

Il Metodo per la Formulazione del Piano per l'età evolutiva (PFM-DA)

di Valeria Crisafulli ©

La Control-Mastery Theory (CMT), in linea con le scoperte dell'Infant Research, della teoria dell'attaccamento e degli studi etologici ed evuzionistici (Bowlby J., 1969,1973,1979,1980,1988; Ainsworth M. D. S., EICHBERG C. 1991; Emde, 1989; Fonagy P., GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M. ,2002; Pawlby S. J. (1977) Stern D.N., 1977,1985; Tomasello, 2009,2014;), sottolinea come le relazioni primarie e le modalità stabili di interazione caregiver-bambino siano i contesti in cui si sviluppano gran parte delle credenze patogene e i relativi sensi di colpa interpersonali.

Partendo da questo presupposto, stiamo studiando e applicando la CMT alle psicoterapie per bambini coinvolgendo le loro principali figure di accudimento.

E' evidente come anche i pazienti più piccoli (almeno dai 24 mesi in poi) sottopongano le persone significative a dei test relazionali, e come spesso i sintomi psicologici e le "bizzarrie" denunciate dalle maestre e/o dai genitori siano tentativi di disconfermare le credenze patogene che si stanno formando nella loro mente; anche i bambini, come gli adulti, sperano di sentirsi al sicuro e più degli adulti hanno bisogno di figure di riferimento per farlo. Una terapia CMT per l'età evolutiva cerca di aiutare i bambini a ottenere ciò di cui hanno bisogno per realizzare i loro desideri sani e le loro potenzialità.

Un' importante differenza rispetto al lavoro con gli adulti è che nel bambino si assiste a un disperato tentativo di disconfermare delle *credenze patogene ancora in formazione* prima che queste possano diventare verità assolute, e i caregiver, che per i figli sono i detentori della loro verità e le figure centrali del loro mondo, possono modificare le convinzioni dei figli prima che esse si radichino nella loro mente. Un genitore, però, può anche cadere vittima

dell'apparente incomprensibilità del comportamento del figlio e precipitare in vortici di malessere e frustrazione, fornendo un contesto familiare sempre meno rassicurante per il bambino stesso. Le esperienze finora condotte in ottica CMT sembrano quindi suggerire che una psicoterapia con un bambino che non mostra una sintomatologia troppo grave può essere relativamente breve e portare cambiamenti evidenti se comprende un lavoro di sostegno alla genitorialità, condotto sempre in ottica CMT. Un elemento centrale, in quest'ottica, è la comprensione e l'interruzione dei “*circoli viziosi relazionali*” che coinvolgono caregiver e figli quando i test reciproci non vengono superati e si alimentano paure e insicurezze, tanto da provocare nei bambini reazioni sempre più “sconsiderate” e “disfunzionali”, e nei genitori sentimenti di rabbia, impotenza, avvilitamento e frustrazione, e risposte a loro volta controproducenti.

Un buon lavoro psicoterapeutico centrato esclusivamente sul bambino può di certo alleviare la sua sofferenza e ridurre l'impatto dei sintomi; ma se, quando torna a casa, il bambino si trova a vivere nuovamente le stesse situazioni relazionali problematiche che hanno alimentato le sue difficoltà, il lavoro fatto perde di efficacia se non viene del tutto vanificato. Ed è piuttosto illusorio pensare che un miglioramento del piccolo possa di per sé bastare a modificare in modo radicale il funzionamento del suo sistema familiare, questo sia perché gli adulti hanno un maggior potere “negoziale” rispetto ai bambini, sia perché le modalità e i problemi degli adulti sono in genere più stabili e resistenti al cambiamento di quelli di un bambino.

Partendo così dall'idea di rendere le psicoterapie infantili condotte in ottica CMT più brevi, più vicine alle possibilità economiche e alle esigenze delle famiglie di oggi, e più chiaramente centrate sull'identificazione di modelli ripetuti di interazione disfunzionale, abbiamo adattato il **Metodo per la Formulazione del Piano** (PFM; Curtis, Silberschatz, 1997), costruito e validato per la psicoterapia dei pazienti adulti, alle esigenze di una psicoterapia infantile in ottica CMT.

