

Francesco Montecchi

Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza

Percorsi terapeutici

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Francesco Montecchi

Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza

Percorsi terapeutici

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Premessa: che senso ha questo libro pag. 15

Parte prima Riferimenti teorici per la clinica

- 1. Carl G. Jung e la psicoterapia** » 19
 1. Le teorie e i diversi ascolti possibili » 20
 2. La teoria della “non unica” teoria » 22
 3. La Funzione Trascendente » 23
 4. Metodologia e psicoterapia » 27
- 2. Sigmund Freud e la sua teoria sulla sessualità infantile** » 28
 1. Le fasi dello sviluppo sessuale » 30
 2. Come utilizzare nella clinica gli stadi dello sviluppo sessuale del bambino » 35
- 3. Le fasi dello sviluppo infantile e il processo di individuazione** » 38
 1. Le radici dello sviluppo individuale » 38
 2. Le fasi dello sviluppo e l’attivazione archetipica » 39
- 4. Melanie Klein e la fantasia inconscia** » 49
 1. Come utilizzare la fantasia inconscia della Klein nella clinica » 52
 2. Convergenze junghiane » 53
- 5. Donald W. Winnicott e la centralità della madre reale** » 54
 1. La preoccupazione materna primaria » 55
 2. Fenomeni transizionali, oggetto transizionale (OT) e oggetti precursori (OP) » 56

3.	Vero Sé, Falso Sé, Come se	pag. 57
4.	Il pensiero di Winnicott nella terapia	» 60
5.	Convergenze junghiane	» 62
6.	Wilfred R. Bion: <i>revèrie</i> della madre e <i>revèrie</i> dello psicoterapeuta	» 63
1.	Contenitore e contenuto	» 63
2.	La <i>rêverie</i>	» 64
3.	Utilizzazione del pensiero di Bion nella psicoterapia	» 66
4.	“Senza memoria e senza desiderio”	» 67
5.	Convergenze junghiane	» 67
7.	Margaret Mahler e la nascita psicologica	» 69
1.	Fase autistica normale (0-2 mesi)	» 70
2.	Fase simbiotica (3-6 mesi)	» 71
3.	Le sotto-fasi del processo di separazione-individuazione (6 mesi-3 anni)	» 72
4.	Come utilizzare il processo di separazione-individuazione del bambino nella clinica	» 75
5.	Appendice: le fasi della Mahler nella psicoterapia degli adolescenti e dei pazienti adulti	» 75
6.	Convergenze junghiane	» 76

Parte seconda
La famiglia e i genitori

1.	Genitori reali, immagini genitoriali interne e competenza genitoriale	» 81
1.	Le immagini genitoriali interne	» 81
2.	Materno-paterno/femminile-maschile e competenza genitoriale	» 83
3.	Archetipi genitoriali e archetipo familiare	» 83
4.	Pericolosità o incompetenza di un genitore	» 86
2.	Le radici transgenerazionali	» 87
1.	Il transgenerazionale nella tragedia greca e nella Bibbia	» 87
2.	La storia generazionale dei genitori	» 88
3.	La trasmissione transgenerazionale	» 89

4.	Il momento della gravidanza come anello di congiunzione della catena transgenerazionale	pag. 91
5.	La genetica, l'epigenetica e le conferme del transgenerazionale	» 95
3.	Le fantasie genitoriali sul nascituro	» 98
1.	Le fantasie di danno genetico	» 98
2.	Le angosce di morte	» 100
3.	L'assenza di fantasie	» 101
4.	La funzione paterna durante la gravidanza	» 101
5.	Le fantasie paterne	» 102
6.	Trasmissione emotiva e corporeità nelle prime fasi di sviluppo	» 103
7.	Processi di adattamento alla nascita	» 103
4.	Le fantasie di gravidanza nella patologia e nelle disfunzioni genitoriali	» 105
1.	Problematicità delle cure e distorsione dell'identità corporea	» 105
2.	Gli sviluppi patologici possibili	» 107
3.	L'assenza di spazio mentale e depressione in gravidanza	» 109
4.	La gravidanza, il <i>post-partum</i> e la vulnerabilità	» 110

