

Aspetti psicologici e psicoterapeutici del lutto in età infantile

Silvia Tagliazucchi¹

¹Psicologa libero professionista Modena

Riassunto

In questo lavoro si è analizzato il tema del lutto infantile facendo riferimento alla principale letteratura scientifica italiana e straniera prodotta negli anni sull'argomento.

Si è affrontato il significato del lutto nel ciclo di vita con particolare riferimento al lutto patologico e ai rischi dello stesso in età precoce.

Si sono poi analizzati i processi affettivi, cognitivi e comportamentali legati alla perdita in età precoce, prendendo in considerazione le strategie di coping educativo della famiglia più o meno provata dall'evento di morte.

Nella seconda parte della tesi si sono delineati i possibili progetti terapeutici a disposizione del bambino e della famiglia a partire dagli indici osservativi di cui tener conto durante la fase valutativa e delle modalità di implementazione dell'intervento stesso.

Summary

In this work is investigated the issue of child bereavement, referring to the main scientific Italian and foreigner literature on the subject of the last years. The meaning of mourning is described in the life cycle with special reference to pathological mourning and the risks of an early age.

Is analyzed the affective processes, cognitive and behavioral-related loss at an early age, taking into account the coping strategies of family education more or less proved by the event of death.

In the second part of the thesis is outlined possible plans of treatment available child and family since the observable indicators to be considered during the evaluation stage and how to implement intervention.

Il lutto

Il lutto innesca una attività psichica che prevede che il sopravvissuto si confronti con immagini pensieri memorie e affetti legati alla persona perduta.

Questo processo ha la funzione di evocare e dare rappresentazione alle violente e sconvolgenti emozioni sollecitate dalla perdita. Con il termine lutto si intendono sia l'insieme di reazioni psicologiche e dei comportamenti che si esprimono a causa della perdita di una persona significativa, sia i rituali

collettivi e le pratiche sociali e pubbliche che vengono svolte nelle diverse culture intorno all'evento di morte Crozzoli (2003).

La persona che vive la perdita e la separazione da una persona affettivamente significativa continua a muoversi ed a soffrire all'interno di una rete di relazioni sociali e familiari nelle quali può trovare risorse od ostacoli al processo di elaborazione.

L'elaborazione del lutto ha quindi antropologicamente la funzione di far sì che l'individuo non venga assorbito dalla crisi relativa alla perdita, bensì possa recuperare e rielaborare il senso dell'esistenza anche grazie a questa dolorosa esperienza.

Nell'adulto la perdita di un genitore o di un familiare stretto lascia un vuoto importante anche quando il genitore è anziano ed in qualche modo si è preparati alla perdita in quanto legata al ciclo di vita.

Il lutto, in questo caso, prevede che l'individuo si riappropri della propria vita dopo una fase di transizione e faccia ordine tra i propri ricordi.

La risoluzione del lutto ha la funzione di permettere all'individuo di trattenere le informazioni pertinenti alla protezione ed al benessere futuri, lasciandosi alle spalle ciò che era unico dell'evento specifico.

In tal senso, un individuo può essere considerato risolto se è in grado di identificare i segnali di pericolo, se ha appreso le risposte protettive per il sé ed è in grado di prefigurarsi una bassa probabilità di ricorrenza dell'evento. Ciò permette di trasferire una quota di attenzione e di processi mentali oltre la minaccia, verso altri aspetti della vita, mantenendo il vantaggio di quanto è stato appreso dall'esperienza pericolosa.

Il tema della perdita dei genitori in particolare è una paura frequente nell'individuo (Pynoos 1995), ed ad un certo punto della crescita si palesa come fantasia terrificata nella mente del bambino.

Bowlby (1969, 1973, 1980) a proposito dell'attaccamento nello sviluppo e nel comportamento umano, fa presente le gravi conseguenze che la carenza o la perdita di tale attaccamento comportano.

Nella teoria dell'attaccamento sono di centrale importanza i concetti di "angoscia di separazione" che viene sperimentata quando si percepisce l'eventualità di una perdita e di "lutto".

Poiché il lutto deriva dalla rottura dei legami non è difficile immaginare che il lutto atipico o patologico sia talvolta la conseguenza della recisione di legami atipici.

Poiché spesso attaccamenti atipici nella vita adulta derivano da un parenting atipico nell'infanzia, si è ipotizzato che possa esistere una qualche connessione causale tra stile delle cure genitoriali e modello di elaborazione del lutto.

Molti studi hanno cercato di valutare l'esistenza di interrelazioni tra il tipo di accudimento sperimentato nell'infanzia e l'esperienza della perdita nella vita adulta, tenendo conto, tuttavia, della

presenza di eventi che possono aver influenzato la reazione alla perdita e che possono, in realtà, avere maggior effetti delle cure genitoriali.

Secondo Bowlby (1980), il decorso del lutto è divisibile in quattro fasi principali:

Lo stordimento: avviene in conseguenza della notizia della morte della persona cara. Può durare da qualche ora ad una settimana ed è caratterizzata da accessi di dolore ed ira molto intensi. Il soggetto non riesce a credere alla perdita subita.

La ricerca e lo struggimento per la figura perduta: questa fase dura da qualche mese a qualche anno; l'individuo è alle prese con la difficile consapevolezza della morte avvenuta: da un lato prende atto della realtà e reagisce ad essa con angoscia e disperazione, dall'altra cerca con insistenza di recuperare chi si è perduto e rifiuta, allontanando, tale consapevolezza continuando segretamente ad alimentare la speranza che tutto possa tornare come prima. La rabbia è l'emozione predominante e conferisce al soggetto la possibilità di richiamare con tutte le sue forze la persona perduta e solo al termine di ogni tentativo potrà accettare l'irreversibilità della perdita stessa.

La disorganizzazione e la disperazione: è la fase precedente alla riorganizzazione dei pensieri delle emozioni e dei comportamenti dopo l'avvenuta assenza dell'altro. L'individuo si accorge che l'oggetto non tornerà più e quindi affronta ciò con intensa tristezza, isolamento e chiusura verso gli altri (sono frequenti in questa fase disturbi del sonno e dell'alimentazione), ma la confusione e lo smarrimento saranno preludio di una ridefinizione di se stessi e della propria vita.

La riorganizzazione: l'individuo si riassetta alla luce della nuova realtà, e quindi il dolore diminuisce; esce dall'isolamento aprendosi a nuove attività. Quest'ultima fase è oggetto di discussione in quanto alcuni autori sostengono che la riorganizzazione non avvenga come conseguenza del distacco dall'oggetto: in alcuni soggetti è stato riscontrato quanto il legame nel tempo con l'oggetto perduto consenta loro di non cadere in una disperazione totale.

Di particolare rilevanza, è lo studio di Parkes (1995) che riprende l'ipotesi della teoria dell'attaccamento, secondo la quale la sicurezza dei primi attaccamenti può avere un'importante influenza sullo sviluppo della fiducia in sé e negli altri.

