La prospettiva cognitivista nel trattamento del DDAI: la necessità di setting multipli

di Isola L. e Buonanno C.
(Associazione Psicologia Cognitiva di Roma)

Introduzione

- L'essere umano come sistema organizzato di conoscenze
- I disturbi infantili sono disturbi della relazione: importanza delle prime esperienze con i caregiver
- La sintomatologia come strategia finalizzata all'attivazione delle relazioni di Attaccamento (regolazione della relazione con il caregiver)

Introduzione

- Necessità di utilizzare setting multipli nell'intervento clinico in età evolutiva
- Attivare tutte le risorse presenti nei diversi contesti in cui il bambino entra in contatto con situazioni problematiche

La teoria dell'Attaccamento e il DDAI

Poche le ricerche finalizzate all'individuazione della relazione tra pattern di attaccamento prevalenti e sviluppo del DDAI.

- Bowlby: i modelli atipici come fattori di rischio per l'esordio di una psicopatologia,ma non come fattori specifici.

La teoria dell'Attaccamento e il DDAI

- Fonagy (2005): la disorganizzazione delle relazioni di attaccamento è un fattore di vulnerabilità. Lo sviluppo successivo di una psicopatologia è, in questo caso, subordinato alla presenza di altri fattori di rischio.

I bambini che rientrano in questa dimensione sono meno competenti nel gioco con i coetanei, nella risoluzione di conflitti, nella costanza dell'interazione

La teoria dell'Attaccamento e il DDAI

- Liotti (2001): "durevole fallimento" delle operazioni organizzatrici della coscienza.

Rappresentazioni non integrate di sé con l'altro, deficit nelle capacità di automonitoraggio metacognitivo e nella regolazione delle emozioni:

1. Emozioni incomprensibili
2. Emozioni non regolabili
3. Tendenze alla scarica nell'azione

La teoria dell'Attaccamento e il DDAI

- Ruolo dell'Attaccamento Insicuro:

Strategia organizzata che consente il mantenimento della rappresentazione di sé e dell'altro e garantisce continuità dello sviluppo della coscienza, se non associato ad altri fattori di rischio

La teoria dell'Attaccamento e il DDAI

- Ruolo dell'Attaccamento Sicuro (Fonagy, 2005):

Garantisce lo sviluppo della capacità di orientare e focalizzare l'attenzione sulla relazione madre bambino.
Implica un soddisfacente sviluppo di competenze sociali, empatia, comprensione e basso livello di aggressività.

I fattori di rischio, sviluppo e mantenimento

Combinazioni di differenti fattori conducono a differenti disturbi ovvero a differenze nell'espressione sintomatica e nel decorso naturale.
Il grado di sovrapposizione varia da individuo a individuo.

I fattori di rischio, sviluppo e mantenimento

Ambiti generali dei fattori di rischio:

1. Caratteristiche del bambino (vulnerabilità biologica, temperamento, funzioni neurocognitive)
2. Qualità dell'Attaccamento precoce
3. Strategie educative/socializzanti dei genitori
4. Ecologia della famiglia (stress, traumi, risorse, supporto sociale)

I fattori di rischio, sviluppo e mantenimento

- Greemberg (1999): studio con bambini sicuri (24-42 mesi) e sviluppo di sintomatologia.

Madri meno capaci di sostegno ed incoraggiamento,educatrici meno efficaci, con aspettative confuse,stabilivano limiti incoerenti.
A 30 mesi, gli ambienti familiari di gioco erano caratterizzati da un numero inferiore di materiali e da madri poco coinvolte

I fattori di rischio, sviluppo e mantenimento

- Snyder et al (2005):

266 bambini con DC. Strategie educative inefficaci, unitamente ad uno stile attributivo ostile contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento del Disturbo. I genitori attribuiscono le cause del comportamento disturbato a caratteristiche stabili del bambino

- Forster et al (1990):

