

CORSO DI TECNICHE DEL COLLOQUIO PSICOLOGICO E PSICOTERAPIA

Prof.ssa Laura Giusti
3 ottobre 2024



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DISCAB
Dipartimento di Scienze
Cliniche Applicate
e Biotecnologiche

1

CHE TIPO DI RELAZIONE È
QUELLA TRA UNO
PSICOLOGO CLINICO E UN
PAZIENTE?

2



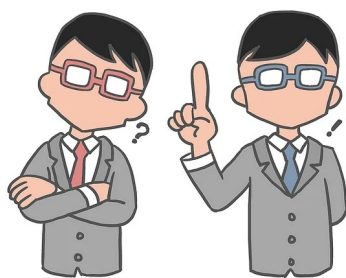
3



4

QUALI CARATTERISTICHE DEVE AVERE UN PROFESSIONISTA D'AIUTO ?

5



- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

6

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



Posso essere tale da venir percepito dall'altra persona come degno di fiducia e leale?

Non equivale ad una rigida coerenza, ma piuttosto ad una **profonda autenticità**.

7

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



- Posso essere forte abbastanza da essere profondamente rispettoso dei miei sentimenti, dei miei bisogni, come dei suoi?
- Sono abbastanza forte da non essere sopraffatto, né lusingato dalla sua dipendenza?

8

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



- Posso essere abbastanza sicuro di me da permettere all'altro di essere distinto da me?

9

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



- Posso entrare nel mondo di sentimenti e significati dell'altro, percependoli così profondamente da perdere ogni desiderio di **giudicarlo e valutarlo?**

10

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



- Posso accettare ogni aspetto che l'altro mi presenta?
- O lo accetto solo a condizione che sia come io desidero?

11

CARATTERISTICHE DEL PROFESSIONISTA D'AIUTO



- Posso riconoscere nell'altro una persona impegnata in un processo in divenire o sarò limitato dalla percezione del suo passato, trasmettendo anche a lui questo mio atteggiamento?

12

OCCUPARSI DI SALUTE MENTALE NON SIGNIFICA ESSERSI PERFETTI E NON PROVARE SOFFERENZA O EMOZIONI NEGATIVE!!

- Nel momento in cui si sceglie di svolgere questa professione, ci si prepara ad essere responsabili, imparando a conoscere molto bene se stessi e ad accettare i propri limiti.
- Tale percorso permette di acquisire una maggiore capacità di affrontare i problemi di altre persone **ma anche di sviluppare una maggiore consapevolezza sul proprio funzionamento psicologico, sui propri timori e sulle proprie esigenze.**

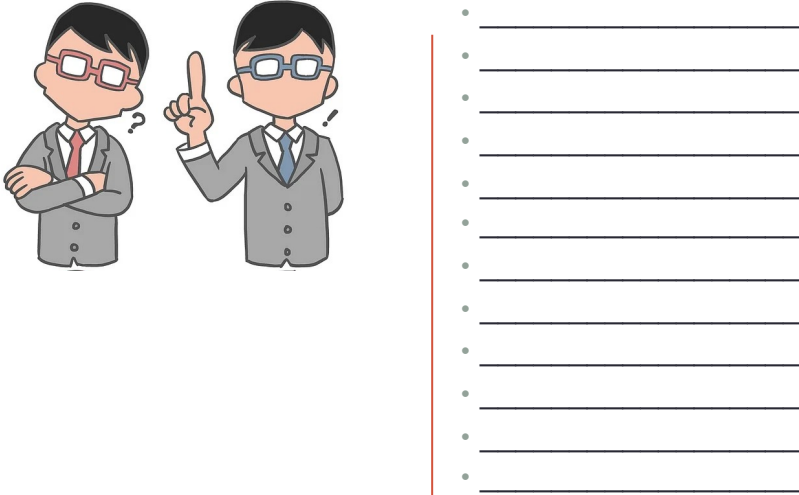


Tutto questo porta o dovrebbe portare ad avere grande professionalità nella gestione di eventuali interferenze che possono avvenire durante il percorso terapeutico.

13

CURA: QUALI PAROLE ASSOCIARE?

14



15

CURA: QUALE SIGNIFICATO?

Il termine cura possiede **tre ambiti** semantici differenti che è possibile ritrovare, diversamente articolati, nella storia della medicina:

- 1) *amministrare, farsi carico, gestire.*
- 2) *terapia, trattamento o guarigione.*
- 3) *sentimento di preoccupazione, di ansia, ma anche di sollecitudine, di salvaguardia, di protezione di attenzione nei confronti della sofferenza dell'altro.*



16

PRENDERSI CURA O CURARE: QUALE DIFFERENZA ?

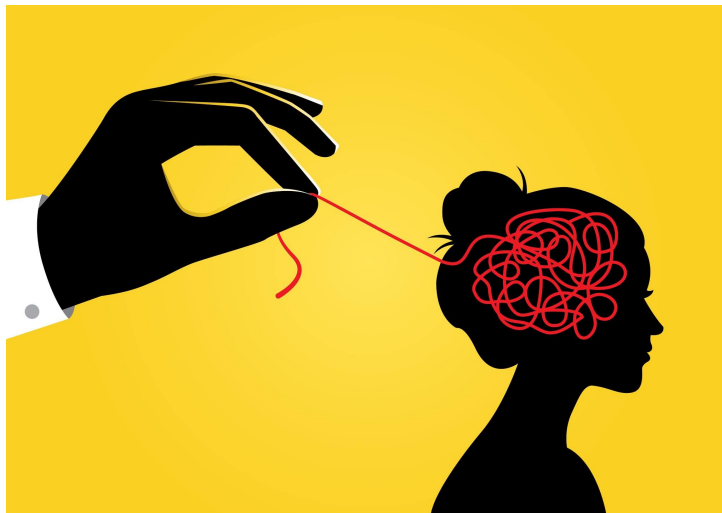
17

CURARE O PRENDERSI CURA? (TO CURE OR TO CARE?)

- Il '**prendersi cura**' è diverso dal 'curare': curare si lega ad una concezione di intervento clinico in cui prevale il lato biologico, il prendersi cura fa riferimento ad una concezione **olistica della persona, fatta di bisogni organici, psicologici, relazionali ed emotivi**.
- Sia *curare* sia *prendersi cura* comportano sempre **un'asimmetria della relazione**, segnata dal bisogno, dalla richiesta, dalla dipendenza del malato (la competenza scientifico-tecnica produce una relazione fortemente asimmetrica).

18

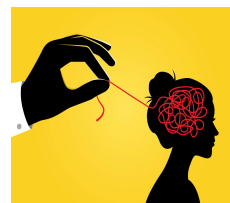
INGREDIENTI FONDAMENTALI PER CONDURRE UN COLLOQUIO CLINICO: PREREQUISITI MENTALI



19

INGREDIENTI FONDAMENTALI PER CONDURRE UN COLLOQUIO CLINICO: PREREQUISITI MENTALI

- ✓ **Disponibilità all'ascolto**
- ✓ **Curiosità e Interesse genuino per le persone**
- ✓ **Tollerare e gestire l'incertezza**
- ✓ Professionalità
- ✓ **Creatività**
- ✓ Capacità di osservare
- ✓ **Sospensione del giudizio**
- ✓ **Accoglienza e rispetto**
- ✓ Lavoro di osservazione , conoscenza e familiarità con il proprio mondo interno
- ✓ **Umiltà e autenticità**
- ✓ Capacità di accudimento Empatia (equilibrata e adattiva)e intuizione
- ✓ Capacità nel comunicare
- ✓ Conoscenza teorica + competenza + strategie pratiche
- ✓ **Essere responsabili e saper responsabilizzare**



20

<https://univaq.coursecatalogue.cineca.it/insegnamenti/2021/38027/2017/10284/10032>

TEMI E CONTENUTI DEL CORSO

- I **fondamenti teorici, l'anatomia, il setting** (materiale e psichico) e le **finalità generali** di un colloquio psicologico, focalizzandoci sulle principali **tecniche**
- **per condurre un «buon colloquio»**
- **per raccogliere dati bio-psicosociali**, prendendo in considerazione le principali aree di indagine e i diversi livelli di approfondimento di un **colloquio anamnestico**.
- Per condurre un colloquio come **tecnica relazionale per conoscere il paziente nelle quattro fasi principali della vita (infanzia, adolescenza, età adulta e anziano)**.
- Verranno inoltre descritte le tecniche del colloquio in psicoterapia cognitiva e i loro sviluppi finalizzati all'esplorazione degli stati mentali alla base della sofferenza psichica:
 - **-validazione,**
 - **-disputa e**
 - **-ristrutturazione.**
- altri strumenti diagnostici verranno presentati come strumenti di supporto e integrazione al colloquio per aiutare il clinico nella formulazione del caso.

