



Fabio Celi

La psicoterapia in età evolutiva

100 domande

 hogrefe

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

La psicoterapia in età evolutiva

Fabio Celi

100 domande

La psicoterapia in età evolutiva

Fabio Celi

ISBN: 978-88-98542-36-9

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato
	YouTube	suggerisce la visione di un video su YouTube
	video	suggerisce la visione del video indicato
	libro	suggerisce una lettura

© 2018, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione: Stefania Laudisa
Copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha avuto un'evoluzione naturale che ha visto il superamento dell'approccio dogmatico proprio della prima generazione per evolversi e dare sempre maggiore rilievo alla relazione terapeuta-paziente.

Il focus dell'approccio è andato oltre la "soluzione" di problemi specifici ed il trattamento dei sintomi, obiettivi che caratterizzavano la CBT di prima generazione. La CBT di terza generazione impiega strategie di cambiamento dove il contesto, l'esperienza e la relazione terapeuta-paziente assumono una grande rilevanza per il cambiamento stesso.

Fabio Celi, con la propria esperienza didattica e di terapeuta, rende evidente questa nuova impostazione e ha la capacità di rendere facili argomenti ed operazioni in realtà complesse. Se da una parte questa è una qualità, dall'altra facilita l'illusione che tali operazioni siano facilmente agibili. Infatti, dietro a questa apparente semplicità c'è un costruito epistemologico forte, evoluto. Tuttavia, questo ancora non basta: per un approccio psicoterapico nell'infanzia e nell'adolescenza sono necessarie anche una particolare sensibilità e la capacità di adattare gli schemi teorici alle situazioni e alle persone che si affrontano.

Gli schemi si modificano quindi in base alla persona che si ha di fronte, rendendo necessaria una forma di creatività che avvicina la figura dello psicoterapeuta a quella di un "artista".

Un modo di lavorare che una geniale e giovane psicologa, che ringrazio, un giorno mi fece vedere dimostrando, prima di tutto a se stessa, come l'approccio cognitivo-comportamentale applicato in età evolutiva possieda una componente di empatia, di vicinanza e creatività che prima difficilmente veniva riconosciuta alla CBT. Essere per il paziente un ponte sicuro, "*a bridge over trouble water*", essere una persona che aiuta ad attraversare momenti e situazioni difficili favorendo il cambiamento attraverso la tecnica ma anche la creatività, la riflessione e la vicinanza emotiva è l'essenza della CBT di terza generazione.

100 domande su *La psicoterapia in età evolutiva* rappresenta veramente un esempio di psicologia pratica, solida, (apparentemente) semplice. Fabio Celi lo dimostra unendo l'approccio cognitivo-comportamentale di terza generazione all'esperienza e a tutta la passione per il proprio lavoro. Un libro che si legge tutto d'un fiato, ritrovandosi poi a scoprire sempre nuove idee e nuove "visioni operative" ad ogni rilettura. Un libro che non si finisce mai di leggere perché arricchito dai numerosi link cui Celi rimanda per approfondire e spiegare a voce, quasi volendo continuare il suo personale dialogo con ogni singolo lettore.

L'autore

Fabio Celi

Psicologo psicoterapeuta, già Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Psicologia della Salute Mentale Adulti, Infanzia e Adolescenza e Dipendenze dell'ASL Toscana nord ovest area nord, è professore a contratto di Psicologia clinica presso le Università di Parma e di Pisa.

Docente nelle Scuole di specializzazione in Psicoterapia cognitivo-comportamentale ASCCO di Parma e IPSICO di Firenze e nei Master in Psicopatologia dell'apprendimento e Psicopatologie dello sviluppo dell'Università di Padova, in Psicoterapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva dell'IPSICO di Firenze e in Disturbi specifici dell'apprendimento di Erickson, Trento, è membro del comitato scientifico delle riviste *Handicap grave*, *Autismo e disturbi dello sviluppo*, *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo*, *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, *Difficoltà di Apprendimento e Didattica Inclusiva* e della collana "Pratiche comportamentali e cognitive" di Franco Angeli.

È autore di oltre 150 pubblicazioni scientifiche fra articoli e capitoli di libri sui temi della psicopatologia dello sviluppo. Nel 2017 ha pubblicato per Erickson *Talvolta i fiumi straripano*, in cui racconta di bambini che non sono "arginabili" dalle certificazioni BES o DSA e per questo corrono il rischio dell'emarginazione.

Ringraziamenti

Ringrazio gli studenti, gli specializzandi e i collaboratori che mi hanno suggerito alcune delle domande di questo libro:

Paolo Bersani, Melania Rossetti, Alberto Schiatti, Alessandra Chiarelli, Alessia Mediolì, Annalisa Garioni, Consuelo Silva Ricci, Elena Tioli, Federica Chiellino, Francesca Fortenio, Francesco Rossi, Giulia Castelnuevo, Laura Colombo, Martina Rota, Rossana Giglito, Sara Lampronti, Sara Romano, Stefania Campestrini, Teresa Agnello, Agnese Novelli, Alessandra Russo, Carlotta Oggioni, Costanza Mascolo, Giuseppina Sinigaglia, Grazia Ferramosca, Ilaria Chiari, Laura Bardetti, Maria Assunta Margini, Maria Chiara Campo, Massimo Cesareo, Melania Rossetti, Sara Zignego, Simona Porfilio, Valentina Serena, Daniela Fontana, Chiara Musetti.

