

PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico

- **AL DI LÀ DEL SINTOMO: L'APPROCCIO STRATEGICO-INTEGRATO APPLICATO AL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA**
- **IL RUOLO DEL SALIENCE NETWORK IN UNA PROSPETTIVA STRATEGICO-INTEGRATA**



- **LA BAMBINA SOFFIONE: IL CASO CINICO DI E.**
- **LAVORARE SUL CONSENSO INFORMATO PER FAVORIRE IL CAMBIAMENTO: IL CASO CLINICO DI UN'ADOLESCENTE E DELLA SUA FAMIGLIA**

Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiacchi

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Simona Abate

Teresa Basile

Paolino Cantalupo

Massimo Cotroneo

Marcello Luciano

Maria Scribano

Francesco Tarantino

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Giulia Zucchini

Progetto grafico:

ABAV - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

AL DI LÀ DEL SINTOMO: L'APPROCCIO STRATEGICO-INTEGRATO APPLICATO AL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Simona di Mascolo

Pag. 4

IL RUOLO DEL SALIENCE NETWORK IN UNA PROSPETTIVA STRATEGICO-INTEGRATA

Matteo Di Molfetta, Giovanna Celia

Pag. 22

LA BAMBINA SOFFIONE: IL CASO CINICO DI E.

Noemi Giannini

Pag. 28

LAVORARE SUL CONSENSO INFORMATO PER FAVORIRE IL CAMBIAMENTO: IL CASO CLINICO DI UN'ADOLESCENTE E DELLA SUA FAMIGLIA

Maria Scribano

Pag. 56





Gentili lettori

con entusiasmo che vi introduco a questo nuovo numero della nostra rivista.

Troverete una varietà di contributi che esplorano l'applicazione del modello strategico integrato in diversi contesti. Un articolo descrive le prime fasi del percorso terapeutico con l'approccio strategico-integrato di una giovane adulta con disturbo d'ansia generalizzata. Il caso clinico viene descritto accuratamente con particolare attenzione alla descrizione puntuale delle diverse tecniche utilizzate, per contrastare la sintomatologia ansiosa in tempi brevi. La lettura dell'articolo offrirà anche interessanti spunti di condivisione delle emozioni del terapeuta all'interno della relazione con la paziente durante il percorso.

Un altro prezioso lavoro illustra sapientemente come il Salience Network, frutto dell'integrazione fra l'amigdala, l'insula e la corteccia insulare, gioca un ruolo fondamentale nell'identificazione e nella risposta agli stimoli ambientali, influenzando la regolazione dell'attenzione e delle risposte emotive e comportamentali. L'articolo apre nuove prospettive nel trattamento di disturbi come il self-harming e il PTSD, suggerendo che disfunzioni nel Salience Network possono essere correlate a meccanismi di auto-regolazione emotiva disfunzionali. Gli autori sottolineano come questa comprensione offra strumenti terapeutici innovativi per affrontare le sfide post-pandemiche, evidenziando l'importanza dell'integrazione di

tecniche corporee e pratiche di mindfulness per il benessere psicofisico.

Andando avanti troverete un altro interessante contributo nel quale viene presentato un delicato caso clinico attualmente in trattamento, che riguarda l'applicazione del modello strategico-integrato all'età evolutiva. Infine ma non per importanza, troverete un lavoro di grande valore che riporta un intervento clinico familiare ad orientamento strategico integrato, che utilizza il consenso informato per i minori (art. 31 C.D.) come risorsa terapeutica per l'avvio del processo di cambiamento. Tale lavoro si pone l'obiettivo di evidenziare la modalità di formazione degli allievi nella Scuola di specializzazione in psicoterapia strategica integrata (Scupsis) riguardo la tematica della deontologia professionale. Formazione volta non solo a fornire conoscenza sulle norme deontologiche che ogni psicologo è tenuto a seguire ma anche nel rendere ogni principio deontologico una risorsa preziosa di informazione sul paziente e di cambiamento terapeutico. Auguro a tutti voi una interessante lettura ed auspico che possiate trovare in questo numero occasione di riflessione e di evoluzione del vostro lavoro in psicoterapia.

Il direttore editoriale
Prof.ssa Giovanna Celia

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni
per sciogliere nodi psicologici
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



AL DI LÀ DEL SINTOMO:

L'APPROCCIO STRATEGICO-INTEGRATO APPLICATO AL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

di Simona Di Mascolo

Abstract

In questo articolo verranno descritte le prime fasi del percorso terapeutico di una giovane adulta con disturbo d'ansia generalizzata utilizzando l'approccio strategico-integrato. Oltre alla descrizione delle diverse tecniche utilizzate il lettore sarà accompagnato dall'insieme di emozioni provate dal terapeuta durante le sedute.

This article will describe the first phases of the therapeutic path of a young adult with generalized anxiety disorder using the strategic-integrated approach. In addition to the description of the different techniques used, the reader will be accompanied by the set of emotions felt by the therapist during the sessions.

Introduzione

Il presente elaborato vuole essere un contributo su come lavora un terapeuta strategico integrato nell'ambito dell'età adulta e su come sia possibile applicare alcuni aspetti del Codice Deontologico degli Psicologi, come il Consenso informato, per ottenere informazioni utili sul paziente.

Premessa

La psicoterapia strategica integrata si focalizza sulla persona e la sua storia guardando oltre il sintomo (Celia, 2016) e ponendosi al servizio del benessere. Il modello non squalifica la diagnosi, che può orientare il clinico verso determinate scelte terapeutiche e può facilitare il dialogo tra professionisti della salute ma mette la conoscenza della persona prima della diagnosi.

Avvalendomi dell'osservazione e dei colloqui ho ipotizzato per la paziente un disturbo d'ansia generalizzata.

1. Il caso clinico di S.

1.1 La prima fase

S. mi contatta tramite un'applicazione digitale per professionisti. Dopo un primo colloquio telefonico conoscitivo decidiamo insieme di pianificare un primo appuntamento nel mio studio. Mi avvalgo del primo contatto telefonico per comprendere meglio il motivo del consulto e l'effettiva motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico. Fin da subito S. si mostra disponibile e collaborativa. Durante il breve colloquio mi sono soffermata sul comprendere la sua condizione di malessere, come mai avesse deciso di chiedere aiuto proprio in quel preciso momento e quanto fosse determinata la sua motivazione al cambiamento.

S. non ha mai svolto una terapia in passato ma racconta di aver partecipato ad alcuni incontri familiari durante il percorso terapeutico del fratello. La paziente vive a Roma mentre la sua famiglia è in Calabria. S. riferisce di un forte stato di ansia che interferisce con la sua quotidianità, già presente nel periodo precedente la pandemia (prima del 2021) e che è andato sempre più peggiorando fino a raggiungere l'apice di malessere nel momento in cui mi contatta. Emerge una profonda stanchezza sia fisica sia mentale e un costante stato di ansia e preoccupazione.

S. non è in grado di dirmi da quanto tempo presenta questo stato di malessere e neppure in quale settore della sua vita lo avverta maggiormente, lasciandomi ipotizzare una condizione cronica e generalizzata.

Dopo aver spiegato brevemente l'approccio terapeutico e le modalità, al termine del colloquio S. mi chiede di prendere un appuntamento.

1.1.1 Il primo colloquio

La prima seduta è stata incentrata sulla raccolta anamnestica, sull'analizzare meglio la problematica, le "tentate soluzioni" messe in atto fino a quel momento, il suo punto di vista sulla situazione e le sue aspettative sul percorso terapeutico.

Primariamente illustro a S. l'obbligo al segreto professionale a cui sono tenuta durante i nostri incontri, soffermandomi sulle condizioni in cui poter derogare.

Dalla raccolta anamnestica emerge che S. vive a Roma da 10 anni in un appartamento che condivide con quattro persone (studentesse e lavoratrici) e compirà fra qualche settimana 35 anni, compleanno che non festeggia da 10 anni. Ha un fratello maggiore, più grande di lei di 6 anni, sposato con tre figli. Dice della sua famiglia che "è una tipica famiglia del sud Italia con padre militare, madre casalinga e figlio maschio che continua le orme del padre facendo il militare". All'età di circa 10 anni la famiglia si trasferisce dal piccolo paesino ad una grande cittadina calabrese, dove tutt'ora risiede la sua famiglia, fase che ricorda in modo sereno e senza particolari difficoltà legate alla nuova città e a persone nuove. Per quanto riguarda il periodo scolastico dice di "essere sempre stata un po' lenta" e che ha ripetuto l'ultimo anno del liceo essendo stata bocciata in sede d'esame di maturità. La famiglia è molto religiosa e per questo motivo si avvicina molto alla Chiesa e al gruppo di fedeli della sua comunità. Dopo essersi diplomata, a 20 anni, decide di intraprendere il cammino per diventare suora. Trascorsi 7 mesi in un convento di suore, decide di ritornare a casa perché comprende che non è la scelta giusta per lei. Negli anni successivi troverà lavoretti saltuari, continuando a vivere sotto il tetto di famiglia finché, all'età di 24 anni, opta di andare via dalla sua Terra per raggiungere una sua amica di infanzia a Roma, città dove poi sceglierà di trasferirsi definitivamente. Oggi lavora come babysitter qualche giorno la settimana presso una famiglia e svolge lavoretti occasionali per arrotondare soprattutto durante il periodo estivo. I genitori la aiutano economicamente per le spese extra che riguardano motivi di salute. Non ha mai avuto una relazione amorosa.

Si evidenzia fin da subito il quadro di una famiglia molto unita ma invischiante.

S. sceglie infatti di iniziare a raccontare la sua storia attraverso il rapporto difficile con la madre e con il fratello. Il fratello viene da lei descritto come "il figlio perfetto" in quanto "figlio maschio, militare come papà, sposato e con figli" e dunque, a suo dire, per questo è ben visto dai genitori e da tutta la famiglia in generale. Non ha mai avuto rapporti con il fratello e, tramite gli incontri con la sua terapeuta, ha compreso che la madre li ha sempre messi in competizione l'uno con l'altro, impedendo probabilmente

l'instaurarsi di un legame. Il tema del confronto e quindi la sensibilità al giudizio altrui è molto sentito da S. che mi descrive come la madre faccia continui paragoni tra lei e il fratello ma anche tra lei e le sue cugine, con le quali è molto legata e il cui esito è sempre a suo discapito poiché lei non è sposata e non ha figli come loro. Annuisce quando le rimando l'immagine della "pecora nera" che ho visualizzato ascoltando la sua storia. Alla mia domanda se la madre le avesse mai detto di essere orgogliosa di lei, anche da piccola, mi risponde prontamente: "mai, neanche quando facevo da piccola le gare di ginnastica artistica" ed aggiunge che fosse sempre il papà ad accompagnarla ed a parlare con l'allenatore. S. riferisce di "dover sempre dimostrare a sua madre" e di non sentirsi capita da lei per le sue scelte di vita.

Riflettiamo insieme sul fatto che in casa sua ognuno assolve un ruolo ma che non necessariamente è voluto e sentito e dunque è causa di sofferenza. Inoltre così come lei che è stata identificata nella "pecora nera" e il fratello nel "figlio perfetto", probabilmente anche la madre avrà ricevuto a sua volta un'educazione simile dalla sua famiglia ed avrà ricoperto un ruolo, coerente o meno con il suo essere.

Quando esploro meglio la problematica accennata al telefono si rileva una diversa e grave sintomatologia fisica, aggravata durante il periodo pandemico, in particolare durante il lockdown trascorso a casa dei genitori: sonno irrequieto e insonnia, precedente piorrea con caduta di alcuni denti, contratture muscolari (soprattutto nella zona cervicale e lombare), respiro corto, pugni chiusi (nei momenti di maggiore ansia). Riferisce di aver vissuto qualche anno prima un episodio di attacco di panico, mai più ripresentato, in occasione dell'acquisto di una casa, a lei intestata, come investimento familiare, evento per il quale temeva di essere giudicata per non aver contribuito economicamente come il fratello e che poi, per la profezia che si autoavvera, si è tramutato in una critica nei suoi confronti da parte del fratello e nella successiva sintomatologia da panico. Recenti analisi del sangue, prescritte dall'endocrinologo per indagare il motivo della continua spossatezza, minore concentrazione e sensazione di freddo, hanno riscontrato bassi livelli di cortisolo, ormone dello stress, per i quali S. si è sottoposta ad una cura a base di cortisolo, con risultati pressoché esigui.

S. è seguita da un'osteopata e pratica ginnastica posturale e nuoto regolarmente; racconta di sentirsi un po' meglio ma di aver capito che c'è qualcosa di più "profondo" che non le permette di stare bene e per questo si è convinta a chiedere aiuto ad un professionista.

Restituisco a S., coerentemente con sua la richiesta, che lavoreremo sui sintomi perché il suo corpo è affaticato, non ce la fa più e le sta comunicando un malessere profondo che ha bisogno di essere ascoltato; secondariamente le sottolineo il meccanismo di fuga messo in atto nei confronti della madre come tentativo di risoluzione ma che non ha agito come da lei sperato. Non è la separazione fisica dalla madre la soluzione. Insieme potremo lavorare sulla madre che ha interiorizzato.

Ciò che mi colpisce di S. è il poco riconoscimento delle emozioni come se avesse paura nel mostrarle per la difficoltà poi di gestirle, soprattutto in presenza di altre persone ("Mentre mi racconti questo di te stessa come ti senti?". S.: "niente, devo sempre dimostrare"). Inoltre assume per tutta la durata dell'incontro la medesima postura: ha una posizione rigida di chiusura, con gambe chiuse e spesso mani chiuse a formare un pugno.

In chiusura del colloquio chiedo a S. di scrivere per la prossima volta gli obiettivi che vuole raggiungere attraverso il percorso terapeutico (Lettera degli obiettivi). Scopo della

lettera degli obiettivi è comprendere il grado di ascolto di S. dei suoi bisogni, responsabilizzarla (il terapeuta non ha la bacchetta magica ma c'è un lavoro congiunto) e avere una definizione più chiara degli obiettivi da cui partire, anche alla luce di quanto emerso dall'incontro, nonché vedere le aspettative che nutre nei confronti della terapia.

1.1.2 Il consenso informato

La cornice deontologica è fondamentale nell'approccio strategico integrato e nei vari aspetti che facilitano il cambiamento del paziente e il raggiungimento del suo benessere. Il momento dell'applicazione dei principi deontologici è da considerarsi una fonte importante e aggiuntiva di informazioni riguardo al paziente. Il terapeuta può trarre ulteriori elementi utili per comprendere le caratteristiche del paziente ed il suo funzionamento già a partire dalla reazione del paziente alle informazioni che il terapeuta fornisce sul consenso informato e il segreto professionale. Da ciò la possibilità che le norme deontologiche rappresentano una preziosa risorsa per il terapeuta e quindi un ulteriore elemento sul quale e attraverso il quale agire per creare il cambiamento del paziente (Scribano, 2019).

Al primo incontro informo la paziente dell'obbligatorietà al segreto professionale e della possibilità di derogare qualora venissi a conoscenza di fatti che potrebbero mettere in pericolo la sua vita o quella di altre persone, soprattutto minori, facendole esempi pratici. Inoltre le comunico che durante gli incontri potrà capitare di vedermi prendere appunti e che ciò che annoterò riguarderà frasi dette, metafore o ipotesi che formulerò seduta stante che saranno utili per il lavoro terapeutico. S. appare tranquilla e mi comunica di aver compreso. Questo suo atteggiamento mi appare come segnale di fiducia e sicurezza nei confronti della categoria professionale. Partendo dal presupposto che ciò che si verifica in seduta rappresenta lo stile relazionale del paziente ed è quindi un mezzo di lettura per comprendere lo stile relazionale da cui può dipendere il problema del paziente, la "tranquillità" di S. e il fatto di non avermi posto alcuna domanda potrebbe anche segnalare una sua mancanza di "iniziativa" e diffidenza verso l'altro. Al termine del primo incontro accenno ad alcuni elementi del consenso informato (il modello, il compenso economico e la frequenza settimanale).

Aprò la seconda seduta leggendo il consenso informato, del quale ho accennato nel primo incontro. Dopo essermi accertata della sua piena comprensione scelgo di utilizzarlo al fine di ottenere informazioni sulla paziente, utili per il trattamento terapeutico. Essendo il consenso un insieme di norme deontologiche ma anche un insieme di regole che definiscono il lavoro terapeutico, ho deciso di esplorare il concetto di "regola" per S., le sue radici profonde e i suoi risvolti nella vita. La paziente definisce con la parola regola: "qualcosa che dovrebbe essere fatta perché il contesto lo richiede e se non si rispetta ci sono delle conseguenze". S. dice di impartire le regole soprattutto nel suo lavoro con i bambini in modo diretto, verbalmente, ma anche indirettamente attraverso atteggiamenti di silenzio; "le persone sanno se una cosa mi dà fastidio perché mi si legge in faccia" e, dopo averglielo chiesto, mi riferisce che non si è mai arrabbiata ed aggiunge che le persone, a differenza sua, si sentono quasi autorizzate (nel giudicarla/criticarla) che "ci ho quasi creduto anche io".