Il Metodo per la Formulazione del Piano per l'Età Evolutiva (PFM-DA; Crisafulli, 2016) si adatta alle peculiarità di questa fascia di età e viene affiancato da una proposta terapeutica individualizzata e caso-specifica.

Innanzitutto, per la formulazione del Piano di un bambino è necessario fare uno/due colloqui della durata di 60 minuti l'uno con entrambi i genitori e uno/due incontri con il bambino stesso, sempre di un'ora. Il setting in cui si vede il bambino è ovviamente provvisto di uno spazio di gioco con diverse proposte ludiche scelte a seconda della fase evolutiva del bambino. Se, dopo uno o due colloqui con la coppia genitoriale, non si hanno informazioni sufficienti a delineare un quadro abbastanza chiaro e completo della situazione, si consiglia un ulteriore colloquio individuale con ciascun genitore.

Alla fine di questo percorso di valutazione, e prima di incontrare il bambino, il terapeuta dovrà avere una visione chiara e sufficientemente completa della relazione tra i caregiver, della relazione di ogni caregiver con il figlio (o i figli), della relazione della coppia dei caregiver con i figli, della relazione dei caregiver con le rispettive famiglie di origine e, ovviamente, del significato che assumono i problemi del bambino per i genitori.

Al primo incontro col bambino sarà necessario che il terapeuta, prima di rimanere solo con lui, verifichi la sua eventuale angoscia da separazione e lo accompagni gradualmente alla separazione dal caregiver: soprattutto per i bambini tra i due e i quattro anni, per i quali è naturale mostrare un certo timore dell'estraneo. Il momento del distacco e la ricongiunzione del bambino dal suo caregiver sono importanti per farsi un'idea della qualità di relazione della coppia genitore-figlio. Se il bambino fatica a separarsi, si possono fare parti delle sedute o sedute intere coinvolgendo il caregiver e osservando la natura del gioco che i due fanno insieme, intervenendo se opportuno, come test osservativi, e fornire al genitore già degli eventuali spunti per un cambiamento dell'interazione col figlio.

Durante gli incontri con il bambino, attraverso la tecnica del gioco o la somministrazione di test età specifici, il terapeuta dovrà farsi un'idea del profilo diagnostico del piccolo paziente. Importante sarà escludere, attraverso un'accurata diagnosi differenziale, patologie quali il ritardo mentale, disturbi dello spettro autistico, disturbi specifici dell'apprendimento o altra eventuale patologia di natura neurologica. In caso dubbi vanno sempre richiesti degli approfondimenti, magari con l'ausilio di specialisti di neuropsichiatria infantile. Secondariamente, si cercherà di esplorare il tipo di attaccamento del bambino nei confronti del genitore, la modalità di contatto con il terapeuta, la qualità e la tipologia di gioco scelto. Vanno esplorate eventuali credenze patogene o distorsioni degli eventi vissuti dal bambino: il bambino va ascoltato e stimolato all'esplicitazione del suo punto di vista. Già nei primi incontri il bambino potrà sottoporre il terapeuta a dei test e il terapeuta potrà verificare le sue ipotesi sulla base delle risposte che il bambino fornisce a interventi pro-plan proposti sulla base degli elementi raccolti dai genitori. Spesso può essere utile, qualora il bambino metta in atto in seduta il comportamento disfunzionale denunciato dai genitori, tentare una risposta opposta a quella che è abituato a ricevere dagli altri adulti di riferimento. Inoltre, va analizzata e approfondita l'eventuale discordanza tra le caratteristiche del bambino descritte dai genitori e l'idea che il terapeuta si fa di lui conoscendolo direttamente. Va verificato, infatti, quanto eventuali preoccupazioni o problematiche del genitore influenzino la sua capacità di sintonizzarsi con le effettive peculiarità del figlio, di saperle cogliere e raccontarle a terzi. L'incontro con il bambino sarà necessario anche nei casi in cui si decida di continuare la terapia solo con i genitori, poiché il terapeuta può fornire ai genitori una visione alternativa del loro figlio e un'ottica differente rispetto al suo modo di essere e di comunicare.

Analizziamo adesso le componenti del Piano per l'età evolutiva, rimandando il lettore a Weiss (1993), Silberschatz (2005) e Gazzillo (2016) per le indicazioni relative alla formulazione del piano in generale.