Parte terza

La coppia

1.	Fasi e crisi del ciclo vitale della coppia e dello sviluppo infantile	» 115
1.	Ciclo vitale della famiglia	» 115
2.	Fasi e crisi evolutive dei figli e della famiglia	» 117
3.	La formazione della coppia	» 118
2.	La famiglia con bambini	» 124
1.	La gravidanza e il parto	» 124
2.	I primi sei mesi: la fase simbiotica	» 125
3.	La famiglia con adolescenti	» 126
4.	Ciclo vitale e rottura della coppia	» 127
1.	Fattori di rischio e fattori di protezione	» 127
2.	Fasi del ciclo vitale della coppia e del bambino e crisi di coppia	» 128

Parte quarta

Le terapie

1. La teoria delle terapie integrate	pag. 137
1. Le terapie integrate come possibile integrazione di parti scisse	» 140
2. I rischi dell'integrazione	» 141
2. Emozioni e biologia	» 143
1. La <i>coniunctio</i> tra biologico e psichico	» 143
2. La neurobiologia delle esperienze traumatiche e stress	» 145
3. Le alterazioni dei neurotrasmettitori e del tessuto neuronale	» 146
4. Biologia e psicoterapia	» 147
5. Plasticità neuronale e cronicizzazione dei sintomi	» 148
3. Utilizzazione degli psicofarmaci in età evolutiva	» 150
1. Gli psicofarmaci e la prevenzione della cronicità psichiatrica	» 151
2. Psicofarmacoterapia psicodinamica	» 152
3. Psicofarmaci e relazione terapeutica	» 153
4. Psicofarmaci e fenomeni transferali	» 154
5. Genitori – e paziente – nella prescrizione dei farmaci	» 154
6. Il medico e i motivi della prescrizione del farmaco	» 159
4. La psicoterapia con bambini e adolescenti: fasi iniziali del trattamento	» 162
1. La scelta del metodo di lavoro	» 162
2. La domanda di cura: cosa chiedono i genitori, cosa chiede il paziente	» 164
3. Gli incontri con genitori e bambino	» 167
5. Per iniziare: la telefonata, il primo incontro, la valutazione diagnostica, la proposta di terapia	» 171
1. La telefonata	» 171
2. Il primo incontro: i diversi incontri possibili	» 174
3. La valutazione diagnostica e la proposta di terapia	» 178
4. Il potere clinico	» 181
6. I sogni dei bambini ovvero: raccontare i sogni fa sempre bene	» 183
1. Perché occuparsi dei sogni dei bambini	» 184
2. Jung e il sogno	» 184

3.	La neuro-biologia del sogno	pag. 185
4.	La struttura e la funzione del sogno	» 185
5.	I sogni nella storia dell'umanità	» 187
6.	I sogni dei bambini nelle fasi di sviluppo	» 188
7.	Immagini e pensiero simbolico nei sogni dei bambini	» 189
7.	La psicoterapia della famiglia	» 191
1.	La struttura familiare secondo Salvador Minuchin	» 192
2.	Lo "stallo di coppia" di Mara Selvini Palazzoli e del suo gruppo di lavoro	» 193
3.	La famiglia a interazione psicotica	» 193
4.	Il "tempo sospeso" nei miti e fantasmi familiari	» 194
5.	Le varianti secondo la nostra osservazione clinica	» 195
6.	La terapia familiare nella psicoterapia in età evolutiva	» 199
7.	L'istituzione di un progetto di terapia familiare e individuale nella terapia integrata, secondo il nostro modello	» 201
8.	La diagnosi familiare	» 202
9.	La diagnosi individuale	» 203
10.	La restituzione della diagnosi, l'indicazione della terapia, il "contratto terapeutico"	» 203
8.	Il lavoro con la coppia	» 205
1.	Il modello della terapia di coppia a supporto della terapia individuale	» 205
2.	Il modello Tavistock dei "setting paralleli"	» 207
3.	Il modello del doppio setting: stesso terapeuta per genitori e bambino	» 208
9.	La terapia genitori-figlio	» 210
1.	Le radici teoriche	» 211
2.	Il setting	» 212
3.	Il terapeuta: assetto emotivo e mentale	» 214
10.	Osservare, ascoltare, parlare con il bambino	» 217
1.	Dall'osservazione all'ascolto	» 217
2.	Le forme dell'ascolto	» 218
3.	Parlare con il bambino	» 225