21



ORIGINE E SVILUPPO DELLA SOFFERENZA PSICHICA E DEI DISTURBI MENTALI: *dai fattori di vulnerabilità all'intervento psicologico*

Prof.ssa Laura Giusti
17 Ottobre 2024



22

**MA COME SI
GIUNGE AD UNA
CONDIZIONE DI
SOFFERENZA
MENTALE?**



23



Ogni individuo

può trovarsi nel corso della vita cinque condizioni:

- condizione di **benessere psichico**, caratterizzata da un buon livello di soddisfazione dei bisogni, una soddisfacente qualità della vita, equilibrio, serenità, accettazione del proprio stato individuale e sociale, nelle alterne situazioni esistenziali; essa costituisce l'obiettivo verso cui ogni persona tende costantemente;
- condizione di **disagio psichico**, caratterizzata da uno stato di sofferenza e di "incomodo", connesso a difficoltà di varia natura (negli affetti, nel lavoro ecc.) che si presentano nella vita senza che si instauri nessun sintomo specifico, ma tale da pregiudicare, però, la serenità interiore e la "resa sociale"; inquietudine, frustrazione, aggressività o tristezza rappresentano la descrizione soggettiva dello stato di disagio

24



ogni individuo ..

- condizione di **malessere psichico**, nella quale il disagio assume livelli di intensità più elevati, dove si manifesta la consapevolezza soggettiva di non stare bene attraverso la percezione di tensione, stanchezza, sensazioni dolorose etc.
- condizione di **disturbo psichico**, quando il soggetto non trova risoluzione alla sofferenza in cui lo pone la situazione di malessere, ovvero quando essa raggiunge livelli di intensità molto elevati ed è accompagnata da sintomi clinici o alterazioni del comportamento; la sofferenza si “clinicizza”, con l’insorgenza di specifiche manifestazioni psicopatologiche;
- condizione di **malattia mentale cronica**, quando perdurano nel tempo non solo le alterazioni mentali o del comportamento, ma anche le situazioni che le hanno determinate; spesso la stabilizzazione del disturbo è collegata all’assenza o all’inadeguatezza delle cure.

25

Ogni individuo

- Transita continuamente tra benessere e disagio/malessere, e viceversa; solo alcuni possono trovarsi soggetti a specifici disturbi, e, in una più modesta percentuale, pervenire a stabilizzazioni croniche difficilmente reversibili.



Occorre comunque precisare che il benessere non rappresenta meramente assenza di malessere, **ma sensazione di sviluppo personale e capacità di agire.**

26

Il modello stress – vulnerabilità (1)

- Le teorie sulla patofisiologia delle **malattie mentali** fanno riferimento al ben noto modello stress-vulnerabilità, che presume che i sintomi insorgano gradualmente a causa di una **combinazione di fattori**.



Zubin et al., 1977; Nuechterlein et la.,1987

27

IL MODELLO STRESS – VULNERABILITÀ: UN MODELLO DI COMPrensIONE DELL'INSORGERE DEI SINTOMI (2)

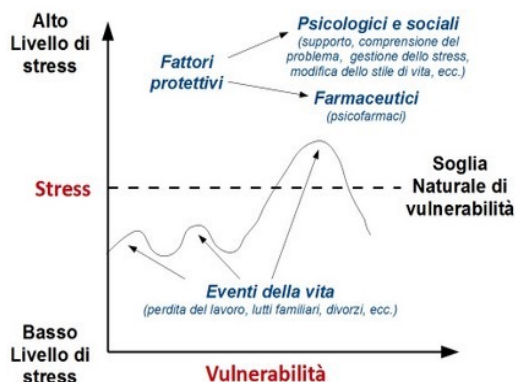


- Tutti siamo soggetti a eventi stressanti ma esiste una **importante variabilità** nel modo con cui si reagisce ad essi.
- In altre parole, lo stesso evento può avere una ricaduta diversa da individuo a individuo: in alcuni casi possono **insorgere quadri sintomatologici** più o meno complessi, in altri no.
- Questo perché ognuno di noi ha dei LIMITI, un **DIVERSO livello di** tolleranza allo stress, una maggiore o minore sensibilità.

Zubin et al., 1977; Nuechterlein et la.,1987

28

IL MODELLO STRESS – VULNERABILITÀ: UN MODELLO DI COMPrensIONE DELL'INSORGERE DEI SINTOMI (3)

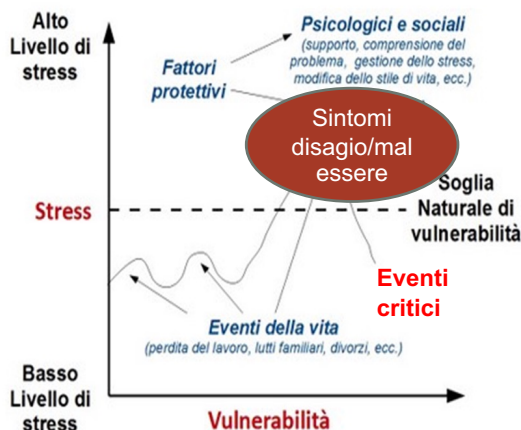


Fonte: Zubin e Spring 1977

- Immaginatoci che esista una soglia di tolleranza allo stress, che stabilisce quanto siamo in grado di sopportare.
- È ovvio che ognuno di noi vive all'interno di un ambiente (**FAMILIARE-LAVORATIVO-SOCIALE**) che produce soddisfazioni, ma che può rappresentare anche una fonte di stress.

29

IL MODELLO STRESS – VULNERABILITÀ: UN MODELLO DI COMPrensIONE DELL'INSORGERE DEI SINTOMI (4)






Fonte: Zubin e Spring 1977

- Eventi improvvisi o situazioni critiche o particolarmente impegnative possono presentarsi mettendo a dura prova la nostra capacità di fronteggiarli
- Questi eventi critici si possono sommare allo stress ambientale superando ulteriormente la nostra soglia di tolleranza
- Allora difficoltà e malessere rischiano di trasformarsi in sintomi.