Quando le chiedo provocatoriamente chi fosse la prima persona a giudicarla cita la madre. Le restituisco che in realtà è lei stessa la prima persona ad essere molto severa con sé, mettendosi sempre sotto una lente di ingrandimento, dunque non può pretendere

che gli altri si comportino diversamente se è lei la prima a non essere più clemente nei suoi riguardi.

Dopo qualche momento di silenzio le descrivo l'immagine di se stessa che ho avuto nell'ascoltarla, ovvero quella di lei che ha innalzato un muro che però ha una porticina ben nascosta che permette solo ad alcuni di entrare. Quando le chiedo quali caratteristiche questi devono possedere per ottenere la chiave riporta il doverla rispettare nei suoi stati d'animo e nei suoi tempi e il non giudicarla sulle scelte e le cose importanti. Approfondisco questo aspetto ed emerge che non sopporta di essere giudicata su "cose che so di avere e mi danno fastidio". Rimando al percorso terapeutico e alla motivazione al cambiamento: "in questo percorso usciranno parti di te che non ti piacciono, sei disposta?". La risposta che segue mi fa comprendere di aver iniziato a costruire le basi di una buona alleanza con la paziente; S. infatti mi dice: "Sì perché qui mi sento protetta", in riferimento alla percezione di fiducia verso la professione avvertita al primo incontro.

Quando analizzo il concetto di regola interiorizzata emerge il senso del dovere, nucleo emblematico della paziente. I suoi genitori l'hanno educata nel seguire "regole del buon senso e del fare il proprio dovere", in modo esplicito ("c'era trasparenza"). Alle mie domande su quale fosse la sua reazione a queste regole e cosa si portasse dietro oggi, mi riferisce che "non mi sono mai pesate" e che porta con sé "il senso di responsabilità e il frequentare gente con la testa sulle spalle".

Decido di esplorare la dimensione del piacere chiedendole se avesse avuto dei sogni da piccola. S. mi racconta di quello che definisce "un sogno infranto" ovvero aver praticato ginnastica artistica diversi anni per doverla poi abbandonare una volta trasferita nella nuova città. Questa scelta non è stata volontaria ma dettata da aspetto economico e dal fatto che veniva chiesto anche a loro figli di fare dei sacrifici per la famiglia. Inoltre era considerato dai genitori un "capriccio" tutto ciò che non riguardasse la scuola quindi anche qualunque altro tipo di sport o attività di intrattenimento. Quando la paziente proponeva delle attività le veniva detto o fatto intendere: "Se lo devi fare fallo bene altrimenti non lo fare proprio". S. dice di essersi sentita scoraggiata tanto da non aver più provato a chiedere. Il fatto di non aver continuato dopo la maturità con gli studi universitari è stato inizialmente la conseguenza di questa regola ma adesso dice di non rimpiangere questa scelta.

L'aggancio al consenso informato mi ha permesso di conoscere le convinzioni della paziente, esplorare i copioni familiari e comprendere meglio lo schema rigido che vi è dietro.



1.1.3 Definizione degli obiettivi

- 1) Fare corso di 1 soccorso pediatrico
- 2) Viaggiare
- 3) Chiedere di andare a prendere un caffè con mio fratello

Mi colpisce il fatto che ad ogni obiettivo aggiunga di dire che riuscirà a breve a farlo da sola.

1.2 Seconda fase

1.2.1 Ridefinizione degli obiettivi

Nel terzo incontro decido di riflettere insieme sugli obiettivi della lettera degli obiettivi. Le faccio notare che ha riportato solo obiettivi che può realizzare benissimo da sola e dunque, utilizzando la provocazione, le chiedo come mai venisse qui a studio da me. S. racconta di aver pensato solo ad obiettivi che sapeva di certo di riuscire a realizzare. Mi collego al messaggio familiare “se lo devi fare fallo bene altrimenti non lo fare proprio” per mostrarle come avesse pensato solo alle cose sicure di poter fare, precludendosi però la capacità di sognare, di pensare a cose che adesso sembrano “fuori portata”, di andare oltre. Le preciso che anche la nostra terapia non è un qualcosa di certo e sicuro, non possiamo sapere come andrà e cosa accadrà. Le chiedo, dunque, di pensare agli obiettivi che richiedono il mio aiuto. S. è in difficoltà e dopo averci pensato un po' mi risponde:” Il fatto di venire qui è già tanto. Il mio l'ho fatto”. Restituisco alla paziente il coraggio per aver deciso di chiedere aiuto ma di permettermi di aiutarla. Quando le chiedo come poterla aiutare in questi obiettivi mi comunica il suo timore di dire le cose per paura del giudizio.

Insieme ridefiniamo gli obiettivi terapeutici:

- 1) Diminuzione della sintomatologia
- 2) Riuscire a stare nell'imprevisto e gestirlo
- 3) Mettersi in gioco
- 4) Avere maggiore sicurezza di sé e delle proprie capacità

Vedo S. perplessa e quando glielo chiedo mi dice che per lei questi obiettivi sono “soltanto parole”. Le rimando che su questi obiettivi posso darle il mio aiuto e la rassicuro sul fatto che ci lavoreremo seguendo i suoi tempi.

La ridefinizione degli obiettivi mi ha permesso di iniziare a far uscire la paziente dalla sua zona di comfort attraverso un'esperienza emozionale correttiva durante la seduta.



1.2.2 Istantanea emotiva

Per comprendere la percezione che S. ha della sua problematica e della sua vita al momento, nel terzo incontro, le propongo una visualizzazione guidata:

“Se la tua vita fosse un’immagine quale sarebbe?”

“Sicuramente il mare perché è la mia città e perché mi piace. È una distesa di acqua. Ci sono alcune onde che si muovono tutte uguali, non ce ne è una che supera l’altra. In cielo il sole è alto ed i suoi raggi formano un luccichio sull’acqua. Non c’è nessuno in mare. In cielo c’è qualche aereo che passa ma non disturba, c’è qualche nuvola. Il dondolio delle onde è piacevole.”

Ringrazio S. per “essersi messa a nudo” con questa immagine e continuo dicendole che ciò che mi rimanda è l’immagine di una bella ragazza che però non lascia trasparire nulla così come il mare dove non ci sono pesci e nessun altro e dove tutto è tranquillo. S. dice di “essersi abituata”. Quando la sollecito ad immaginare come sarebbe la sua vita se avesse una bacchetta magica la sua difficoltà nel riconoscere la fase di stallo in cui si trova diventa ancora più evidente; infatti mi riferisce che oltre a voler avere una casa di proprietà a Roma per non dover più pagare l’affitto non cambierebbe nulla della sua vita personale e professionale. Da ciò comprendo quanto sia radicata la problematica e quanto S. si sia così adattata ad essa da non riuscire a vedere oltre “l’orizzonte del suo mare” ed è per questo che ha difficoltà nel trovare obiettivi.

1.2.3 Ipotesi di intervento

- Sbloccare la sintomatologia ansiosa così che la paziente possa cominciare a vivere più serenamente
- Dare spazio e parola alle emozioni, dentro e fuori la terapia
- Lavorare sulla sensibilità alla critica e al giudizio che frenano la sua libertà di agire
- Gettare le basi per lo svincolo familiare
-

1.2.4 Avvio dell’intervento e prime difficoltà

A partire dal terzo incontro dirigo il focus terapeutico sulla problematica nel qui ed ora. Emerge la preoccupazione di S. rispetto al pensiero di ritornare a casa per festeggiare il suo compleanno. Dice di sentirsi agitata per le dinamiche familiari esistenti. Riflettiamo insieme sulla necessità di un cambio di prospettiva da parte sua dal momento che i suoi parenti non cambieranno ed è probabile che diranno davvero ciò che lei teme. Ciò che deve iniziare a cambiare per stare bene è la sua modalità di reagire alle eventuali provocazioni e quindi non partire già prevenuta ma riuscirsi a godere il momento di festa con la sua famiglia.

S. non festeggia il suo compleanno da 10 anni ma questo anno ha deciso di volerlo festeggiare con la sua famiglia e poi di regalarsi due giorni di relax in solitaria a Bologna. Sminuisce l’importanza della celebrazione della sua nascita, “è un giorno come gli altri”.

In previsione del ritorno a casa traspare la sua preoccupazione anche per il papà, figura fino ad ora poco approfondita dalla paziente. Appena inizia a parlare del padre i suoi occhi diventano lucidi ma poi si ricompone subito:” mi rivedo tanto in mio padre negli atteggiamenti e anche per come viene trattato da mia madre”.

Quando le chiedo se il padre le avesse mai comunicato questo disagio oppure se fosse una sua percezione mi racconta che il padre non si è mai lamentato di nulla in

particolare ma è ciò che lei percepisce in casa. Ragioniamo sul fatto che non deve essere lei figlia a proteggere il padre perché non ne ha bisogno ed è in grado di farcela da solo, anzi potrebbe guardare al padre come una risorsa preziosa perché dopo tanti anni di vita matrimoniale ha trovato delle strategie funzionali con la moglie che potrebbe anche lei utilizzare nel rapporto con la madre, personalizzandole.

Allo scopo di far venir fuori le sue emozioni e di valorizzare il giorno del compleanno chiedo a S. di portarmi al prossimo incontro massimo 5 foto di momenti per lei importanti della sua vita e 1 foto da scattare il giorno del compleanno. S. è molto entusiasta dell'attività proposta.

Durante il momento della supervisione racconto la mia difficoltà nell'accedere al mondo emotivo della paziente e un po' di frustrazione per il fatto che la paziente sembra seguirmi in terapia ma poi quando è capitato di chiederle se avesse riflettuto su quanto emerso non ottengo lo stesso feedback. Il supervisore mi raccomanda di andare molto piano con la paziente. Non sa dove deve andare, è come una bambina che ha bisogno di esplorare e costruire e per questo fatica ad immaginare gli obiettivi. Mi fa riflettere sul fatto che la paziente non si è colorata "pecora nera" ma è stata dipinta così dagli altri. S. non sa cosa vuol dire però essere "pecora bianca" quindi qualcosa di altro da se e dovrebbe relazionarsi con "pecore grigie" per comprenderlo. Inoltre mi fa pensare quale sia per la paziente il vantaggio nel mantenere il ruolo della pecora nera in famiglia. A tal proposito ipotizzo una riduzione delle aspettative nei suoi confronti proprio perché già considerate non realizzabili in partenza e un senso di libertà e di non responsabilità. Penso dunque che questo sia proprio il ruolo della bambina.

Nell'incontro successivo trovo S. non agitata come negli altri incontri ma più serena. Mi racconta dell'esperienza positiva sia del viaggio sia del rientro a casa dove non si è verificato nulla di quello che aveva previsto ma addirittura ha ricevuto una grande accoglienza da parte di tutti e un ringraziamento inaspettato dalla madre. Mi racconta di quanto fosse più serena e del tutto distaccata da qualunque tentativo della famiglia, soprattutto la madre, di creare dissapori in famiglia. S. mi racconta inoltre, con suo grande stupore, di essere uscita la sera nel centro di Bologna e di aver deciso di ricordare questo compleanno facendosi un tatuaggio.

Sostengo S. in questi grandi passi che ha fatto e le esprimo la mia contentezza nel vederla felice. Ripercorriamo poi i suoi precedenti compleanni a partire dal giorno della sua nascita. Mi racconta che poco dopo la sua nascita, in occasione della festa del santo patrono della città, sono iniziati i fuochi d'artificio. Le restituisco il fatto di "aver fatto rumore" quando è arrivata sulla Terra e anche adesso in occasione del suo compleanno ha "fatto rumore" iniziando a dire ciò che pensa senza che succedesse nulla anzi è stata anche ringraziata per aver voluto festeggiare con la famiglia.

S. è visibilmente molto felice, non sa comunicarmi l'emozione provata ma dice di "sentirsi molto bene". In riferimento alle fotografie, che decido di riprendere meglio nel prossimo incontro, ha il medesimo atteggiamento di "contenimento"; S. ricorda con estrema precisione la data di ciascuna fotografia e il loro contenuto ma non trapelano emozioni ma "lo stare bene" nel momento dello scatto e nel qui ed ora che le osserva. Le fotografie raffigurano momenti di convivialità in famiglia.

Prendendo spunto dalle fotografie decido di esplorare altri eventi significativi della sua vita chiedendole di suddividere la stessa in 3 momenti e di assegnare poi per ciascuno un aggettivo: periodo 0-12- periodo 12-24 e periodo 24-35. Il primo periodo è connotato come il periodo di "ingenuità dei bambini". Era una bambina "come tutte le altre".

Il secondo periodo, quello definito della “spensieratezza”, mi ha permesso di indagare i primi approcci con l'altro e lo stato affettivo attuale. S. riferisce che non c'è mai stato un approccio “perché ero brutta e quindi già sapevo di non attirare l'attenzione”. Approfondendo questo aspetto emerge che non c'è mai stato un episodio in particolare ma era la sua percezione di se stessa. Oggi dice di curarsi di più nell'aspetto, che le piacerebbe costruire qualcosa con un'altra persona ma che il fatto di essere sola non è un problema. È molto selettiva nei rapporti interpersonali, decidendo di non approfondire la conoscenza se la persona non suscita fin da subito il suo interesse. Riflettiamo sul fatto che ha la tendenza ad auto sabotarsi quando conosce una nuova persona e di fare attenzione nelle prossime conoscenze ai segnali di questo comportamento. In questo periodo spensierato c'è però anche l'evento più brutto della sua vita che coincide con i sette mesi trascorsi in convento. Oggi sostiene di aver preso questa decisione per dimostrare a tutti che si trattava di una scelta consapevole e realmente voluta e che la famiglia si sbagliava nel tentativo di dissuaderla. S. racconta che poi la sua famiglia ha rispettato sia la scelta di entrare in convento sia quella di andare via. Ripensando a questa esperienza dice oggi di aver capito l'importanza di fare le cose che realmente piacciono. Riflettiamo dunque sul fatto che mettersi in gioco e rischiare, come lei ha fatto decidendo di interrompere il percorso per diventare suora, ha i suoi risvolti positivi. L'ultimo periodo è definito come “periodo ricco” poiché sono accadute molte cose. Mi racconta però anche che negli ultimi anni “è come se mi sono pianta più addosso perché vedevo le persone vicino a me che si sposavano e avevano figli”. Oggi la paziente dice di essere giunta alla consapevolezza che non ha senso farlo e che deve concretizzare di più.” oggi dico che sarei potuta andare prima dallo psicologo invece dell'osteopata, però prima credevo che si dovesse risolvere l'aspetto fisico e invece è come il cane che si morde la coda”. Meditiamo insieme sul fatto che questo è il tempo di raccogliere i frutti di queste nuove consapevolezze e di seguire i suoi tempi. Concludo il lavoro con le fotografie chiedendo a S. di darmi l'immagine che descriva e racchiuda il viaggio fatto e di immaginarla sulla copertina di un grande album fotografico con pagine bianche ancora da riempire: “io di spalle come nella foto qui con i miei nipoti”.

1.2.5 I primi sviluppi

A partire dal sesto incontro S. riferisce una diminuzione della sintomatologia (“non ho più l'ansia e riesco a dormire la notte”) e un atteggiamento nuovo con cui affronta la vita.

S. dice di avere un rapporto più sereno con la madre:” mamma è più tranquilla, fa ancora le critiche ma forse sono cambiata io e il mio atteggiamento”. Mi dice di essere serena all'idea della prossima riunione di famiglia. Racconta che una sua amica ha notato in lei un cambiamento positivo e di essere lei stessa a fornire consigli su come questa debba relazionarsi con la madre.

Riflettiamo sul ruolo della pecora nera, di come questo le sia stato “cucito addosso” da altre persone e di come la fa sentire. S. dice di essersi nel tempo adagiata e che oggi si sente “pecora nera emancipata”. A tal proposito fa il paragone con la zia anche lei non sposata e senza figli dicendo che ha una sua vita indipendentemente da queste assenze. Le restituisco l'accezione positiva assunta oggi come libertà di scelta mentre prima riguardava l'uscire dallo schema familiare quindi non andava bene. S. dice di accettare adesso questo ruolo con questo nuovo significato. Obiettivo non è quello di arrivare a

diventare pecora bianca, come mi dice poco dopo, ma una “pecora grigia con striature nere”, rimandando l’idea di unicità.