11. I transfert e i controtransfert nel lavoro terapeutico con i bambini	pag. 229
1. Il transfert nella psicoterapia infantile	» 229
2. Il controtransfert	» 231
3. Il transfert dei genitori	» 232
4. Transfert e controtransfert multipli	» 234
5. Il doppio controtransfert verso i genitori e il bambino	» 235
12. La conclusione della terapia	» 237
1. Conclusione: punto d'arrivo o <i>tranche</i> di un processo?	» 237
2. I diversi modi per concludere una terapia	» 238
3. Il rito della conclusione	» 240

Parte quinta
La psicopatologia

1. Il problema delle diagnosi	» 245
2. I meccanismi di difesa dell'Io	» 247
1. Le funzioni dell'Io	» 247
2. I motivi delle difese dell'Io	» 248
3. Le difese	» 252
4. Come possono essere utilizzati i meccanismi di difesa nel lavoro terapeutico	» 260
3. Funzionamento normale e patologico in età evolutiva	» 261
4. Regressioni, ritardi, immaturità affettive	» 264
1. La regressione	» 264
2. Ritardo affettivo	» 265
3. Immaturità affettiva	» 266
5. Stadi e crisi evolutive	» 267
1. I sintomi normali	» 268
2. I sintomi patologici	» 268
3. Il cammino verso l'adultità	» 268
4. Primo stadio (0-1 anno). <i>L'allattamento e il suo termine</i>	» 269
5. Secondo stadio (1-3 anni). <i>La scoperta del mondo</i>	» 272
6. Terzo stadio (3-6 anni). <i>La conoscenza del mondo</i>	» 275
7. Quarto stadio (6-10 anni). <i>La cosiddetta fase di "latenza"</i>	» 276

8.	Quinto stadio (11-18 anni, a volte fino a 30!). <i>Pre-puberale/ puberale (pre-adolescenza/adolescenza)</i>	pag. 278
9.	Le trasformazioni nell'adolescenza	» 278
10.	La crisi adolescenziale	» 285
11.	Il senso di questo capitolo	» 287
6.	Come utilizzare fasi e crisi evolutive: "il profilo evolutivo"	» 290
7.	Parlare con il corpo	» 293
1.	Il corpo-vittima: i disturbi a espressione somatica	» 293
8.	I disturbi del comportamento alimentare	» 296
1.	Disturbi alimentari secondo le fasce di età	» 296
2.	Disturbi alimentari mascherati	» 301
3.	Sintomi precursori della patologia del comportamento alimentare adolescenziale	» 303
4.	Anoressie e bulimie (8-18 anni)	» 304
5.	Struttura della famiglia nei disturbi alimentari	» 305
6.	Gli esordi dei disturbi alimentari	» 309
7.	Le anoressie al femminile	» 311
8.	Le anoressie al maschile	» 313
9.	Le bulimie	» 319
10.	Anoressie e bulimie al plurale: psicopatologia e forme cliniche	» 324
11.	La presa in cura: il progetto diagnostico-terapeutico	» 326
9.	Disturbi del controllo sfinterico	» 334
1.	Psico-dinamica delle funzioni escretorie	» 334
10.	Disturbi del controllo vescicale	» 336
1.	Ritenzione urinaria	» 336
2.	Pollachiuria	» 336
3.	Enuresi	» 336
11.	Disturbi del controllo intestinale	» 342
1.	L'intestino: secondo cervello	» 342
2.	Teorie psicodinamiche	» 343
3.	Patologia somatica e patologia mentale nei disturbi intestinali	» 343
4.	I disturbi del controllo intestinale	» 343