Gli Obiettivi

Gli **Obiettivi** del bambino devono essere formulati considerando la fase evolutiva in cui si trova e le corrispondenti acquisizioni psicofisiche e cognitive, le ipotesi formulate dal terapeuta a partire dall'incontro con il bambino e il tipo di segnalazione dei genitori e/o di eventuali altri adulti invianti (insegnante, logopedista, pediatra, ecc ...). Anche in questo caso, gli obiettivi devono essere per definizione sani e piacevoli, e raramente i bambini “dicono” quali sono i loro obiettivi, ma di fatto li “mostrano” ai genitori e al terapeuta per mezzo di giochi, comunicazioni e comportamenti.

Esempio. Emanuele, 3 anni e mezzo, arriva in terapia portato dalla madre perché, dopo la nascita della seconda figlia (un bimba di 9 mesi alla richiesta) e il rientro della madre al lavoro, il figlio mostra eccessiva ansia da separazione e ha reazioni di rabbia dirette contro gli altri quando non fanno ciò che vuole lui. Il comportamento di Emanuele mette a dura prova la madre: a causa di queste reazioni violente ed eccessive, la mattina spesso fa tardi al lavoro perché il bambino non vuole andare alla Scuola dell'Infanzia, e per lei è diventato impossibile fare qualsiasi cosa, anche una semplice passeggiata. Dentro casa Emanuele le sta sempre attaccato impedendole di fare qualsiasi cosa, e ciò scatena l'ira del marito che, al rientro dal lavoro, vuole riposare, mentre è costretto a pulire la casa, cucinare e fare la spesa, non volendo delegare questi compiti a nessun'altro che non sia lui o la moglie. Le maestre segnalano che Emanuele manifesta rabbia e ha comportamenti aggressivi anche con i compagni, motivo per cui tende a essere isolato dal resto del gruppo.

Il padre minimizza le preoccupazioni della moglie, accusandola di essere poco paziente e capace di portare avanti la casa, allevare i figli e lavorare allo stesso tempo. Parla delle maestre come poco competenti nella gestione del bambino, e stigmatizza i compagni di scuola di Emanuele dicendo che vengono da famiglie snob e poco inclini alla socializzazione. Denuncia stanchezza e sfinimento poiché i problemi degli altri ricadono su di lui, che deve lavorare *full*

time, fare la spesa, occuparsi delle faccende domestiche che la moglie non riesce a fare e preoccuparsi dei figli perché nessuno sembra in grado di farlo.

La mamma di Emanuele è una donna molto timida e apparentemente dimessa, il padre invece mostra forti tratti narcisisti e pensieri ossessivi. Sembra che il padre abbia serie difficoltà a stare in una relazione intima e a occuparsi dei figli poiché teme che le cose possano sfuggire dal suo controllo, e per questo delega alla moglie la cura dei bambini. La madre di Emanuele, d'altro canto, non riesce a esprimere il suo punto di vista e a essere assertiva con il marito e con i figli perché teme di ferirli e di essere considerata cattiva ed egoista.

Tra gli Obiettivi di Emanuele, pertanto, abbiamo inserito nel piano:

1. Emanuele dovrà separarsi dalla madre con maggiore facilità e in tempi più veloci.
2. Emanuele dovrà giocare con gli altri bambini e anche da solo alla presenza di qualcun altro.
33333
3. Emanuele dovrà essere meno aggressivo, sia verbalmente sia fisicamente.

Emanuele dovrà avere un rapporto meno esclusivo con la madre e dovrà riuscire a stare con lei anche se lei è impegnata con un'altra persona o in altre attività.

Gli Ostacoli

Dopo aver declinato gli Obiettivi si passa così agli **Ostacoli** e, a differenza del Piano degli adulti, per ogni credenza patogena che il bambino mostra e i sensi di colpa corrispondenti, è necessario chiarire quali siano i possibili atteggiamenti, credenze patogene e test dei genitori che rinforzano la convinzione del bambino. Questo approfondimento sarà utile non solo per la comprensione e il lavoro diretto con il bambino, ma anche per dare una direzione all'intervento sulla genitorialità che fa da cornice e supporto al trattamento del piccolo. Come per il piano degli adulti, anche per il piano dei bambini può essere utile formulare le credenze patogene come ragionamenti "Se (raggiungo il mio obiettivo sano), allora (si verifica un pericolo per me, per una persona a me cara o per la relazione tra me e una persona a me cara)".