Decido di indagare poi il grado di aderenza della sua realtà personale di non avere figli e non essere sposata rispetto al confronto con i suoi coetanei e dunque capire quanto il giudizio e la pressione sociale siano avvertiti dalla paziente, attraverso il simbolismo di “Alice nel paese delle meraviglie”, suo film e libro preferito. Utilizzando la metafora del Bianconiglio, sempre di corsa e sempre in ritardo, così come è la società in cui viviamo, chiedo a S. quale è la sua percezione del tempo: “A volte penso di essere giusta in confronto con gli altri non tanto a livello personale ma a livello professionale”. Conveniamo insieme che non è obbligatorio sposarsi ed avere dei figli ma è quello che la società spinge a fare al raggiungimento di una certa soglia di età. Quando le chiedo se vi è qualcosa che migliorerebbe a livello personale viene fuori il bisogno di cambiare casa. La provo con l’immagine del monocale,



Fig 1.

quindi l’idea sottintesa di vivere da sola. Sorridendo mi dice che le piacerebbe ma al momento non è possibile. La sprono a pensare ai prerequisiti per raggiungere questo obiettivo: “dovrei avere un lavoro consistente”. Il fatto di aver preso in considerazione la mia proposta del monocale mi fa capire che sta iniziando ad immaginare il suo progetto di vita. Il focus terapeutico si sposta dunque sulle risorse del paziente.

Nel settimo incontro, descrivendo il suo rapporto con la cognata, emergono la tematica del giudizio e il non riconoscimento delle sue capacità. Le faccio notare quanto sia giudicante nei confronti della cognata e la sprono a mettersi nei suoi panni, sapendo benissimo cosa vuol dire sentirsi giudicata. La madre fa spesso paragoni con la cognata, a suo dire rivolgendo più attenzioni verso di lei e non per la figlia. S. dice però di non provare alcuna invidia e sembra essere in imbarazzo quando le comunico questa emozione che mi sta rimandando. Le restituisco che finché non sarà sicura di se stessa e delle sue capacità proverà sempre fastidio nel paragone perché vi crederà. S. mi dice di essere stata abituata e cresciuta in questo modo, con i paragoni, e per questo non riesce a pensarsi diversamente.

Non riconosce di essere competente nelle cose che sa fare oppure non accetta volentieri quando gli altri le rimandano di essere capace. Meditiamo sul fatto che non si è mai riconosciuta tutto ciò che è riuscita a fare in questi anni da sola a Roma, come se fosse stata troppo concentrata a “sopravvivere”.

In supervisione rinnovo la mia difficoltà rispetto al mondo emotivo della paziente. Nel momento in cui le emozioni vengono fuori S. sembra non saperle riconoscere oppure le allontana non riuscendo a gestirle. Ho il timore che la paziente non farebbe le

Fig 1. “Alice nel Paese delle Meraviglie” <https://giulianocinema.blogspot.com/2009/11/alice-tra-carroll-e-disney-ii.html>

prescrizioni e per questo sono molto combattuta sul darle in questo momento. Condivido con il supervisore il dubbio sul prescrivere in questo momento della terapia la prescrizione della vasca da bagno che a mio parere è quella che potrebbe far venir fuori le emozioni più viscerali mettendo da parte la componente cognitiva della paziente. Il supervisore mi rammenta che le prescrizioni forniscono un'idea sul funzionamento attuale del paziente e che S. non è vero che non fa le prescrizioni (es lettera degli obiettivi o le fotografie) ma le svolge secondo le sue modalità. Inoltre è bene ricordare che S. è molto sensibile al giudizio quindi nel momento in cui si troverà a farle penserà anche a quello che potrebbe essere il mio di giudizio. S. è in grado di provare le emozioni ma non lo fa in modo funzionale perché le esprime attraverso il sintomo cioè il corpo (Rainville, 2005). Il supervisore mi suggerisce diverse strade su cui poter proseguire in modo graduale: integrare la percezione che la famiglia ha di lei e dunque capire se la loro preoccupazione è reale o esagerata, interiorizzare l'aspetto materno iniziando col chiedere alla paziente cosa si direbbe se fosse la madre di se stessa, ridurre il senso del controllo e lavorare sull'aggressività.

1.2.6 La prescrizione della mosca cieca

Nell'ottavo incontro indago inizialmente la percezione dei genitori su di lei e se ci sono stati in passato comportamenti rischiosi da parte sua che hanno suscitato da quel momento preoccupazione in loro. Emerge che l'unico motivo di apprensione ha sempre riguardato la sua condizione di instabilità economica perché non si è mai comportata in modo non responsabile. Se fosse la madre di se stessa, riguardo alle sue scelte di vita, si incoraggerebbe di più dicendosi: "brava che ce la fai da sola a Roma".

Colgo l'occasione per chiedere quale sia la gestione in casa degli spazi comuni per poter meglio costruire a fine seduta la prescrizione della mosca cieca.

Con questa prescrizione, come suggeritomi in supervisione, mi pongo il duplice obiettivo di lavorare sul giudizio, tramite attività svolte nei luoghi comuni della casa, e sull'iniziare a smuovere il controllo e il perfezionismo della paziente.

“Da qui alla prossima settimana vorrei che scegliești un'attività al giorno, tra le varie attività che svolgi al risveglio, ad es. fare il caffè, preparare la colazione, lavarti i denti, rifare il letto, vestirti e che la compi tenendo gli occhi chiusi dall'inizio alla fine dell'esercizio. Non potrai mai aprire gli occhi durante il compito, solo appena sarà eseguito. Dopo che avrai aperto gli occhi e ti sarai resa conto che quello che hai fatto non è stato eseguito come avresti voluto, non potrai rimediare e lascerai, per quel giorno, le cose per come sono andate. Ad esempio nel caso della preparazione del caffè lascerai il piano di lavoro sporco oppure nel caso del letto rifatto male lo lascerai rifatto male. Credi di poterlo fare?” (Celia,2020)

Nell'inchiesta, all'incontro successivo, S. mi racconta di aver svolto l'esercizio quasi tutte le mattine, quando aveva tempo, e di essersi concentrata solo sull'attività del rifare il letto. Durante l'esercizio dice di aver provato ansia perché stava pensando di perdere tempo e di fare tardi e si sentiva rallentata; ha impiegato più tempo del solito e quando ha visto ciò che aveva fatto si è detta: “pazienza, devo andare a lavorare, tanto non lo vede nessuno”. S. riferisce di aver provato fastidio nel non poter sistemare il letto come avrebbe voluto ma ha fatto ciò che le avevo chiesto. Durante la giornata non ha mai ripensato all'esercizio e al letto rifatto male perché non lo avrebbe visto nessuno a parte

lei; durante la settimana racconta che non vedeva l'ora che finisse l'esercizio perché fatica con gli stravolgimenti e dice di essere una persona molto schematica e molto puntuale, che fa di tutto per non arrivare tardi agli appuntamenti anzi arriva sempre in anticipo. La paziente racconta di aver svolto solo l'esercizio del letto per non avere discussioni con gli inquilini. Quando le chiedo cosa può accadere se le cose non sono perfette, come nel caso del letto, mi risponde che "non succede nulla" ma avverto la sua difficoltà nell'ammetterlo e sentirlo davvero.

L'esito di questa prescrizione è stata per me illuminante per cogliere quanto sia severo il grado di controllo e lo schematismo della paziente e di come non rappresentino un problema per lei. Inoltre il fatto di aver svolto la prescrizione soltanto in alcuni giorni mi fa comprendere che la paziente, pur non avendone consapevolezza, si fida di me a tal punto da mettersi in gioco rischiando di apparire ai miei occhi "non perfetta". Il tema del giudizio appare molto radicato.

1.2.7 Il lavoro sulla rabbia

Negli incontri successivi decido di direzionare il focus terapeutico prima sui sintomi per poter tentare di accedere al mondo emotivo della paziente e poi sulla problematica.

S. mi riferisce di sentirsi stanca e con una sensazione di freddo che associa al cortisolo ancora basso.

Ultimamente ha cambiato osteopata perché non trovava più alcun beneficio anzi stava peggio dopo ogni seduta. Parlando del nuovo osteopata e del fatto che prossimamente dovrà chiedere alla sua amica, a cui ogni tanto presta servizio come baby sitter, il permesso di andare via qualche minuto prima per potersi dirigere da lui emerge la sua difficoltà di comunicare i suoi bisogni agli altri: "non voglio dare fastidio o essere di peso a qualcuno". Rimandando all'esercizio del letto rifatto male meditiamo sul fatto che non accadrebbe nulla se per una volta chiedesse alla sua amica di andare via prima, lasciandole anche tutto il tempo per potersi organizzare. Si evince che la paziente si sente "un peso" anche quando ritorna a casa l'estate perché deve dipendere maggiormente dai genitori. Inoltre dice che la madre le rimanda questo messaggio tramite una modalità provocatoria. Riflettiamo sul fatto che la madre non ha l'intenzione di criticarla, anzi le ha dimostrato di essere molto contenta quando è scesa poco tempo fa, ma si preoccupa per lei che però legge la situazione diversamente perché "si sente in difetto" (il dover dipendere dai genitori). Rispetto all'aspetto economico mi racconta che la madre, nel periodo più precario della sua vita, le diceva di resistere e le rimandava la preoccupazione per il matrimonio prossimo del fratello e della necessità di dover fare acquisti per la sua casa. Di fronte a questo episodio, inizialmente S. dice di non provare nulla e poi un leggero fastidio che sminuisce. Le rimando l'emozione di rabbia che invece io avverto e mi risponde dicendomi che è inutile arrabbiarsi perché non cambiano le cose. Le mostro dunque il meccanismo che ancora sta mettendo in atto: non può permettersi di dire di provare questa emozione perché per lei è impensabile provarla nei riguardi di sua madre essendo una brava figlia e quindi ha riversato questa rabbia verso se stessa trasformandola in senso di colpa e inevitabilmente questa emozione si è trasformata nel sintomo fisico. Rinforzo l'emergere della rabbia dicendole che tutte le emozioni sono buone ma vanno canalizzate. Le propongo una visualizzazione guidata al termine della quale appare visibilmente più serena e il suo volto più disteso. Le è piaciuto fare l'esercizio e dice di sentirsi meglio.

Nell'incontro successivo indago la sua concezione della rabbia. La rabbia per lei ha il significato di esplosione. Le faccio notare invece la funzione adattiva della rabbia che ci permette di individuare che c'è qualcosa che ci sta facendo male ed è necessario fare qualcosa; è dunque una nostra alleata.

S. non è convinta che sia importante esprimersi, preferendo chiudersi in se stessa e mettendosi in gioco solo nel caso in cui è l'altra persona a fare il primo passo temendo di essere giudicata e non capita qualora prendesse iniziativa. Mi riporta la favola Disney della Bella e la Bestia nella quale la bestia, che ha deciso di vivere da sola nel suo castello, è costretta a sposarsi allo scadere del tempo dato dall'ultimo petalo di una rosa, per colpa di una vecchia strega che gli fa un incantesimo.

Trasferisco questa storia alla nostra relazione terapeutica facendole notare come la bestia con il suo atteggiamento solitario somiglia a lei e io rappresento la vecchia strega che cerca di farla esprimere, farsi vedere dagli altri ma, a differenza della storia, rispetto i suoi tempi. S. è molto colpita.

Approfondendo la rabbia nella sua famiglia, questa si manifesta con la critica verso cose non fatte bene oppure con atteggiamenti di chiusura e silenzi. S. racconta di non aver mai fatto arrabbiare i genitori da piccola ma di essersi arrabbiata con suo fratello perché l'avrebbe esclusa, non avrebbe pensato a lei ma solo al proprio tornaconto personale in seguito ad un episodio riguardante l'eredità della casa di famiglia; in quell'occasione si è sentita presa in giro e riconosce di "essere passata per la stupida di turno" con la famiglia. S. non ha mai manifestato il suo disappunto con il fratello ed ha reagito convincendosi di dover dimostrare ancora di più di sapercela fare da sola.

Al termine della seduta, utilizzando un linguaggio più affine alla paziente, quello delle favole, chiedo a S. di organizzare una serata cinema e di guardarsi il film Disney Encanto.

Scopo della prescrizione è da un lato ritagliarsi un momento per se per divertirsi, dall'altro quello di farle osservare le dinamiche familiari e la sofferenza dei personaggi che vivono costantemente sotto il peso delle aspettative.

Nel film Encanto appare chiaro come in ogni famiglia ciascuno svolge un ruolo "particolare", ruolo che può aiutare la persona a differenziarsi dagli altri componenti trovando un modo di esprimere il proprio talento e la propria predisposizione ma può diventare anche una "gabbia" dalla quale può divenire difficile liberarsi. La protagonista è l'unica della famiglia a non avere un talento manifesto e si sentirà per questo esclusa. Tutto sotto gli occhi giudicanti di abuela, la nonna. Ci sono molte similitudini tra la storia di S. e la famiglia Madrigal che vorrei approfondire nei prossimi incontri.

1.2.8 Piano di intervento futuro

La terapia non si è ancora conclusa essendo in una fase centrale.

Sono stati raggiunti diversi risultati:

- Diminuzione della sintomatologia ansiosa
- Cambio di prospettiva nel rapporto con la madre che diviene più sereno
- Riconoscimento e fiducia nelle sue capacità sul lavoro

Nonostante questi traguardi in supervisione viene fuori la mia grande frustrazione nel momento in cui la paziente "sminuisce" quanto dettomi in precedenza e quindi le conquiste e i risultati raggiunti (es. non è rabbia quella che ho detto l'altra volta ma forse un leggero fastidio). Provo dispiacere nel fatto che non riconosca tutti i risultati raggiunti insieme. Il supervisore mi fa notare che sono emersi tanti elementi, la paziente

ha fatto diversi passi avanti in così poco tempo ed è il caso di fermarsi e sedimentare ciò che si è raggiunto.

Il supervisore mi dice di “gustare” i risultati ottenuti e nei prossimi incontri di stare nel “qui ed ora”. Come la paziente anche io ho bisogno di godermi i risultati ottenuti.

In merito al senso di frustrazione mi sollecita a capire se sto procedendo troppo velocemente, non dando il giusto tempo di elaborazione alla paziente oppure se la paziente ha bisogno di “ridurre” per la considerazione che ha di se stessa. Tutto ciò a partire dal senso di fastidio che provo durante la terapia costruendo il significato insieme alla paziente. È utile stare sulla relazione e far capire che la relazione con l'altro è stimolante. Mi suggerisce di riprendere in terapia il motivo per il quale ha iniziato negli ultimi incontri a rivolgersi a me dandomi del “tu” e non più del “lei”. In conclusione ciò che mi rimanda è proseguire il lavoro in seduta sullo stare nel qui ed ora e che dovrò utilizzare prescrizioni sullo “stare” senza aprire nuovi elementi.

La terapia, ancora in essere, sarà volta a perseguire i seguenti obiettivi:

- Sedimentare i risultati già raggiunti
- Stare nel qui ed ora
- Proseguo del lavoro sulle emozioni e in particolare la rabbia
- Lavoro sull'assertività e la capacità di esprimere i propri bisogni
- Lavoro sul senso di autoefficacia
- Diminuzione del controllo
- Proseguo del lavoro sulla sensibilità alla critica e giudizio
- Estinzione della sintomatologia
- Lavoro sullo svincolo familiare

Conclusione

La storia della paziente e il sintomo riferito può far riflettere sulla spinta al dover essere, o soltanto apparire, perfetti e sul senso di smarrimento e incertezza verso il futuro che caratterizzano l'attuale generazione dei giovani adulti. La generazione dei venti-trentenni ma anche dei trenta-quarantenni infatti riporta la difficoltà ad abitare in questo mondo, un forte malessere, un'inconsistenza dell'esistere, un senso di impotenza e se avverte una vaga idea del proprio futuro non ha le idee chiare su come arrivarci (Andreoli, 2023).

La stanza della terapia sembra essere l'unico luogo dove potersi sentire al sicuro e dove poter esprimere realmente se stessi senza la paura di essere giudicati o non capiti.



Riferimenti bibliografici

- Andreoli, S. (2023), *Perfetti o felici. Diventare adulti in un'epoca di smarrimento*, Milano: Rizzoli Editore
- Calvi E. e Gulotta G. (2012), *Il codice deontologico degli psicologi commentato articolo per articolo*, Roma: Giuffrè
- Celia G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Milano: Franco Angeli
- Celia, G. (2020), *Prontuario di strategie terapeutiche. Esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi psicologici in breve tempo*, Milano: Franco Angeli
- De Leo G., Pierlorenzi C., Scribano M. (2000), *Psicologia, etica e deontologia. Nodi e problemi della formazione professionale*, Roma: Carocci Editore
- Erickson M. (1983), *La mia voce ti accompagnerà*, Roma: Astrolabio
- Orsenigo P., Pierini S., Celia G., (2023), La terapia strategico integrata applicata all'età evolutiva in *Psicologia Clinica Psicoterapia oggi*, Anno XV numero unico
- Pierlorenzi C., Scribano M (2003), Il segreto professionale in ambito psicologico: aspetti operativi a confronto in *Rivista di psicologia giuridica* n.2-3- edizioni Sapere
- Rogers C.R. (2013), *La terapia centrata sul cliente*, Firenze: Giunti
- Rainville, C. (2005), *Metamedicina. Ogni sintomo è un messaggio. La guarigione a portata di mano*, Torino: Edizioni Amrita
- Scribano, M. (2019), "La formazione in ambito deontologico secondo l'approccio strategico integrato: riflessioni e prospettive" in *Psicologia clinica Psicoterapia oggi*, Anno XI numero unico
- Scribano M., Zurma S. (2016), "Il consenso informato per i minori nella psicoterapia strategica integrata: la risorsa della bussola deontologica nel caso clinico di un adolescente" in *Psicologia Clinica Psicoterapia oggi*, Anno VIII Numero unico
- Scribano M. (2007), Il segreto professionale nella professione dello psicologo", in F. Petruccelli, I. Petruccelli Introduzione alla psicologia giuridica, Milano: Franco Angeli
- Scribano M. (2004), Il codice deontologico degli psicologi", in F. Petruccelli, I. Petruccelli Argomenti di psicologia giuridica, Milano: Franco Angeli
- Scribano M. in collaborazione con Pierlorenzi C. (2003), Il segreto professionale in ambito psicologico: aspetti operativi a confronto" in *Rivista di psicologia giuridica*, n. 2-3 Edizioni Sapere
- Scribano M. (1999), "Codici deontologici degli psicologi a confronto: una prima indagine esplorativa", in collaborazione con G. De Leo, C. Pierlorenzi, M. Signori, in *Attualità in psicologia*, volume 14 – n.1, gennaio - marzo 1999, Edizioni Universitarie Romane.