Il lutto patologico

Di seguito viene esaminato il rapporto tra questi due aspetti della fiducia di base e i due principali modelli del lutto patologico.

Gli apporti dati sia da Bowlby, sia dai successivi studiosi dell'attaccamento hanno ulteriormente chiarito come alcuni tipi di lutto si possano basare su specifiche tipologie di attaccamento (Speranza, Dazzi 2000) e siano riconducibili a forme patologiche.

Vengono proposti inoltre due sottotipi del lutto patologico:

- lutto cronico :lutto grave e prolungato con frequenti aspetti depressivi e mancata risoluzione della perdita che sembrerebbero invece correlati ad uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente e presente in coloro che avevano sviluppato un legame di dipendenza con il defunto.
- lutto differito: o lutto il cui inizio è rimandato oltre il periodo di pochi giorni, negato tipico delle persone che presentano uno stile di attaccamento insicuro-evitante e che vivono l'espressione dei sentimenti come segno di debolezza. Nell'infanzia costoro sembrano aver vissuto, nella relazione con il caregiver, frequenti momenti di non riconoscimento e corrispondenza emotiva. come deve accadere normalmente, che riflettono due tipi di legami: "dipendenza" e "affidamento compulsivo su di sé".

Le evidenze di questo studio sembrano sostenere l'ipotesi che esistano fattori di vulnerabilità alla sperimentazione di un lutto patologico che includono la:

- Paura appresa: figli di genitori preoccupati, che percepiscono il mondo come molto pericoloso ed i figli come molto fragili, percepiscono allo stesso modo se stessi e il mondo. Questi soggetti lamentano una maggiore angoscia dopo la perdita.
- Impotenza appresa: la depressione nasce dalla credenza individuale di non poter influenzare i risultati di eventi minacciosi; questa concezione è collegata a tipici comportamenti di ansia o negazione dei genitori e porterebbe a una maggiore reazione depressiva alla perdita in età adulta.
- Mancanza di fiducia in sé: persone con bassa fiducia in sé hanno maggiore probabilità di aggrapparsi agli altri e sviluppare un lutto cronico dopo la perdita.
- Mancanza di fiducia negli altri: maggiore probabilità di ritirarsi e di evitare situazioni che possano evocare lutto. I tentativi di trovare un legame tra fiducia e cure genitoriali non hanno avuto tuttavia successo statistico.

Questi fattori di rado si presentano isolatamente, ma interagiscono l'un l'altro nell'influenzare il modello di reazione alla perdita.

Inoltre lo studio in esame ha permesso di districare distinte sequenze specifiche che conducono da un particolare tipo di accudimento da parte dei genitori a particolari tipi di reazione alla perdita nella vita adulta.

Meritano un approfondimento in particolare quattro sequenze causali:

- genitori ansiosi e conflittuali predispongono i figli a reagire alla perdita con insicurezza e forte ansia;
- genitori assenti o rifiutanti predispongono i figli alla depressione dopo la perdita nella vita adulta; influenze genitoriali negative interferiscono con lo sviluppo della fiducia in sé e/o negli altri. Una scarsa "fiducia in sé" predispone al "lutto eccessivo" dopo la perdita e lascia la persona

insolitamente vulnerabile alla morte di un genitore. Una “bassa fiducia negli altri” predispone a una tendenza ad evitare gli altri e a minimizzare il processo di lutto.

Conflitti fra genitori durante l’infanzia aumentano il rischio di conflitti coniugali quando i figli si sposano e li rendono vulnerabili al “lutto conflittuale” quando i genitori muoiono.

Patricia Crittenden (1997) nell’elaborazione dell’approccio dinamico-maturativo alla teoria dell’attaccamento, intende il lutto, cioè la perdita di una figura di attaccamento (o di una persona attaccata), come un tipo specifico di pericolo, universale, inevitabile e definitivo. Pertanto la teoria sulla risposta al pericolo, soprattutto quello traumatizzante, sta alla base della concettualizzazione della non risoluzione del trauma e del lutto, secondo la quale un insieme di specifiche esperienze del passato potrebbero influenzare l’individuo nei pensieri, vissuti e comportamenti presenti

La mancata risoluzione del lutto risulta evidente nella misura in cui influenza lo stato dell’individuo nel presente: un’influenza troppo limitata (i.e., aspetti significativi di un’esperienza passata non sono portati con sé nel presente o non lo sono in maniera appropriata) è tipica di un approccio distanziante di tipo A, mentre un’influenza eccessiva (i.e., il passato si ripresenta troppo spesso nel presente) riflette un approccio preoccupato di tipo C. Pertanto, la mancata risoluzione del lutto implica una incapacità di dividere gli aspetti legati unicamente al pericolo passato da quelli che sono importanti per il futuro. Si tratta di un processo osservabile su un continuum e in grado di influire su una gamma più o meno ampia di funzionamenti.

A questo proposito si distinguono i seguenti tipi di lutto, ordinati secondo lo stile di attaccamento prevalente (dal più distanziante al più preoccupante) che sottendono:

- lutto distanziato (l’importanza dell’evento viene sminuita sia in termini di preparazione per pericoli futuri, sia in termini di sentimenti; l’individuo appare asciutto e non responsivo);
- lutto spostato (le informazioni sull’evento traumatico non vengono elaborate e vengono trasferite a qualche altro evento o persona, presumibilmente meno minacciosi);
- lutto anticipato (presente quando c’è una base per l’anticipazione - ad es. una figura di attaccamento malata terminale – oppure quando la paura viene esagerata in modo irrazionalmente preoccupante);
- lutto preoccupato (implica un assorbimento più o meno pervasivo dei processi mentali nell’evento minaccioso per il sé);
- lutto vicario (implica che l’individuo non abbia vissuto l’evento pericoloso, né ne sia stato testimone diretto, bensì abbia vissuto l’episodio attraverso una figura di attaccamento);
- lutto immaginato (implica false credenze su ciò che è accaduto, o sui suoi effetti sulla persona);
- lutto bloccato (è un lutto non presente nella mente del soggetto, ma l’esaminatore dell’AAI è convinto che ci sia stato);

- lutto alluso (il soggetto fa credere che ci sia stato un lutto, ma non lo dice apertamente e su richiesta esplicita nega).

La forma distanziante della mancata risoluzione ha lo scopo di tener lontano il pericolo dal sé relegandolo al passato, distanziandolo geograficamente, oppure spostandolo su altre persone. In tal modo l'individuo protegge il sé dalla percezione del dolore. D'altra parte, la mancata attenzione ad elementi predittivi rilevanti o a risposte protettive fa sì che non si riesca ad identificare le minacce di pericolo, il che può comportare una futura vulnerabilità del sé, contrariamente alla percezione di sé come capace di controllare – e quindi proteggersi da – gli eventi futuri.