12. Disturbi espressivo-motori: balbuzie e tic	pag. 350
1. Balbuzie	» 350
2. Tic	» 358
13. L'ADHD e il registro psicodinamico	» 362
1. La nostra esperienza	» 365
2. Una nota conclusiva	» 367
14. Il corpo come “mezzo”, ma sano: la patologia isterica	» 369
1. Isteria fisiologica	» 370
2. Isteria patologica	» 370
3. Meccanismi psicodinamici	» 371
4. Funzione del sintomo	» 372
5. Morfologia delle manifestazioni isteriche	» 372
6. La struttura familiare	» 373
7. Terapia	» 374
15. Le apnee affettive respiratorie (spasmi affettivi)	» 376
1. Perché l'interesse per questa patologia?	» 376
2. Morfologia della crisi	» 377
3. Eziopatogenesi	» 377
4. Evoluzione	» 379
5. Diagnosi differenziale	» 379
6. L'intervento diagnostico-terapeutico	» 381
16. I disturbi d'ansia	» 383
1. Psicodinamica dell'ansia in età evolutiva	» 383
2. Ansia fisiologica	» 385
3. Come utilizzare le ansie fisiologiche nella clinica	» 386
4. Ansia patologica: forme cliniche	» 387
17. Le fobie e le manifestazioni ossessive	» 389
1. Le fobie	» 389
2. Le manifestazioni ossessive	» 392
18. La depressione in età evolutiva	» 395
1. Cosa si intende per depressione	» 395
2. Come si manifesta la depressione	» 396
3. Le forme cliniche di depressione	» 397

4.	Psicodinamica della depressione in età evolutiva	pag. 397
5.	Quadri depressivi in sistemi familiari disfunzionali	» 400
6.	La depressione e il funzionamento “Falso Sé” e “Come se”	» 402
7.	Sintomi generali della depressione in età evolutiva	» 404
8.	Sintomi che si manifestano in rapporto all’età	» 405
19.	Emozioni e apprendimento: i Disturbi specifici di apprendimento (DSA)	» 408
20.	Terapia dell’ansia, della fobia, delle ossessioni e della depressione	» 411
1.	La psicoterapia	» 411
2.	I farmaci	» 412
21.	Disturbo psicotico	» 414
1.	Le pre-psicosi	» 416
2.	Le psicosi	» 417
3.	Manifestazioni psicotiche a esordio infantile	» 417
4.	Psicosi nella pre-adolescenza	» 418
5.	Psicosi esogene	» 418
6.	<i>Breakdown</i> evolutivo	» 419
7.	Psicosi dell’adolescenza	» 420
8.	Il delirio	» 422
22.	Le patologie simbiotiche	» 424
1.	Le simbiosi non riuscite	» 424
2.	Possibile evoluzione in età adulta: la violenza sulle donne	» 425
3.	Le psicosi simbiotiche	» 426
4.	Le forme attenuate di patologia simbiotica	» 427
5.	Gli esiti delle patologie simbiotiche	» 428
6.	La struttura familiare nelle patologie simbiotiche	» 429
23.	Terapia dei disturbi psicotici e delle patologie simbiotiche	» 430
1.	Disturbi psicotici	» 430
2.	Patologie simbiotiche	» 432
24.	Gli abusi all’infanzia	» 433
1.	Le radici storiche e culturali degli abusi sui bambini	» 433
2.	L’osservazione clinica	» 435