Fig 1. "Alice nel Paese delle Meraviglie" <https://giulianocinema.blogspot.com/2009/11/alice-tra-carroll-e-disney-ii.html>



dott.ssa Simona Di Mascolo
Psicoterapeuta strategico-integrata



“ Un saper fare senza sapere è culturalmente povero,
un saper senza saper fare è socialmente improduttivo,
ma il sapere ed il saper fare senza il saper essere
sono umanamente incompleti.

C.G. Zuccon ”



LICEI

LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE

LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO

LICEO LINGUISTICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO

00142 Roma - Via del Serafico, 3 Tel. 06 51 90 102

info@seraphicum.com www.seraphicum.com

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA STRATEGICA INTEGRATA



Corso di specializzazione post-laurea in psicoterapia

OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di **"Psicoterapia strategica"** nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio costruzionista
- l'approccio cognitivo-comportamentale
- le neuroscienze

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, et al., 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc..).

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **15 Dicembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di iscritti e comunque non oltre il termine ultimo, fissato al 15 dicembre.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**





**ANNO
ACCADEMICO
2021/2022**

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUPSSIS Prof. Anna Maria Giannini

Professore Ordinario di Psicologia generale, Direttore del Laboratorio di Psicologia Sperimentale Applicata, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Applicata ai contesti della salute, del lavoro e giuridico-forense presso l'Università La Sapienza di Roma, Psicologa, Psicoterapeuta, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia.

Prof. Giovanna Celia (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico della SCUPSSIS, Ricercatrice in Psicologia Dinamica e Docente di Psicologia Dinamica e Psicodinamica dei Gruppi presso l'Università di Foggia, Responsabile del servizio di Counseling Psicologico dell'Ateneo di Foggia, Direttore della rivista scientifica, Psicologia e Psicoterapia oggi, Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Prof. Mauro Cozzolino (professore associato in Psicologia Clinica e Direttore dell'Osservatorio sul benessere psicologico presso l'Università di Salerno, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di comunità per i contesti formativi, per il benessere e per lo sport presso l'Università di Salerno, Presidente del Comitato Scientifico della SCUPSSIS, Vicepresidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr. Sara Velardi (Psicologa forense, Psicoterapeuta, Giudice ordinario al Tribunale per i minorenni di Messina)

Dr. Giovanni Saladino (Psichiatra, Psicoterapeuta, Sessuologo Dirigente ASL Caserta)

Dr. Annamaria Casale (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta - Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Prof. Marco Innamorati (Psicologo, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università di Roma "Tor Vergata")

Dr. Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Paolino Cantalupo (Psichiatra, Psicoterapeuta)

Dr. Teresa Basile (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Flaminia Cappellano (Psicologa, Psicoterapeuta, Vicepresidente dell'Associazione di promozione sociale Pronto Soccorso per le Famiglie APS)

Dr.ssa Simona Pierini (Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr.ssa Marta Podda (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr. Cristina Mazza (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Massimo Cotroneo (PhD, Psicologo, Psicoterapeuta)

Dr. Mariagrazia Graziano (Psicologa, Psicoterapeuta)

DOCENTI STRAORDINARI

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta – Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Dr. Roxanne Erickson

(PhD, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Institute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Pompili Maurizio

(Phd, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(Phd, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)

Dr. Kathryn Lane Rossi

(PhD, Psicoterapeuta, California, USA).

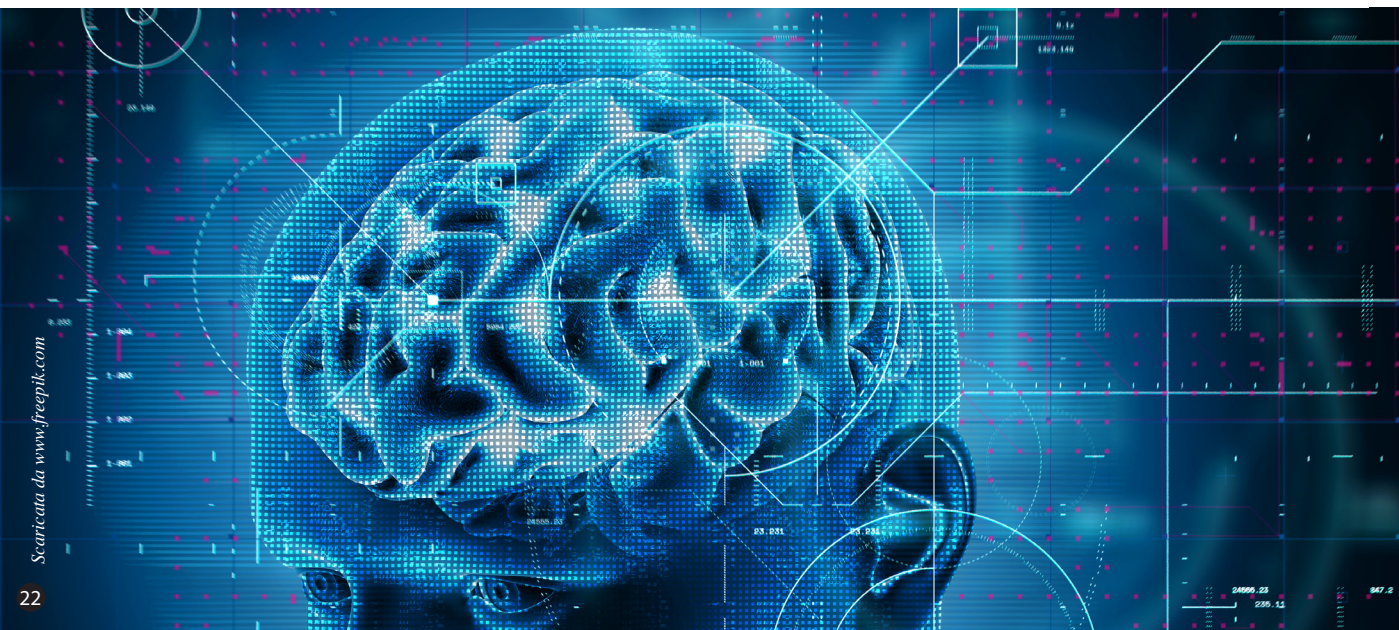


IL RUOLO DEL SALIENCE NETWORK IN UNA PROSPETTIVA STRATEGICO-INTEGRATA

di Matteo Di Molfetta e Giovanna Celia

Il Salience Network gioca un ruolo fondamentale nell'identificazione e risposta agli stimoli ambientali, influenzando la regolazione dell'attenzione e delle risposte emotive e comportamentali. Questo network è frutto dell'integrazione fra l'amigdala, l'insula e la corteccia insulare. L'articolo proposto apre nuove prospettive nel trattamento di disturbi come il self-harming e il PTSD, suggerendo che disfunzioni nel Salience Network possono essere correlate a meccanismi di auto-regolazione emotiva disfunzionali. La Psicoterapia Strategica Integrata intende ristrutturare connessioni neurali disfunzionali e promuovere strategie di coping più adattive. Questa comprensione offre strumenti terapeutici innovativi per affrontare le sfide post-pandemiche, evidenziando l'importanza dell'integrazione di tecniche corporee e pratiche di mindfulness per il benessere psicofisico.

The Salience Network plays a fundamental role in the identification and response to environmental stimuli, influencing the regulation of attention and emotional and behavioral responses. This network results from the integration of the amygdala, the insula, and the insular cortex. The proposed article opens new perspectives in the treatment of disorders such as self-harming and PTSD, suggesting that dysfunctions in the Salience Network may be related to dysfunctional mechanisms of emotional self-regulation. Integrated Strategic Psychotherapy aims to restructure dysfunctional neural connections and promote more adaptive coping strategies. This understanding offers innovative therapeutic tools to address post-pandemic challenges, highlighting the importance of integrating body techniques and mindfulness practices for psychophysical well-being.



1. Salience Network: Aspetti Neuroscientifici (Jilka *et al.*, 2014)

Il Salience Network, noto anche come rete della salienza, è un complesso sistema neurale coinvolto nell'identificazione e nella risposta agli stimoli presenti nell'ambiente esterno e interno. Questa rete neurale, operante su più livelli, riveste un ruolo cruciale nella regolazione dell'attenzione, nella valutazione della rilevanza degli stimoli e nella modulazione delle risposte comportamentali (Ham *et al.*, 2013).

Il Salience Network è il frutto dell'interazione di diversi sistemi cerebrali:

- **Amigdala:** è la struttura cerebrale che svolge il ruolo centrale nella valutazione delle informazioni emotive legate alla percezione del pericolo e degli stimoli in grado di indurre paura. Le connessioni dell'amigdala con altre regioni cerebrali, come la corteccia prefrontale e l'ipotalamo, consentono l'elaborazione rapida e automatica (dunque non controllata dalle aree corticali superiori) delle risposte emotive.
- **Insula:** situata nella zona più profonda del cervello e filogeneticamente remota, è coinvolta nella percezione delle sensazioni corporee e nell'integrazione di segnali bottom-to-top, non elaborati a livello corticale. Questa regione cerebrale valuta costantemente lo stato fisiologico dell'organismo e contribuisce alla regolazione delle risposte emotive e comportamentali.
- **Corteccia Insulare:** La corteccia insulare, parte della corteccia cerebrale associativa, funge da ponte tra le informazioni provenienti dall'insula e altre regioni cerebrali superiori coinvolte nella regolazione dell'attenzione e delle risposte motorie. Questa regione cerebrale contribuisce alla valutazione della salienza degli stimoli e alla modulazione delle risposte comportamentali in base al contesto, nonché alla risposta emotiva correlata alle stesse.

Come tutte le aree cerebrali, anche il Salience Network è soggetto a fenomeni di neuroplasticità (Ros *et al.*, 2013). Ciò significa che, così come le risposte automatiche possono essere influenzate e da eventi traumatici, dall'esperienza e dall'apprendimento, queste possono anche essere modificate in un'ottica terapeutica per fornire strumenti di coping alternativi ai pazienti. La terapia strategico-integrata, integrando principi neuroscientifici, può beneficiare di interventi specificamente rivolti alla rimodulazione di tali risposte inconse. Comprendere i meccanismi neurobiologici sottostanti alla percezione della salienza e all'auto-regolazione emotiva offre nuove prospettive per il trattamento di disturbi psicologici complessi quali il self-harming ed il Disturbo Post-traumatico da stress (PTSD) e per affrontare le sfide post-pandemiche.

2. Correlazione fra il Salience Network ed il Self Harming (De Ridder *et al.*, 2022)

Il self harming è un tentativo di gestire l'angoscia e il dolore emotivo attraverso l'autolesionismo fisico. Sebbene questo fenomeno sia storicamente associato a patologie afferenti ai disturbi di personalità - prevalentemente il disturbo borderline - si possono riscontrare episodi autolesionistici anche in pazienti affetti da disturbi dell'umore o afferenti all'area diagnostica delle psicosi. A livello neurobiologico, il self-harming può essere considerato una forma di auto-regolazione emotiva disfunzionale. Gli individui che praticano l'autolesionismo possono sperimentare un senso temporaneo di sollievo dal dolore emotivo, poiché l'attivazione del dolore fisico può sovrastare temporaneamente le sensazioni emotive negative. Inoltre, l'autoinduzione dolorosa consente alla persona di avere una sensazione di maggior controllo sul dolore esperito (Quattrini *et al.*, 2022).

Dal punto di vista neurobiologico, il self harming può essere correlato a disfunzioni nel Salience Network, in particolare nella modulazione della percezione del dolore e delle risposte emotive (Linehan, 2021).

Da un punto di vista Strategico Integrato è centrale il focus sulla comprensione del significato funzionale del self-harming per il paziente: si esplorano le dinamiche interne che portano a questo comportamento, considerando le variabili psicologiche, relazionali e situazionali. In questo contesto, si presta attenzione ai fattori di mantenimento del comportamento autolesionistico inteso come tentata soluzione disfunzionale al disturbo psicopatologico di base. La terapia si propone quindi di interrompere questi pattern disfunzionali, promuovendo nuovi modi di comunicare e gestire le emozioni.

Inoltre, la Psicoterapia Strategica Integrata considera la neurobiologia del self-harming come parte integrante del processo terapeutico. Si esplora la possibile correlazione con disfunzioni nel Salience Network, concentrando gli sforzi terapeutici sulla modulazione della percezione del dolore e delle risposte emotive. Attraverso tecniche specifiche, la terapia mira a ristrutturare le connessioni neurali disfunzionali, promuovendo una regolazione emotiva più adattativa.

Un aspetto chiave della Psicoterapia Strategica Integrata è l'empowerment del paziente. Si lavora insieme al paziente per identificare alternative più efficaci al self harming, sviluppando strategie di coping positive e sostenibili. La terapia incoraggia il paziente a esplorare e rafforzare le risorse personali, promuovendo una maggiore consapevolezza emotiva e un senso di controllo sulla propria vita (Celia, 2023).

3. Correlazione fra il Salience Network ed il PTSD: il ruolo del trauma (Fang *et al.*, 2012)

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è una condizione psicologica che si sviluppa in seguito a esperienze traumatiche, come eventi di violenza, abusi o incidenti gravi (van der Werff *et al.*, 2013). A livello neurobiologico, il PTSD è associato ad alterazioni nella funzione del Salience Network e in altre regioni cerebrali coinvolte nella regolazione delle emozioni e delle risposte allo stress (Zhang *et al.*, 2022).

Le persone con PTSD possono presentare iperattivazione dell'amigdala, con una maggiore reattività agli stimoli associati al trauma ed ipoattività della corteccia prefrontale, coinvolta nel controllo cognitivo ed emotivo (Zukerman *et al.*, 2019). Queste disfunzioni neurali possono contribuire alla persistenza dei sintomi del PTSD, come le ricorrenti intrusioni di ricordi traumatici e le reazioni di iperarousal emotivo (Evans, T.C. *et al.*, 2021).

L'approccio della psicoterapia strategica integrata può offrire una prospettiva utile per affrontare questa condizione: un elemento centrale della terapia strategica integrata consiste nella ricostruzione del significato degli eventi traumatici (Celia, 2023). Ciò implica aiutare il paziente a riconciliarsi con il passato, a ridimensionare le interpretazioni negative e a sviluppare nuove prospettive che favoriscano il recupero e la resilienza, integrando il ricordo traumatico nella storia personale del paziente. Sono utilizzate tecniche di respirazione e di consapevolezza per modulare l'attività dell'amigdala promuovendo la calma e il benessere emotivo. Poiché la corteccia prefrontale ipoattiva può compromettere la capacità del paziente di elaborare in modo efficace i pensieri e le emozioni legate al trauma, attraverso la ristrutturazione cognitiva, il terapeuta può aiutare il paziente a identificare e a sfidare i pensieri distorti legati al trauma, incoraggiando una prospettiva più integrativa e funzionale.

Oltre a concentrarsi sui sintomi del PTSD, la terapia strategica integrata mira a identificare e potenziare le risorse personali e sociali del paziente sviluppando strategie di coping efficaci, il potenziamento delle reti di supporto sociale e l'incoraggiamento di attività che promuovono il benessere generale.

4. Il ruolo del Salience Network nell'integrazione di tecniche corporee, la circostanza pandemica

L'intervento terapeutico strategicamente integrato può modulare l'attività del Salience Network aumentando la capacità di auto-regolazione emotiva anche attraverso interventi basati sulla consapevolezza corporea: ad esempio, micro-movimenti corporei, definiti come piccole azioni motorie impercettibili o appena visibili, possono influenzare l'attivazione dell'insula e la modulazione delle risposte neurali allo stress. Attraverso la pratica di micro-movimenti specifici, i pazienti possono imparare a regolare le proprie reazioni emotive e a promuovere un maggiore equilibrio psicofisico. Allo stesso modo, pratiche come la mindfulness (Bremer *et al.*, 2022), l'ipnosi (Faerman *et al.*, 2021) o la respirazione guidata possono migliorare, in un'ottica di integrazione mente-corpo, l'outcome del paziente.