La forma preoccupata della mancata risoluzione ha lo scopo di ridurre la distanza tra il sé e l'evento, mantenendo quest'ultimo nel presente. Inoltre, la consapevolezza vivida dei dettagli aumenta la probabilità di riconoscere l'evento qualora ricorresse in futuro, e quindi la possibilità di adottare manovre difensive. D'altra parte, l'iperpredizione del pericolo e l'ipoattribuzione di responsabilità portano ad una incapacità ad attivare comportamenti responsabili e protettivi per il sé.

Lindemann (1944) propone un modello della reazione tipica distinguendolo da quello che denomina afflizione patologica anormale: le principali reazioni tipiche dell'afflizione possono essere descritte come disturbi fisici, stati di preoccupazione accompagnati da pensieri ed immagini, sensi di colpa, reazioni ostili verso gli altri, iperattività, senza poter organizzare il proprio comportamento verso specifici obiettivi.

Il lutto viene quindi accostato a fenomeni depressivi che sono tuttavia solo in parte sovrapponibili; la sua elaborazione è da collegarsi al personale bagaglio di risorse individuali e sociali di chi lo vive.

Psicobiologia del lutto

La morte di una persona significativa rappresenta uno stress che va a sollecitare le risposte del sistema psicobiologico e comportamentale dell'attaccamento e della perdita.

Lo stress della perdita comporta quadri clinici che prevedono una serie di alterazioni dei neurotrasmettitori, soprattutto la noradrenalina e la serotonina e con disregolazione degli oppioidi (Pancheri, Zichella, Falaschi 1984 Biondi, Pancheri 1992, Biondi 1999).

Considerando il legame del lutto con le patologie depressive ed ansiose il risvolto biologico viene dato dalle alterazioni del sistema endocrino ed immunitario (Beutel 1991).

In accordo con la psicosomatica del cervello questi eventi possono influire sui neurotrasmettitori cerebrali e contribuire a sintomi stabili nel tempo.

In particolare quando il lutto è traumatico e la morte giunge inaspettatamente e violentemente possono innescarsi reazioni psicobiologiche e multisistemiche tipiche del disturbo post traumatico da stress che sfociano in memorie intrusive, evitamento, dissociazione, iperarousal (Bremner 2006).

Rispetto al sistema immunitario Bartrop ha notato una diffusa immunosoppressione post lutto che innescano scompensi a carico del sistema endocrino e neurovegetativo.

Negli anziani maschi nel primo anno di perdita è stata notato maggiore rischio di mortalità per patologie cardiovascolari, tumorali, morti violente.

Rischi del lutto vissuto in età precoce

Un'esperienza precoce di perdita (prima dei 14/17 anni) e morte della figura di attaccamento rappresenta un forte rischio per lo sviluppo in età adulta di seri disturbi psichiatrici (schizofrenia, disturbi bipolari, depressione maggiore) e fisici (Meinischmidt 2005), sono state anche notate alterazioni neuroendocrine e secrezione di cortisolo in età adulta.

Va considerato l'elemento di vulnerabilità psicopatologica connessa ai fattori genetico-ereditari (Agid, Kohn, Lerel 2000).

Brier et al 1988 si soffermano sul tipo di vita condotta dal bambino dopo il lutto e le difficoltà di adattamento personale o dell'ambiente.

Parker afferma che va valutato il grado di affetto e cure ricevuti dai sostituti caregiver.

La morte di un genitore nell'infanzia e nella fanciullezza

La morte di un genitore ha un effetto devastante sul senso di sicurezza personale del bambino. Si può affermare che i bambini piccoli che hanno perduto un genitore producono risposte di stress dovute al trauma e reazioni di dolore che sfociano nel lutto protratto.

Il sentimento di dolore e il trauma che ne derivano sono intrinsecamente connessi. Le variabili da prendere in considerazione riguardano circostanze esterne quali:

- il modo in cui avviene la morte del genitore;
- la conoscenza che il bambino ne ha ;
- la presenza del bambino al momento della morte ;
- il modo in cui viene messo al corrente.
- E circostanze interne quali:
 - lo sviluppo del bambino;
 - le risorse cognitive;
 - le risorse emotive.

Quando un genitore muore il bambino perde il senso di sicurezza generato dalle interazioni con l'adulto che fungono da regolatori nascosti del funzionamento neuropsicologico . Bowlby (1980).

Le figure di attaccamento non sono interscambiabili ,ognuna rappresenta un insieme di esperienze emotive non trasferibili senza dolore ad un'altra figura accudente.

Questo significa che la disponibilità dell'altro genitore non è sufficiente .

L'importanza del genitore defunto non è da sottovalutare: nonostante sia disponibile una nuova figura genitoriale, il legame tra bambino e genitore scomparso non potrà essere dimenticato o sostituito .

Il dolore causato dalla morte è un evento centrale che ha ripercussioni sul funzionamento del bambino. L'adulto dovrà quindi fornire un sostegno al minore adeguato alla sua età .

Le risposte dei bambini alla perdita nello specifico sono:

Protesta: solitamente è la risposta iniziale ed è presente il pianto persistente;

Tristezza e ritiro emotivo: dopo la protesta solitamente compare l'emozione della tristezza celata nel comportamento ritirato, silenzioso e nella presenza di letargia. Il bambino ancora proiettato verso il genitore, attende il ricongiungimento: compaiono infatti domande isolate ed inaspettate circa il suo rientro; i bambini spesso si legano ad un oggetto appartenuto al genitore e chiedono che le azioni del genitore vengano ripetute in modo pedissequo. I temi del gioco simbolico spesso rispecchiano la preoccupazione e l'ansia rispetto alla separazione e al ricongiungimento con la figura accudente.

Intensificazione delle ansie : in prevalenza ansia da separazione, da prestazione o legata al rifiuto genitoriale, ricerca continua dell'approvazione della famiglia. Tali emozioni spesso convergono in sintomi psicosomatici tipici delle sindromi ansiose come mal di stomaco etc.

Rabbia: spesso manifestata attraverso agiti di aggressività, spesso privi di cause apparenti e rivolta indiscriminatamente; come se il bambino proiettando la rabbia verso il genitore scomparso, la scaricasse sul primo oggetto/persona disponibile; non sono infrequenti agiti di aggressività auto-diretta.

Regressione: spesso sono osservabili disturbi del sonno che sfociano nella richiesta di dormire accanto all'adulto, risvegli, terrori, enuresi notturna, incubi. E' possibile che venga perso il controllo degli sfinteri e ricompaia il baby-talk. Tali regressioni avrebbero la funzione di ristabilire la vicinanza degli adulti accudenti.

Nuove paure: le normali paure tipiche dell'infanzia possono intensificarsi e le più comuni sono paura del buio, degli estranei, di restare soli, dei rumori forti, dei grandi oggetti, della separazione.

La percezione della morte nel bambino

la percezione della morte nel bambino si gioca su tre aspetti fondamentali che vengono compresi entro i 7 anni di vita (Vianello 1996):

- universalità della morte
- irreversibilità della morte
- morte come cessazione delle funzioni vitali

Già a partire dai 4/6 anni la morte di un genitore o di un familiare viene vissuta con partecipazione e comprensione, le reazioni al lutto sono diverse in base all'età (Lamberto 2005).