Riprendendo il caso di Emanuele e pensando al primo dei suoi obiettivi potremmo definirne così i principali Ostacoli al suo raggiungimento:

Emanuele crede che, se si separasse dalla madre mostrandosi autonomo e contento di intraprendere delle attività senza di lei, la madre ne soffrirebbe (senso di colpa da separazione e senso di colpa da responsabilità onnipotente).

Credenza della madre che alimenta e sostiene la credenza patogena del figlio:

-Se mi mostrassi decisa e assertiva, le persone a me care ne soffrirebbero.

Test della madre che alimentano e sostengono la credenza patogena del figlio:

-Test di transfert per compiacenza verso il marito: non riesco a gestire i tempi di E., sono sempre in ritardo, non riesco a gestire la casa perché non mi so organizzare, e spero che mio marito non se ne compiacca ma mi sostenga, facendomi vedere che non ha necessità di essere migliore di me.

-Test di transfert per ribellione verso il marito con autopunizione: *tento di fare tutto da sola sperando di riuscirci, anche se oggettivamente è impossibile, e vorrei che se ne accorgesse e mi aiutasse a riuscire senza sostituirmi a me.*

Atteggiamenti della madre che alimentano e sostengono la credenza patogena del figlio:

- Al momento delle separazioni dal figlio si mostra dispiaciuta e timorosa.

Credenza del padre che alimenta e sostiene la credenza patogena del figlio:

Se non mi occupo in prima persona di questa casa e di questa famiglia ne soffriremo tutti.

Test del padre che alimenta e sostiene la credenza patogena del figlio:

- Test di transfert per ribellione verso la moglie: *quando torno la sera a casa dopo il lavoro, pretendo che tu non abbia bisogno di me e che i bambini non facciano capricci perché tu hai organizzato la serata da sola (bagnetto, cena e addormentamento dei bambini), senza il mio aiuto, e anche in situazioni particolarmente difficili spero che tu non mi chiedi aiuto.*

Come abbiamo visto, i primi due obiettivi di Emanuele sono quello di riuscire a separarsi dalla madre con maggiore facilità e in tempi più veloci e riuscire a giocare con gli altri bambini, e anche da solo, alla presenza di qualcun altro. Il maggiore ostacolo a questi obiettivi è la sua credenza patogena per cui, se si allontanasse dalla madre, questa ne soffrirebbe, dunque il sentimento di colpa da separazione. Questo sentimento è ulteriormente acuito dalla paura che, se non le stesse vicino, la madre potrebbe essere schiacciata dall'ira del padre e dalle troppe incombenze, sentimento alimentato dal fatto che la madre si mostra spesso fragile e impotente. La credenza di Emanuele è evidentemente scaturita dai comportamenti ripetuti dei genitori: la madre, infatti, proprio per la sua radicata credenza che se non dà all'altro ciò che gli chiede sarà cattiva ed egoista, è costantemente tormentata dall'idea di far soffrire il

figlio, così che a ogni separazione e dinnanzi a qualsiasi sua nuova scoperta si mostra intimorita e indecisa. Questa indecisione la fa apparire fragile agli occhi del figlio, e Emanuele si sente in dovere di prendersi cura di lei per come può. Mostrandosi inadeguata agli occhi del marito, la madre agisce poi in accordo con la credenza patogena per cui, se si mostrasse più brava di una persona cara, quest'ultima ne sarebbe umiliata.

A ciò si aggiungono i comportamenti e i test del padre di Emanuele che, sopraffatto dalla sua responsabilità onnipotente, ha degli scoppi di ira verso la moglie ogni volta che lei non si mostra forte e indipendente, e non lo fa sentire sollevato. Per Emanuele assistere a questi litigi diventa una conferma del fatto che sua madre non è in grado di sostenerlo e di farcela senza di lui, e che questa debolezza materna sia la fonte della rabbia del padre, con cui sembra identificarsi forse per padroneggiare la paura che gli provoca.

