modo da poter arrivare ad una descrizione obiettiva delle sue ansie o paure;
- raccogliere informazioni sul ruolo svolto dai genitori sulle origini della paura e sul suo mantenimento;
- scoprire le distorsioni cognitive e i comportamenti erranei dei genitori;
- valutare le loro reazioni emotive ai comportamenti problematici del bambino;
- iniziare ad abituare i genitori a considerare E. secondo un'ottica cognitivo-comportamentale;
- concordare gli scopi dell'intervento.

Dopo alcuni colloqui avuti solo con Elisa ho visto nuovamente soltanto entrambi i genitori (un colloquio c'era stato durante la valutazione/anamnesi di Elisa). Abbiamo deciso di vederci nel tardo pomeriggio per dare al padre la possibilità di venire. Il padre ha confermato di essere poco presente ma non per questo poco attento ai figli, chiede sempre alla moglie di loro e cerca di rimanere libero almeno nei fine settimana.

Mi spiega che negli ultimi tempi ha dovuto lavorare molto perchè non può permettersi un operaio. Monica continua ad essere agitata (sembra essere sempre sotto esame). Luigi riferisce che la moglie è molto ansiosa e a volte esagera per quanto riguarda i figli. Gli chiedo di farmi qualche esempio. Mi racconta che consulta il pediatra per ogni piccola cosa, vieta ad E. molte cose perchè le ritiene pericolose (non si fa aiutare nell'accudimento di Daniel)... . Per calmare un po' gli animi gli dico che spesso l'ansia è semplicemente un eccesso di attenzione e non si vuole nuocere ai figli. Luigi mi ripete che dice questo anche per Monica, anche lui la vede sfinita. Ripeto quello che avevo già detto a Monica e di cambiare alcune cose nel comportamento con E. . Il padre è subito d'accordo, è sfinito da questa situazione. Monica conferma. Cerchiamo di ricostruire quando si innesca la sintomatologia di E. . Sono più frequenti nel momento dei pasti, quando deve andare a letto o uscire di casa. Monica ormai non si siede più a tavola, prima deve dare la pappa a Daniel e poi deve imboccare E. altrimenti o non mangia o ci mette tutto il pomeriggio (situazione che non si verifica a scuola). Nel momento di andare a letto si verifica la medesima situazione, sfiniti la portano a letto con loro.

Spiego loro come i comportamenti di E. potrebbero essere in parte dovuti ad una gelosia nei confronti del fratellino. Sicuramente E. ha avuto un grande spavento e riporta i segni di questo (paura marcata e persistente provocata dalla presenza dell'oggetto, l'esposizione provoca una risposta ansiosa, pianto, scoppi di ira ..., evita la situazione fobica, l'evitamento interferisce con le abitudini di vita), tali da giustificare una diagnosi di fobia, ma il quadro potrebbe essersi aggravato dai benefici che E. sta ottenendo. Gli consiglio di evitare di sgridarla e di utilizzare punizioni minacce del tipo per un po'andrai dai nonni (minaccia attuata abitualmente, E. non vuole andare dalla nonna, perchè ha paura degli indiani). Spiego loro che in questo modo il timore di E. di essere abbandonata diventerebbe ancora più forte. Un rimedio potrebbe essere quello di rendere più possibile partecipe dell'evento, delegandogli piccoli compiti senza appesantirla. Non cambiare i comportamenti nei confronti di E. perchè ora lei è la più grande. Sorridono entrambi, sono errori che hanno già fatto. Per quanto riguarda dormire nel lettone, sarebbe utile che si trattenessero con lei nella sua cameretta, magari leggendole una favola, coccolarla, giocare insieme.

Sono stati d'accordo con un'osservazione a casa per vedere il comportamento di E. e che sarebbe bene che ci fossero anche loro. Aggiungo di rinforzarla positivamente ogni volta che E. riesce a fare qualcosa in più. Ho cercato di spiegare loro l'importanza della lode, principale tipo di rinforzo sociale, che alimenta l'autostima, aumenta lo stato di benessere emotivo del bambino e incrementa il manifestarsi dei comportamenti desiderati.