Fino ai 2 anni i bambini non sono capaci di descrivere le proprie sensazioni, non comprendono cosa sia accaduto, tuttavia riescono a percepire le reazioni emotive del genitore, le ansie e le apprensioni dalle quali accumulano informazioni.

Nei primi 6 mesi di vita i bambini rispondono alla perdita di un genitore con il pianto persistente ed accettano/rifiutano il conforto da parte di altri adulti. Questo comportamento dura di solito per 2/3 giorni diminuendo per intensità e riapparendo sporadicamente nei giorni successivi,. In particolare i momenti dell'addormentamento aiutano a far riemergere i ricordi traumatici che danno avvio alle reazioni collegate alla perdita.

Dai 3 ai 5 anni i bambini sono incapaci di distinguere la fantasia dalla realtà, infatti la concezione della morte è intrisa di aspetti magici ed è di difficile comprensione l'aspetto di irreversibilità della morte.

In questo periodo la propria salute e quella del genitore sono aspetti rilevante per il bambino, tali che quando queste sono minacciate si osserva a nel bambino insicurezza e paura dell'abbandono.

Dai 6 ai 9 anni la perdita può essere vissuta come la punizione per un comportamento scorretto e la sensazione di abbandono è maggiore se il genitore rimasto è assorbito dalla malattia e incapace di pensare al lutto del bambino attraverso un supporto emotivo. In queste situazioni il lutto è avvertito come duplice, quello del genitore morto e quello del genitore sopravvissuto.

Dai 9 agli 11 anni la morte è vista come inevitabile e la comprensione di tutti gli aspetti connessi al tema è ormai raggiunta perciò le emozioni connesse sono paura, rabbia, sensazione di fallimento, senso di colpa. Sono visibili comportanti regressivi e manifestazioni di paure esagerate ed immotivate.

In preadolescenza emerge l'attenzione e l'interessamento all'evento luttuoso e ai suoi dettagli come ad esempio avere notizie sulle cause di morte, compresi aspetti spirituali.

In adolescenza la maggior parte delle comunicazioni comprese quelle riguardanti i lutti avvengono col gruppo dei pari piuttosto che con la famiglia. Le reazioni sono sempre più espresse attraverso l'umore irritabile, aggressivo, la sfida e la ribellione.

Come dimostrano gli studi di Nelson, Sloper, Charleton (1994) spesso i genitori non sono consapevoli del gradi di sofferenza e disagio dei propri figli, tendendo a sottostimare i loro livelli di distress.

L'orientamento prevalente a nascondere la malattia e la sua gravità si correla positivamente all'ignorare nei bambini le emozioni legate alla perdita.

I processi affettivi e cognitivi legati alla perdita nell'infanzia

I pattern di pensiero dei bambini dopo la morte del genitore possono riorganizzarsi ed essere in linea con fantasie e desideri del bambino.

- Idealizzazione del genitore morto: spesso il genitore viene ricordato come perfetto ed onnisciente. Sono spesso riscontrabili sentimenti di rabbia verso il genitore vivo vissuto come incapace rispetto al genitore perso.
- Fantasticare un ricongiungimento: i bambini spesso credono in parallelo all'idea che il genitore sia allo stesso tempo sia morto che vivo e possa ritornare; talvolta i bambini descrivono nel dettaglio le

modalità del ricongiungimento e non è infrequente che ritualizzino queste credenze attraverso il gioco simbolico

- Autocritica e senso di colpa: i bambini provano questo tipo di emozioni nel tentativo di spiegarsi l'ingiustificabilità della morte del genitore al fine di difendersi dall'incontrollabilità degli eventi di vita.
- Attribuzione di un potere onnipotente: il bisogno di controllo a volte si manifesta nell'idea che i genitori in qualità di esseri onnipotenti possano pilotare gli eventi di vita questo può sfociare nell'idea che sia stato il genitore a decidere volontariamente di abbandonarli.
- Diniego: i bambini piccoli possono negare sia la morte sia il modo in cui è avvenuta se questa è stata insopportabile o traumatica anche attraverso il gioco di finzione che permette loro di alterare la realtà a favore di una maggiore sopportabilità dell'esperienza di lutto (Freud 1968)

Reazioni delle figure di accudimento alternative: effetti sul bambino

Nella dolorosa perdita del genitore sono coinvolti anche altri membri della famiglia che dovranno parallelamente elaborare la sofferenza personale, ma anche sostenere il bambino.

A volte gli altri adulti sono talmente invasi dal dolore da non essere emotivamente accessibili al bambino.

L'espressione di intenso dolore veicolata dai segnali verbali e non verbali come le grida e i singhiozzi e i movimenti agitati terrorizzano il bambino che coglie in questi indizi la rappresentazione di una catastrofe imminente.

I vissuti dolorosi possono poi generare sia comportamenti ambivalenti e rabbiosi verso il defunto, sia idealizzazione espressa attraverso la verbalizzazione e il ricorso ai ricordi positivi.

Molte volte l'adulto afflitto, non si rende conto degli effetti arrecati al bambino o ritiene che esso non abbia le capacità sufficienti a comprendere appieno la gravità dell'evento.

Le strategie adottate all'occorrenza puntano sul celare la verità al fine di alleviare il dolore, ricorrendo alla bugia.

Spesso le incongruenze tra le risposte dei bambini e degli adulti sono fonte di tensione e malcontento.

Quando il bambino conosce o ha vissuto la verità del lutto, ma apprende dai genitori informazioni contrastanti, è lacerato tra la fiducia nell'adulto e le proprie percezioni, facendosi portatore di due versioni della realtà che provano una scissione interna.

Il lutto traumatico

Quando il bambino assiste alla improvvisa o alla violenta morte di un genitore l'elaborazione del lutto diventa ancora più complessa.

Quando accade ciò le esperienze sensoriali che accompagnano la morte diventano immagini mentali intrusive che interferiscono con il processo di elaborazione stesso.

Spesso è frequente la paura per la propria incolumità personale in quanto le circostanze della morte possono essere state fonte di pericolo anche per il bambino.

Libermann et al (2007). ipotizzano che in età prescolare possano comparire fenomeni di dissociazione legati alla grave minaccia del senso di sicurezza.

Anche quando il bambino non assiste direttamente alla morte del genitore, ma ascolta narrazioni di essa dagli adulti che trattano il tema con visibile sofferenza, è possibile che si verifichino traumi sostitutivi.

Il lutto inaspettato ed improvviso mette a dura prova il bambino che non ha avuto il tempo necessario per prepararsi alla perdita.