Ringrazio, inoltre, la dottoressa Chiara Gemo per aver curato le voci del glossario e Iole Scotto per il lavoro di ricerca dei materiali video tratti da YouTube e da alcuni film.

INDICE

PARTE I

Questioni introduttive e preliminari

Primo colloquio con i genitori (1-3)	1
Primo colloquio con il bambino (4-10)	5
Difficoltà e organizzazione (11-15)	14
BOX 1.	15
L'alleanza terapeutica (16-17)	23

PARTE II

Aspetti diagnostici

Definizioni (18-20)	29
BOX 2.	31
L'analisi funzionale (21-24)	33
BOX 3.	34
BOX 4.	39
BOX 5.	40
Restituzione e contratto terapeutico (25-26)	42
Il sintomo (27-28)	47

PARTE III

Tecniche e strategie di intervento

Controllo dello stimolo (29)	50
Apprendimento senza errori (30)	52
Analisi del compito (31)	53
Modellamento (32)	54
Role playing (33)	55
Esposizione e rilassamento (34-35)	58
Compiti a casa (36)	62
Assertività (37)	64
Uso dei conseguenti (38)	67
Uso dei rinforzatori (39-49)	68
Ristrutturazione cognitiva (50)	90
Terapia razionale (51)	93
Autostima e autoefficacia (52-54)	100
Strategie di autoistruzione (55)	105
Il lavoro con le emozioni (56)	107
Differenze fra bambini e adolescenti (57)	111
La famiglia (58-59)	113
La scuola (60)	116

Altri specialisti (61)	117
Le strutture esterne (62)	119

PARTE IV

Trattamento di disturbi specifici

Disabilità intellettiva (63)	122
Disturbo del linguaggio e balbuzie (65)	127
Autismo (66)	128
BOX 6.	129
DSA (67)	132
BOX 7.	135
ADHD e DOP (68-69)	136
Disturbo della condotta (70)	154
BOX 8.	158
Tic (71)	160
Disturbo bipolare (72)	161
Disturbi depressivi (73-74)	163
Ansie, fobie e panico (75-80)	176
DOC (81)	196
PTSD (82)	200
Disturbo dell'adattamento (83)	201
Disturbo da sintomi somatici (84)	202
Disturbo dell'alimentazione (85)	204
Enuresi notturna (86)	207
Disforia di genere (87)	209

Parte V

Intervento su comportamenti disfunzionali

Lutto e difficoltà fra i genitori (88-90)	211
BOX 9. <i>La storia di Viola</i>	214
L'arrivo di un fratellino (91-92)	220
Ritardo nel linguaggio (93)	224
Dolore, bugie, paure, "dipendenze" e bullismo (94-98)	225
BOX 10. <i>La storia di Alexandra</i>	226

Qual è il percorso di formazione per diventare uno psicoterapeuta

dell'età evolutiva? (99)	240
Quando si dimette un piccolo paziente? (100)	243
Bibliografia	246
Glossario	251

PARTE I

Questioni introduttive e preliminari

1. Da dove si comincia quando vogliamo aiutare un bambino?

La risposta a questa prima domanda è facile: si comincia dalla famiglia.

Prima di tutto perché il bambino non può chiedere aiuto da solo né può prendere autonomamente un appuntamento. Sono i genitori che possono notare un problema e cercare soluzioni per risolverlo.

Poi, perché il primo colloquio si fa con i genitori *senza* il bambino. Questo permette di parlare liberamente delle difficoltà, delle preoccupazioni, delle emozioni anche negative di un papà o di una mamma.

La presenza del figlio durante il primo colloquio può generare molti problemi. Può succedere che i genitori non dicano quello che hanno in mente e talvolta nel cuore. Oppure può succedere che lo dicano in modo allusivo o, in alcuni casi, persino a bassa voce, nell'illusione che in questo modo il bambino non capisca. Può anche darsi, al contrario, che parlino liberamente ("Dottore non ne possiamo più, non sappiamo più che pesci prendere con Nicola..."), mettendo il figlio in allarme, in ansia e, nei casi peggiori, rischiando di minare fin dall'inizio l'alleanza tra lo psicoterapeuta e il bambino.

C'è un altro motivo molto pratico per cui è importante iniziare con un colloquio con i genitori senza il figlio presente. Si può discutere con loro come preparare il bambino alla visita, come presentargliela, cosa dirgli. Se il bambino è presente fin dal



11, 17

primo incontro l'eventuale errore del genitore ("Ti portiamo a fare due chiacchiere con un nostro vecchio amico", oppure: "Il pediatra è malato, andiamo a fare una visita da un suo collega") non è più correggibile e la frittata è fatta: il rapporto con il piccolo paziente inizia in una situazione già falsata da un inganno.