Visti i risultati buoni riportati da Elisa decido di rivedere i genitori solo dopo diverso tempo. Monica mi riferisce come non sia stato facile questo periodo nel seguire il programma concordato insieme, ma è contenta perchè ora E. comincia a migliorare. Dalla mia visita a casa hanno capito come mancassero dei momenti che trascorressero tutti e quattro insieme. Non è stato facile persuaderli a far riprendere ad E. i contatti

con il loro cagnolino, dapprima portandola da lui (ora si trova dalla nonna materna,) e poi riportandolo a casa. Ho ribadito ancora una volta ad entrambi che per E. sono loro il primo modello di comportamento, le reazioni ansiose molto spesso sono apprese dai modelli educativi di riferimento, quindi farsi vedere agitati è controproducente, in questo caso è meglio ritardare l'incontro con il cagnolino. I genitori sembrano persuasi. Abbiamo quindi concordato insieme di cominciare ad anticipare ad E. l'incontro (cosa che in seduta è stata già fatta con l'esposizione graduata).

Ho cercato di aumentare la consapevolezza che lo stato d'animo dei genitori, così come il loro modo di percepire la realtà, condizionano il loro stile educativo e di conseguenza il comportamento dei figli. Ho spiegato questo con degli ABC (il rapporto tra reazioni emotivo-comportamentali dei genitori ed emozioni di E.; C del genitore diventa A per la figlia).

## **FOLLOW-UP**

La scuola è nuovamente iniziata, E. ha nuovi compagni ed è entusiasta perché quest'anno nella scuola di danza c'è anche un corso di balli di coppia. Daniel "*finalmente*" va al nido e la madre li accompagna entrambi. È serena, è una bambina diversa da quella incontrata qualche mese fa, molto più matura.

ALLEGATO 1

DISEGNI

## ALLEGATO 2

### Scala delle situazioni ansiogene

1. Giocare con le amiche a scuola durante la ricreazione.
2. Stare nella mia cameretta a guardare la tv.
3. Andare in bagno sola.
4. Uscire in giardino dalla nonna.
5. Uscire con qualcuno in giardino a casa.
6. Dormire sola nella mia cameretta.
7. Uscire sola in giardino a casa.
8. Andare a casa di Desirè (la padroncina del cane che ha aggredito Romeo).
9. Avvicinarsi ad un cane che non sia Romeo (item aggiunto successivamente).

## ALLEGATO 3

### Tecnica di rilassamento

Istruzioni pronunciate lentamente e facendo delle pause.

“Stai seduta con la schiena dritta ed ascolta attentamente le istruzioni.

Respira lentamente e profondamente con il naso. Cerca di rimanere perfettamente immobile.

Mentre respiri cerca di sentire l'aria che arriva fino alla pancia.

Lascia che la tua pancia si riempia d'aria, proprio come un pallone ... Poi, mentre l'aria esce fuori, cerca di sentire la pancia che si sgonfia ... Mentre respiri continua a mantenere l'attenzione sulla pancia, non pensare a niente altro ...

Tutta la tua attenzione è sulla pancia che si gonfia e si sgonfia... Il tuo respiro va e viene in modo naturale... Mantieni l'attenzione sulla pancia che si gonfia quando entra l'aria e si sgonfia quando esce l'aria. Continua così...

Adesso fai due respiri con calma e ricomincia a muoverti.

## ALLEGATO 4

### Così penso, così mi sento

#### EPISODIO 1

Prima parte:

Supponi di essere andata ai giardini pubblici per fare volare un aquilone. Lo appoggi su una panchina per allacciarti una scarpa e quando hai finito ti accorgi che qualcuno si è seduto sull'aquilone rompendolo.

Ti sentiresti: *“Arrabbiata e triste”*

Seconda parte:

Adesso supponi di notare che la persona che si è seduta sulla panchina è un cieco.

Ti sentiresti: *“Triste perché l'aquilone si è rotto ma non più arrabbiata perché il signore non l'ha visto.”*

#### EPISODIO 2

Prima parte:

Supponi di essere uscita di casa con il tuo pallone per andare a giocare con i tuoi amici. A un certo punto senti un bambino più grande che grida correndo verso di te:

*“Hai rubato il mio pallone!”*

Ti sentiresti: *“Spaventata perché vuole il mio pallone, vuole una cosa non sua, è un bambino cattivo!”*

Seconda parte:

Supponi che quando il bambino ti raggiunge, dopo aver guardato il pallone ti dica: *“Oh, scusa non è il mio”*. Qualcuno si è portato via il mio pallone ai giardini. Io ci tenevo tanto, perché me lo ho regalato il mio papà per il mio compleanno”.