Quando poi genitore in vita e bambino hanno vissuto insieme l'esperienza di morte violenta la reciproca vicinanza ricorda ad entrambi l'intenso dolore vissuto e spesso viene gestito attraverso un silenzio che ha funzione di stabilire la distanza emotiva nell'evento, tuttavia quando diventa cronico prevede possibili ritorsioni negative sul bambino in termini di tendenze evitanti, dissociative, manifestazioni emotive strazianti.

In condizioni anche di lieve minaccia alla propria incolumità il bambino spesso reagisce attraverso una sorta di escalation dell'aggressività che ha funzione auto protettiva.

Nei casi in cui il genitore defunto abbia perso la vita nell'atto eroico di difendere il proprio paese dalla criminalità, dal terrorismo o da catastrofi naturali, il bambino si scontra con i sentimenti ambivalenti dei familiari che spesso passano da pensieri di idealizzazione a pensieri di colpevolizzazione verso il defunto per non aver difeso in primo luogo la famiglia.

Il bambino deve avere comunque la possibilità di esprimere tutte le emozioni e dei pensieri ad esse correlati, evitando di dover glorificare per forza la morte a favore della cancellazione del dolore.

Quando il corpo del genitore non può essere recuperato non è infrequente che si attivi nella famiglia la segreta speranza che la persona cara non sia morta, perciò le persone tengono viva la memoria del defunto e la speranza di ritrovare la persona in vita o il suo corpo inerte.

Con l'avvicinarsi della rassegnazione alla perdita l'individuo può sperimentare sentimenti di ambivalenza verso sé e senso di colpa causato dall'idea di abbandonare la persona cara.

L'emozione di vergogna nel lutto

La perdita del genitore spesso suscita nei bambini che si confrontano con i pari vergogna: non avere più il genitore li fa sentire diversi; questa condizione si aggrava quando la morte avviene per suicidio, omicidio, per malattia stigmatizzante come la tossicodipendenza o l'AIDS.

L'adulto è combattuto tra il desiderio di raccontare al bambino la verità e proteggere il bambino dalla verità.

La comunicazione della verità secondo Lieberman deve avvenire, tuttavia è possibile evitare di peggiorare la situazione in particolare mantenendo le informazioni di base.

I dati concreti potranno essere raccontati al bambino con gradualità e nel rispetto dei suoi ritmi ed in risposta alle sue domande specifiche.

La comunicazione di queste verità complesse dovrebbe avvenire ad opera di un adulto significativo in grado di reggere il peso emotivo della comunicazione, che non sia necessariamente il genitore rimasto se fortemente provato dalla morte del coniuge.

Nel caso di morte per suicidio è fondamentale fornire al bambino una duplice spiegazione della situazione: al bambino verrà raccontato che il genitore non era in grado di sentire e pensare in modo sano a causa di una malattia mentale e che ha commesso un errore per essersi danneggiato a tal punto da togliersi la vita.

Nei casi di omicidio il bambino deve essere protetto più possibile dalle indagini e dai media. Quando il genitore muore a causa di una azione criminale da lui compiuta verrà come in precedenza spiegato al bambino che egli non si è reso conto dell'errore commesso ed è stato coinvolto in azioni pericolose senza la consapevolezza delle conseguenze. Il genitore dovrà essere ricordato anche per altri aspetti positivi oltre l'azione criminale e tali ricordi andranno stimolati nel bambino.

Nell'eventualità che il genitore muoia per malattia grave dovrà essere spiegato al fanciullo che il genitore affronterà una malattia dolorosa che potrebbe esitare sia in una guarigione ma anche in una morte.

Quando lo stigma si lega alla malattia andrà preparato il bambino alle reazioni esterne e dovranno essere affrontati anche aspetti positivi come la ricerca medica per infondere speranze positive da sostituire alla tragicità della comunicazione.

La fase di valutazione

Raccolta delle informazioni

Gli approcci cognitivi dell'età evolutiva prevedono che la fase di valutazione avvenga attraverso i colloqui con i genitori, gli insegnanti ed eventuali altri adulti significativi che se ne occupano, oltre al bambino stesso.

La maggior parte delle informazioni riguardanti lo stato emotivo del bambino e dell'evento di morte verrà ottenuta dal genitore in vita e gli altri adulti della famiglia.

La consultazione avviene attraverso 4 fasi principali quali:

- L'analisi della domanda;
- La ricostruzione della storia del bambino e della famiglia;

- La valutazione diagnostica vera e propria;
- La restituzione finale.
- Le principali aree da indagare in riferimento al lutto sono:
- Il problema vissuto come fonte di disagio;
- La storia evolutiva;
- L'andamento scolastico;
- Le relazioni con i coetanei;
- Le relazioni familiari ed eventuali eventi traumatici vissuti;
- Il comportamento del bambino.

E' importante acquisire informazioni circa i particolari dell'evento traumatico, le informazioni che sono state riferite al bambino o ciò che ha visto e vissuto direttamente al fine di creare un approccio terapeutico adeguato.

Le modalità narrative e le informazioni ricavate dagli adulti che si occupano del bambino daranno al terapeuta indizi sulla loro sensibilità potranno essere rigiocate nella definizione del progetto terapeutico.

Anche il bambino che viene coinvolto nella valutazione, attraverso la guida del clinico puo dare informazioni in maniera spontanea che verranno espresse attraverso il gioco di finzione, il disegno, la narrazione di favole piuttosto che attraverso il vero e proprio racconto degli eventi.

Come in altri casi tuttavia, la fase di valutazione si protrae anche lungo il corso del percorso terapeutico vero e proprio con particolare riferimento ai possibili cambiamenti legati alla fase di transizione in corso (cambi di residenza, scuola cambio, di abitudini).

In riferimento al lutto il clinico si focalizza sui fattori che possono influenzare il processo di elaborazione nel bambino.

Le aree di indagine sono:

- Funzionamento cognitivo emotivo e sociale del bambino: verrà valutato il temperamento in relazione all'espressione/regolazione emotiva nelle situazioni di novità, stress, transizione.
- Il funzionamento socio emotivo ed in particolare l'abilità di relazionarsi con gli altri e la capacità di gestire l'ansia.
- Il funzionamento cognitivo con particolare attenzione alla comprensione di quale fosse il livello del funzionamento psicologico raggiunto prima della perdita.
- Le informazioni dettagliate che il bambino ha ricevuto sulla morte con attenzione alle discrepanze tra ciò che è reale e conosciuto dal genitore e ciò che è stato detto.
- I ricordi traumatici delle morte: il clinico deve indagare tali aspetti avendo cura delle reazioni di dolore intenso prodotte dal bambino e tentando di identificare gli stimoli che il bambino associa all'evento traumatico (vestiti, oggetti che richiamano l'esperienze etc.)