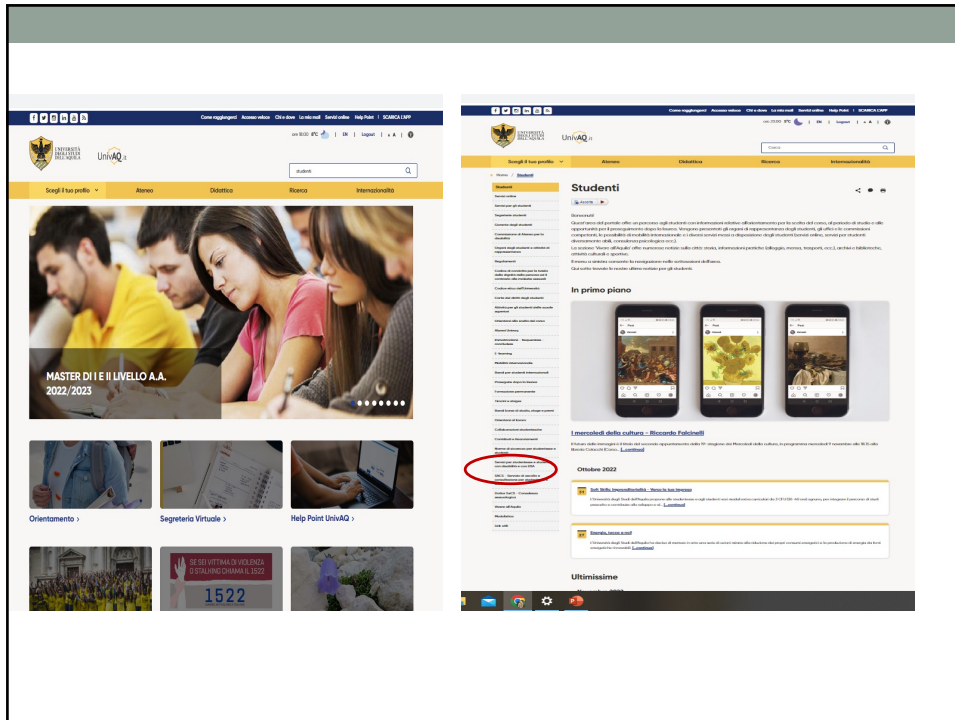
30

QUESTIONARIO SULLA SALUTE IN GENERALE			
(GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE, GHQ-12)			
<p>Ci farebbe piacere sapere come si è sentito nelle ultime due settimane. La preghiamo di leggere le domande di seguito riportate ed ognuna delle quattro possibili risposte. Segni con una crocetta la risposta che fa al suo caso. La ringraziamo per la sua collaborazione.</p>			
<p>NELLE ULTIME DUE SETTIMANE SI È SENTITO:</p>			
<p>1. capace di concentrarsi su quello che stava facendo?</p>			
<input type="checkbox"/> meglio del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)
<p>2. di aver perso sonno per le preoccupazioni?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>3. di essere stato produttivo nelle sue diverse attività?</p>			
<input type="checkbox"/> più del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)
<p>4. capace di prendere decisioni?</p>			
<input type="checkbox"/> più del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)
<p>5. costantemente sotto pressione?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>6. di non essere in grado di superare le difficoltà?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>7. di essere in grado di apprezzare le cose della vita di tutti i giorni?</p>			
<input type="checkbox"/> più del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)
<p>8. di essere in grado di affrontare i problemi?</p>			
<input type="checkbox"/> più del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)
<p>9. infelice o depresso?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>10. di aver perso fiducia in se stesso?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>11. di sentirsi una persona inutile?</p>			
<input type="checkbox"/> per niente (0)	<input type="checkbox"/> non più del solito (1)	<input type="checkbox"/> un po' più del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto più del solito (3)
<p>12. di essere nel complesso felice?</p>			
<input type="checkbox"/> più del solito (0)	<input type="checkbox"/> come il solito (1)	<input type="checkbox"/> meno del solito (2)	<input type="checkbox"/> molto meno del solito (3)

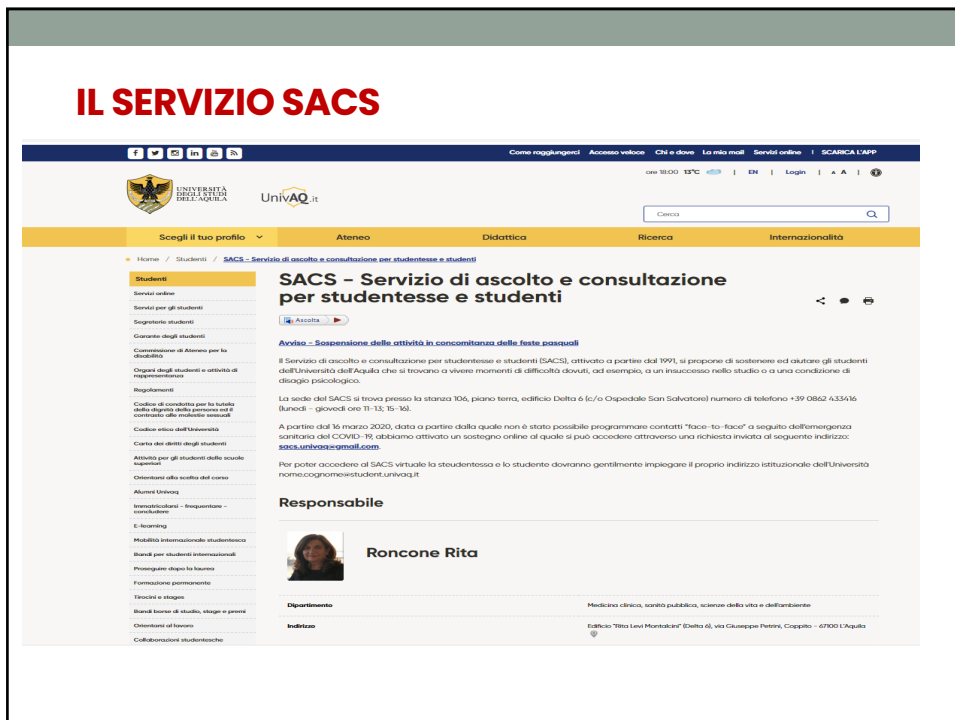
31

GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12): PUNTEGGIO E SCORING	
	<p>PUNTEGGIO tra 0 e 14</p> <p>Al momento sembra non esserci alcun problema</p>
	<p>PUNTEGGIO tra 15 e 19</p> <p>C'è qualcosa che non va ..Potrebbe essere utile chiedere una consulenza</p>
	<p>PUNTEGGIO tra 19 e 36</p> <p>Forse hai bisogno di una mano. Sarebbe utile rivolgersi da uno specialista</p>

32



33



34

LA STORIA DELLA PERSONA E L'IMPATTO DEI LIFE EVENTS SULLO SVILUPPO DI UNA SOFFERENZA MENTALE

35

VULNERABILITÀ E SOFFERENZA MENTALE

▪L'esperienza dalla nascita all'adolescenza, è in grado di plasmare in modo sostanziale conoscenze e comportamento dell'individuo.

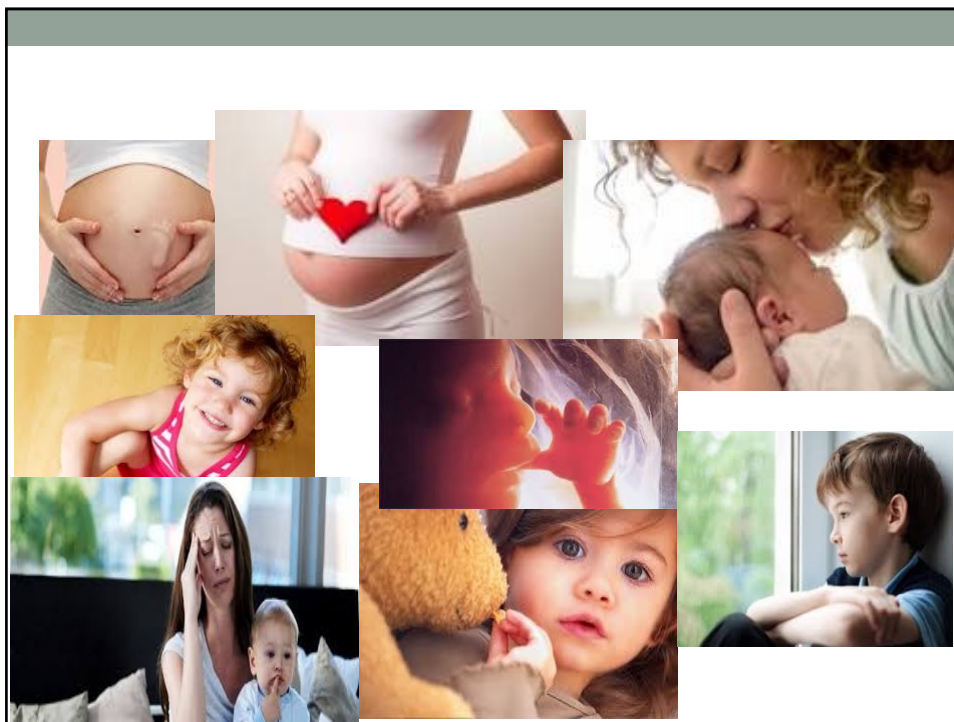
36

Diacronico vs sincronico



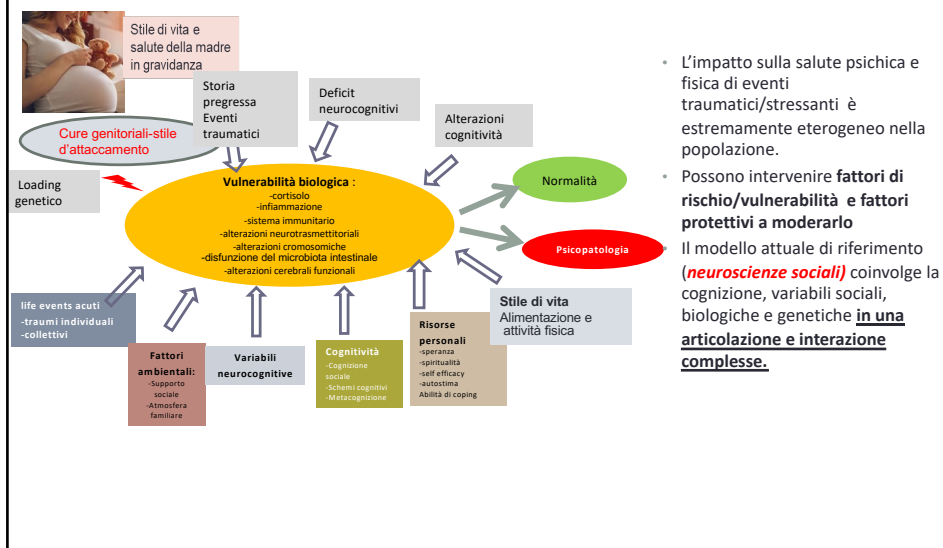
- La visione **diacronica** permette di valorizzare aspetti rilevanti che sfuggirebbero, rispetto ad una prospettiva esclusivamente **sincronico-diagnostica**.