Le credenze patologiche di Emanuele sono dunque associate a manifestazioni di compiacenza nei confronti della madre e identificazione con il padre. Altri due Ostacoli di cui si deve tener conto.

I Traumi

Dopo gli Ostacoli, che ovviamente andranno definiti considerando ciascun obiettivo previsto, si passerà a stilare i **Traumi**. In questa sezione andranno indicate le situazioni traumatiche da shock e le condizioni familiari croniche che contribuiscono o hanno contribuito alle difficoltà del bambino (traumi da stress). Il terapeuta dovrà inoltre ipotizzare quali siano le caratteristiche di personalità del/i caregiver che possono influire negativamente su un adeguato sviluppo psicologico del bambino fungendo come ulteriore trauma da stress.

I Traumi elencati nel Piano di Emanuele saranno i seguenti:

1. Emanuele è il primo figlio di una coppia che non riesce a essere mai veramente serena. Il padre sembra abbia un senso di colpa da responsabilità onnipotente e la tendenza a voler risolvere da solo tutti i problemi. La madre, in modo complementare al compagno, sembra abbia un senso di colpa del sopravvissuto e la credenza patogena che non possa essere migliore del compagno per non ferirlo. Così, nel rapporto con Emanuele si ripercuote una dinamica di coppia cronica che sembra perpetuare una situazione in cui i partner si fanno continuamente test che non riescono a superare.

2. La nascita della sorellina, quando Emanuele ha solo 2 anni, e la gravidanza a rischio della madre, che l'ha portata per 9 mesi a trascorrere molto tempo a letto, ha ulteriormente alimentato in Emanuele una rappresentazione della madre come debole e il desiderio di starle vicino per non farla soffrire ulteriormente.

3. Il rientro al lavoro della madre, quando la sorellina di Emanuele aveva solo 6 mesi, ha fatto sì che la madre si sentisse in colpa nei confronti del figlio e cercasse di compensare la sua assenza con comportamenti di eccessiva vicinanza e compiacenza. Cosa che ha alimentato, in lui, un'associazione tra spirito di indipendenza e timore di ferire la madre.

4. Il padre mostra delle difese ossessive importanti (in particolare, l'isolamento degli affetti) e una difficoltà a sintonizzarsi emotivamente con il figlio, cosa che rende Emanuele spaventato dal padre e timoroso che il padre possa ferire la madre. Timore che alimenta in lui il bisogno di restare vicino alla madre per proteggerla (il senso di colpa da separazione è dunque rafforzato da un senso di colpa da responsabilità onnipotente).

5. La madre ha un'inibizione dell'assertività e tende a ricorrere all'aggressività passiva, cosa che non la rende un buon modello di ruolo per un figlio che cerca di svincolarsi da lei e rendersi più autonomo.

I Test

In questa sezione vanno elencati i **Test** che il bambino potrà proporre al terapeuta nel corso del lavoro e quelli che propone alle figure del suo ambiente di vita. Per individuare i test del bambino ci si serve sia di quanto osservato nell'incontro di valutazione condotto con lui, sia di quanto riportato dai genitori e dalle altre figure di riferimento del bambino. Spesso i problemi manifestati dal bambino non sono altro che test che i genitori falliscono; per questo motivo, identificare i test del bambino, spiegarne il senso ai genitori (anche prima di iniziare la terapia vera e propria) e dar loro indicazioni su come rispondervi è un primo passo, fondamentale, della terapia. Un passo che può essere compiuto subito dopo la fase di valutazione.

Di seguito alcuni dei Test di Emanuele.

Test che il bambino mette in atto nei suoi contesti di vita:

1. Test di transfert per compiacenza: quando devo andare a dormire, a scuola, dalla dottoressa, mi mostro triste, preoccupato, protesto con mia mamma perché spero che lei mi lasci andare senza soffrire.
2. Test di transfert per compiacenza: richiedo tante attenzioni e non ho limiti, sperando che i miei genitori abbiano la forza di mettermeli, facendogli così capire che la mia autonomia è bene accetta, che loro sono forti e io non sono onnipotente.