- La relazione tra il bambino ed il genitore deceduto: va investigata la centralità del genitore negli ambiti di vita quotidiani in modo da comprendere i segnali di disagio inviati dal bambino che spesso riguardano il diverso modo di agire della nuova figura di accudimento e sono riconducibili a difficoltà di adattamento.
- La rete di relazioni del bambino e la presenza di una nuova figura di attaccamento : più il bambino è piccolo più è importante trovare una figura di accudimento sostitutiva stabile e disponibile a fungere da base sicura con particolare riferimento per l'elaborazione del lutto.
- Continuità o rottura delle abitudini quotidiane: il lutto è più facilmente elaborabile quando l'ambiente fisico e sociale rimangono sostanzialmente invariati, è perciò importante riuscire a mantenere quanto più possibile inalterate le modalità di accudimento del bambino.
- Principi educativi della famiglia e progetti pianificati per sostenere il bambino: è da indagare il tipo di relazione presente tra l'adulto che si occuperà del bambino, la sua disponibilità verso il bambino e le altre figure familiari a sostegno.
- Tradizioni culturali/familiari relative alla morte: è fondamentale comprendere questi aspetti soprattutto quando il bambino dovrà affrontare il rito funebre e il clinico dovrà svolgere consulenza in merito alla presenza o meno del bambino, in modo da comprendere se questa esperienza sarà o meno devastante per lui (es. riti che prevedono il lamento pubblico).
- La risposta al lutto nella figura che accudisce il bambino: quanto è disponibile emotivamente ed accessibile al piccolo.
- Risorse e vulnerabilità della famiglia nel prendersi cura del bambino: il clinico deve indagare le vulnerabilità psicologiche ma a volte anche economiche e legali. Spesso va valutata la rete a sostegno del nucleo familiare che sia religiosa o comunitaria.

Quale diagnosi

Secondo il manuale diagnostico DSM-4 è possibile formulare le seguenti diagnosi che solitamente sono rilevanti per i bambini in lutto:

ASSE I_F43.1 disturbo post traumatico da stress

ASSE I_F43.28 Disturbo di adattamento con ansia,

ASSE I_F43.20 Disturbo di adattamento con umore depresso,

ASSE I_F43.24 Disturbo di adattamento con problemi di condotta

Per i bambini piccoli si fa riferimento alla classificazione Dc:0-3

Lutto prolungato/reazione di dolore

Disturbo traumatico da stress

Tale classificazione mette in evidenza la difficoltà di distinguere tra le due diagnosi in quanto c'è accordo in ambito clinico riguardo al fatto che la perdita di un genitore in età così precoce è spesso un'esperienza traumatica.

Il progetto terapeutico

Gli obiettivi terapeutici

Secondo Lieberman et al. i principali obiettivi che orientano l'intervento sono:

- Aiutare i caregiver a creare un ambiente sicuro e accogliente: il terapeuta ispirato da questo primo obiettivo sosterrà la famiglia nella identificazione di figure di attaccamento primarie e secondarie che si costituiranno "base sicura" per il bambino e seguiranno modalità comuni e coerenti di sostegno al bambino avendo cura di promuovere ricordi rassicuranti del genitore morto;
- Sostenere i legami emotivi del bambino con una nuova figura di attaccamento: è importante incoraggiare l'apertura del bambino alla nuova figura di accudimento e all'amore che essa ha in serbo per lui; anche il bambino dovrà sentirsi libero di voler bene ad essa;
- Facilitare l'accettazione della realtà concreta della morte del genitore: è importante perseguire l'obiettivo di stimolare la consapevolezza della morte stessa che spesso viene rifiutata; con i bambini il concetto di morte viene spesso affrontato attraverso l'esempio della morte degli animali domestici. La morte di un animale domestico infatti si configura di frequente come la prima esperienza di lutto e può essere utilizzata dall'adulto per ricordare come si svolge il processo di morte.
- Migliorare la regolazione emotiva in risposta ai ricordi traumatici: in associazione al ricordo che ad intermittenza si palesa nella mente, il bambino prova forti stati di angoscia.
- In terapia è importante aiutare lui e la sua famiglia a riconoscere gli improvvisi stati di angoscia come tali e rileggerli come una delle possibili espressioni di preoccupazione.
- Promuovere l'adattamento ai cambiamenti di vita quotidiana. Una buona fetta di sofferenza per il bambino è legata ai cambiamenti connessi della quotidianità. Il terapeuta può offrire il conforto verso il dolore relativo alle modificazioni attuate, ma può anche intervenire attraverso consigli pratici come per esempio la creazione di routine quotidiane stabili che possano dare sicurezza al bambino e promuovere l'adattamento. Tale stabilità potrà riferirsi anche ai movimenti degli adulti accudenti che dovranno essere comunicati al bambino con tranquillità in modo che possa immaginarli nell'uno o nell'altro luogo.
- Solitamente dopo una perdita il bambino sviluppa preoccupazioni ansia e timore legati alla possibilità che gli adulti non facciano ritorno, o si spaventino nei momenti di distacco sviluppando una sindrome ansiosa da separazione.

- Promuovere la soluzione dei problemi e la risoluzione dei conflitti attraverso strategie di coping centrate sul problema che sarà diverso in base all'età: dalla gestione della propria cura nei bambini più piccoli alla comunicazione della morte del parente a scuola etc.
- Integrare la figura del genitore morto nel senso di sé del bambino che si sta costituendo: devono essere previsti momenti di confronto tra genitore vivo e bambino riguardanti la vita assieme al defunto: questo dialogo sulle esperienze positive e sul dolore che ognuno vive nel presente è fondamentale per compensare il vuoto.
- Tale vuoto potrà essere riempito di ricordi comuni, immagini e di informazioni sul genitore quali le cose amate e odiate, delle sue abitudini. Sarà importante che il genitore racconti ed aiuti ad identificare i sentimenti i ricordi legati alla nascita e all'esperienza positiva vissuta dal defunto circa con il bambino.
- Mantenere vivo il contatto con il genitore morto e i ricordi negativi e positivi

Proposte di trattamento

Developmental guidance: Gli interventi di questo tipo hanno la funzione di aiutare il genitore a sostenere il bambino durante l'esperienza del lutto e non prevedono la valutazione o il sostegno al bambino.

Spesso questo tipo di intervento permette al genitore di affrontare le sofferenze personali relative alla perdita, attraverso il sostegno emotivo del terapeuta. Quest'ultimo offrirà una chiave di lettura delle risposte del bambino e permetterà al genitore di aumentare la sua consapevolezza circa il dolore il suo dolore e di creare momenti di vicinanza emotiva ed intimità.

Al genitore verranno forniti indicatori di disagio e patologie che permettano lui di richiedere in futuro un sostegno per il fanciullo.

Il terapeuta sceglie di intraprendere questo intervento quando i sintomi del bambino raccontati dal genitore non sembrano degni di valutazione e nel caso in cui il genitore sia sintonizzato a sufficienza sui bisogni del bambino.

Terapia genitore-bambino: in questo tipo di intervento vengono coinvolti il bambino e la figura di accudimento primaria che sarà figura attiva del processo di sostegno al bambino. L'obiettivo dell'intervento è quello di rendere comprensibili reciprocamente bisogni ed esperienze emotive e costruire spazi in cui è possibile parlare della morte rinforzando le aree di armonia intra-personale e l'empatia. Tale percorso è da attuarsi soprattutto quando il bambino è piccolo e la figura di accudimento centrale nella possibilità di adattamento del bambino.