3. Psicodinamica degli abusi	pag. 439
4. Definizione e classificazione degli abusi	» 445
5. L'intervento	» 447
6. Il recupero psicologico: disponibilità e resistenze del collettivo sociale	» 460
25. L'abuso dei figli nelle separazioni coniugali conflittuali e nella (cosiddetta) PAS	» 463
1. Separazione ad alta conflittualità e disagio dei figli	» 463
2. Dalla parte dei bambini. Il profilo evolutivo	» 468
3. Il funzionamento difensivo	» 469
4. Il superamento della diagnosi di PAS	» 471
5. La prevenzione dei fallimenti terapeutici	» 472
26. Nelle vere e false accuse di maltrattamento e abuso sessuale e nella PAS, ma i bambini sono protetti?	» 474
1. Le false accuse di abuso sessuale	» 474
2. Abuso sessuale e PAS	» 476
Bibliografia	» 479

Premessa: che senso ha questo libro

Debbo l'uscita di questo libro all'“impertinenza” di un allievo di una delle scuole di specializzazione di psicoterapia dove insegno.

Questo giovane collega, alla fine della lezione, si alzò e mi chiese dove poteva leggere quello che avevo presentato; rimasi un po' in difficoltà, ma poi dissi che sarebbe stato un po' difficile indicare la miriade dei testi da cui avevo preso spunto per le lezioni, anche perché in realtà non raccontavo solo quello che gli altri hanno scritto, ma soprattutto raccontavo come lavoravo e il pensiero che seguivo nel lavoro clinico. Gli suggerii che sarebbe stato più semplice se avesse preso appunti. Un po' risentito, mi rispose che era incongruo che venti persone dovessero prendere appunti quando era più giusto che io scrivessi le lezioni e che poi le passassi a tutti.

Il suo risentimento mi fece anche riflettere sulle lagnanze di molti allievi che lamentano una carenza di informazioni sulla tecnica e di come i propri didatti raccontassero il modo in cui lavorano. In effetti mentre in medicina il medico più anziano è impegnato dal dettato *ippocratico* (edizione originale) all'insegnamento della propria arte e il giovane medico ha spesso un “maestro”, di fatto nel campo psicoterapico è un'usanza rara, per la riluttanza di rivelare o far vedere agli altri il proprio modo di lavorare o i propri “trucchi del mestiere”, forse perché potrebbe sottendere il timore di esporre i propri punti vulnerabili.

Nella psicoterapia analitica infantile è molto diffusa la difficoltà ad aprirsi ai diversi stili di lavoro attestandosi sul proprio, considerato il più corretto. I metodi di lavoro utilizzati nella psicoterapia dell'età evolutiva sono più numerosi di quelli adottati nel lavoro con soggetti adulti, dovuti alle diverse teorie di riferimento, ma soprattutto alla soggettività del terapeuta o al metodo trasmesso dal proprio analista personale e dai supervisori, mentre mantenere aperta la discussione sullo stile di lavoro e gli aspetti tecnici necessita diffon-

dere, conoscere e condividere altre strategie e tecniche terapeutiche, oltre a quelle già note.

Imparare a lavorare da fonti troppo limitate fa incorrere anche nel rischio di conservare atteggiamenti e vissuti trasferali nevrotici verso i propri didatti che impediscono di scoprire lo stile operativo più adatto alla propria personalità. Si trovano stili di lavoro che si conformano ai propri didatti o che ostentano una modalità di lavoro in opposizione a questi; in entrambi i casi è sotteso un invischiamento da transfert non risolto. Utilizzare un solo modello di riferimento nell'applicazione clinica evidenzia zone d'ombra che possono essere superate, o almeno ridotte, se non si farà riferimento a una sola teoria ma a una pluralità di teorie con integrazione reciproca; ciò dà la possibilità di avere più apparati per pensare e disporre di diversi ascolti possibili in funzione dell'organizzazione dei pazienti?