Test che il bambino potrebbe mettere in atto in seduta:

3. Test di transfert per compiacenza: Emanuele si muove nello studio in modo improprio - prova a rompere oggetti o diventa aggressivo - o non vuole lasciare la stanza alla fine della seduta nella speranza che la terapeuta mantenga i confini di tempo e spazio e gli ponga dei limiti che gli dimostrino che può separarsi da lei e che non è onnipotente.
4. Test di transfert per ribellione: Emanuele potrebbe avere comportamenti compiacenti nei riguardi della terapeuta, mostrarsi "proprio un bravo bambino" e inibire le sue preferenze per sentirsi accettato, sperando che la terapeuta lo accetti senza necessità di inibizione da parte sua.

5. Test osservativi: la terapeuta dovrà sottolineare e sostenere la madre nel mettere dei confini e contenere Emanuele (mettergli la giacca, dirli “Adesso il tempo è finito”, mostrarle che anche fisicamente il bambino la sovrasta e la fa stare scomoda).

Atteggiamenti terapeuticamente ottimali: solido e indipendente con il bambino; valorizzante e di sostegno rispetto alle risorse e alle capacità della madre; de-responsabilizzante verso il padre.

Esperienze ricercate dal bambino

Al posto della sezione relativa agli **Insight** con cui si conclude il piano dei pazienti adulti, in quello per i bambini metteremo quella delle **Esperienze ricercate dal bambino** per disconfermare le credenze patogene che sta sviluppando, che gli creano senso di colpa, angoscia e malessere.

Rispetto ad Emanuele, abbiamo individuato, tra le altre, la seguente esperienza:

1. Emanuele dovrebbe maturare la convinzione che la madre non è debole e non soffre se lui si rende più autonomo da lei.

Alla fine della stesura del Piano, il terapeuta ha un quadro abbastanza chiaro di come lavorare per aiutare il bambino a raggiungere i suoi obiettivi, e soprattutto di quali componenti del nucleo familiare vadano coinvolti nel lavoro e come.

Nel caso di Emanuele la proposta è stata quella di fare una terapia col bambino di una seduta settimanale e un incontro con la madre una volta ogni quindici giorni per un sostegno alla genitorialità.

Le motivazioni di questa decisione sono quelle di dare al bambino una relazione con un adulto che risponda in modo diverso dai genitori ai suoi test, tentare di ridurre il senso di

colpa da responsabilità onnipotente del padre non coinvolgendolo nella terapia e cercare di valorizzare la madre aiutandola a essere più assertiva e meno angosciata dalle richieste del marito e del figlio.

Come per gli adulti, il Piano Inconscio di un bambino è un canovaccio iniziale che permette di impostare il lavoro ma, ovviamente, va rivisto una volta iniziato il lavoro e rivalutato se la proposta terapeutica formulata non si mostra efficace nei fatti.

La terapia di un bambino, come peraltro quella per pazienti adulti, non può essere la stessa per tutti i casi anche perché le credenze patogene di un bambino coinvolgono altri attori che, in modi più o meno diversi, finiscono per alimentarle; l'intervento potrà quindi o non coinvolgere affatto i genitori del bambino o coinvolgerli in modi e forme diverse, una decisione che può essere presa solo sulla base della formulazione del piano. Dato che l'intervento CMT in età evolutiva si focalizza sui cosiddetti traumi da stress del bambino, ovvero sulle modalità di interazione disfunzionali tipiche in cui è coinvolto all'interno del suo contesto di vita, in alcuni casi può essere anti-plan proporre solo delle sedute individuali col bambino. Abbiamo quindi adottato a volte un setting che prevede solo incontri con la coppia genitoriale, o con uno dei due caregiver; altre volte le sedute (in particolare con i bambini sotto i tre anni) sono state condotte con genitore e bambino insieme (vedi anche Nanzer, 2016); altre volte ancora abbiamo utilizzato un setting più simile a quelli "classici", lavorando solo con il bambino. In ogni caso, la scelta è stata una diretta conseguenza del piano del bambino.