37



38

IL PARADIGMA DELLE NEUROSCIENZE SOCIALI



39

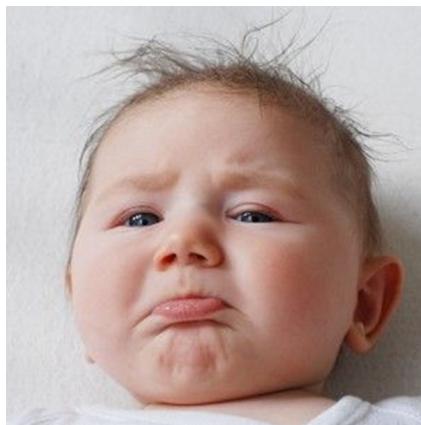
I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE

- **5 principali domini:**
- DEMOGRAFICO (SESSO, ETÀ, ETNIA)
- ECONOMICO,
- CONTESTO DI VITA ,
- CONTESTO AMBIENTALE
- CONTESTO SOCIO-CULTURALE

40

Gli aspetti transgenerazionali del ruolo dell'epigenetica

- E' stata dimostrata una trasmissione transgenerazionale ai figli di cambiamenti epigenetici a seguito di eventi traumatici, dimostrando come **lo stress prenatale possa programmare il funzionamento psicosociale nell'adulto.**



41

HHS Public Access
Author manuscript
Curr Epidemiol Rep. Author manuscript; available in PMC 2021 October 07.
Published in final edited form as:
Curr Epidemiol Rep. 2020 October 7; 7(4): 334-342. doi:10.1007/s40471-020-00252-3.

Risk and protective factors for child maltreatment: A review
Anna E. Austin, PhD^{a,b}, Alexandria M. Lesak, MPH^a, Meghan E. Shanahan, PhD^{a,b}
^aDepartment of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA
^bInjury Prevention Research Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA

page 15

Societal
(e.g., social norms, policies, state and federal regulations)

Community
(e.g., characteristics of neighborhoods and schools)

Interpersonal
(e.g., relationships and interactions with family)

Individual
(e.g. age, sex, physical health conditions, personality traits)

Fattori di rischio familiari

- Violenza tra i partner
- Svantaggi economici ed instabilità lavorativa
- Abuso di sostanze(alcolismo e/o tossicodipendenza)
- Psicopatologia (grave depressione, disturbi mentali, atti suicidari)
- Precedenti penali
- **Storia di abusi progressi del genitore**

LA TRASMISSIONE DEL TRAUMA

Bambini di famiglie in cui almeno un genitore ha subito violenza presentano sintomi psicopatologici, come sintomi depressivi, sintomi da stress post traumatico, disturbi comportamentali più spesso rispetto ai bambini di famiglie in cui nessun genitore ha subito violenze (Daud et al., 2005)

Figli di sopravvissuti e affetti da PTSD mostrano una marcata e generale vulnerabilità allo stress in assenza di esperienze traumatiche (Yehuda et al., 2020).
Studi condotti sui gemelli hanno evidenziato che il rischio di PTSD è associato ad una vulnerabilità genetica sottostante e che oltre il 30% della varianza associata al PTSD è correlata a marcatori epigenetici che influenzano i modelli di espressione genica nel sistema nervoso (Skellton et al., 2012)

42

Laura Giusti Univag
Domenica 24 Novembre 2024

TOSCANA LA VIGILIA DEL 25 NOVEMBRE

Intervista alla psichiatra Liana Dell'Osso

Le violenze fanno modificare il dna

I traumi diventano intergenerazionali

Il rischio di minare la salute psichica dei figli

SCIENCE
Molte donne, violenze e traumi. Un tema che si ripete in ogni generazione. La psichiatra Liana Dell'Osso spiega come le violenze e i traumi possono modificare il dna e come questi cambiamenti si trasmettono di generazione in generazione.

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».



«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

ALTRA DIMENSIONE

Il problema non è l'immigrazione di popolo, ma l'emigrazione dei valori culturali

Gino e Giuseppe, quanta distanza tra voi

SCIENCE
Il problema non è l'immigrazione di popolo, ma l'emigrazione dei valori culturali. Gino e Giuseppe, quanta distanza tra voi.


«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

«Il trauma, dice, è un evento che modifica il modo di pensare e di sentire. E questo può essere trasmesso ai figli».

43

Fattori di rischio e vulnerabilità per disturbi mentali



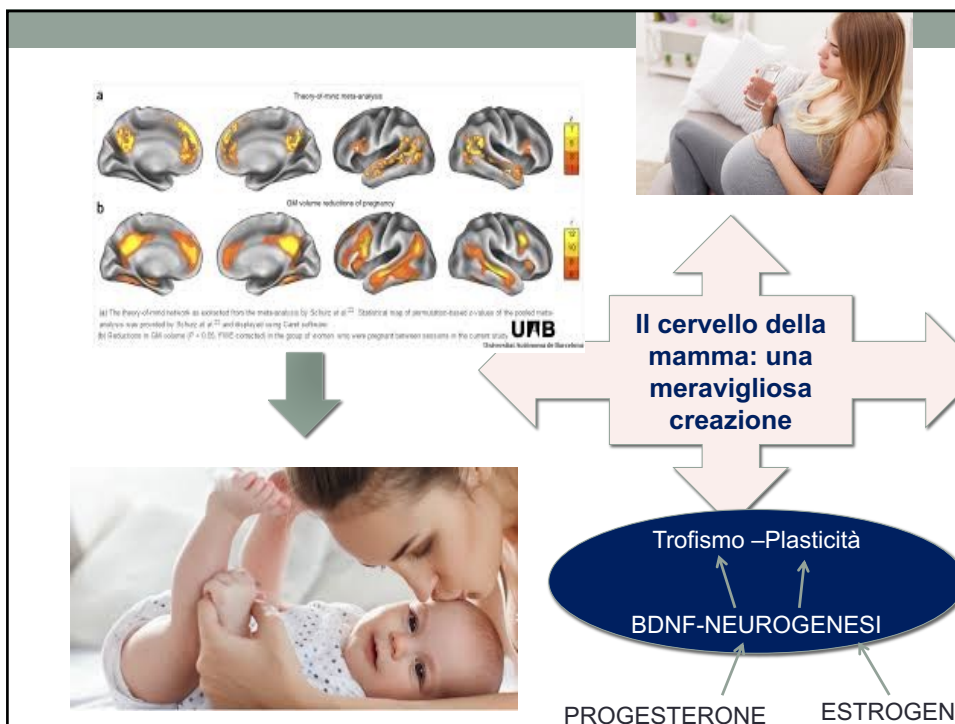
Nessun fattore, preso singolarmente, sembra sufficiente o necessario di per sé ma è la natura cumulativa di difficoltà persistenti ad essere correlata all'eventuale insorgenza di disturbi mentali.

44

L'impatto delle cure e delle interazioni parentali sullo sviluppo e modificazioni del cervello



45



46

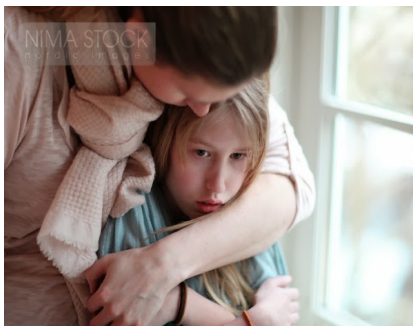
Le cure genitoriali

- ❑ Le cure genitoriali che i bambini ricevono nell'infanzia (***i primi 2 anni di vita rappresentano una fase critica***): Sono la base del loro benessere emotivo e affettivo sia presente che futuro.
- ❑ Gli studi sull'attaccamento indicano infatti che le cure e le attenzioni ricevute dalla figura di riferimento (caregiver) nelle prime fasi di sviluppo contribuiscono a formare i cosiddetti **Modelli Operativi Interni**.
- ❑ **I MOI** rimangono attivi, spesso con pochissime variazioni, in tutto l'arco della vita, influenzando le scelte soprattutto affettive e relazionali di ciascun individuo.