Attenzione. Si comincia dalla famiglia è una risposta pratica a una serie di questioni pratiche. Non è una risposta teorica. Non significa in alcun modo pensare pregiudizialmente che il problema sono il papà e la mamma. Ancora meno significa dar loro la colpa di tutti i guai del bambino. Il senso di colpa è di rado un alleato della psicoterapia. Molto spesso è un grande nemico. In ogni caso, anche quando dovesse apparire evidente (non certo durante un colloquio preliminare!) che sarà necessario lavorare sulle responsabilità dei genitori, questo resta sempre un aspetto delicato e potenzialmente pericoloso. Lo psicoterapeuta dovrebbe maneggiare il senso di colpa dei genitori con molta cura, come un chirurgo farebbe con un bisturi affilatissimo e il farmacista con un potente veleno.

2. Come si apre il primo colloquio con i genitori?

Manovre di apertura

Si cerca di mettere il papà e la mamma a proprio agio perché possano esprimersi il più liberamente possibile. Il termine tecnico di questa prima delicatissima fase è *manovra di apertura*. Nelle manovre di apertura non ci sono regole rigide. Se è estate e nello studio c'è l'aria condizionata accesa, si può chiedere ai genitori se dà loro fastidio e hanno piacere che venga spenta o abbassata. Se è inverno e il papà entra con l'ombrello gocciolante, gli si può indicare dove può lasciarlo. Molte manovre di apertura dipendono dal contesto, dalla situazione, persino dal tempo atmosferico. A volte le manovre di apertura iniziano molto prima della prima seduta, fuori dallo studio, per esempio con una telefonata. In ogni caso lo psicoterapeuta dovrebbe tenere dritta la barra del timone verso l'obiettivo: mettere l'altro nelle migliori condizioni perché possa esprimersi serenamente e con la maggior sincerità possibile. Tutti gli altri obiettivi verranno in un secondo momento. Tutti gli altri obiettivi (l'anamnesi, l'assessment, la diagnosi, la parcella...)

verranno in un secondo momento perché adesso sarebbero una barriera alla relazione.

Lo psicoterapeuta guarderà i genitori negli occhi, stringerà loro la mano, si presenterà, li inviterà a sedersi. Eviterà atteggiamenti burocratico-polizieschi come quello di chiedere, lo sguardo fisso sui suoi fogli, nome, cognome, data di nascita e nome del pediatra. Potrà dare un'occhiata alla cartella ancora quasi del tutto bianca, dove forse c'è il nome del bambino preso durante una telefonata o comunicato dalla segreteria e poi, togliendo gli occhi dalle carte e volgendoli di nuovo agli esseri umani che ha di fronte, potrà dire, per esempio:

“Allora, se non sbaglio, siamo qui per parlare di Andrea”.

Anche domande troppo aperte (del tipo “Ditemi...”) possono essere pericolose. Possono creare disorientamento. Pensate al professore che, senza preavviso, apriva l'esame chiedendovi un argomento a piacere. Invece Andrea è il nome del loro bambino. I genitori lo riconosceranno e si sentiranno riconosciuti. Inoltre, indipendentemente dal fatto che siano venuti perché c'è un problema, o perché sono stati consigliati (talvolta spinti) da altri a questo colloquio, quasi sicuramente sono qui per parlare di loro figlio. Questo dovrebbe essere sufficiente per togliere il tappo e far fluire le prime notizie e le prime emozioni. A volte, ad un genitore che dice imbarazzato di non sapere da che parte cominciare si può rispondere accogliendo serenamente questa difficoltà. Lo si può assicurare del fatto che può cominciare da dove vuole; che se preferisce possiamo noi fargli qualche domanda; che in ogni caso se ci sarà qualcosa che non capiremo cercheremo poi con calma di approfondirla. Accettare fin da subito la difficoltà di un genitore aiuta a costruire un rapporto basato sull'empatia e la comprensione piuttosto che sul giudizio.



3. Quali sono gli elementi fondamentali del primo colloquio con i genitori?

Un colloquio ben condotto, preparatorio all'incontro con il bambino, dovrebbe contenere almeno tre elementi: l'apertura, la messa a fuoco del problema e la chiusura.

La messa a fuoco del problema è il cuore del primo colloquio e dovrebbe cercare di rispondere alla domanda: perché i genito-



La messa a fuoco del problema

ri sono venuti? Ovviamente i problemi psicologici di un figlio possono essere molti ed è probabile che in un primo colloquio non vengano fuori tutti. L'importante è che almeno uno, meglio se il più importante, emerga con chiarezza. Questo servirà allo psicoterapeuta per sapere quali manovre iniziali dovrà fare con il suo piccolo paziente, quando lo conoscerà.