Ti sentiresti: *“Più tranquilla, gli hanno portato via una cosa per lui importante.”*

### EPISODIO 3

Prima parte:

Supponi di uscire la prima volta con il giubbotto che ti piace tanto. La mamma si è raccomandata di non sporcarlo. Mentre cammini sul marciapiede una macchina scizzandoti addosso l'acqua infangata di una pozzanghera ti sporca.

Ti sentiresti: *“Delusa, la mamma ci teneva tanto che lo tenessi pulito”*.

Seconda parte:

Supponi che la persona che guida la macchina è la mamma di un tuo amico la quale ti spiega che è dovuta passare sulla pozzanghera per evitare di investire un bambino in bicicletta. Ti dice che ti accompagnerà a casa e spiegherà alla tua mamma cosa è successo.

Ti sentiresti: *“ Più tranquilla, non è stata colpa sua, la mamma capirà!”*

## BIBLIOGRAFIA

- Baumgartner E. (2008). *L'osservazione del comportamento infantile*. Carocci, Roma.
- Beck A. e Emery G. (1988). *L'ansia e le fobie*. Astrolabio, Roma.
- Bellacicco D., Panier Bagat M., Sasso S. ( a cura di ) (1995). *Osservare l'infanzia*. Bulzoni Editore, Roma.
- Binetti P., Ferrazzoli F., Flora C. (1999). *Ho paura. Che cosa spaventa i bambini: un modo per conoscere e capire le loro paure*. Edizioni scientifiche Magi, Roma.
- Bowlby J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cassiba R., Salerni N. (2004). *Osservare i bambini: tecniche ed esercizi*, Carocci, Roma.
- Camaioni L., Aureli T., Perucchini P. (2004). *Osservare e valutare il comportamento infantile*. Il Mulino, Bologna.
- Corman L. (1978). *Il disegno della famiglia*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Costa N. (2007), *Quando arriva un fratellino*. Emme edizioni, Trieste.
- Crepet P. (2001). *Non siamo capaci di ascoltarli. Riflessioni sull'infanzia e sull'adolescenza*. Einaudi, Torino.
- Crotti E. e Magni A. (2006), *Come interpretare gli scarabocchi*. Red edizioni, Milano.
- Koch K. (1959). *Il test dell'albero*. OS, Firenze.
- D'Alessio (a cura di) (1999). *Psicologia dell'età scolare*. Carocci, Roma.
- De Silvestri C. (1999). *Il mestiere di psicoterapeuta*. Astrolabio, Roma.
- Di Pietro M. (1989), *La terapia razionale – emotiva nel trattamento delle paure infantili*, in “*Terapia del comportamento*”, n.21.
- Di Pietro M. (2010), *L'educazione razionale emotiva. Per la previsione e il superamento del disagio psicologico dei bambini*. Erickson, Trento.
- Ellis A. (1989), *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio, Roma.
- Ellis A. (1993), *Autoterapia razionale – emotiva*. Erickson, Trento.



- Grazzani Gavazzi I., Ornaghi V. (2011), Antoniotti I., *La competenza emotiva nei bambini*. Erickson, Trento.
- Guidetti R. (2007). *Perché lui sì e io no? Storie per affrontare i conflitti tra fratelli*, Erickson, Trento.
- Guidetti R. e Eccli M. (2002). *Sempre Capricci? Storie “psicologicamente corrette” da leggere assieme ai bambini*, Erickson, Trento.
- Isola L., Mancini F. (a cura di) (2007). *Psicoterapia cognitiva dell’infanzia e dell’adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Lambruschi F. (a cura di) (2004). *Psicoterapia cognitiva dell’età evolutiva*. Bollati, Boringhieri editore, Torino.
- Machover K. (1980). *Il disegno della figura umana*. Os, Firenze.
- Miller Patricia H.. (1987). *Teorie dello sviluppo psicologico*. Il Mulino, Bologna.
- Murdock M.(1989). *L’immaginazione guidata con i bambini e gli adolescenti. Esercizi e tecniche per l’apprendimento, la creatività e il rilassamento*. Astrolabio, Roma.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2009) *ICD – 10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Masson, Milano.
- Preuschhoff G. (2000). *Come capire e risolvere le paure dei bambini*. RED, Milano.
- Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di) (1996), *L’attaccamento nel lavoro clinico e sociale. Esplorazione e sviluppo di nuovi modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- Riva Crugnola C. (a cura di) (2007), *Il bambino e le sue relazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Riva Crugnola C. (a cura di) (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano.