47

ATTACCAMENTO DISFUNZIONALE E DISTURBI MENTALI



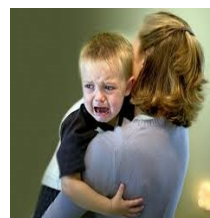
- **NELLA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO** è centrale l'idea secondo cui le interazioni tra il bambino e la sua figura di riferimento, risalenti ai primi mesi e anni di vita, siano determinanti nella maturazione di un particolare stile di attaccamento e nell'**organizzazione delle rappresentazioni mentali** relative a sé e agli altri.
- **LO STILE DI ATTACCAMENTO**, infatti, influenza in modo decisivo lo stile di conoscenza, che, divenendo caratteristica **progressivamente stabile della personalità**, a sua volta, **influenzerà le modalità personali di rapportarsi alla realtà**.

▪ **I DISTURBI DELL'ATTACCAMENTO** possono avere effetti negativi e pervasivi sullo sviluppo del neonato e del bambino, dal punto di **vista sociale, comunicativo, cognitivo e comportamentale**.

48

Attaccamento disfunzionale e disturbi mentali nell'adulto

- **A)Attaccamento sicuro:** resilienza e competenza sociale, migliore memoria semantica e livelli più elevati di concentrazione.
- **B)Attaccamento insicuro:** mancata ricerca del contatto con il *caregiver*, rabbia e indifferenza, sviluppo sociale insufficiente, comportamenti antisociali e prevalenza di manifestazione emotive negative.



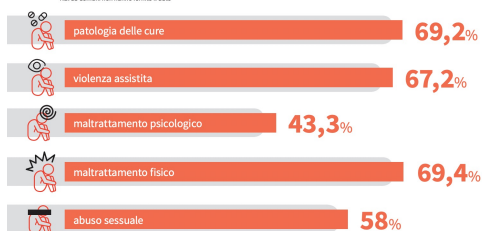
49

IL MALTRATTAMENTO INFANTILE

- Definito dall'OMS come <<tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, **nonché sfruttamento sessuale o di altro genere**, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo e alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere>>
- In Italia più di 77000 minori sono vittime di maltrattamento-→ 9/1000 residenti
- **Il maltrattamento infantile è un importante fattore di rischio per il neurosviluppo.**

MINORENNI PRESI IN CARICO DIRETTAMENTE PER MALTRATTAMENTO: MOTIVO DI APERTURA DEL FASCICOLO

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - CISMAI - Terre des Hommes
NB: 11 Comuni non hanno fornito il dato



Dossier TERRE DES HOMMES E CISMAI 2021

50

VULNERABILITÀ E SOFFERENZA MENTALE

Il **PARADIGMA DELLE NEUROSCIENZE SOCIALI** coinvolge fattori genetici, biologici, cognitivi, psicologici e sociali che interagiscono e si combinano in un complesso **interplay** nel determinare una **vulnerabilità psicosociale** all'insorgenza di un disturbo mentale (Maj, 2014)



Episodi traumatici precoci possono **Adverse Childhood Experiences** possono lasciare **tracce/ferite psicobiologiche** che rendono vulnerabili le persone per tutto il corso della vita nell'affrontare condizioni stressanti/avverse.

Maj, *World Psychiatry* 2014 Dudley et al. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011
Copeland et al. *Arch Gen Psychiatry.* 2007

51

PNAS

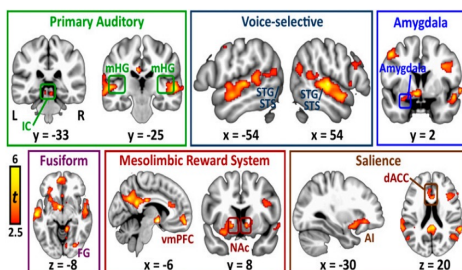


Neural circuits underlying mother's voice perception predict social communication abilities in children

Daniel A. Abrams^{1,2}, Tianwen Chen¹, Paola Odriozola¹, Katherine M. Cheng¹, Amanda E. Baker¹, Aarthi Padmanabhan¹, Srikanth Ryali¹, John Kochalka¹, Carl Feinstein¹, and Vinod Menon^{1,2,3}

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305; ²Program in Neuroscience, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305; and ³Department of Neurology and Neurological Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305

Edited by Michael I. Posner, University of Oregon, Eugene, OR, and approved April 1, 2016 (received for review February 24, 2016)



- La voce materna guida lo sviluppo delle funzioni sociali del neonato/bambino
- Gli autori identificano i circuiti cerebrali che vengono **selettivamente attivati** nei bambini dalla voce della madre.
- Questa attività cerebrale predice la **capacità di comunicazione sociale**

52

Stress-dolore correlato e sviluppo del neonato pretermine: quali meccanismi

- La nascita pretermine interessa ogni anno 15.000 neonati in tutto il mondo (Blencowe et al., 2012).
- Ha un impatto negativo su diversi domini di sviluppo nell'arco della vita (Saygal & Doyle, 2008)



- I bambini nati pretermine (specialmente i very preterm (VPT), nati <32wks) possono essere maggiormente vulnerabili in termini di **regolazione emotionale e reattività allo stress**
- Queste difficoltà di regolazione sono state osservate durante l'infanzia, l'età prescolare e l'età scolare (Benjet et al., 2020, Parade et al., 2016)
- Il 9% dei neonati pretermine di 2 anni rientra nel range clinico dei problemi comportamentali (Spittle et al., 2009)
- I bambini pretermine a 4 anni mostrano livelli più elevati di problemi emotivi e comportamentali rispetto a quelli a termine (Jones et al., 2013)

53

54



FATTORI CONTESTUALI: LIFE EVENTS, VULNERABILITÀ PSICOSOCIALE E SOFFERENZA MENTALE

- Ruolo cruciale che svolgono le **esperienze traumatiche infantili** nei **primi anni di vita** nello sviluppo di una vulnerabilità psicobiologica (Dudley et al., 2011).
- Sulla base di tale vulnerabilità si possono strutturare **quadri psicopatologici diversi** (Maj, 2014).
 - **Esiti:**
 - depressione,
 - disturbi d'ansia e
 - disturbo da stress post traumatico
 - suicidio,
 - disturbi di personalità,
 - comportamenti a rischio
 - uso di sostanze (Dube et al., 2003; Merrick et al., 2017).

Traumi vissuti in **età adolescenziale**, come il bullismo/cyberbullismo o altre forme di violenza, possono indurre un maggior **rischio di disturbi mentali** (Turner et al., 2013), anche in età adulta (Sigurdson et al., 2015).

Walsh et al, 2012, Klomek et al., 2015, Wolke et al., 2013,15; Shannon et al., 2020).

54

55

VULNERABILITÀ PSICOSOCIALE: VITTIME O CARNEFICI, QUALE TRAIETTORIA ?

- In contesti abusanti il **ricorso alla violenza** per la risoluzione dei conflitti nel contesto relazionale risulta
- ✓ **LEGITTIMO**
- ✓ **NORMALE**
- ✓ **EFFICACE** (Simons et al., 1998)
- **INTERIORIZZAZIONE SCRIPT DI VIOLENZA**
- Adolescenti che hanno riferito di aver subito **maltrattamenti in famiglia** sembrano avere una **maggiore vulnerabilità**
- ✓ a diventare vittime di bullismo a scuola (*de Ossorno García et al., 2019*),
- ✓ ad essere protagonista, in qualità di **autore o di vittima**, di storie di violenza all'interno di esperienze sentimentali (*Vagi et al., 2013*).
- **Esperienze traumatiche in età infantile** sembrano essere associate a **comportamenti criminosi** in età adulta (*Reavis et al., 2013*).