Spesso, la messa a fuoco del problema viene fuori in modo quasi automatico, spontaneo, durante le manovre di apertura. Succede in questi casi che i genitori arrivino, si sentano accolti, comincino a parlare e raccontino cosa li preoccupa del loro figlio e perché sono venuti. Quando questo non succede, c'è un momento durante il primo colloquio nel quale lo psicoterapeuta deve fare in modo diretto la domanda. Un colloquio è tanto meglio condotto quanto meno appare e si nota questa direttività e quanto più la conversazione si snoda in modo naturale. In ogni caso, l'ora – che di solito rappresenta l'unità di misura di un colloquio – non dovrebbe passare senza che lo psicoterapeuta abbia capito con sufficiente chiarezza cosa i genitori vorrebbero da lui.

Spesso, dopo le manovre di apertura e la messa a fuoco del problema, rimane ancora del tempo per raccogliere altre informazioni. In questi casi, altre informazioni importanti sono: l'anamnesi, la storia del bambino, le sue capacità di relazione con gli adulti e soprattutto con i compagni, il suo comportamento e il suo rendimento scolastico, le attività extrascolastiche (sportive e no) che il bambino svolge, la composizione del nucleo familiare.

Queste informazioni aggiuntive sono utili ma non fondamentali in un primo colloquio, perché possono sempre essere recuperate in momenti successivi. Mentre le raccoglie, è importante che lo psicoterapeuta tenga d'occhio l'orologio. È infatti necessario che questo colloquio, come è stato aperto con le manovre iniziali, venga correttamente chiuso.

La chiusura

La chiusura dovrebbe contenere una breve restituzione degli aspetti essenziali emersi fino a quel momento ("Allora, mi sembra di avere capito che Andrea..."), la spiegazione di cosa il terapeuta intende fare quando vedrà il bambino e tutta una serie di accordi conclusivi di ordine pratico. Questi ultimi sono molto importanti: l'orario; le modalità di pagamento; il fatto che all'inizio, se il bambino ha bisogno di un genitore nello studio ovviamente il genitore potrà entrare, ma che appena pos-

sibile uscirà lasciando il bambino da solo; il numero di sedute che approssimativamente saranno necessarie per farsi un'idea della situazione (di solito, da tre a cinque); le modalità con le quali, a conclusione di questa prima fase di inquadramento, lo specialista spiegherà ai genitori (di regola senza la presenza del bambino) quello che ha visto, quello che pensa di aver capito e quello che crede si potrebbe provare a fare.

Il primo colloquio con i genitori dovrebbe includere, in quest'ultima fase, un'esplicitazione chiara su come preparare il bambino alla prima visita. L'argomento è talmente delicato e importante che credo sia meglio trattarlo nella prossima domanda, dedicata solo a questo aspetto.



4

4. Come preparare il bambino al primo incontro con lo psicoterapeuta?

Quando, durante il primo colloquio con i genitori, arriviamo a questo punto, si verificano di solito tre casi.

Il primo è il caso facile. Il terapeuta affronta il tema della preparazione del bambino alla prima visita e i genitori rispondono che ci hanno già pensato: per esempio, gli hanno detto di volerlo aiutare perché vedono che fatica ad addormentarsi da solo nel suo lettino e quindi hanno pensato di chiedere il consiglio ad un dottore che si occupa di queste cose.

Il secondo è il caso più comune. I genitori dicono che non hanno detto niente al figlio, non sanno bene cosa dirgli e aspettavano un suggerimento dallo psicoterapeuta. Quando si verifica questa situazione, premetto che loro conoscono Andrea da otto anni mentre io non l'ho mai visto e dunque spetterà a loro cercare le parole, il tono, il momento. Fatta questa precisazione, mi capita spesso di parafrasare la frase classica del giuramento in tribunale che si sente spesso nei film e nei telefilm americani: è necessario dire al bambino la verità, ma non necessariamente tutta la verità. In pratica, non si dirà al figlio che lo portano da un amico, o dall'oculista, o dal sostituto del pediatra. Gli si potrà dire che lo portano da un dottore, o da uno psicologo, o da uno specialista, o da un esperto, oppure da un signore che si occupa di bambini e cerca di aiutarli quando, per esempio, fanno fatica ad addormentarsi da soli nel proprio letto. Tutte queste cose sono vere, anche se con sfu-

Il caso più facile**Il caso più comune**

mature diverse, e dunque vanno bene. Non ha invece senso entrare in particolari del tipo: “Siamo molto preoccupati per il tuo comportamento e per i tuoi problemi e non sappiamo più come fare. Le abbiamo provate tutte senza combinare niente di buono. A questo punto l’ultima possibilità è portarti da uno psicologo, uno psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, e sperare che riesca lui a rimetterti a posto...”. Una comunicazione chiara, serena per quanto possibile, con spiegazioni semplici rispetto a quello che il dottore probabilmente gli farà fare (un disegno, quattro chiacchiere, qualche gioco) è la cosa migliore. Spesso è utile anche dire al bambino che i genitori sono già stati da questo specialista, che l’hanno conosciuto e gli hanno parlato. Così saranno pronti a rispondere a domande o a curiosità del figlio su questa persona che tra qualche giorno lo incontrerà.