Al genitore va fatto presente che il focus dell'intervento è sul bambino ed egli è partner indispensabile per il suo sostegno.

Terapia familiare: prevede la presenza della famiglia o dei soli fratelli in fase iniziale o per tutto il periodo della terapia.

Psicoterapia individuale: al bambino ed in parallelo al genitore: Liebermann propone di utilizzare questa modalità di setting multiplo quando il dolore del genitore è talmente forte che il bambino non esprime le emozioni dolorose del lutto per proteggere il genitore.

Il genitore verrà seguito anche al fine di imparare ed accettare gradualmente a comprendere i bisogni del piccolo.

Consulenza Scolastica: è fondamentale al fine di permettere al bambino di riprendere il normale iter di sviluppo. A scuola è poi possibile individuare figure significative emotivamente disponibili e non coinvolte nelle dolorose emozioni del lutto.

Tale consultazione sarà mirata a chiarire le risposte di distress relative al lutto e prevenire modalità regressive o oppostive in ambito grupale.

Andrà negoziata con il genitore la realtà relativa alla morte in modo che egli acconsenta a chiarire agli educatori i reali accadimenti in modo da poter sostenere ed accogliere il disagio creando univoche risposte.

La relazione terapeutica

Il terapeuta deve essere molto cauto e paziente nel conquistare la fiducia del bambino, che potrebbe faticare ad aprirsi a nuove relazioni fantasticando su un possibile ricongiungimento con il genitore defunto.

Ogni tentativo di accelerare l'elaborazione del lutto o richiesta di conversare o a lungo su questo tema può rinforzare nel bambino la difesa o l'evitamento del processo terapeutico.

La figura del terapeuta può poi ricordare costantemente l'evento accaduto.

In generale i bambini si sentono a loro agio quando il terapeuta parla di ciò che è accaduto con tranquillità, tuttavia a volte i bambini in seduta hanno reazioni forti legate al ripercorrere gli eventi traumatici che il bambino tenta di evitare.

Come interagire

E' utile avere a disposizione una stanza per il gioco che fornisca al bambino un ambiente in cui potere giocare liberamente con creatività: i giochi che dovrebbero esserci sono materiali che permettono il gioco simbolico (come la casa delle bambole, il kit del medico, supereroi) e quello creativo (la cassetta della sabbia). Tali giochi dovrebbero essere scelti in modo da permettere la ritualizzazione delle circostanze della morte e dovrebbero essere sempre presenti per garantire la continuità del percorso terapeutico.

Il gioco permette di creare significati condivisi: durante il gioco il terapeuta esprime verbalmente le comunicazioni del bambino espresse nel gioco aiutando attraverso questa interpretazione a regolare l'emozione quando diventa ingestibile.

Tale modalità si rivela ancor più utile se è presente il genitore al quale vengono fornite letture dei comportamenti del bambino..

Ci sono poi giochi che permettono di sperimentare la mancanza/disponibilità dell'adulto e di lavorare sulle ansie di perdita come il nascondino.

E' utile avere a disposizione libri e favole che permettano al bambino di rivedere proprie esperienze e alternativi punti di vista. Si è rivelato utile creare favole inventate a partire da disegni o parole targett connesse alle esperienze di lutto.

Il bambino attraverso la creazione di storie libera sulla carta emozioni paure e sentimenti che il terapeuta può riprendere sia verbalmente sia attraverso il suo contributo alla favola, tale attività andrà allargata anche alla relazione genitore bambino.

La scrittura si rileva utile anche attraverso la forma della lettera scritta al genitore deceduto. Tali scritti fungono da ponte simbolico con il genitore che ormai non c'è più.

Gli interventi domiciliari

La casa del bambino tuttavia rimane un centrale luogo di ancoraggio per la sicurezza del fanciullo, vanno quindi creati ponti con essa (per esempio chiedendo al bambino di portare oggetti e giocattoli).

Questi interventi sono importanti perché ricchi di stimoli utili al lavoro terapeutico. Inoltre la casa rimane il luogo di sicurezza per eccellenza nella maggior parte dei casi.

Dal punto di vista valutativo la casa fornirà le seguenti informazioni:

- l'immagine del genitore deceduto è preservata o non se ne ha traccia;
- quali sono gli oggetti o gli stimoli legati ai ricordi traumatici;
- la misura della organizzazione/disorganizzazione.

Dal punto di vista della terapia la casa permetterà di:

- confermare la continuità dell'esistenza e la percezione di sicurezza legata agli spazi di vita; che vi erano e ci sono prima e dopo l'evento tragico;
- Lavorare sull'implementazione di routine quotidiane stabili;
- Individuare oggetti simbolici relativi al rapporto adulto bambino che rivestono un particolare significato nella relazione tra i due;
- Ripristinare i ricordi del genitore rimossi dai familiari dopo la morte (fotografie);
- Creare scatole o libri dei ricordi, album fotografici audiocassette, videocassette, posizionati in luoghi accessibili della casa e considerati speciali (portagioie, cassette di latta decorate).
- Creare riti insieme al bambino che ricordino e portino sollievo al fanciullo.

I quesiti dei bambini e degli adulti

Le domande degli adulti al terapeuta

Il terapeuta che si occupa di età evolutiva si trova spesso a svolgere consulenza genitoriale circa le modalità di gestione del rito luttuoso e del funerale: dalla comunicazione della morte alla presenza del bambino al funerale. Questo avviene anche indipendentemente dal bisogno o meno di percorsi terapeutici.

Come comunicare la morte di un genitore: in linea di massima al bambino dovranno passare questi tre concetti importanti ai fini dell'elaborazione del lutto : il genitore non potrà mai più stare con il bambino, il genitore non voleva abbandonare il bambino, il genitore non tornerà mai più. Con modalità adeguate alla sensibilità e all'età andrà chiarito con fermezza che il bambino non ne ha colpa o responsabilità alcuna. E' importante che sia una figura stabile di accudimento a comunicare la notizia e se sarà il terapeuta esso dovrà essere assistito dall'adulto significativo.

Fare partecipare al funerale il bambino: questa esperienza può essere utile all'elaborazione del lutto, ma il bambino va preparato a ciò che dovrà affrontare nei minimi particolari in modo che possa scegliere con maggiore consapevolezza possibile. Shaefer (2003) suggerisce di raccontare ai bambini con adeguate parole quello che vedranno dalla stanza alla bara dalla folla presente ai fiori . Il messaggio deve essere strutturato nei minimi particolari, non va dato nulla per scontato. La scelta del bambino di non volere andare, va rispettata ma, deve essere discussa con il familiare prossimo in modo che siano chiari i motivi. Nel casa accetti non va lasciato solo durante la funzione e la sepoltura. Lieberman tuttavia fa presente che l'adulto deve aver chiaro il carattere della cerimonia: il funerale deve infatti essere un'esperienza sì dolorosa, ma utile all'elaborazione non traumatizzante e l'adulto deve sentirsi in grado di sostenere a sufficienza il bambino. Può essere utile far partecipare attivamente il bambino alla sepoltura attraverso un fiore, un disegno, una lettera, un oggetto simbolico posato sulla bara prima della fine della cerimonia.