I genitori di bambini con comportamenti distruttivi tendevano a somministrare un maggior numero di comandi e a fare un maggior Numero di commenti critici

I fattori di rischio, sviluppo e mantenimento

- Studio Minnesota (1993): il 71% dei bambini ostili era stato classificato a 18 mesi come disorganizzato, mentre solo il 12% risultava sicuro.
- Vaughn, Bost (1999): non è detto che l'eventuale vulnerabilità biologica compromettа necessariamente lo sviluppo di un pattern di attaccamento sicuro, se non associato a fattori di rischio

Caratteristiche del bambino

- Orientano lo stile educativo del genitore
- Circoli viziosi irritabilità del genitore e disobbedienza del bambino
- Attivazione di modalità educative e di accudimento inadeguate
- Modelli Operativi Interni che implicano distorsioni nelle attribuzioni di significato orientati ad un'elevata ostilità: aggressione reattiva

Caratteristiche del bambino

- Comportamenti problematici che facilitano l'attaccamento a breve termine, ma che costituiscono le condizioni per processi familiari disadattivi.
- Circoli interattivi disfunzionali
- Disorganizzazione dello stile educativo: le madri alternano modalità rigide a modalità indulgenti (rinforzi)

Fattori di vulnerabilità

Liotti (2001):

1. Condizioni di abbandono: l'altro non risponde ai segnali del bambino, inducendolo a credere che le proprie emozioni siano inutili
2. Condizione di Attaccamento Insicuro Organizzato: il bambino costruisce rappresentazioni e scopre che le emozioni sono efficaci se espresse con tenacia e persistenza, oppure controllate e represse
3. Condizione di Disorganizzazione dell'Attaccamento: l'emozione non viene né rispecchiata, né validata dalla madre. Viene annullato il valore comunicativo dell'emozione, oltre che l'abilità a ricercare sostegno.

Fattori di vulnerabilità

- I deficit di regolazione delle emozioni si manifestano con modalità esplosive e drammatiche
- Esplosioni di collera competitiva generate dalla tendenza ad inibire difensivamente il sistema dell'Attaccamento

Fattori di vulnerabilità

- Insicuro/Evitante: sottostimano l'efficacia delle proprie reazioni emotive
- Insicuro/Resistente: sovrastimano l'efficacia delle proprie reazioni emotive
- Disorganizzato: impossibilità a pensare alle emozioni. Le emozioni vengono agite con l'altro percepito come privo di stati interni.

Problemi

Diagnosi in comorbilità e trattamento:

- Hanson et al . (1996): soggetti con DDAI e CD ad esordio precoce sviluppano in adolescenza condotte di abuso di sostanze
- Garbarino (2000): adolescenti con DDAI e CD hanno una relazione più positiva con i genitori, rispetto a quelli con sola diagnosi di CD.

Problemi

Diagnosi in comorbilità e trattamento:

- Milich, Okazaki (1991): in bambini con DDAI e disturbi dell'umore, gli autori hanno rilevato un iniziale atteggiamento ottimistico nella soluzione di particolari compiti (puzzle risolvibile/irrisolvibile), seguito da uno stile di risposta caratterizzato da "learned helplessness" ed attribuzioni interne stabili, in risposta ad esperienze di fallimento
- Schmidt et al (1998): I bambini con diagnosi DDAI/Disturbo dell'Umore avevano una visione più negativa di sé ed un maggior numero di attribuzioni negative interne e stabili, rispetto ai soli DDAI

Problemi

Bloomquist, Schnell (2002): categoria PAC

- DDAI
- DOP
- CD

Esibiscono una qualche forma di aggressività:

- Aggressività reattiva
- Aggressività relazionale
- Oppositività

Problemi

- Modello di funzionamento esecutivo (Pennington, Ozonoff, 1996) e modello socio-cognitivo dell'elaborazione delle informazioni (Crick, Dodge, 1994. Lochman et al , 2000)
- Danneggiamento delle capacità sociali e deficit socio-cognitivi

Problemi

- Magai (1999): attribuzione di un'emozione a stimoli facciali ambigui condizionate da alte aspettative di rabbia
- Deficit nelle capacità di regolare le emozioni negative generano risposte poco flessibili e favoriscono l'uso di strategie relazionali inefficaci

Problemi

Comorbilità con CD (tipo "esordio nella fanciullezza":

- Ritiro sociale, bassa autostima, maggiore ansia, maggiore patologia materna.