Il caso più difficile

Il terzo è il caso più difficile. Io lo chiamo la “proposta indecente”. I genitori tentano di convincere lo psicoterapeuta ad incontrare il figlio al bar sotto lo studio, oppure a casa, oppure a fingere un incontro casuale da qualche parte. Ovviamente è necessario rifiutare questa proposta, con profonda comprensione e con ferma assertività. Lo psicoterapeuta potrà dire che si rende conto dell’ansia che questo primo incontro procura (forse più a loro che al figlio), ma che quest’ansia non giustifica l’idea di iniziare il lavoro in un modo così falso, così inautentico. Se necessario, potrà aggiungere che questo creerebbe anche a lui delle difficoltà: il terapeuta ha bisogno del suo studio, dei suoi strumenti, dei giocattoli e dei test. Il risultato di questa risposta assertiva dovrebbe essere che i genitori percepiscono di essere stati compresi, ma comprendono a loro volta i motivi del rifiuto dello psicoterapeuta.

5. Come si disinnesci la bomba dell’ultimo minuto?

Di solito arriva improvvisa, inattesa, come a tradimento. State facendo una breve restituzione di quello che vi ha lasciato il primo colloquio. Può addirittura succedere che la “bomba” arrivi quando siete già in piedi, di fronte alla porta, e state salutando il papà e la mamma dopo aver preso gli accordi necessari per vedere il figlio la prossima settimana. È in questo

momento, quando ormai non ve lo aspettavate più, che il genitore vi racconta in modo rapido, come se dovesse all'improvviso scaricarsi di un peso, un particolare importante, a volte drammatico, che aveva omesso durante tutto il colloquio:

“Sa dottore, ho pensato che forse è utile che sappia anche che la maestra dello scorso anno lo picchiava e spesso, per punizione, lo chiudeva dentro l'armadio”.

Oppure:

“Mi è venuta in mente un'altra cosa. Con noi vive uno zio alcolizzato, molto violento...”

Il pensiero dello psicoterapeuta sarà: “Potevi dirmelo prima”.

Le sue parole, invece, dovranno essere molto diverse.

In queste situazioni difficili ci sono due cose che non si possono fare.

Cosa non va fatto

La prima è pensare che l'ora è scaduta, scrollare le spalle e concludere i saluti.

La seconda è sgranare gli occhi, tornare a sedersi e dedicare una mezz'ora aggiuntiva a questo argomento.

Sarà quindi necessario barcamenarsi. Comunicare con chiarezza che si comprende l'importanza di questa notizia ma, con altrettanta chiarezza, che non c'è il tempo per trattarla adesso. Credo che un modo accettabile per uscire da questo passaggio stretto sia dire che è stato molto giusto raccontare questo fatto. Che per me è utile saperlo e dunque sarebbe stato un errore ometterlo. E poi aggiungere che l'argomento è così importante che non è una buona idea discuterlo frettolosamente adesso che non ci sarebbe il tempo per approfondirlo. Ormai andiamo avanti nel nostro programma appena concordato. Martedì prossimo vedrò Andrea e poi decideremo quando fissare un nuovo appuntamento solo per noi adulti, per parlare meglio della cosa.

6. E quando un genitore non viene?

Intanto prendiamo quello che viene.

Non è l'ideale, ma nel nostro mestiere è molto frequente che non si presentino situazioni ideali. La mamma viene da sola? Qualunque sia il motivo, intanto parliamo con lei. Un comportamentista classico chiamerebbe questo approccio *shaping*, o *modellaggio*. Invece che buttare via tutto ci si accontenta, per



**Per i minorenni
occorre il consenso
di entrambi i
genitori**

ora, di quello che si ha. Il colloquio si può svolgere con modalità analoghe a quelle di un primo colloquio con entrambi i genitori. Poi, ovviamente, a meno che la questione non sia venuta fuori prima, durante gli accordi conclusivi dovremo discutere del problema della mancanza del papà.

A volte il problema è banale. Il padre lavora tutto il giorno tutti i giorni fino a tardi e allora cercheremo un orario in cui possa fare un salto. Oppure la mamma vive in un'altra città e sarà necessario accordarsi per un giorno in cui possa venire da noi. Altre volte è grave. Il padre, per esempio, è contrario a queste consulenze. Allora spiegheremo alla mamma che non possiamo vedere un minorenne senza il consenso di entrambi i genitori (salvo il caso rarissimo di affidamento esclusivo). Cercheremo di discutere insieme quali passi potremo cercare di fare. Ovviamente, se la mamma si sentisse rassicurata dal fatto di poter parlare, almeno lei, dei problemi del figlio, possiamo fissare con lei un appuntamento successivo. L'importante, in questi casi, è irrigidirsi il meno possibile in atteggiamenti burocratici. Un certo irrigidimento è imposto dalla legge: per vedere un minorenne è necessario il consenso di entrambi i genitori. Tutto il resto dovrebbe essere flessibile, accogliente. Il consenso può essere acquisito durante un primo colloquio congiunto, ma anche in due colloqui separati. Può essere acquisito attraverso un lungo colloquio formale con uno solo dei due genitori, mentre l'altro può fare un salto veloce in un momento per lui comodo, stringere la mano allo psicoterapeuta e firmare un foglio.