55

TRAUMI PRECOCI E CONSEGUENZE SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO

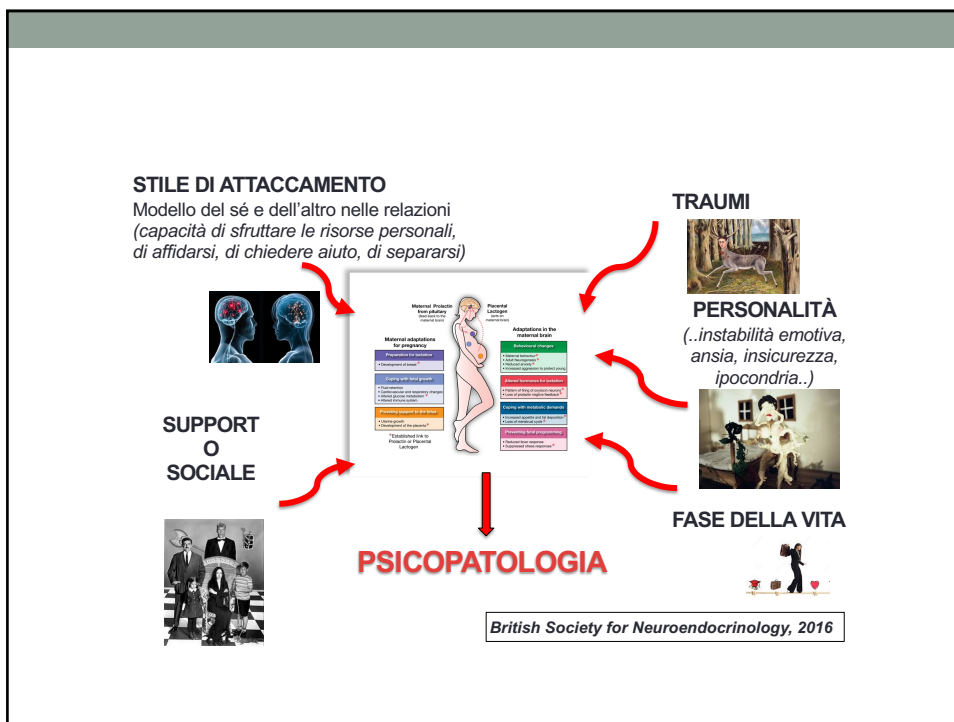
- Maltrattamento fisico o sessuale, condizioni di abbandono fisico e denutrizione
- Trascuratezza emotiva e indifferenza, anche se con un'adeguata alimentazione
- Disarmonia genitori, separazione e violenza
- **Depressione materna come agente disgregante dell'attaccamento**



56



57



58

Fattori di rischio per la depressione perinatale/postpartum

L'eziologia è caratterizzata da molteplici fattori agenti, dei quali ancora oggi non è stata chiarita l'importanza. Secondo la letteratura recente (Aceti et al., 2015; Lagadec et al., 2018; Yang et al., 2022), tra i più importanti troviamo:

- Scarso supporto del partner e scarso supporto sociale
- Lo stile di attaccamento insicuro al partner
- Svantaggio socioeconomico e bassi livelli d'istruzione
- Appartenenza a una minoranza etnica
- Esistenza di eventi di vita stressanti
- Storia pregressa di disturbi psichiatrici (precedenti disturbi dell'umore postpartum, storia o familiarità per un disturbo depressivo o bipolare di tipo I > rischio di episodi postpartum con caratteristiche psicotiche, con conseguente > del rischio di suicidio e infanticidio)
- Depressione prenatale
- Violenza domestica
- Essere molto giovani o avanti con l'età
- Uso di fumo o alcool durante la gravidanza
- Alti livelli di nevroticismo, ovvero disposizione di personalità a presentare sensibilità allo stress, ansia, paura, tristezza e altri sentimenti negativi
- Strategie di coping più disfunzionali e prevalentemente centrate sulle emozioni
- Bassi livelli di resilienza
- Sindrome premenstruale
- Parto difficile e complicanze ostetriche

59

Depressione materna: conseguenze sulla salute mentale dei figli

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes

Elena Netsi, DPhil; Rebecca M. Pearson, PhD; Lynne Murray, PhD; Peter Cooper, DPhil; Michelle G. Craske, PhD; Alan Stein, FRCPsych

January 31, 2018.

Key Points

Question What is the association of differing levels of persistence and severity of postnatal depression with long-term child outcomes?

Findings This observational study of 9848 women with varying levels of postnatal depression and 8287 children found that, compared with children of women with postnatal depression that did not persist, of either moderate or severe intensity, children of women with persistent and severe depression are at an increased risk for behavioral problems by age 3-5 years as well as lower mathematics grades and depression during adolescence. Furthermore, women with persistent postnatal depression are likely to experience significant depressive symptoms until at least 11 years after childbirth.

Meaning Women with persistent and severe postnatal depression should be prioritized for treatment because they are likely to continue to experience high levels of depressive symptoms and because of the high risk of adverse child development.

British Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)

Most vulnerable group: women meeting criteria for moderate and severe DEP at 2 and 8 months after delivery.

Mothers:

- More likely to continue to have DEP 11 yrs later

Offspring:


- 4-fold increased risk of having behavioral problems at 3-4 yrs
- 2-fold increased risk of having lower math scores at 16 yrs
- 7-fold increased risk of having DEP at 18 yrs

60

REVIEW *Neuropharmacology* 10 (2015) 230–241, 177–194
 © 2015 Elsevier B.V. All rights reserved. www.elsevier.com/locate/neuropharm

Early Adverse Experiences and the Developing Brain

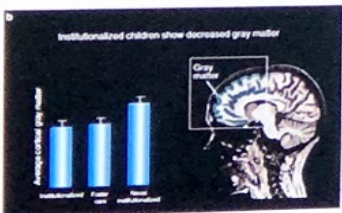
Johanna Dick^{1,2} and Charles A. Nelson^{1,2,3}
¹Department of Pediatrics, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA, ²Harvard Medical School, Boston, MA, USA, ³Harvard Graduate School of Education, Boston, MA, USA



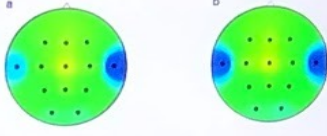
Institutionalized children show decreased white matter



Institutionalized children show decreased gray matter



Orfanatrofio Affidamento dopo i 24 mesi di vita




Affidamento prima dei 24 mesi Mai istituzionalizzati



Andreas Florillo 2011


61



Bullying 2

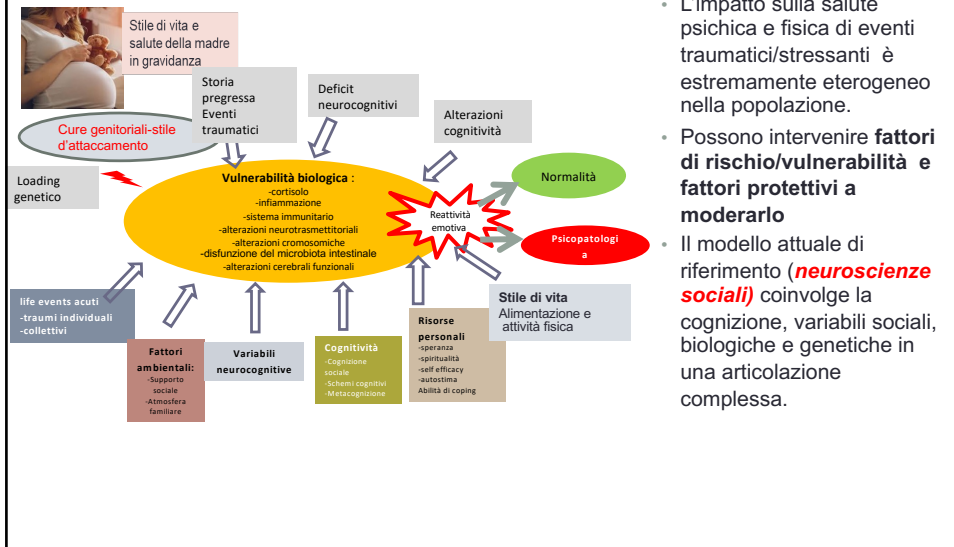
Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood

Anat Brunstein Klomek, Andre Sourander, Henrik Elonheimo



62

IL PARADIGMA DELLE NEUROSCIENZE SOCIALI



63

LA RETE SOCIALE



64

IL RUOLO DELLA RETE SOCIALE NELLA SALUTE MENTALE

- E' stato evidenziato come rete sociale svolga una **funzione positiva** sul benessere psicofisico della persona, nonché un importante ruolo nel processo di **reintegrazione sociale** dell'individuo e nel **percorso riabilitativo** di riduzione delle disabilità.
- Il **"SOCIAL SUPPORT"** che le reti sociali svolgono
 - rappresenta un **fattore protettivo** per il benessere individuale
 - rappresenta un **fattore predittivo** di un miglior outcome in soggetti affetti da patologia mentale in caso contrario può determinare un peggior decorso della patologia mentale

65

RETE SOCIALE E SALUTE MENTALE

La letteratura sottolinea l'importanza della rete sociale, quale fattore protettivo, in quanto se ricca e variegata, può proteggere dallo sviluppo e migliorare il decorso di un disturbo psichiatrico.

Al contrario, è stato osservato che un contesto sociale povero, in termini di supporto e di relazioni, possa contribuire all'insorgenza e al mantenimento di una malattia mentale.