Debbo essere grato al collega-allievo perché la sua richiesta mi ha convinto dell'opportunità non solo di scrivere le lezioni, ma anche di espormi a raccontare come penso il lavoro clinico e terapeutico che ho imparato, sviluppato e trasformato nel corso degli anni di lavoro con i bambini, adolescenti e genitori.

Il libro non sottende solo le esperienze, i pensieri o le elaborazioni personali ma è anche il frutto del lavoro di gruppo, prima nel reparto di neuropsichiatria dell'Ospedale Bambino Gesù, poi negli ultimi dodici anni nel Centro clinico della Onlus "La cura del Girasole" dove ogni caso viene discusso e monitorato con la partecipazione di tutti i professionisti.

Nel corso di questo libro a volte faccio delle affermazioni come: il *nostro*... modello, metodo, casistica ecc. e forse è opportuno spiegare che non utilizzo "nostro" come *plurale maiestatis*.

È pur vero che questo libro racchiude il mio impegno e l'esperienza di tanti anni, ma è doveroso che dia un grato riconoscimento al gruppo di lavoro: le migliori intuizioni ed elaborazioni sulla clinica emergevano negli incontri collegiali ai quali, con molta passione, partecipavano tutti i professionisti del Centro Clinico, dagli psicoterapeuti in formazione ai collaboratori di maggior anzianità (professionale). È stato sempre più frequente che negli ultimi anni chiudessi la discussione dei casi salutandoli il gruppo con un "grazie, insieme, abbiamo fatto un bel lavoro" e, guardandoli, vedessi molti volti sorridenti e pieni di emozione: quello non era solo il mio ma il *nostro* lavoro.

Parte prima
Riferimenti teorici per la clinica

1. Carl G. Jung e la psicoterapia

L'aspetto più noto di Jung è quello del sodalizio con Freud di cui condivise inizialmente la sua teoria ma poi, cogliendo alcuni aspetti intuiti da Freud ma non sviluppati, li ampliò ed elaborò andando molto più avanti. I concetti di inconscio collettivo, di archetipo, di complesso che furono le basi della teorizzazione junghiana erano presenti in germi anche in Freud tanto da poter azzardare l'ipotesi che le loro impostazioni teoriche fossero un *continuum* e che la differenza tra loro, in fondo, forse era più per una diversità di carattere.

In effetti Jung non nega l'impostazione freudiana tant'è che parla di una terapia del mattino – intendendo la freudiana – e del pomeriggio della vita (Jung, 1929). Pur condividendo la concezione di inconscio di Freud, la ampliò distinguendo l'inconscio personale – considerato non più come “un deposito di materiale rimosso e di desideri e traumi infantili” – dall'inconscio collettivo i cui contenuti sono comuni a tutti gli individui e a tutte le epoche. Questi furono definiti archetipi e comprendono manifestazione psichiche che appartengono al patrimonio storico, culturale, ai miti, alle religioni di tutti e di tutti i tempi. I contenuti archetipici sono modelli di relazione tra l'Io cosciente e il mondo interno e si rivelano attraverso le immagini psichiche e i simboli. In realtà contenuti archetipici si trovano anche in alcuni concetti che caratterizzano la teoria freudiana: il mito di Edipo, il complesso edipico, il mito di Narciso che appartengono a tutti, la trasmissione di valori da una generazione all'altra descritta in *Totem e tabù* (Freud, 1912-13), sono ripresi e più ampiamente sviluppati da Jung (vedi anche parte seconda, cap. 1).

Quello che sorprende di Jung è che pur elaborando una teoria molto forte – che a volte crea delle difficoltà di applicazione nella clinica specie nella psicoterapia dei bambini – quando scrive della pratica della psicoterapia, emerge la grandezza di un altro Jung, quello a-dogmatico che relativizza le teorie e mette al centro la specificità e l'unicità del paziente. È uno Jung di minore