Dovremmo cercare di fornire un aiuto anche se non ci sono le condizioni ideali per poterlo dare. Cominciamo a giocare con le carte che abbiamo. Spesso, da cosa nasce cosa. Per oggi lavoriamo così.

Domani è un altro giorno.

7. Come si prepara il primo colloquio con il bambino?

Si studia la cartella dove è riportato il primo colloquio con i genitori. Si formulano delle ipotesi. Si prepara il materiale che sulla base di queste prime ipotesi pensiamo potrebbe rivelarsi utile. Ci si prepara anche mentalmente, emotivamente, all'i-

dea di accogliere un bambino che probabilmente ci metterà in difficoltà per il suo comportamento troppo esuberante, oppure che ci creerà problemi perché tenderà a rimanere attaccato alla mamma per tutta l'ora, dipendente da lei, incapace di rispondere anche alla più semplice delle domande senza il suo aiuto e il suo appoggio.

Sebbene i test vadano usati con molta cautela nel primo incontro con un nuovo piccolo paziente, si può anche iniziare a preparare e a tenere sotto mano quelli che probabilmente, o prima o dopo, potranno essere utili.

Poi basta.

Un eccesso di programmazione rischia di irrigidire la relazione prima ancora di cominciare ed espone lo psicoterapeuta a sorprese che poi avrà più difficoltà a gestire. L'atteggiamento migliore, come spesso succede nel nostro lavoro, è quello improntato ad un'apertura mentale che comunichi accettazione e empatia. Quello peggiore è caratterizzato da una specie di astio per una sorpresa che in qualche modo ci infastidisce o ci turba. Un dialogo interno del tipo "Ma come? I genitori mi avevano descritto un bambino timido e ipercontrollato e questo si permette di buttarmi all'aria lo studio?" non aiuterà nessuno.

Regola d'oro: stai pronto a prendere quello che verrà.



www.
youtube.com/
watch?v=
LgRap4efb6g

8. Come si prepara l'ambiente?

Ci sono alcune regole generali. Lo studio dove il bambino verrà accolto dovrebbe in qualche modo essere a misura di bambino, o quanto meno non a misura di adulto. Quindi non uno studio paludato con i diplomi alle pareti, le foto della famiglia in cornici d'argento e un set da scrivania in pelle umana. Piuttosto disegni, fotografie che i piccoli pazienti ci hanno regalato e che li rappresentano in un momento di gioia o nel gruppo della squadra di calcio dove giocano (ovviamente con l'autorizzazione dei genitori ad esporle), cartelloni colorati di *token economy* completati appesi alle pareti, armadi con giochi e puzzle (all'occorrenza, come vedremo subito, facilmente chiudibili a chiave), fogli, matite, gomme, colori di tanti tipi. Tuttavia, la grande quantità di oggetti non dovrebbe essere in contrasto con una sostanziale idea di ordine che lo studio do-

**Lo studio del
terapeuta deve
essere a misura
di bambino**





29

vrebbe dare. Per quanto possibile, all'inizio di ogni colloquio lo studio dovrebbe apparire pulito e con le cose al loro posto. So bene che se in un pomeriggio si hanno appuntamenti dalle 14 alle 20 senza interruzione questo non sarà possibile: si cercherà di fare per il meglio.

Poi ci sono regole specifiche. Se aspettiamo un bambino con un grave disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività la scrivania dovrà contenere solo gli oggetti indispensabili: le eventuali penne stilografiche con il pennino d'oro dello psicoterapeuta dovranno sparire, armadi e schedari dovranno essere chiusi a chiave. Il termine tecnico per quello che sto dicendo è **controllo dello stimolo**: la situazione ambientale dovrà essere tale da rendere meno probabile l'emissione dei sintomi e meno gravi le conseguenze di quei sintomi che comunque si manifesteranno. Se, al contrario, aspettiamo una bambina depressa, o anche solo molto timida e chiusa, le cose dovranno essere completamente diverse. Tutto aperto, tutto in vista, tutto a sua disposizione. È chiaro che anche in questo caso stiamo cercando di utilizzare il controllo dello stimolo, ma con finalità opposte. Adesso la speranza è che di fonte a tanti giochi, a tanti fogli di carta e a tanti pennarelli di mille colori alla bambina venga il desiderio di fare qualcosa con noi.