Comorbilità con DOP:

- Associata all'aumento di comportamenti delinquenziali esibiti in adolescenza

Problemi

Lambruschi (2004):

Variabilità delle Organizzazioni di Significato.

Disturbo dell'attenzione con/senza Iperattività:

1. I sintomi assumono un significato di coercizione e controllo sulla figura di attaccamento
2. La distraibilità come "fare compulsivo per non sentire"

Problemi

- Liverta-Sempio, Fazio, Tiezzi (2005):
Enfatizzano il legame tra comprensione mentalistica e funzione sociale competente. In compiti di falsa credenza, i bambini non presentano difficoltà di comprensione di Teoria della Mente (ad eccezione del sottotipo "combinato"

- Charman-Carrol, Sturge (2001):
Discrepanza tra le abilità nei compiti di laboratorio nella falsa credenza e l'abilità quotidiana di lettura della mente

- Ladnier, Massanari (2000):
DDAI come disturbo dell'autoregolazione

Intervento

Nel lavoro clinico in età evolutiva, oltre alla necessità di articolare setting multipli che prevedano l'intervento in contesti differenziati è altresì indispensabile operare con un lavoro interdisciplinare che preveda l'intervento di più figure professionali.

In ogni caso, è opportuno definire setting che tengano conto dei vincoli cognitivi ed emotivi della famiglia e del bambino.

Intervento

- Efficacia diagnostica : evidenziare l'obiettivo prioritario soprattutto in condizioni di comorbilità
- Attenzione alla relazione tra i diversi operatori
- Opportunità di valutare le capacità di lettura della mente del paziente ed il funzionamento generale delle capacità metacognitive.
- Promozione dell'autoriflessività

Intervento

Il numero di setting da proporre dipende da:

- Problemi del bambino
- Momenti di vita del bambino
- Problemi presentati dalla famiglia
- Momenti di vita della famiglia

Intervento

- I contesti terapeutici possono essere modificati in presenza di nuove contingenze:
sedute individuali e di gruppo sia per i genitori, sia per il bambino.
- Sapere che i propri genitori partecipano al percorso di cura è di per sé condizione di sviluppo metacognitivo
- Gli ambienti terapeutici come "contesti sicuri" e altamente prevedibili

Intervento

- L'ambiente terapeutico come contesto all'interno del quale favorire l'esplorazione di alternative comportamentali e cognitive
- Formare setting attivi e dinamici al fine di costruire le premesse di una relazione efficace tra i genitori ed il bambino
- I setting paralleli limitano l'attivazione intensa del sistema motivazionale dell'attaccamento nei confronti del terapeuta e prevengono fenomeni di drop-out

Intervento

MTA Cooperative Group (1996):

1. Comportamenti oppositivi/aggressivi
2. Sintomi internalizzanti
3. Punteggi di lettura

Il terapeuta fornisce consulenze ai genitori e alla scuola e supervisiona il lavoro di gruppo.

Intervento

Intervento sulle interazioni coercitive:

- Evitare il rinforzo e del comportamento aggressivo
- Impedire la stabilizzazione di un modello disfunzionale di interazione.