La pandemia da COVID-19 ha agito come un catalizzatore per una serie di cambiamenti sociali, comportamentali e neurobiologici. Uno dei principali impatti della pandemia è stato l'aumento dei livelli di stress, ansia e paura nella popolazione globale. Queste reazioni emotive sono riflesso della valutazione del pericolo e delle risorse da parte del Salience Network, che si attiva in risposta a situazioni percepite come minacciose o incerte. L'amigdala e l'insula svolgono un ruolo cruciale nella valutazione delle risorse fisiche disponibili per affrontare le minacce percepite. Tuttavia, mentre questa risposta può essere adattativa in situazioni di pericolo immediato, può diventare disfunzionale quando persiste a lungo termine, come durante una pandemia. La pandemia da COVID-19 ha aumentato i livelli di infiammazione e stress nella popolazione associati sia al contagio da Sars-CoV-2 che all'elicitazione di comportamenti come la riduzione del movimento, la ridotta socializzazione e l'ansia associata alla malattia. Questo stato infiammatorio può influenzare negativamente il dialogo e la comunicazione tra i diversi network neurali. Inoltre, le restrizioni e le divisioni sociali create dall'emergenza sanitaria hanno alimentato un clima di sfiducia e paura reciproca nella società (Pollard *et al.*, 2022). Questo può aver portato a un aumento dei comportamenti aggressivi e della tendenza a percepire gli altri come minacciosi (Jin *et al.*, 2022).

Un aspetto importante della Psicoterapia Strategica Integrata è la focalizzazione sulle soluzioni e sulle risorse anziché sui problemi. Durante la pandemia, molte persone hanno sviluppato strategie creative e resilienti per affrontare le sfide quotidiane. Identificare e amplificare queste risorse può essere un punto centrale nell'intervento terapeutico (Celia, 2023). Un altro principio fondamentale della Psicoterapia Strategica Integrata è la promozione dell'autonomia e dell'empowerment del paziente. Durante la pandemia, molte persone hanno sperimentato una perdita di controllo e una sensazione di impotenza di fronte alle sfide imposte dalla situazione. Gli interventi terapeutici possono focalizzarsi sull'incremento dell'efficacia personale e sul potenziamento delle capacità di adattamento della persona.

La Psicoterapia Strategica Integrata, approccio olistico ed integrato che permette di sviluppare interventi terapeutici personalizzati e orientati alla trasformazione positiva del paziente, si giova di pratiche come quelle descritte - implementazione di micromovimenti specifici, mindfulness, respirazione guidata, ipnosi - per migliorare il benessere della persona in un'ottica di profonda integrazione mente-corpo.

Riferimenti bibliografici

- 1 Jilka SR *et al.*, (2014), “Damage to the Salience Network and interactions with the Default Mode Network” in *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 34(33), 10798–10807;
- 2 Ham, T. *et al.*, (2013), “Cognitive control and the salience network: an investigation of error processing and effective connectivity” in *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 33(16), 7091–7098;
- 3 Ros, T. *et al.*, (2013), “Mind over chatter: plastic up-regulation of the fMRI salience network directly after EEG neurofeedback” in *NeuroImage*, 65, 324–335;
- 4 De Ridder, D. *et al.*, (2022), “Pain and the Triple Network Model” in *Frontiers in neurology*, 13, 757241;
- 5 Quattrini, G. *et al.*, (2022), “Aberrant Structural Connectivity of the Triple Network System in Borderline Personality Disorder Is Associated with Behavioral Dysregulation” in *Journal of clinical medicine*, 11(7), 1757;
- 6 Linehan, M. (2021), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline Il modello DBT*, Raffaello Cortina Editore;
- 7 Celia, G. (2023), *La psicoterapia strategico-Integrata*, Franco Angeli Edizioni;
- 8 Fang, Z. *et al.*, (2012), “Salience network integrity predicts default mode network function after traumatic brain injury” in *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(12), 4690–4695;
- 9 van der Werff, S.J. *et al.*, (2013), “Resilience to childhood maltreatment is associated with increased resting-state functional connectivity of the salience network with the lingual gyrus” in *Child abuse & neglect*, 37(11), 1021–1029;
- 10 Zhang, W. *et al.*, (2022), “Acute-stress-induced change in salience network coupling prospectively predicts post-trauma symptom development” in *Translational psychiatry*, 12(1), 63;
- 11 Zukerman, G. *et al.*, (2019), “Reduced electrophysiological habituation to novelty after trauma reflects heightened salience network detection” in *Neuropsychologia*, 134, 107226;
- 12 Evans, T.C. *et al.*, (2021), “Punishment and reward normalize error-related cognitive control in PTSD by modulating salience network activation and connectivity” in *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 145, 295–314;
- 13 Celia, G. (2023), *La psicoterapia strategico-Integrata*, Franco Angeli Edizioni;
- 14 Bremer, B. *et al.*, (2022), “Mindfulness meditation increases default mode, salience, and central executive network connectivity” in *Scientific reports*, 12(1), 13219;

15 Faerman, A. *et al.*, (2021), "Shared cognitive mechanisms of hypnotizability with executive functioning and information salience" in *Scientific reports*, 11(1), 5704;

16 Pollard, A.E. *et al.*, (2022), "Love in the Time of COVID-19: A Multi-Wave Study Examining the Salience of Sexual and Relationship Health During the COVID-19 Pandemic" in *Archives of sexual behavior*, 51(1), 247–271;

17 Jin, S.V. *et al.*, (2022), "The greedy I that gives"-The paradox of egocentrism and altruism: Terror management and system justification perspectives on the interrelationship between mortality salience and charitable donations amid the COVID-19 pandemic" in *The Journal of consumer affairs*, 56(1), 414–448;

18 Celia, G. (2023), *La psicoterapia strategico-Integrata*, Franco Angeli Edizioni.



Scaricata da www.freeplk.com



dott. Matteo Di Molfetta
Medico in formazione specialistica in psichiatria, Università di Tor Vergata, Roma
Specializzando Scuola di Psicoterapia Strategico - Integrata Seraphicum (SCUPSIS)



dott.ssa Giovanna Celia
Psicologa, Psicoterapeuta, Phd

LA BAMBINA SOFFIONE: IL CASO CINICO DI E.

di Noemi Giannini

Abstract

Il presente lavoro rappresenta non solo la semplice (se così si può definire) stesura della tesi di specializzazione in psicoterapia strategico-integrata, prodotto finale di un percorso di formazione professionale, ma l'elaborazione durata ben 4 anni di come io come persona sia arrivata a conoscermi profondamente. Il caso presentato di E., ancora in corso di trattamento, si riferisce all'età evolutiva, fascia per la quale il nostro approccio ha tanto da poter offrire, dove si lavora non solo con il piccolo paziente, ma anche a stretto contatto con i suoi genitori e nel quale l'aspetto deontologico, a cui la SCUPSIS dedica particolare attenzione, rappresenta un punto di forza da utilizzare nel processo terapeutico.

This work represents much more than a simple drafting of my specialization thesis according to strategic-integrated psychotherapy model, that is the final step of our 4 year long training process. It is really a deep trip inside myself, an important work that has taken me into a more and more awareness of myself, lasted 4 years and still on going. The presented case of E., still under treatment, refers to the developmental age, a range for which our approach has so much to offer, where we work not only with the young patient, but also in close contact with his parents and in which the ethical aspect, to which SCUPSIS pays particular attention, represents a strong point to be used in the therapeutic process.



1. Modello strategico-integrato e deontologia.

1. *Codice deontologico, consenso informato e segreto professionale.*

Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è entrato in vigore il 16 febbraio del 1998, dopo quasi dieci anni dal riconoscimento giuridico della professione di Psicologo, avvenuto con la legge n. 56/89. Alla base del C.D. vi sono quattro principi generali (allegato 1/2017 Giornale dell'Ordine "Psicologi e psicologia in Liguria"): 1- Meritare la fiducia del cliente; 2- Possedere una competenza adeguata a rispondere alla domanda del cliente; 3- Usare con giustizia il proprio potere; 4- Difendere l'autonomia personale. I quattro principi elencati sono ribaditi costantemente nei vari articoli che compongono il nostro codice deontologico. Per la precisione in totale sono 42 articoli suddivisi in cinque gruppi, definiti "capi": CAPO I: principi generali, comprende 21 articoli (dal n.1 al n.21); CAPO II: rapporto con l'utenza la committenza, comprende 11 articoli (dal n.22 al n.32); CAPO III: rapporti con i colleghi, comprende 6 articoli (dal n.33 al n.38); CAPO IV: rapporti con la società, comprende 2 articoli (n.39 e n.40); CAPO V: norme di attuazione, comprende 2 articoli (n.41 e n.42). A circa 25 anni dalla sua promulgazione, nel settembre di quest'anno (2023) è stato indetto un referendum, per revisionare il suddetto Codice Deontologico, rendendo più adeguati nei contenuti e identificabili nei titoli gli articoli e soprattutto per una possibilità di allineamento con l'evoluzione delle tematiche oggetto di interesse del presente C.D., entrato in vigore a partire dal 1 dicembre 2023 (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 2023). Oltre a rappresentare un codice normativo, che per il professionista corrisponde ad un dover essere a 360°, norma sotto il profilo etico i comportamenti di coloro che esercitano la professione di psicologo, ma può e deve essere visto anche come un insieme di regole che orientano il professionista e che tutelano tanto quest'ultimo, quanto e soprattutto l'utente. In merito alla tutela dell'utente, cioè del destinatario dell'intervento, si inserisce a pieno l'importanza etica del consenso informato. Possiamo sottolinearne l'importanza a partire già dal significato che hanno le due parole che compongono il concetto: 1- con il termine consenso ci si riferisce al potere di azione, che una persona conferisce ad un'altra, su qualcosa che lo riguarda (es, intervento medico, psicoterapia ecc); 2- con il termine informato, ci si riferisce al fatto che la/ e persona/e che da/danno il proprio consenso devono essere preventivamente informate, in modo chiaro e dettagliato sul tipo di azione che la persona cui conferiranno potere, andrà ad intraprendere, sulle caratteristiche, finalità, alternative possibili e conseguenze. Inoltre il destinatario ha il diritto di poter richiedere spiegazioni aggiuntive se lo desidera. La legge 219/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, stabilisce che una persona deve dare il proprio "consenso libero e informato" ad ogni trattamento sanitario che la riguardi, conoscendo prima i rischi e benefici derivanti dai trattamenti sanitari cui si sottopone, così come le alternative e conseguenze al rifiuto del trattamento stesso; inoltre la stessa legge stabilisce che il consenso informato possa essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alla condizione del paziente, prevedendo delle alternative alla forma scritta ad esempio videoregistrazioni, questo per permettere la giusta garanzia dell'acquisizione del consenso informato, in linea anche con gli interventi di natura psicologica che possono richiedere altre modalità, come quella on-line, in voga soprattutto a partire dal periodo della pandemia da Covid-19, dimostrabilità che non comporta solo l'uso della forma scritta. Il consenso informato nasce all'interno degli ambienti medici ed è caratterizzato dal rapporto tra due individui, di cui uno fornisce una competenza specifica e l'altro ne usufruisce, arrivando ad assumere importanza in altre professioni, nelle quali si crea una stessa situazione, come avviene tra psicologo e utente (De Leo, Pierlorenzi, Scribano,

2000). La professione di psicologo è diventata a tutti gli effetti una professione sanitaria, grazie alla legge DDL Lorenzin sulle Professioni Sanitarie, per cui anche lo psicologo abbraccia ancora di più l'importanza del consenso informato, soprattutto perché gli interventi di natura psicologica, presuppongono una condizione di debolezza o fragilità della persona, che si cerca di bilanciare con l'importanza attribuita alla tutela della persona stessa (Calvi, Gulotta, Leardini, 2018). Ne consegue che il paziente ha tutto il diritto alla cornice deontologica e che tali parti diventino fondamentali e utili per vivere la fiducia nei confronti del terapeuta e percepirlo come professionale. Nel C.D. la disciplina sul consenso informato è regolata da una serie di articoli, tra questi l'articolo 9- Consenso informato nella ricerca: "Nella loro attività di ricerca la psicologa e lo psicologo sono tenuti ad informare adeguatamente le persone in essa coinvolte rispetto agli scopi, alle procedure, ai metodi, ai tempi e ai rischi della stessa, nonché alle modalità di trattamento dei dati personali raccolti al fine di acquisirne il consenso. Sono altresì tenuti a fornire adeguate informazioni anche relativamente al nome, allo status scientifico e professionale della ricercatrice e del ricercatore ed alla loro istituzione di appartenenza. Devono altresì garantire alle persone partecipanti alla ricerca la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso. Nell'ipotesi in cui la natura della ricerca non consenta di informare preventivamente, correttamente e completamente le persone partecipanti su alcuni aspetti della ricerca stessa, la psicologa e lo psicologo hanno l'obbligo di fornire, alla fine dell'attività sperimentale e/o di ricerca, le informazioni dovute e di acquisire l'autorizzazione all'uso del materiale e dei dati raccolti. Per quanto concerne le persone che, per età o per altri motivi, non sono in grado di esprimere validamente il loro consenso, questo deve essere dato da coloro che esercitano la responsabilità genitoriale o la tutela. È altresì richiesto l'assenza delle persone stesse, ove siano in grado di comprendere la natura dei contenuti delle attività cui saranno coinvolte e della collaborazione richiesta, in relazione alla loro età e al loro grado di maturità nel pieno rispetto della loro dignità. Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto delle persone alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato". Altro articolo estremamente importante del C.D. è il 24- Consenso informato sanitario nei confronti di persone adulte capaci "Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. L'acquisizione del consenso informato è un atto di specifica ed esclusiva responsabilità della psicologa e dello psicologo. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni al contesto e alle condizioni della persona, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. La psicologa e lo psicologo informano la persona interessata in modo comprensibile, completo e aggiornato sulle finalità e sulle modalità del trattamento sanitario, sull'eventuale diagnosi e prognosi, sui benefici e sugli eventuali rischi, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario", in questo articolo possiamo quindi cogliere la possibilità per la persona di fare una scelta e accogliere o meno, quanto il professionista può dare, essendo nelle condizioni di poterlo fare. Diversa è la situazione nella quale l'utente risulta essere un minore, o una persona che non possa, per diversi motivi esprimere il proprio consenso; nel caso di un minore, per potersi autodeterminare deve comprendere pienamente quanto gli viene detto, incluse le conseguenze dell'azione stessa; le capacità cognitive dei soggetti in età evolutiva variano enormemente, tanto in base all'età, quanto allo sviluppo individuale e alla complessità della situazione che il minore può trovarsi a vivere. Nel caso dei minori rientranti nella fascia d'età tra i 7 e i 10 anni, secondo Ferguson (1980), il soggetto avendo una visione sempre

meno egocentrica della realtà e iniziando a comprendere punti di vista diversi da suoi, può essere in grado di dare il proprio consenso, anche se risulta opportuno affiancarlo a quello dei genitori (De Leo, Pierlorenzi, Scribano, 2000). Anche la Convenzione dell'ONU del 1989, afferma nel primo comma art.12 che al minore deve essere data la possibilità di formarsi una propria opinione e poi esprimerla liberamente. Il diritto ad autodeterminarsi e quindi a consentire, lo ritroviamo anche nell'art. 13 della Costituzione, secondo il quale "la libertà personale è inviolabile"; questo principio però presenta in base al diritto, delle eccezioni, si fa riferimento al caso in cui si tratti di un minore. In base infatti al codice civile, il consenso deve essere reso da chi esercita sul minore la responsabilità genitoriale, sia per una questione di rappresentanza che di dovere a provvedere al minore; secondo anche l'art. 320 del codice civile, è soggetto alla responsabilità genitoriale "che lo rappresentano in tutti gli atti civili e ne amministrano i beni", inoltre l'art. 316 del codice civile, sottolinea come questo avvenga e rimanga tale fino al compimento della maggiore età o dell'emancipazione (De Leo, Pierlorenzi, Scribano, 2000). Nel C.D. l'art.31- Consenso informato sanitario nei casi di persone minorenni o incapaci- esplicita quanto segue, "I trattamenti sanitari rivolti a persone minorenni o incapaci sono subordinati al consenso informato di coloro che esercitano sulle medesime la responsabilità genitoriale o la tutela. La psicologa e lo psicologo tengono conto della volontà della persona minorenni o della persona incapace in relazione alla sua età e al suo grado di maturità nel pieno rispetto della sua dignità. Nei casi di assenza in tutto o in parte del consenso informato di cui al primo comma, ove la psicologa e lo psicologo ritengano invece che il trattamento sanitario sia necessario, la decisione è rimessa all'autorità giudiziaria. Sono fatti salvi i casi in cui il trattamento sanitario avvenga su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte". Prendendo come fondante e fondamentale quanto esposto nell'art. 31 del C.D., in caso di intervento psicologico, è il contesto stesso che presuppone il consenso e la partecipazione attiva del minore (Catanesi, Scapati, Greco, 1998; Marchetti, 1983), almeno in modo implicito, proprio per il rapporto di fiducia alla base del contratto terapeutico. In queste situazioni, anche se per la legge il minore non è in grado e nella posizione di consentire, come sostiene Girolami (1997), il consenso appare fondamentale ai fini del rapporto terapeutico. Altro principio etico, estremamente significativo che nasce come per il consenso informato, in ambito strettamente medico è il segreto professionale. Etimologicamente la parole segreto deriva dal latino *secernere* e significa separare, mettere da parte (De Leo, Pierlorenzi, Scribano, 2008), secondo Siracusano (1996), si indica con questo termine il nascondere qualcosa sia per separarsene che per conservarlo. Nell'ambito della psicologia solo recentemente il concetto di segreto ha assunto la forma di norma deontologica e in quanto tale autoimposta a tutti gli appartenenti alla categoria professionale. Il C.D. art.11- Segreto professionale- "La psicologa e lo psicologo sono strettamente tenuti al segreto professionale. Pertanto non rivelano notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del loro rapporto professionale, né informano circa le prestazioni professionali programmate o effettuate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dai seguenti articoli". Con quest'ultima parte dell'articolo si fa riferimento a quanto esplicitato nell'art.12 C.D.- Testimonianza- "La psicologa e lo psicologo si astengono dal rendere sommarie informazioni o testimonianza su quanto conosciuto per ragione della propria professione. La psicologa e lo psicologo possono derogare all'obbligo del segreto professionale in presenza di un valido e dimostrabile consenso della persona destinataria della prestazione. Valutano, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica della persona destinataria della prestazione. In assenza del consenso della persona destinataria della prestazione e salvi i casi in cui hanno l'obbligo di