9. Come si inizia (e come prosegue) il primo colloquio con il bambino?

Iniziare con un gioco o un disegno

Paradossalmente, il primo colloquio con un bambino comincia spesso evitando di fare un colloquio. Capita che le parole siano l'ultimo strumento da usare, non il primo. I primi strumenti possono essere un disegno o un gioco. Quando poi arriva il momento di usare le parole, sono io di solito che do inizio al dialogo, cercando di renderlo quanto più facile possibile. Piuttosto che domande aperte, o troppo personali, meglio domande delle quali io stesso conosco la risposta e che talvolta mi do per primo, senza aspettare che sia il bambino a darmela. In questi casi gioco un po' a fare il mago:

"Allora, vediamo un po' se indovino, tu ti chiami Marco e fai la terza elementare a Ricortola..."

Lui mi guarda, a volte con gli occhi sgranati. A volte sorride. A volte mi chiede:

“E tu come fai a saperlo?” e così il ghiaccio comincia a sciogliersi.

Questi ovviamente sono trucchi del mestiere che si usano quando il bambino appare particolarmente chiuso e in difficoltà. Quanto più, al contrario, è in grado di parlare e di raccontarsi (alcuni esternalizzati lo sono anche troppo!) tanto più lo si lascerà libero di farlo.

Arriverà poi il delicato momento in cui si chiede al piccolo paziente se sa perché è qui, che mestiere faccio e come pensa che potrà aiutarlo. Le risposte possono essere le più varie e talvolta le più imprevedibili: piene di consapevolezza oppure, al contrario, bizzarre e fuori dalla realtà. In questa fase iniziale si accettano tutte, ovviamente, senza giudicarne nessuna. Si appuntano in cartella perché potranno darci indicazioni preziose e poi, quando sono risposte palesemente errate, si comincia un lento e graduale lavoro di correzione, fatto più con la pratica che con le parole. Se, per esempio, un bambino con difficoltà di apprendimento dice che crede di essere qui per diventare più ubbidiente, si sposterà l'accento sull'apprendimento proponendogli un test di lettura o di scrittura piuttosto che una lezione sui suoi reali problemi.

Spesso a queste delicate domande i bambini rispondono di non sapere. In questo caso si possono riprendere in modo cauto, chiaro ma non dettagliato, gli accordi presi con i genitori nella fase conclusiva del primo colloquio. Avevamo concordato che i genitori avrebbero detto al figlio che lo portavano da me perché a volte è un po' ansioso, un po' spaventato, per esempio al momento di andare a letto? In seduta col bambino si tornerà in modo caldo e non giudicante, interattivo e non direttivo, su questo argomento:

“A volte ti capita di sentirti un po' teso? Un po' spaventato da qualcosa?”

Quasi sempre il primo test che uso, spessissimo già in prima seduta, sono le CPM, le matrici progressive colorate di Raven. Si tratta di una scelta strategica. Al di là del fatto che di ogni paziente, indipendentemente dai motivi per cui è venuto, è utile avere una misura per lo meno generale dell'intelligenza, le CPM sono facili da somministrare, veloci, divertenti, quasi sempre percepite come una specie di gioco. Tendono

Domande delicate



L'obiettivo del primo colloquio

ad attenuare l'ansia relazionale dei bambini internalizzati e i comportamenti iperattivi e disattenti degli esternalizzati. Tecnicamente, come è ben noto, sono uno strumento per misurare l'intelligenza generale, così come prendere il polso del paziente tra le dita è, per un medico, tecnicamente, un modo per iniziare a valutare le pulsazioni cardiache. Ma, esattamente come prendere la mano del paziente nella propria, sono anche uno strumento di relazione. D'altra parte, qual è l'obiettivo del primo colloquio? Conoscere il QI? Valutare il numero di pulsazioni al minuto o il numero di sillabe al secondo? Arrivare ad una diagnosi o fare un corretto assessment comportamentale dei principali sintomi del paziente, supportato da un'attenta osservazione sistematica?

No.

L'obiettivo del primo colloquio è fare in modo che il nostro bambino abbia *piacere* di tornare al secondo.

10. Ci sono differenze importanti tra il primo approccio con il bambino e il primo approccio con l'adolescente?

Penso che, in linea di massima, anche con l'adolescente sia utile iniziare dalla famiglia. I vantaggi di raccogliere prima una serie di notizie dai genitori e poi concordare con loro la preparazione alla prima visita con il ragazzo sono abbastanza simili a quelli che abbiamo visto per il bambino. Se l'adolescente è piuttosto grande e particolarmente autonomo o maturo, si può anche decidere di fissare subito un appuntamento con lui. In questi casi il ragazzo entrerà da solo nello studio dello psicoterapeuta, parlerà con lui e soltanto in un secondo momento si potrà concordare che lo psicoterapeuta conosca i genitori ed ascolti anche il loro punto di vista.