↓

Intervento cognitivo-comportamentale

Intervento

Intervento cognitivo-comportamentale

↓

1. Scarsa supervisione
2. Disciplina severa ed incostante
3. Disarmonia tra i genitori
4. Rifiuto del bambino (alti livelli di conflitto ed ostilità)
5. Basso coinvolgimento nelle attività del bambino

Intervento

I genitori con strategie relazionali inadeguate misinterpretano i comportamenti del bambino. Essi hanno nei suoi confronti aspettative negative, valutano i comportamenti problematici del bambino come intenzionali, mostrano di avere una scarsa attenzione verso i suoi stati mentali.

Intervento

Percorso:

1. Aiutare i genitori a descrivere nel modo più dettagliato possibile il contesto ambientale in cui il sintomo si manifesta
2. Indagare le teorie "naives"
3. Analizzare le attribuzioni di significato
4. Stimolare il caregiver a produrre inferenze sugli stati mentali del bambino

Intervento

Scopi:

- **Individuare gli stati mentali relativi all'attaccamento e ai corrispondenti pattern di accudimento**
- **Accrescere le capacità di negoziazione**
- **Costruire una comunicazione efficace**
- **Favorire la gestione di regole educative attraverso la contrattazione delle contingenze e del rinforzo**

Modello Operativo Interno

Intervento

Interventi a sostegno della funzione genitoriale

1. Procedure di Parent Training e contratti comportamentali, con lo scopo di sostenere i genitori nel contenimento dei comportamenti del bambino e nella gestione delle regole educative
2. Autosservazione dell'interazione ed interventi facilitanti la condivisione di piani e scopi (riconoscere le attribuzioni di significato, individuare le "credenze patogene" e gli "errori cognitivi", incrementare la capacità di "distancing")
3. Biografia: ricostruzione dello sviluppo degli Schemi Disfunzionali Interpersonali e storia di Attaccamento

Intervento

Situazione	Comportamento Problematico del bambino	I miei pensieri, le mie immagini	Le mie reazioni
Dove, quando, con chi?	Che cosa ha detto e fatto esattamente il bambino?	Che cosa ho pensato, che cosa mi sono detto, che cosa ho immaginato?	Come ho reagito, come mi sono sentito, che sensazioni ho avvertito, che cosa ho fatto e detto?

Lambruschi, 2004

Intervento

Psicoterapia individuale

Favorire i processi di mentalizzazione, attraverso una relazione sicura.
Stimolare nel bambino l'uso della capacità ideativa, al fine di modulare la sua esperienza emotiva; potenziare l'automonitoraggio; incanalare il comportamento impulsivo in condotte socialmente accettabili
In condizioni di comorbilità, si può scegliere di intervenire sul problema secondario: rispetto delle regole, difficoltà nei rapporti sociali, basso livello di autostima.

Intervento

Strategie di intervento

- Favorire nel bambino lo sviluppo di una rappresentazione del terapeuta come alleato
- Fonagy: proporre attività "come se", in un contesto in cui il terapeuta sarà utilizzato come "precursore della riflessività"
- Rabbia e aggressività

Funzioni Metacognitive

Intervento

Strategie di intervento

- Scomporre le esperienze emotive complesse in sequenze semplici
- Introdurre situazioni di contrapposizione di idee, con la finalità di conciliare punti di vista diversi
- Intervento diretto all'interazione caregiver-bambino

Implicazioni per il trattamento e la ricerca

- Il riferimento alla teoria dell'attaccamento è utile per impostare e condurre il trattamento e per impostare programmi di prevenzione al fine di intervenire sui fattori di rischio legati allo sviluppo del disturbo antisociale in adolescenza.
- Ci sembra che sarebbe altresì importante evidenziare se ci sono fattori specifici, oltre a quelli che già conosciamo, che possano ispessire la capacità di resilienza dei bambini in modo da fronteggiare le difficoltà legate all'esordio del DDAI.
- E' altresì utile, come già sostenuto da altri autori, proporre piani di ricerca selezionando campioni che tengano conto dei diversi sottotipi di DDAI.