Maulik et al., 2010; Sundermann et al., 2014 Meltzer et al., 2013; van Os et al., 2010

66

LE FUNZIONI DEL SOSTEGNO SOCIALE (House, 1981)



- **SOSTEGNO EMOTIVO**
- **SOSTEGNO STRUMENTALE**
- **SOSTEGNO INFORMATIVO**
- **SOSTEGNO AFFILIATIVO** (di stima o valutativo)

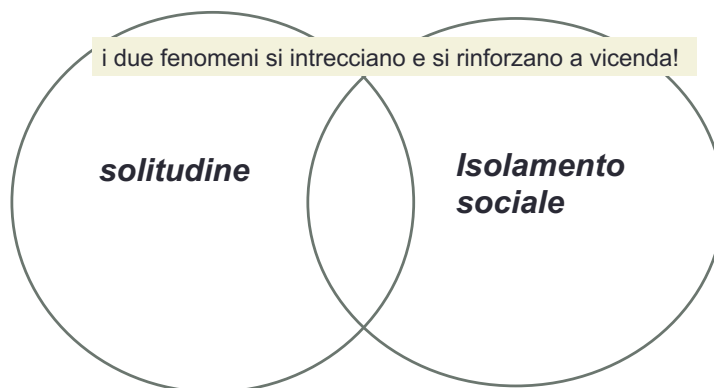
67

LE FUNZIONI DEL SOSTEGNO SOCIALE (House, 1981)

- ❑ **SOSTEGNO EMOTIVO**
 - E' la manifestazione di interesse, d'affetto e d'amore per l'altra persona. Tende a soddisfare i bisogni socio-emotivi di base.
- ❑ **SOSTEGNO STRUMENTALE**
 - Forma di assistenza e aiuto che consiste in un intervento attivo sull'ambiente oggettivo di una persona (es.prestito denaro)
- ❑ **SOSTEGNO INFORMATIVO**
 - Aiuto psicologico atto ad arricchire le conoscenze della persona (informazioni su nuove opportunità di lavoro, altri metodi per risolvere un problema)
- **SOSTEGNO AFFILIATIVO**
 - Apprezzamento, considerazione, rispetto e ammirazione per l'altra persona

68

SOLITUDINE COME VISSUTO O ESPERIENZA DELL' ISOLAMENTO SOCIALE



SOLITUDINE E ISOLAMENTO SOCIALE NON SONO LA STESSA COSA: ci si può sentire soli senza essere socialmente isolati. Al contrario, si può essere socialmente isolati senza sentirsi soli. Nelle malattie mentali possono esserci entrambe le condizioni.

69

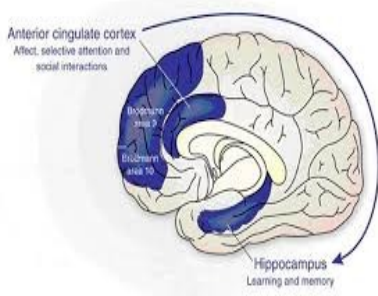
L'isolamento sociale e il senso di solitudine

- ❑ Essere soli e il sentirsi soli sembrano avere un impatto significativo sul cervello, sia sul piano funzionale che strutturale, sulla salute e sul benessere in generale di un individuo...



70

UNA CURIOSITÀ ...



- Sul piano medico-clinico, la solitudine e il dolore vengono elaborati nella stessa area cerebrale.(ACC) -DEPRESSIONE E DOLORE CRONICO
- **L'esperienza di comunità e partecipazione /inserimento sociale alleviano il dolore.**
- **ACC** (Corteccia Cingolata Anteriore) DEFINITA SOCIOMETRO, ci segnala quando qualcosa non va all'interno del gruppo o della comunità (sentimento di rifiuto sociale e reazione all'isolamento)

71

Laura Giusti _Univaq

.....QUINDI

- La solitudine nella prima infanzia e l'abbandono da parte dei genitori possono avere come conseguenza una **programmazione sfavorevole** per un cervello in via di sviluppo e avere ripercussioni fin nell'età adulta.



72

Laura Giusti _Univaq

LE CONSEGUENZE COGNITIVE DELL'ISOLAMENTO SOCIALE



- Secondo le stime del fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), 140 milioni di bambini in tutto il mondo vivono privi di genitori che potrebbero fornire conforto e sostegno.
- Circa 8 milioni di questi bambini crescono in istituzioni senza il contesto socio-emotivo di una famiglia.
- In uno dei primi studi clinici randomizzati, gli orfani cresciuti in istituti erano confrontati con gli orfani che sono stati successivamente accolti in una famiglia affidataria.
- **Le loro traiettorie cognitive sono state monitorate per diversi anni.** Quei bambini che sono rimasti nell'istituto hanno mostrato indici di sviluppo significativamente più bassi e un QI inferiore di 70 rispetto agli orfani adottati. Essere privati dei legami sociali con i caregiver ha anche portato a una riduzione del tessuto della sostanza grigia e bianca, come evidenziato dalla risonanza magnetica cerebrale.

73

Laura Giusti _Univaq

E' POSSIBILE RECUPERARE ?



- I domini cognitivi impoveriti includono la memoria e la funzione esecutiva:
- Gli orfani che sono passati a una famiglia affidataria presentavano miglioramenti in alcuni aspetti cognitivi rimanendo **al di sotto della media per tutta la vita successiva (ad esempio, memoria visiva a breve termine).**
- La mancanza di un contesto socio-emotivo nella prima infanzia ostacola gravemente lo sviluppo del cervello e la maturazione delle funzioni cognitive, **che può essere parzialmente mitigata sviluppando legami sociali con i genitori non biologici.**

74

Laura Giusti _Univaq

DEFINIZIONE DI FAMIGLIA

La famiglia è un'organizzazione complessa di relazioni di parentela che ha una storia che crea storia (Valeria Scabini).



Famiglia è un sistema emozionale plurigenerazionale, ovvero che racchiude l'intero sistema emozionale di almeno tre, talora quattro generazioni, legate da vincoli di parentela, di sangue o legali. Nell'ambito di questo ampio sistema familiare tri-quadri-generazionale, la famiglia nucleare rappresenta dunque un sottosistema emozionale, che risulta influenzato dalle relazioni passate, presenti e future (McGoldrick et. Al. 1995)

75

CRITERI PER UN BUON FUNZIONAMENTO FAMILIARE

- Connessione e impegno dei membri della famiglia come un'unità di cura e sostegno reciproco
- **Rispetto per le differenze individuali**
- Per le coppie una relazione caratterizzata dal rispetto e dalla **condivisione paritaria del potere e della responsabilità**
- **Autorità genitoriale**, efficace e responsabile **Stabilità organizzativa** caratterizzata da chiarezza, coerenza e prevedibilità degli schemi interattivi
- **Adattabilità**: flessibilità nell'affrontare le richieste esterne ed interne
- **Comunicazione aperta**
- **Efficacia dei processi di soluzione** dei problemi e di risoluzione dei conflitti
- **Un sistema di credenze condiviso**, aperto ai valori etici della società e delle generazioni future
- Raggiungimento di **obiettivi individuali** per ogni membro



76

L'ATMOSFERA ED IL CLIMA FAMILIARE (1)

- Fattori ambientali, cosiddetti più prossimali, come l'**atmosfera e il clima familiare** in cui vive una persona vulnerabile, potrebbero, se caratterizzati da atteggiamenti critici, ostili, e/o di eccessivo **ipercoinvolgimento affettivo**, causare il rischio di un decorso meno favorevole della malattia.
- Infatti, l'ambiente familiare rappresenta uno dei più **rilevanti fattori ambientali nel determinare il decorso delle malattie mentali** e, in base alle sue caratteristiche, può rivestire un ruolo **protettivo o di rischio**.

77

Laura Giusti_Univaq

L'ATMOSFERA ED IL CLIMA FAMILIARE (2)

- La famiglia ha un importante impatto sul bambino nelle fasi precoci del suo sviluppo e nell'adolescenza, e nella fase di transizione del giovane adulto che acquisisce progressivamente autonomia.




- **La capacità di coesione della famiglia sembra uno dei più importanti fattori in grado di proteggere l'adolescente da sfavorevoli esiti di salute**, indipendentemente da origini etniche, reddito e struttura familiare (Viner et al., 2012).

78

79

STILE EDUCATIVO

- → **Un'educazione eccessivamente rigida ed ipercontrollante** soprattutto a livello emotivo, può ledere il bisogno di autonomia e differenziazione dell'adolescente, incrementare il suo bisogno di controllare gli altri all'interno delle relazioni e minare le sue capacità di negoziazione (Pflieger & Vazsonyi, 2006).
- → **Un'educazione caratterizzata da scarso controllo e disciplina, mancanza di cure, tenerezza** genera un senso di insicurezza e vulnerabilità nel futuro adolescente (maschio) che può **trasformarsi in ostilità** (Brendgen et al., 2000).