Se si decide invece per un colloquio preliminare con il papà e la mamma, questo si svolgerà in modo simile a quello che ho proposto nel caso di un bambino. Tuttavia, spesso è poi necessaria una particolare cautela nella preparazione alla prima visita. Quando si ha a che fare con adolescenti la regola di dire al figlio la verità è ancora più importante. Certe mezze verità come: "È un signore che si occupa dei problemi di ragazzi..." andranno evitate. Con l'adolescente è meglio andare dritti al



2, 3

punto e spiegare che i genitori hanno deciso di portarlo da uno psicoterapeuta per questi e questi motivi. Nel caso, piuttosto frequente, che il ragazzo abbia dei pregiudizi nei confronti dello “strizzacervelli” (dove vanno gli scemi, gli handicappati e i pazzi) sarà bene suggerire ai genitori di ascoltare questi punti di vista del figlio, accoglierli senza giudicarli e poi provare a spiegare pazientemente che non è sempre necessario essere scemi o pazzi per aver bisogno di un aiuto psicologico o anche solo di un consiglio.

Il primo colloquio con l'adolescente può essere preparato in modo analogo a quanto abbiamo visto per il bambino. Si studia la cartella, si ripassano le cose essenziali che i genitori ci hanno detto, si formula mentalmente qualche ipotesi iniziale e poi si rimane in una posizione aperta di ascolto e di accettazione. In questi casi l'accettazione potrà riguardare – invece che la chiusura, l'imbarazzo, l'inibizione e la timidezza del bambino – l'aggressività e l'oppositività. La rabbia per essere stati portati contro voglia a fare non si sa cosa. Sebbene questa situazione possa rappresentare una sfida per lo psicoterapeuta e metterlo in difficoltà, può anche essere un'occasione per mostrarsi disponibili e capaci di ascolto. In nessun caso, ovviamente, comunicazioni ostili andranno accolte con atteggiamenti simmetrici di aggressività, con giudizi negativi su quanto l'adolescente ci sta dicendo e, meno ancora, interpretate come offese personali.

L'ambiente può essere preparato fino ad un certo punto, perché non si può certo cambiare studio o arredamento in funzione dell'età del paziente. Tuttavia, i riferimenti più espliciti al fatto che di solito ci occupiamo di bambini (come giocattoli ben in vista) andrebbero evitati per quanto possibile.

Infine, contrariamente a quanto suggerito per il primo approccio con il bambino, più il paziente è grande e più saranno fin da subito necessarie le parole. Si potrà allora chiedere in modo esplicito cosa ne pensa del fatto di essere lì e come vede lui la cosa. Oppure, se il ragazzo sembra in difficoltà, si può partire con domande conoscitive più semplici e più neutre come la scuola frequentata, i compagni, gli eventuali sport praticati, gli hobby e i modi preferiti di passare il tempo libero. Chiedere ad un adolescente di fare un disegno o un gioco può infatti essere molto pericoloso perché può dare al ragazzo la sensazione che lo stiamo trattando come un bambino piccolo.

Con l'adolescente

Più ancora di quanto già visto per il primo colloquio con il bambino, con l'adolescente è importante la costruzione di un'iniziale *alleanza terapeutica* (cerco di stare dalla tua parte e di evitare di giudicarti) e l'obiettivo fondamentale resta quello di fare in modo che il ragazzo torni al secondo colloquio.

11. Quali sono le principali difficoltà che si incontrano quando si inizia una psicoterapia con un bambino?

Probabilmente sono due. La prima è la *costruzione di una relazione terapeutica* e la seconda è la *condivisione degli obiettivi* del lavoro che dovremmo fare insieme. Il problema è che si tratta di due difficoltà che possono potenziarsi a vicenda. Per la costruzione di una buona relazione terapeutica sarebbe infatti necessario andare in certo senso a ruota libera, far giocare il bambino con i giochi che mostra di gradire di più, farlo chiacchierare delle cose di cui preferisce parlare. Per la condivisione degli obiettivi, al contrario, sarebbe in teoria necessario essere più direttivi. Spiegare al bambino le cose che sarebbe bene provare a fare insieme e perché sarebbe bene provare a farle. Provo a dirlo in altri termini, un po' estremi ma spero chiarificatori. In una seduta condotta per affrontare il problema della relazione lo psicoterapeuta sembra un compagno e un coetaneo del paziente. In una seduta condotta per affrontare il problema della condivisione degli obiettivi lo psicoterapeuta sembra un maestro.

Dare la precedenza alla relazione terapeutica

Ovvianto, nessuna delle due cose va bene ed è necessario trovare un compromesso, una via mediana. Personalmente tendo a dare la precedenza alla relazione terapeutica, perché una buona relazione rappresenta un prerequisito. Se il bambino non viene volentieri, non si sente accolto e, arriverei a dire, non si diverte, il resto è perduto in partenza. C'è un segnale, che talvolta ricevo, che mi indica che per quanto riguarda il primo problema siamo sulla strada giusta. È quando un genitore mi dice che il figlio parla di me a casa chiamandomi "il mio amico Fabio".

Purtroppo non sempre le cose vanno così, ma quando vanno così, allora, all'interno di una relazione calda e significativa, cerco di affrontare la seconda difficoltà. Cerco di farlo in modo