riferirne all'autorità giudiziaria, la psicologa e lo psicologo devono astenersi dal rendere informazioni, e in caso di testimonianza devono rimettersi alla motivata decisione del Giudice”, e nell’art.13 C.D.- Casi di referto o denuncia o deroga alla riservatezza- “Nel caso di obbligo di referto o obbligo di denuncia, la psicologa e lo psicologo limitano a quanto strettamente necessario all’adempimento di tale obbligo, il riferimento di quanto appreso in ragione del loro rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica della persona. Negli altri casi, valutano con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla loro doverosa riservatezza qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica della persona e/o di terzi”. Estremamente importante nel caso di minorenni appare l’aspetto del segreto professionale, va comunque sempre considerata in primis la tutela psicologica dell’assistito, come ribadito negli art. 11 e 31 del C.D., selezionando le informazioni sullo stato di salute del minore, che possono essere fornite ai genitori o a chi ne esercita la potestà genitoriale. Appare a mio avviso importante, capire i significati attribuiti a questo concetto dai soggetti in età evolutiva, oltre che poggiarci ad esempio sui significati che altri orientamenti come la psicoanalisi, che ne prende in considerazione le sue molteplici valenze e funzioni, sottolineandone, la qualità di “area di illusione” essenziale per la crescita e per la creatività dell’individuo, in quanto il non dire e il silenzio possono a volte essere letti come elementi costruttivi se sono espressioni di uno spazio creato per pensare (De Leo, Pierlorenzi, Scribano, 2000); inoltre nel caso dei minori, la capacità di mantenere i segreti, che è un pò quello che fanno quando intraprendono un percorso di psicoterapia, può essere pensata come una sorta di manifestazione di una separazione-individuazione, così come l’individuazione del proprio essere e la differenza dall’altro (Fairbain, 1970; Margolis, 1966). Nel caso dei minorenni sicuramente è importante riadattare il tutto, sia il segreto professionale, ma anche e soprattutto la parte del consenso, tanto ai genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale, come regole formali, mentre in merito al minore come elementi utili al processo terapeutico.



1.2 La deontologia in chiave strategico-integrata.

Capita spesso volte, di sentire colleghi che vedano la parte del codice deontologico solo come regole che lo psicologo è tenuto a conoscere e rispettare; certamente è così, ma questa modalità di vederle, porta il sentirle come regole distaccate dal processo terapeutico, come un qualcosa da dover fare o dire semplicemente: in realtà i principi deontologici diventano parte integrante del percorso di terapia strategica integrata ed elemento importante da utilizzare per creare e agevolare il cambiamento del paziente. Sin dal primo colloquio con il paziente il terapeuta strategico-integrato, pone le basi per una pianificazione puntuale del percorso terapeutico e per la costruzione di ipotesi sul processo di cambiamento. Questa prima fase, la famosa “gestalt chiusa” ha come intento quello di individuare sin dall’inizio gli obiettivi principali che rappresentano la base del percorso terapeutico (Celia, 2016). I cinque momenti fondamentali del primo colloquio sono (Semi, 2002): accoglienza, il terapeuta accoglie il paziente definendo i ruoli e stabilendo un rapporto di fiducia attraverso l’ascolto empatico e definendo l’aspetto relativo al segreto professionale (art. 11 C.D.), su tutto ciò che la persona esprime in terapia e sugli appunti che il terapeuta prende (art.17 C.D. sulla protezione degli appunti e sulla segretezza della comunicazione); fase libera, il terapeuta resta in ascolto empatico lasciando parlare il paziente, costruendo e verificando le proprie ipotesi attraverso le sue narrazioni o domande aperte; riformulazione, corrisponde al momento in cui il terapeuta attua una ristrutturazione della narrazione del paziente, rimandando nuovi elementi e significati, derivati dalle sue ipotesi; feedback, il problema portato dal paziente viene ridefinito e concordato il punto di partenza del percorso terapeutico, prima si lavora sul sintomo per far sì che si crei maggior alleanza terapeutica e fiducia che il paziente ha di se stesso; esplicitazione del contratto: una volta stabiliti con il paziente gli obiettivi della terapia, si esplicita la frequenza degli incontri, la durata e l’onorario percepito dal terapeuta (art. 23 C.D.- Compenso professionale- “Nella fase iniziale del rapporto professionale, la psicologa e lo psicologo pattuiscono quanto attiene al compenso. In ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata alla natura e alla complessità dell’attività professionale. In ambito clinico tale compenso non può essere condizionato all’esito o ai risultati dell’intervento professionale”). Quanto confacente all’ultima fase, potrebbe avere necessità di più tempo e soprattutto potrebbe permettere al terapeuta di avere più informazioni possibili sulla persona di fronte a lui, per cui alcune volte può essere utile utilizzare anche il successivo incontro da dedicare interamente al consenso informato. Altro elemento fondamentale, sono le reazioni che il paziente mostra talvolta già di fronte al segreto professionale o semplicemente al consenso informato, permettono di capire o poter comprendere delle modalità che il paziente utilizza, così come portare alla luce delle caratteristiche del paziente stesso, in quanto come già più volte esposto e sottolineato nei precedenti paragrafi, ognuno crea delle realtà di secondo ordine, attribuendo dei significati propri agli elementi della realtà oggettiva. Questo “portare alla luce”, attraverso i momenti di condivisione del consenso informato, assume un maggiore significato in termini terapeutici anche perché il paziente in quel momento, sentendo di parlare “semplicemente di qualcosa di burocratico” supera eventuali barriere difensive. A conclusione di ciò viene specificato ulteriormente come gli obblighi deontologici diventano nell’approccio strategico integrato strumenti fondamentali per: creare alleanza terapeutica: riprendendo il senso originario del consenso previa informazione della prestazione sanitaria; stabilendo un accordo, tutelando il paziente, sancendo il segreto professionale, etc; avere maggiori informazioni sul sistema percettivo reattivo del paziente, in relazione ai punti del consenso informato (Modello interiorizzato delle regole, concetto di

segreto, aspettative sulla prognosi, senso dei soldi, etc); creare cambiamenti terapeutici nel sistema percettivo reattivo del paziente già dai primissimi colloqui. La firma del modulo del consenso informato diventa prevalentemente la dimostrabilità del lavoro svolto all'interno del consenso informato e non un semplice adempimento deontologico.

2. I disturbi d'ansia in età evolutiva: il disturbo d'ansia da separazione e il disturbo d'ansia sociale.

1. Dall'ipotesi diagnostica al caso.

In linea con l'approccio strategico-integrato, secondo cui il lavoro psicoterapico si concentra anche su realtà "non patologiche", guarda oltre il sintomo, non utilizzando etichette diagnostiche che incasellano i pazienti in categorie predefinite, ma rimanendo sull'unicità del singolo individuo e permettendo di mettersi al servizio del benessere del singolo, sono partita dalle ipotesi diagnostiche per potermi orientare nel lavoro, constatando che la piccola paziente E., non rientra e non presenta un disturbo conclamato, ma solo dei tratti ansiosi, riconducibili a due disturbi d'ansia: il Disturbo d'ansia da Separazione e il Disturbo d'ansia Sociale. Per quanto riguarda il Disturbo d'ansia da separazione, il "criterio" (criterio A.1. del DSM 5) che farebbe pensare alla presenza di tratti di ansia da separazione, è il disagio eccessivo che E. sperimenterebbe quando si verifica un allontanamento dai genitori e soprattutto da casa, collegabili a due episodi in particolare che verranno trattati nel prossimo capitolo, in vista di uscite con altri adulti di riferimento oppure con i genitori ma allontanandosi da casa, intesa come luogo materiale, per lei sicuro. L'espressione di questo disagio avviene attraverso sintomi psicosomatici quali il bisogno di urinare frequentemente; l'ipotesi dei tratti ansiosi riconducibili a mio avviso all'ansia da separazione sarebbero anche ipotizzabili per via di tutti gli episodi, accaduti nei mesi precedenti alla comparsa del "sintomo". Per quanto riguarda l'ansia sociale, ciò che farebbe pensare, ipotizzare a dei tratti riconducibili a questa sarebbe l'ansia manifestata nelle situazioni in cui potrebbe essere osservata e di conseguenza giudicata dagli altri a fronte di una prestazione (criterio A DSM-5), come ad esempio i saggi di fine attività sportiva, che la portano a non iscriversi almeno momentaneamente a queste attività sportive, evitandole completamente, oppure nel caso vi partecipi vengono sopportate con paura o ansia intense (criterio D DSM 5). In entrambi i casi, questi tratti ansiosi emergerebbero con sintomatologia psicosomatica, cioè necessità di urinare frequentemente, questo perché i BISOGNI, o anche la paura sottostante ad alcune situazioni, non troverebbero espressione e canalizzazione nel modo corretto, portando quindi il corpo a parlare per lei. A questo punto il significato che assume sarebbe quello di espressione dei BISOGNI che la bambina sente di avere, ma che non riesce a tirare fuori, perché manca di una vicinanza emotiva dei genitori; bisogno di essere vista e accolta nella sua unicità di bambina; bisogno di capire, conoscere e ricevere delle decodifiche. Il vantaggio che ne deriva da questa sintomatologia è quello di ottenere almeno in parte l'attenzione e la vicinanza emotiva di entrambi i genitori (manifestata in modo contrastante e diverso da entrambi).



3. Il caso clinico di E.

1. Anamnesi.

E. primogenita di 9 anni e mezzo, nasce il 20 luglio del 2013 in un Paese limitrofo a quello dove vive, nella provincia di Roma, tutt'ora con i suoi genitori, frequenta la quarta elementare. Alta circa 1.45 cm, di corporatura normale con occhi e capelli castani. La madre, la Signora D., di anni 43 è una casalinga, mentre suo padre, il Signor S., di anni 42 è un tecnico ortopedico, costruisce protesi; E. ha una sorella più piccola di tre anni, che frequenta la prima elementare, con la quale ha un "rapporto di amore-odio, litigano e poi riprendono a giocare insieme". La famiglia di origine della madre, cioè il nonno e la nonna di E. vivono vicino casa della b/a, a circa 100 m di distanza, ma a detta della Signora D. in realtà non ha molto aiuto da loro e soprattutto "non vivrebbero molto E.". Da parte di madre, E. ha due zii, la sorella della signora, con una figlia di 19 anni e una fratello che ha due figli, un maschio di 8 anni e una femmina di 14 anni. La famiglia di origine del padre di E., è composta solo dalla nonna paterna, poiché il nonno è venuto a mancare nel 2001, vive nel Paese dove io ricevo con il mio studio. Da quanto riferisce il padre di E. i contatti con la nonna paterna da parte della bambina non sono molti poiché i due paesi distano circa 20 km e la nonna dovrebbe muoversi con i mezzi, ma non ce la fa. Da parte di padre, E. ha una zia, sorella di lui, che ha due figli maschi di 14 e 16 anni. La madre di E. non lavorando la segue molto nelle varie attività (compiti, sport), il padre nonostante lavori, sembra essere molto partecipe, va ai colloqui con gli insegnanti, accompagna entrambe le figlie il sabato mattina in piscina. A detta dei genitori, E. ha seguito tutte le normali fasi di sviluppo, non ha mai frequentato l'asilo nido e non ha mai avuto problemi di salute, l'unica indagine medica effettuata, a 5 anni, poiché E. beveva molto, ed essendo la nonna materna diabetica, ha fatto dei controlli medici per accertare o meno la presenza di diabete, il risultato fu negativo. Nel caso dell'ingresso alla scuola dell'infanzia, E. mal tollerava il cambio di classe o di insegnante, mostrandolo con il pianto, mentre con l'ingresso alle elementari tutto fu nella norma. Al nostro primo incontro E. praticava nuoto, sport, verso cui è stata orientata dai genitori, terminato a fine gennaio, poiché non voleva più proseguire, dato che erano circa 2 anni che lo svolgeva; vorrebbe praticare danza, ma ad oggi ancora non ha iniziato questo sport, sicuramente inizierà in concomitanza del prossimo anno scolastico, anche se in base a quanto riferito dai genitori e poi da E. stessa, sarebbe preoccupata per il saggio di fine corso. Suona la chitarra (strumento suonato anche dal padre) e sembra piacerle. Ha diverse amichette del cuore, che sono nella sua stessa classe e che frequenta anche al di fuori della scuola; tra le cose che preferisce e le piace fare, mi riporta giocare con i cugini (anche con alcuni di secondo grado), sia maschi che femmine, giocare con la sorella, uscire, vedere i film (le piace molto l'attore Alessandro Siani), i cartoni animati, giocare con i videogiochi sia con la Nintendo che con il telefono dei genitori (a Roblox), mentre è in videochiamata con le sue amichette.

3.2 Prima fase: la fase orientativa.

3.2.1 Primo contatto.

Il primo contatto telefonico, trattandosi di una minore, avviene con il padre, a fine dicembre 2022. È lui che mi chiama, su indicazione della nuova pediatra del Paese in cui vivono, che io conosco, poiché precedente pediatra dei miei figli e con la quale avevo avuto già contatti per altre consulenze. Il padre di E. mi chiede un colloquio, nel breve tempo, poiché la figlia, manifesterebbe, la necessità di andare spesso volte in bagno a fare pipì; chiedo in che

situazione questo avvenga e il signor S. mi risponde che c'è stato un episodio, il primo a cui risalirebbe tutto, cioè in estate, nel mese di luglio, durante la partenza per una gita che la bambina ha effettuato con il centro estivo a cui era stata iscritta, appena salita sul pullman, è riscesa con le educatrici, in lacrime, poiché doveva fare la pipì. Preoccupati per la situazione, poiché anche a scuola sembrerebbe chiedere spesso di andare in bagno, si rivolgono al pediatra di libera scelta, che prescrive degli esami medici da effettuare, dai risultati dei quali non viene fuori nulla, di conseguenza vengono orientati nel rivolgersi ad un altro professionista che sono io. Chiedo come sia in generale la bambina e lui mi risponde che è riservata e che per le novità si preoccupa un pò. Spiego telefonicamente al Signor S. che dato si tratta di una minore, vedrò prima loro genitori, anche perchè se dovessi decidere successivamente di lavorare con la bambina avrò bisogno del consenso informato di entrambi. Prospetto quindi, già dal primo contatto telefonico le possibilità di lavoro: direttamente con la bambina, facendo incontri di aggiornamento con loro genitori, poichè rappresentano un'utile risorsa; o con loro, per lavorare indirettamente sulla bambina. Rimando che sicuramente la bambina sta manifestando qualcosa, o meglio sta dicendo qualcosa; data l'urgenza della richiesta che mi arriva dalle parole del padre, che sentivo sì preoccupato ma, anche frettoloso di risolvere la questione, come se vedendola anche una sola volta, io avessi avuto una bacchetta magica e potessi risolvere questa situazione, dico chiaramente, ma in modo strategico che, dato il periodo delle feste e gli altri impegni lavorativi, potrò vedere loro, verso la metà di gennaio. Da quello che mi risponde e domanda allo stesso tempo, conferma la mia ipotesi dicendomi: "Dottoressa, non può proprio prima? Perché pensavo che almeno si potesse fare qualcosa prima del rientro a scuola". La telefonata si conclude con l'indicazione del giorno e dell'orario per il colloquio e con l'indirizzo dello studio. Al termine della chiamata avevo diverse emozioni che mi stavano attraversando, da una parte la felicità, la gioia, l'euforia, e anche l'impazienza per questo "nuovo" viaggio che avrei intrapreso a distanza di qualche tempo e che coincideva, come un camminare un pò sulle mie gambe avendo appena terminato la Scuola, e dall'altra la paura di sbagliare, di essere giudicata per il mio operato non all'altezza, poiché in terapia con bambini di questa età non avevo mai lavorato prima, ma sapevo e nutro la speranza e la certezza che avrei potuto utilizzare non solo quanto imparato tecnicamente nella Scuola, ma la mia pancia e soprattutto me stessa per poter partire per questa nuova avventura.