Fare visita al cimitero: Fitzgerald sostiene che un genitore dovrebbe dare l'opportunità almeno una volta dopo il funerale di tornare al cimitero e verificare la reazione del bambino; potrebbe rivelarsi per lui un'esperienza di conforto e un luogo dove tornare e portare fiori in ricordo del genitore perduto sperimentando un carico minore di angoscia.

Le domande dei bambini agli adulti

E' frequente che il bambino si ritiri e tenti di evitare il momento della conversazione sulla morte quando l'adulto tenta di parlarne, tuttavia i bambini in modo imprevedibile, mentre giocano, mangiano o apparentemente sono assorti davanti alla TV, fanno molte domande circa la morte: solitamente queste vengono poste agli adulti in modo inaspettato e spiazzante.

L'obiettivo inconscio dei bambini è quello di creare una trama di significati e una teoria logica circa le circostanze della morte che possa essere sufficientemente credibile e sufficientemente tollerabile.

Queste possono essere le domande più frequenti espresse dai bambini:

- Morirò anch'io? questa domanda viene spesso posta ed è possibile dire ai bambini che la morte arriva per tutti ma è un evento eccezionale che si verifichi prima della vecchiaia; è possibile puntare sullo stato di buona salute del bambino.
- E tu?..morirai?la risposta potrà essere simile a quella precedente. Si potrà prendere in causa il tempo e lo stato di buona salute del genitore in vita.
- E' colpa mia?a volte i bambini collegano episodi conflittuali avvenuti con il genitore defunto alle possibili cause della perdita, andrà quindi spiegata la causa reale di morte.
- Se muoio posso andare in cielo con la mamma?Al bambino andrà spiegato quello che perde in vita in termini di piaceri e relazioni con gli altri al fine di scoraggiare eventuali ricongiungimenti che potrebbero esitare in ritiri patologici o comportamenti rischiosi per la vita del bambino.
- Perché è morto? Adulti e terapeuta dovranno aiutare il bambino a comprendere le cause reali di morte del genitore attraverso una forma di narrazione adeguata all'età.

Nel caso della morte per malattia sarà utile spiegare al bambino alcune informazioni relative ad essa (il nome etc.) Nel caso della malattia il bambino dovrà essere preparato alla visione di un corpo in fase terminale che spesso risulta spaventante. Va quindi chiarito che non era intento del genitore spaventarlo e che i medici hanno fatto di tutto per farlo stare meglio ma non ci sono riusciti.

Bibliografia

- Amadori D. Bellani M.L. Bruzzi P. Casali P.G. Grassi L. Morasso G. & Orrù W. (2001) *Psiconcologia*, ed Masson, Milano.
- Andolfi M., D'Elia A. (a cura di), *Le perdite e le risorse della famiglia*. (2007) Cortina, Milano.
- Ariés P., *Storia della morte in occidente*, Saggi Bur, Milano 1998 (1978).
- Ariés P., *L'uomo e la morte dal Medio Evo ad oggi*, (1980) Laterza, Roma.
- Axia V. (a cura di), *Elementi di psico-oncologia pediatrica*, (2004) Carocci, Roma.
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, (2000) Bollati Boringhieri, Torino.
- Campione F., *Il deserto e la speranza - Psicologia e psicoterapia del lutto*, (1990) Armando, Roma.
- Campione F. (a cura di), *The last dance - L'incontro con la morte e il morire*. (2005) Clueb, Bologna.
- Cazzaniga E., *La famiglia, la perdita e il lutto*, in Amadori D., Bellani M.L., Bruzzi P., Casali P.G., Grassi L., Morasso G., Orrù W. (2001) *Psiconcologia*, Masson, Milano.
- Cigoli V., *Il corpo familiare*, (2000) Franco Angeli, Firenze.
- Ferrari N. (a cura di), *Ad occhi aperti - La relazione d'aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita*. (2005) Ed. Libreria Cortina Verona.
- Fitzgerald H., *Mi manchi tanto*, (2002) Edizioni La Meridiana, Molfetta.
- Fraire M. & R. Rossanda, *La perdita*, (2008) Bollati Boringhieri, Torino.
- Gigola, L., Laiti, L. & Maroli, A., Fabbro, N. (a cura di). *Perdita e lutto e qualità dell'attaccamento in Attaccamento, costruzione del sé e rischio psicopatologico in età evolutiva. Dispensa di project work* (2004) APC Verona.
- Gordon D., Peruselli C., *Narrazione e fine vita*, (2001) Franco Angeli, Firenze.
- Grollman E., *Perché si muore? Come trovare le parole giuste: un dialogo tra genitori e figli*, (2005) Red Edizioni, Como .
- Guarino A., *Psiconcologia dell'età evolutiva*, (2006), Trento.

- Kaplan L.J., Voci dal Silenzio - La perdita di una persona amata e le forze psicologiche che tengono vivo il dialogo interrotto, (1996) Cortina, Milano.
- Kast V., L'esperienza del distacco - Lutto, perdita, abbandono come occasione di trasformazione e crescita, (1996)Red Edizioni, Como.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Ghost Ippen C. R.Cassiba, G. & C.Zavattini, (a cura di) Il lutto infantile, (2007) Il Mulino, Bologna .
- Lombardi L., Lai C., Morelli E., Bellizzi F., Ciccolini M. & Penco I., Rischio di lutto complicato in familiari di pazienti oncologici in fase terminale:uno studio di screening, (2007) Rivista Italiana di Cure Palliative.
- Markham U., L'elaborazione del lutto, (1997) Oscar Saggi Mondadori, Milano.
- Oppenheimer D., Dialoghi con i bambini sulla morte, (2004) Erickson, Trento.
- Pangrazzi A., Aiutami a dire addio,(2002) Erickson, Trento .
- Pangrazzi A., Vivere il tramonto, (2006) Erickson, Trento.
- Rambault G., Il bambino e la morte, (1978)La Nuova Italia, Firenze.
- Sgarro M. (a cura di), Il lutto in psicologia clinica e in psicoterapia, (2008) Centro Scientifico Editore, Torino.
- Schaefer D.,Come dirlo ai bambini:come aiutare bambini e adolescenti a superare lutti e perdite, (2009) Sonda Alessandria.
- Vianello R. & Marin M.L., La comprensione della morte del bambino, (1985) Giunti, Milano.

Silvia Tagliazucchi

Psicologa libero professionista Modena

Specializzata a Verona, training M.T.Rocchi e B.Barcaccia

e-mail: s.tagliazucchi4672a@ordpsicologier.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it