Per concludere, credo possa essere utile al lettore sapere che la terapia di Emanuele è durata sei mesi, il bambino non ha più manifestato difficoltà a separarsi dalla madre e ha cominciato ad avere contatti e scambi più sereni e appaganti con i bambini della sua età. Con la madre è stato fatto un lavoro di presa di coscienza del senso di colpa del sopravvissuto che le impediva di mettere a frutto le sue capacità, cosa che finiva per penalizzare sia lei sia la sua famiglia. Così, la signora ha cominciato a essere più diretta col marito, a decidere anche in

autonomia dal marito e a prendere consapevolezza dei limiti del suo compagno. Il padre di Emanuele, infatti, a causa delle sue idee paranoide, delle sue difese ossessive e narcisistiche imponeva alla famiglia di vivere in uno stato di isolamento e impediva alla moglie di chiedere aiuti esterni per mandare avanti la casa e la cura dei bambini. Così, la moglie ha cominciato a chiedergli di assumere delle baby sitter e collaboratrici domestiche, riuscendo alla fine a ottenerle. Al termine del trattamento la psicoterapeuta ha richiesto degli incontri supplementari individuali col padre di Emanuele per lavorare sulle sue difficoltà di intimità con il bambino e cercare di favorire un loro avvicinamento, ma il padre ha rifiutato poiché troppo impegnato. All'ultimo incontro con i genitori di Emanuele, il padre ha descritto tutte le cose materiali che aveva fatto e fa per i suoi figli, gli acquisti, le feste di compleanno e le vacanze al mare che non sarebbero mancate. La psicoterapeuta ha concluso l'ultimo incontro restituendo ai genitori un'immagine complessiva del lavoro fatto e degli obiettivi raggiunti da Emanuele, aggiungendo che con la madre di Emanuele avevano esplorato le motivazioni che avevano portato a uno stallo nella relazione col bambino e rendendosi disponibile, qualora il padre ne avesse sentito l'esigenza, a farlo anche con lui.

Bibliografia

Ainsworth, M. D. S., Eichberg, C. (1991), "Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience". In *Attachment Accross the Life Cycle*, 3, pp. 160-183.

Bowlby, J. (1969), *Attaccamento e perdita*, Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.

Bowlby, J. (1973), *Attaccamento e perdita*, Vol. 2: *La separazione dalla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1975.

Bowlby, J. (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1982.

Bowlby, J. (1980), *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: *La perdita della madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1983.

Bowlby, J. (1988), *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.

Curtis, J. T., Silberschatz, G. (1997), "Plan formulation method". In Eells T.D. (a cura di), *Handbook of psychotherapy case formulation*. Guilford, New York, pp.116-136
Curtis, J. T., Silberschatz, G. (2005), "The assessment of pathogenic beliefs". In Silberschatz, G. (a cura di), *Transformative Relationships: The Control-Mastery theory of psychotherapy*. Routledge, New York, pp. 69-91.

Curtis, J. T., Silberschatz, G. (2007), "Plan formulation method". In Eells, T.D. (a cura di), *Handbook of psychotherapy case formulation*. Guilford, New York, II ed., pp. 198 - 220.

Curtis, J., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J. (1994), "The plan formulation method". In *Psychotherapy Research*, 4, pp. 197-207.

Curtis, J., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J., Rosenberg, S. E. (1988), "Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method". In *Psychotherapy*, 25, pp. 256-265

Emde, R. N. (1989), "L'esperienza relazionale del bambino piccolo: Aspetti evolutivi e affettivi". In Sameroff, A. Emde, R. N.(a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1992.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2005.

Gazzillo, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti*. Raffaello Cortina, Milano.

Nanzer, N., (2012) (a cura di), *Manuale di psicoterapia centrato sulla genitorialità*. Raffello Cortina, Milano 2016.

Stern, D.N. (1977), *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Tr. it. Sovera Edizioni, Roma 1989. Stern, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Tomasello, M. (2009), *Altruisti nati. Perché cooperiamo fin da piccoli*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2010.

Tomasello, M. (2014), *Unicamente umano. Storia naturale del pensiero*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 2014.

Silberschatz, G. (2005), *Transformative Relationships: The Control-Mastery theory of psychotherapy*. Routledge, New York.

Weiss, J. (1993), "Il compito del terapeuta". In Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1999, pp. 55-71.

Weiss, J. (1993), "La nostra teoria a confronto con altre teorie odierne". In Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1999, pp. 166-171