3.2.2 Il primo colloquio con i genitori.

Qualche minuto prima dell'orario concordato ricevo un messaggio tramite whatsapp, nel quale il padre di E. mi scrive che avrà qualche minuto di ritardo. Leggo il messaggio e mi chiedo se avesse capito che l'appuntamento fosse per entrambi, cioè lui e sua moglie. Arriva con pochissimi minuti di ritardo, insieme a sua moglie. Mi colpisce di getto la modalità quasi ingombrante di lui, che entrando nella stanza prende "molto" spazio, poggia il giubbotto sulla sedia e successivamente si siede sul divano, mentre la Signora si siede più chiusa (gambe unite, braccia attaccate al corpo), molto composta, quasi a darmi l'impressione di una "bambina" timida, non toglierà il giubbotto per tutta la durata del colloquio e soprattutto durante lo stesso, cercherà sempre una conferma da parte del marito di quanto dice, utilizzando espressioni del tipo "... ti ricordi...", "... vero?!". Inizio il colloquio presentandomi e portando subito in prima battuta l'aspetto del segreto professionale sia in merito a loro, che al caso in cui avrei visto la figlia minore, e accenno ai casi in cui il mio segreto professionale sarebbe completamente venuto meno, facendo esempi chiari (riferimento art.12 e art.13 C.D. e art.622 c.p.p). A quel punto il padre di E. si siede proprio

situazione questo avvenga e il signor S. mi risponde che c'è stato un episodio, il primo a cui risalirebbe tutto, cioè in estate, nel mese di luglio, durante la partenza per una gita che la bambina ha effettuato con il centro estivo a cui era stata iscritta, appena salita sul pullman, è riscesa con le educatrici, in lacrime, poiché doveva fare la pipì. Preoccupati per la situazione, poiché anche a scuola sembrerebbe chiedere spesso di andare in bagno, si rivolgono al pediatra di libera scelta, che prescrive degli esami medici da effettuare, dai risultati dei quali non viene fuori nulla, di conseguenza vengono orientati nel rivolgersi ad un altro professionista che sono io. Chiedo come sia in generale la bambina e lui mi risponde che è riservata e che per le novità si preoccupa un pò. Spiego telefonicamente al Signor S. che dato si tratta di una minore, vedrò prima loro genitori, anche perchè se dovessi decidere successivamente di lavorare con la bambina avrò bisogno del consenso informato di entrambi. Prospetto quindi, già dal primo contatto telefonico le possibilità di lavoro: direttamente con la bambina, facendo incontri di aggiornamento con loro genitori, poiché rappresentano un'utile risorsa; o con loro, per lavorare indirettamente sulla bambina. Rimando che sicuramente la bambina sta manifestando qualcosa, o meglio sta dicendo qualcosa; data l'urgenza della richiesta che mi arriva dalle parole del padre, che sentivo sì preoccupato ma, anche frettoloso di risolvere la questione, come se vedendola anche una sola volta, io avessi avuto una bacchetta magica e potessi risolvere questa situazione, dico chiaramente, ma in modo strategico che, dato il periodo delle feste e gli altri impegni lavorativi, potrò vedere loro, verso la metà di gennaio. Da quello che mi risponde e domanda allo stesso tempo, conferma la mia ipotesi dicendomi: "Dottoressa, non può proprio prima? Perché pensavo che almeno si potesse fare qualcosa prima del rientro a scuola". La telefonata si conclude con l'indicazione del giorno e dell'orario per il colloquio e con l'indirizzo dello studio. Al termine della chiamata avevo diverse emozioni che mi stavano attraversando, da una parte la felicità, la gioia, l'euforia, e anche l'impazienza per questo "nuovo" viaggio che avrei intrapreso a distanza di qualche tempo e che coincideva, come un camminare un pò sulle mie gambe avendo appena terminato la Scuola, e dall'altra la paura di sbagliare, di essere giudicata per il mio operato non all'altezza, poiché in terapia con bambini di questa età non avevo mai lavorato prima, ma sapevo e nutrivo la speranza e la certezza che avrei potuto utilizzare non solo quanto imparato tecnicamente nella Scuola, ma la mia pancia e soprattutto me stessa per poter partire per questa nuova avventura.

3.2.2 Il primo colloquio con i genitori.

Qualche minuto prima dell'orario concordato ricevo un messaggio tramite whatsapp, nel quale il padre di E. mi scrive che avrà qualche minuto di ritardo. Leggo il messaggio e mi chiedo se avesse capito che l'appuntamento fosse per entrambi, cioè lui e sua moglie. Arriva con pochissimi minuti di ritardo, insieme a sua moglie. Mi colpisce di getto la modalità quasi ingombrante di lui, che entrando nella stanza prende "molto" spazio, poggia il giubbotto sulla sedia e successivamente si siede sul divano, mentre la Signora si siede più chiusa (gambe unite, braccia attaccate al corpo), molto composta, quasi a darmi l'impressione di una "bambina" timida, non toglierà il giubbotto per tutta la durata del colloquio e soprattutto durante lo stesso, cercherà sempre una conferma da parte del marito di quanto dice, utilizzando espressioni del tipo "... ti ricordi...", "... vero?!". Inizio il colloquio presentandomi e portando subito in prima battuta l'aspetto del segreto professionale sia in merito a loro, che al caso in cui avrei visto la figlia minore, e accenno ai casi in cui il mio segreto professionale sarebbe completamente venuto meno, facendo esempi chiari (riferimento art.12 e art.13 C.D. e art.622 c.p.p). A quel punto il padre di E. si siede proprio

comodamente sul divano, come a dire “Meno male che segreti non ce ne sono qui”, la sensazione che mi arriva è proprio questa, di un gioco a carte scoperte, dove è comodo e non ha nulla da nascondere; la madre di E. annuisce semplicemente, non noto particolari reazioni in lei, come se il tema segreto non fosse qualcosa di scomodo, ma in relazione alla ipotetica terapia della figlia, potesse essere indice di curiosità su quello che E. potrebbe dirmi. A livello di coppia, mi sembrano sulla stessa lunghezza d’onda, cioè sembrano prendere bene questo mio essere così diretta. A questo punto chiedo di illustrarmi cosa li porta qui da me o meglio, chiedo di spiegarmi meglio quanto accennato durante il contatto telefonico, mi raccontano l’episodio da cui tutto è partito, della gita con il centro estivo, (come riportato nel primo contatto telefonico) che è la prima che E. fa da sola, senza nessun componente delle famiglia. Resto in ascolto empatico con loro, lasciandoli liberi di raccontare, mi inserisco chiedendo se episodi simili si siano verificati altre volte e loro mi rispondono che a scuola ha iniziato a chiedere spesso volte di poter andare in bagno, cosa riportata ai genitori dagli insegnanti, ma anche dalla stessa bambina durante le vacanze di Natale, quando ha esplicitamente chiesto alla madre di poter, al rientro a scuola, andare a parlare con la maestra, poiché quest’ultima aveva detto che non li avrebbe più mandati in bagno durante le sue ore di lezione, e per questo E. appariva preoccupata. Aggiungono che anche quando vanno per centri commerciali, come era accaduto nelle settimane precedenti, la prima cosa che E. chiedeva, appena entrati dentro, se ci fossero bagni e di poter andare a fare pipì; un altro episodio è riferito al periodo invernale, quando recatisi a Salerno per andare a vedere le luminarie, chiede molte volte di potersi fermare con la macchina per poter fare pipì. In linea con il cercare di capire in che contesti e con chi sembra manifestarsi di più o di meno la sintomatologia riportata, avendo iniziato ad ipotizzare che si verificasse maggiormente nei momenti di “allontanamento” da casa, dalle persone e situazioni conosciute, chiedo se ci sono momenti/situazioni in cui questo comportamento non si verifica, che mi sembra per loro sia molto fastidioso, i genitori di E. mi riportano che quando è a casa, come accaduto durante le recenti vacanze di Natale, oppure mentre gioca o sola o se è in compagnia di qualcuno, tipo la sorellina o i cuginetti, questo bisogno/necessità non si palesa; oppure questa estate, dopo l’episodio centrale, per il viaggio in Calabria, con la macchina, non avrebbe mai chiesto di fermarsi, se non nelle pause che avevano precedentemente stabilito. Viene aggiunto poi l’episodio della recita di Natale, la prima che E. fa, dopo le limitazioni imposte dalla pandemia da Covid-19. In questo caso non avrebbe espresso o tirato fuori la sintomatologia ritenuta problematica, ma semplicemente si sarebbe emozionata a tal punto da commuoversi, durante la recita stessa, dopo che lo stesso era avvenuto ad un suo compagno. Nel riportarmi questo episodio, sento un certo fastidio, o per meglio dirla sento il padre molto seccato e scocciato per questa cosa, poiché la figlia era l’unica che manifestava questo sentire, in misura minore questo mi arriva dalla madre di E. e sento la preoccupazione, e l’impotenza nel poterla aiutare. In linea con l’operato strategico cerco di capire, attraverso le varie domande, cosa fanno entrambi e come reagiscono alla “problematica” della figlia, la loro risposta è “Tranquillizzandola”, in realtà a questa risposta verbale che mi danno, quello che sul piano emotivo mi arriva è sempre la solita sensazione di fastidio; altro elemento è il chiedere all’uscita di scuola (soprattutto da parte della madre), quante volte sia andata in bagno durante l’orario scolastico. Mi inserisco con domande aperte relative alle famiglie di origine, agli interessi e attività che E. svolge (vedi anamnesi) e se possono descrivermela un po', mi parlano di una bambina che nelle situazioni nuove fa molte domande, come se volesse sapere tutto un po' per controllare, in realtà ridefinisco che potrebbe essere curiosità e mi confermano, utilizzano altri due aggettivi quali creativa e innovativa, riportati da uno dei maestri di scuola e dal maestro di chitarra; quello che mi arriva è come se

agli occhi loro potesse essere descritta con aggettivi semplici, mentre quello che viene riportato dagli altri, i due maestri, fosse più positivo. Si alternano nel discorso con me e soprattutto come accennato precedentemente la Signora sembra voler avere la conferma dal marito di quanto mi dice. Dopo questa fase più libera, in linea con le fasi di Secci (2005), nel riformulare e dare un feedback ai genitori, rimando che sicuramente E. sta comunicando qualcosa, che da quanto loro mi riportano, questo avviene maggiormente quando si allontana da casa (episodio della gita), soprattutto dopo un periodo in cui tutto questo non è stato possibile per via delle limitazioni imposte dalla pandemia, e di come E. stia iniziando a muovere i primi passi nella socialità (ha iniziato ad andare a casa delle amichette e loro da lei) in questo momento della vita. Sento nei genitori la preoccupazione, il padre mi dice "... perché non vorrei che poi da questo diventasse qualcosa di più grave nel crescere, quindi vorremmo aiutarla", rimando e sottolineo che loro già stanno facendo tanto per la figlia, avendo seguito il consiglio della pediatra e venendo da me, e comunico che la prossima volta vedrò la bambina, anticipo che E. potrebbe chiedere anche a loro di rimanere, questo andrà per me bene. L'unica cosa che raccomando è di non domandare quante volte sia andata in bagno ogni volta che esce da scuola, ma chiedere semplicemente "Com'è andata oggi?". Nella parte finale procedo con l'esplicitazione del contratto, attraverso la lettura del consenso informato, nel quale oltre a riportare la frequenza degli incontri settimanali con la bambina, la loro durata, che farò degli incontri anche con loro, l'onorario che percepirò, sottolineo per riagganciarli alla telefonata intercorsa all'inizio e alla sensazione della bacchetta magica, che non possiedo, che la durata del trattamento non può essere quantificata a priori. A quest'ultima parte mi aggancio e la sottolineo utilizzando il consenso informato (non solo come per fini deontologici quali la tutela del paziente e del terapeuta, che rimangono punti cardine e imprescindibili) ma, come strumento utile per ristrutturare la velocità e superficialità con cui in parte si avvicinano alla terapia e di conseguenza alla sintomatologia della figlia, rimandando che ci sono dei tempi, diversi, da persona a persona e che non possono, come in questo caso essere stabiliti a priori; la sensazione di massima che ho avuto è quella di aderenza al contratto, in parte corrispondente all'idea che mi ero fatta, di persone che se prendono un impegno è quello e lo portano a termine (un po' lo stare alla regola in modo rigido), ma anche la voglia e un po' la paura della messa in discussione come genitori. La sensazione che ho avuto io nel portare e presentare, come buoni alleati, i vari punti del consenso informato, è stata quella di sicurezza nel trattare qualcosa che sento estremamente utile e come una bussola che orienta e che non vivo più come regole rigide alle quali far stare, sia il paziente che io come terapeuta; di solito questo avviene introducendo il consenso in prima battuta con il segreto professionale (come avvenuto anche qui), da lì mi aggancio, anche in base ai rimandi che ho dai pazienti (in questo caso i genitori), e utilizzo quello che nello specifico è inserito nel consenso come elemento che mi permette di portare avanti l'incontro tirando fuori ulteriori informazioni del paziente ma mantenendo sempre attivo e presente il processo di accoglienza. L'obiettivo principale verso il quale ho teso durante tutto il colloquio, è stato quello di gettare le basi dell'alleanza terapeutica con loro, creando una situazione di empatia, cercando di non farli sentire colpevoli per quanto la figlia manifestasse, ma cercando allo stesso tempo di tenerli dentro perché parte attiva e integrante di quanto si sta verificando e di quanto potrà avvenire, quindi farli sentire anche come risorsa.

3.2.3 Colloquio genitori-figlia.

All'incontro della settimana successiva, E. vuole che rimangano anche i genitori con lei, come avevo anticipato a loro nel nostro precedente incontro. Entrati nella stanza la madre si siede sul divano, e questa volta toglie il giubbotto, E. vicino a lei, su "indicazione" del padre, e quest'ultimo sulla sedia davanti la scrivania. Mi presento ad E. come una dottoressa delle emozioni (accenno al cartone "Inside out" che lei conosce molto bene) e chiedo di raccontarmi qualcosa di lei, cosa le piace vedere in TV, se la guarda e cosa le piace fare. Inizia a raccontarmi di un cartone che le piace (nel quale ha una super eroina preferita, che dà la scossa quando la fanno arrabbiare), del musical fatto l'estate precedente con il centro estivo, che ha un cagnolino da circa 2 mesi, e che a maggio dovrà fare una gita con la scuola di cui non è molto convinta; mi parla della gita fatta l'estate precedente con il centro estivo che non le è piaciuta molto per come poi è stata e per il fatto che c'erano i preti, ma nonostante abbia indagato altre cose che le sono piaciute e no della gita, non fa il minimo accenno all'episodio dell'andare in bagno; mi aggiunge che non le piace andare a scuola e fare i compiti. Nel momento in cui mi inserisco con delle domande aperte, lei mi risponde girandosi sempre verso entrambi i genitori, quasi a cercare una conferma. Per cercare di agganciarla e iniziare a creare una relazione con lei, verso la metà del colloquio, le chiedo se vuole disegnarli i 2 pesciolini che ha, a quel punto si scambia di posto con il padre, che andrà vicino alla moglie ed E. sulla sedia alla scrivania (quasi in pizzo all'inizio, per poi poggarsi comodamente), fatto questo disegno è lei che mi chiede se può disegnare anche il suo cagnolino. Mentre disegna, racconta altre cose, che i viaggi in macchina non le piacciono (mi fa l'esempio di Salerno) poiché le gira la testa e che preferisce viaggiare in treno, terminato il disegno che mi consegna proprio in mano, rimane seduta sulla sedia. Chiedo di immaginare se dovesse fare un viaggio da sola, senza mamma e papà, dove vorrebbe andare, chi e cosa porterebbe con lei; mi parla del parco avventura, che porterebbe i suoi amichetti del cuore, quattro in tutto. Tiro dentro la conversazione tra me ed E. anche i genitori, la ricerca di conferme da parte di E. che all'inizio era preponderante, diventa meno presente quando mi risponde o racconta di sua spontanea volontà, chiede solo in merito al racconto di alcuni episodi, se questi fossero o meno contestualizzabili nel periodo della pandemia. Chiudo il colloquio chiedendole se vorrebbe tornare a trovarmi la settimana successiva, e annuisce chiedendo questa volta conferma ai genitori, anticipo che se vuole potremmo stare sole io e lei, senza i suoi genitori, che potranno aspettare in una stanza dello studio oppure andare a fare dei giri; la invito se vuole a portarmi un disegno che farà in settimana. Nell'incontro mi sono sentita "costretta": come se non ci fosse spazio per quello che era, per me e anche per la bambina, necessario/utile fare in quel momento, come se, non fosse possibile esprimere a pieno il "bisogno" di quel momento e di quella situazione (dinamica che grazie alla supervisione poi riuscirò a vedere); sicuramente per la presenza dei genitori e perché avevo immaginato/fantasticato di poter fare il colloquio sole, ma ho cercato di non perdere i due piani, la bambina e i genitori, e di gettare le basi per rafforzare l'alleanza con loro e in primis crearla con la bambina.