79

LE RISORSE PERSONALI

80

Fattori/risorse personali

- ❑ Molti studi hanno dimostrato che le risorse personali possono svolgere un **ruolo di predittori** o di mediatori dell'insorgenza e dell'andamento dei quadri psicopatologici.



81

Le risorse personali

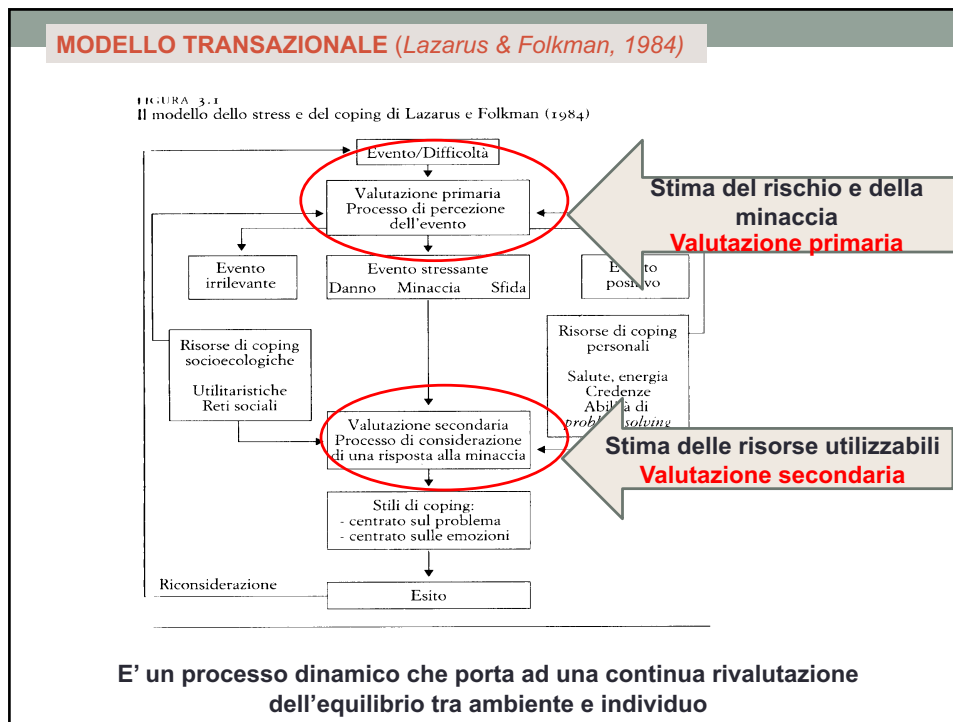
- ❑ Molti studi hanno dimostrato che le risorse personali possono svolgere un ruolo di predittori o di mediatori dell'insorgenza e dell'andamento dei quadri psicopatologici.

Tra queste:

- ❑ **Le strategie di coping**
- ❑ **La resilienza**
- ❑ **L'autostima**
- ❑ **Speranza**
- ❑ **Spiritualità**



82



83

DIVERSI TIPI DI COPING E MODALITÀ DI CLASSIFICAZIONE

Esistono diversi tipi di coping a seconda della funzione che assolvono.

➤ **Il coping Emotion-focused:** si riferisce alla capacità di regolare le emozioni negative causate dall'evento stressogeno:

- cercare il lato positivo delle cose"
- "accettare simpatia e comprensione da qualcuno
- "cercare di metterci una pietra sopra"

Il coping Problem-focused: l'insieme di capacità messe in atto per modificare o eliminare le cause dello stress.

- "fare un piano di azione e seguirlo"
- "resistere e lottare per i propri obiettivi
- "far sì che la persona responsabile cambi il proprio atteggiamento"

84

COSA ACCADE NELLA VITA PSICHICA DI CHI SOFFRE E QUALE RUOLO SVOLGE LO PSICOLOGO CLINICO ?



85

OGNI PERSONA:

possiede alla nascita e mantiene nel corso della sua esistenza delle caratteristiche essenziali e vitali per la psiche umana

- **E' (ESSERE):** ha una sua esistenza che non può essere cancellata se non con la morte
- E' **UNICA:** ha una forma unica e distinta da tutte le altre forme di vita, ha una sua identità.
- E' **CAPACE DI AZIONE, PASSIONE:** da una parte può agire intervenendo sul mondo, dall'altra subisce i movimenti del mondo.
- Può raggiungere la **REALIZZAZIONE e la FELICITA'**: ogni essere umano ha delle potenzialità di base che può realizzare al 10 al 50 o al 100 per cento.

86

ORDINE E DISORDINE DELLA VITA PSICHICA

- **Ordine** si riferisce all'esistenza di una relazione tra elementi diversi in virtù di un principio unificatore o di una regola generale e costante.
- **L'ordine è presente in tutta la natura e pertanto anche nell'uomo.**
- **La Vita Psichica è un Tutto costituito di Parti in rapporto tra loro secondo *UN ORDINE DI PERFEZIONE*; affinché ci sia ordine tra le parti ci deve essere perfezione in ogni parte che costituisce il tutto.**



87

ORDINE E DISORDINE DELLA VITA PSICHICA

Il disordine **intellettivo, emotivo e comportamentale** e l'allontanamento da una condizione di benessere psicologico rappresentano il **tentativo disordinato soggettivo di proteggere obiettivi o interessi investiti di valore.**



Il termine "**disordine**" è correlato a quello di sofferenza psichica o di **psicopatologia** e conseguentemente il termine "**ordine**" risulta correlato a quello di **salute psichica**.



BENESSERE MENTALE= *intento di portare avanti la crescita, l'autoperfezionamento, e usare correttamente le proprie facoltà*

88

LA FUNZIONE DELLA SOFFERENZA

- La **finalità ultima** della sofferenza, come della sintomatologia, è la **protezione della felicità** e della **realizzazione personale**.
- **Essa attiva una spia d'allarme**, segnala l'esistenza di un male fisico e psichico. La sofferenza informa della presenza di un disordine somatico al quale corrisponde un **disordine psichico**.
- Il disordine psicosomatico ed emozionale indica che la persona si sta dirigendo **verso un fine falso ma altamente valorizzato**.



89

QUAL È , QUINDI, IL COMPITO DELLO PSICOLOGO CLINICO?

90

IL COMPITO DEL PROFESSIONISTA DELLA SALUTE MENTALE

- **...aiutare la persona a costruire l'ordine psichico o a riscoprirlo.**
- Infatti, la persona in condizione di sofferenza psichica diviene «ignorante», perde la consapevolezza della potenza delle proprie capacità essenziali, deve perciò essere accompagnato nella scoperta di sé.



91

LA PATOLOGIA COME UNA GRANDE OPPORTUNITÀ-UNA MISSION

- La sintomatologia arriva con una **missione:**
- Dare alla persona l'opportunità di ritrovare l'**ordine** e reindirizzarla nella giusta espressione delle proprie potenzialità,
- Questa è la sua missione e se non viene raccolta viene ripetuta all'infinito.....



92

PROCESSO DI AUTOPERFEZIONAMENTO

- E' corretto affermare che un uomo che abbia migliorato la sua personalità e sia cresciuto spiritualmente sia «più perfetto» (e quindi più felice) di un altro che non lo abbia fatto.



93

CAUTION!

Tale "**PERFEZIONE**" deve essere intesa come *in fieri* e cioè come un percorso conoscitivo sempre più completo e perfezionabile

SI PUÒ MIGLIORARE NON DIVENTARE PERFETTI!!

**E RICORDIAMOCI CHE SIAMO TUTTI
«MIGLIORABILI O PERFETTIBILI!!! »**

94

CONCLUDENDO ..

- E' importante valutare attentamente la storia della persona, dei suoi punti di forza e di debolezza, accanto alla valutazione dell'impatto dei fattori ambientali sulla stessa persona.
- Sulla base di tali dati è necessario concordare con la persona progetti individualizzati ed erogare interventi personalizzati, con l'obiettivo di migliorare la vita delle persone con sofferenza e disturbi mentali



95

La conoscenza più approfondita della storia del soggetto permette allo psicologo clinico di scoprire traumi, anche lontani, che possono aver **reso vulnerabile il soggetto.**



96

LIBRI DI TESTO CONSIGLIATI

- **Del Corno F., Lang, M. Menozzi F. Modelli di colloquio in psicologia clinica. FrancoAngeli Editore,2017.**
- **Ruggiero G.M. e Sassaroli S. Il colloquio in psicoterapia cognitiva. Raffaello Cortina Editore, 2013**