3.2.4 Primo colloquio con E.

La settimana successiva, E. decide di entrare da sola, era insieme alla madre, al padre e alla sorellina, loro aspetteranno in un'altra stanza dello studio. Mi porta un disegno fatto appositamente per me, mi racconta che la settimana è andata bene e che il giorno successivo, sarà il primo sabato libero, poiché non ha piscina. Chiarisco con E. l'aspetto del segreto professionale, partendo da cosa intende lei per segreto, "Sono delle cose personali", dice; mi

riaggancio a questo per dirle che quello che ci diremo nei nostri incontri, rimarrà tra me e lei, che a volte potrei vedere anche i suoi genitori, semplicemente per aggiornarli sui nostri incontri e che avrei deciso, sempre se per lei va bene, di lavorare con lei, perché è una bambina piena di risorse e potenzialità. E. appare contenta di questa cosa. Per cercare di comprendere meglio il sistema familiare e la rappresentazione che E. ne ha, decido di utilizzare in quest'incontro il Test del Disegno della Famiglia, chiedendo prima di disegnare una famiglia di sua invenzione e poi la sua famiglia. Quello che mi colpisce delle relative inchieste fatte è che mentre nel caso della famiglia di sua invenzione, si identifica con la sorella maggiore (ruolo che ha nella sua famiglia reale), nel caso del disegno della famiglia reale invece, alla domanda: "Se tu facessi parte di questa famiglia chi vorresti essere e perché?", lei mi risponde: "Il cane, ha sempre le coccole, gioca sempre e gli danno sempre i biscottini". E. possiede realmente un cagnolino, che nel disegno inserisce, poiché per lei è un componente del sistema familiare. Una volta terminato il Test della famiglia, proseguiamo il nostro incontro, quel poco che resta, con lei che mi narra i progressi del suo cagnolino. La cosa che accade e che io naturalmente faccio, ascoltando la mia pancia senza pensare a dare una spiegazione (cosa che farò dopo la supervisione avvenuta nei giorni successivi) mentre E. disegna, è quella di fermarmi a guardarla silenziosamente.

3.2.5 Dalla supervisione, alle tentate soluzioni, l'ipotesi dell'aspetto ansioso.

Successivamente al primo incontro da sola con E., nell'ottica non solo di guida e tecnica, richiedo una supervisione, come indice di importanza e apertura per l'approccio strategico integrato. La richiesta avviene principalmente per capire se, nonostante sia all'inizio del caso, mi sia mossa adeguatamente e come potrei procedere in base alle ipotesi fatte in seguito ai vari incontri: ovvero che il sintomo riportato da E. possa essere indicativo non di un disturbo vero e proprio, ma bensì di una difficoltà che la bambina manifesta in questo periodo del ciclo vitale, in seguito al verificarsi di una serie di eventi, in seguito ai quali sarebbe stato necessario per E. capire, conoscere e ricevere delle decodifiche (elemento discusso e sottolineato durante la supervisione), anche a seguito della pandemia, evento non prevedibile e carico di tanta incertezza. La non presenza, o meglio il non incasellare in un disturbo ben definito, si accorda con la lettura in chiave strategico-integrata secondo cui la terapia oltrepassa i confini di "cura del malato" e della "soluzione di problemi" per mettersi al servizio del benessere delle persone (Celia, 2020). Ipotizzo che la sintomatologia manifestata da E. possa essere indicativa di uno stato ansioso, quindi rivolgo la mia attenzione nel cercare di capire in che circostanze emotive emerge il bisogno di fare pipì, le tentate soluzioni di E., quelle dei genitori raccontate da E. (loro già avevano accennato a queste nel primo colloquio), e penso alla possibilità di inserire un nuovo colloquio con i genitori per chiarirmi delle cose. Questo sarà il punto di partenza e nei colloqui di terapia che seguiranno, agganciandomi al famoso cartone "Inside Out", e ai personaggi che rappresentano le cinque emozioni fondamentali: gioia, rabbia, paura, tristezza e disgusto, chiedo se tra queste ce n'è qualcuna che le capita spesso di provare, mi dice che in realtà le capita di provare l'ansia, associata a due diverse emozioni: in alcuni casi alla felicità (esempio del musical dell'estate scorsa), in altri casi alla paura. E. arriva così a dirmi che nei casi di ansia le scappa la pipì, ad esempio durante le interrogazioni in classe, che andrebbe in bagno e dopo aver vuotato la vescica tutto passerebbe; oppure altra strategia che utilizzerebbe sarebbe quella di pensare ad altro, divertendosi con i suoi amici di classe, magari giocando a qualche gioco (tipo "Carta, forbici, pietra" oppure i famosi giochi con le mani dei giorni della settimana), aggiunge anche di aver provato a trattenere la pipì ma che in realtà non funziona e si tranquillizza solo quando va in

bagno. Le chiedo se le andrebbe di rappresentare queste soluzioni che mi ha detto verbalmente, accetta, rappresentando solo quella del divertimento che per lei funziona di più. Dopo questo le chiedo se questa cosa della pipì, le è capitata anche altre volte quando magari era con la mamma e il papà, mi dice di sì e che la soluzione che i genitori hanno utilizzato è quella di tranquillizzarla e cioè se chiede di andare in bagno la mandano, ma poi le dicono che tutte queste volte non si va, una sorta di paradosso. Anche in questo caso le chiedo di rappresentarlo con un disegno, e mi rappresenta lei in macchina con il papà (Figura 1). Nonostante la modalità utilizzata dai genitori sia la stessa, E. si sente più tranquillizzata dalla mamma.



Fig. 1.

Successivamente le chiedo sempre attraverso il disegno di poter rappresentare, se vuole, questa ansia di cui mi parla all'inizio. Rappresenta una bambina, seduta a terra, con le braccia intorno alle ginocchia, quasi ad abbracciarle, con la mano in bocca quasi a mordersi le unghie, che chiamerò Anslye=Ansia (Fig. 2). Con quest'ultimo disegno restituisco ad E. che da qui potremmo partire per trovare una soluzione insieme a questo fastidio, a questa ansia che le fa fare la pipì e che la disturba (obiettivo condiviso con la piccola paziente), la quale concorda.

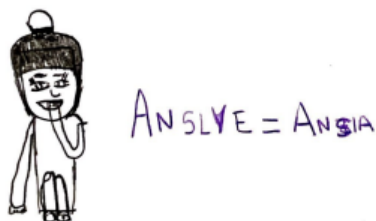


Fig. 2.

Questo rimando che faccio ad E. fa sì che il mio focus in questo momento sia quello sul problema (problem oriented), cioè la sintomatologia riportata dai genitori, in linea probabilmente con il fatto che dietro E. nella mia testa ci siano sempre loro, i genitori, focalizzati sul problema. Procedendo su questo versante e rappresentando Anslye, la

proiezione di se stessa, continuo con E. ad indagare l'ansia che questo personaggio sperimenta sempre attraverso il disegno; emerge la paura di essere osservata (fig. 3), che si manifesta attraverso il pianto ed il tirarsi indietro nelle varie situazioni (gli esempi che E. riporta sono suoi vissuti, ad esempio il non voler partecipare ad alcuni sport quali danza e pallacanestro soprattutto per i saggi e partite, dove tutti ti guardano con una specie di sorriso plastico), le tentate soluzioni sarebbero il non pensare a questa paura, ma questa aumenta; così come la paura di sbagliare (fig. 4) alla quale cercherebbe di trovare soluzione rilassandosi o esercitandosi tanto, ma ugualmente queste soluzioni non porterebbero da nessuna parte.

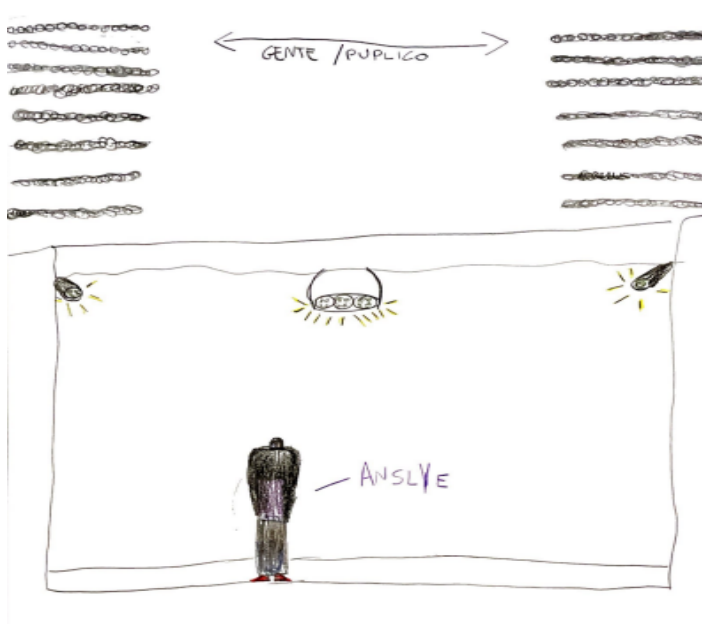


Fig. 3.

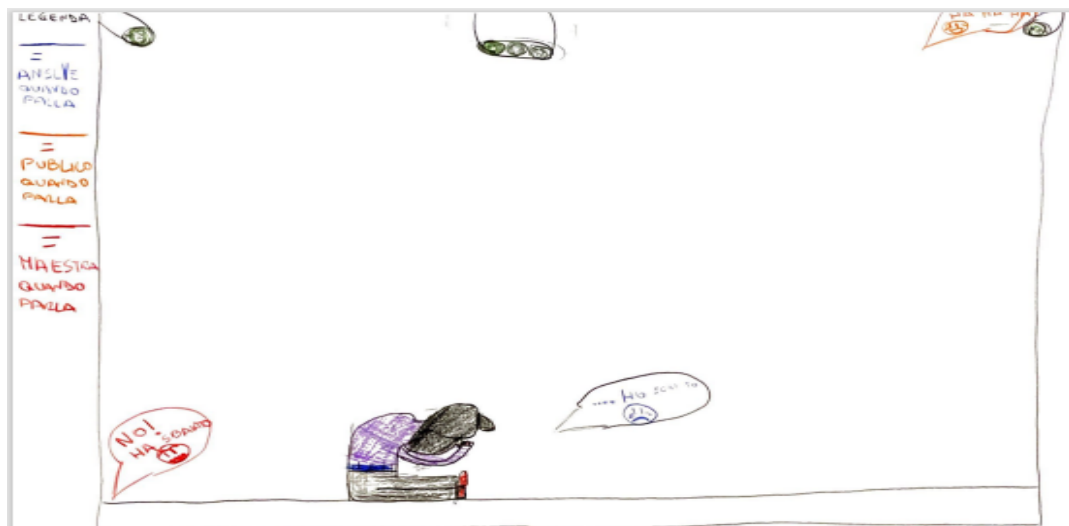


Fig. 4.

In questa serie di incontri con E. si inserisce un incontro con i genitori, durante il quale emergono tutta una serie di fatti accaduti prima dell'episodio iniziale (la gita con il centro estivo), che mi hanno poi aiutata, insieme alla supervisione a ri-orientarmi per procedere nel percorso terapeutico e ri-orientare il processo terapeutico verso una direzione più consona. I fatti sarebbero accaduti nei sei mesi precedenti all'episodio e sono: il ricovero a marzo 2022 del nonno materno, per una polmonite il quale rimarrà diverso tempo in ospedale e si riprenderà molto lentamente da questa; la nonna materna, poco dopo, subisce un intervento al cuore; a giugno il papà di E., viene ricoverato per essere operato ad un calcolo renale, rimane in ospedale diversi giorni, senza che nessuno di loro possa fargli visita, per via delle normative ancora relative alla pandemia, inoltre l'intervento prima di questa data viene spostato ben due volte e l'operazione avvenuta a giugno porterà a dover spostare anche le vacanze estive, precedentemente programmate, sia di periodo che di luogo; a luglio la nonna materna contrae il Covid e starà molto male, ci metterà tanto tempo per riprendersi e soprattutto avendo subito qualche mese prima l'intervento al cuore questo preoccuperà tutti; inoltre a luglio il papà di E. contrarrà il Covid, senza avere particolare sintomatologia, ma questo comporterà lo spostamento del compleanno della stessa E. A questo si aggiunge il successivo intervento che il papà di E. subirà a settembre, con relativo ricovero, per togliere lo stent messo con l'intervento di giugno. Questi eventi hanno preoccupato particolarmente i genitori di E., che assaliti da tutta questa preoccupazione, non hanno prestato particolare attenzione al fatto che E. percepisse tutto questo e soprattutto non si sono soffermati nello spiegare quanto stesse avvenendo, e nel chiedere ad E. stessa come si sentisse.

3.3 La seconda fase: la fase tattico-focale.

A partire dalla supervisione, che richiedo perché mi sento confusa dopo quanto riportato dai genitori, nella quale porto l'importanza degli eventi accaduti precedentemente l'episodio iniziale e i successivi, rifletto insieme al supervisore su cosa, fisiologicamente è la minzione, cioè l'espletare un bisogno fisiologico, sempre su questo piano, la paura stimola il sistema simpatico, quindi aumento del battito cardiaco e della circolazione sanguigna, di conseguenza c'è maggiore filtrazione dai reni, e minzione, inoltre la paura stimola l'epinefrina e la norepinefrina, che provocano il rilassamento dei muscoli della vescica, stimolando produzione di urina. Dopo aver ragionato su questo, con il supervisore leggiamo in chiave simbolica la minzione da parte della bambina, cioè il rimandare a chi le sta intorno che lei ha dei bisogni. Quindi decido, accompagnata da quanto emerso in supervisione, di focalizzare la mia attenzione sull'aiutare E. ad esprimere i propri bisogni, lavorando sulle emozioni correttive (prescrizioni all'interno della terapia). Di conseguenza sposto il focus terapeutico dal problema (problem oriented) all'obiettivo (goal oriented), che è quello di aiutare E. ad esprimere i suoi bisogni. Effettuerò un altro colloquio con i genitori più in là, ma nel frattempo ricevo delle chiamate dalla madre di E. nella quali mi arriva una sorta di ansia vera e propria, in relazione a delle cose che la signora avrebbe dovuto dire alla figlia e a cose che la figlia mi dovrebbe riferire. Si tratta di due telefonate ricevute a ridosso degli incontri con la bambina, la prima nella quale mi riporta che la figlia più piccola, chiede alla sorella, di poter entrare con lei. Rimando alla Signora D. che se questo è un desiderio che ha E., e non la sorellina piccola, lei può tranquillamente riferire ad E., di riportarmelo e valuterò io cosa e come fare. In realtà E., non farà mai accenno a questa cosa. La seconda telefonata che ricevo è perché a detta della madre, E. sarebbe dispiaciuta per un episodio accaduto in classe con la maestra in merito ad una questione di differenza di voti, che avrebbe riguardato l'intera classe, compresa E., rispetto ad una sola compagna e per cui la signora avrebbe voluto

chiedere spiegazioni alla maestra. La richiesta che mi arriva, mi suona come un “Dottoressa, mi dica lei cosa è meglio e giusto fare”, ridefinisco alla Signora telefonicamente, che probabilmente da quello che mi racconta lei, E. è rimasta sì male per la questione del voto, ma che non avendo riguardato solo lei, probabilmente ci sarà una spiegazione sotto e che se lei vuole ne può parlare con la maestra, non essendo io, colei che può attribuire delle etichette di giusto o sbagliato a quanto fatto e soprattutto, non sono io che posso dirle cosa dire o meno all’insegnante e se sia giusto o meno parlarci, le rimando nuovamente che può se vuole confrontarsi con la maestra; quello che la invito a fare è parlarne con la figlia, per capire ancora di più come si sente e per far sì che lei possa essere ancora di più punto di riferimento con cui condividere questo dispiacere. Successivamente all’inizio di uno dei nostri colloqui, E. mi riporterà l’episodio, raccontatomi dalla madre, nel quale cercheremo insieme di capire come lei si sente e soprattutto, ci fermeremo sul punto che non avendo la maestra dato spiegazioni a loro bambini sulla diversità di voti, questi indicano comunque una buona votazione, diversa (utilizzo di faccine tipo emoji) da quella usuale che sarebbe stata utilizzata con tutti fino a qualche tempo prima. Dopo questa discussione E, si sente soddisfatta e mi riporta che ne aveva parlato anche con la madre e che anche lei, si era dimostrata dispiaciuta ma le aveva rimandato che il giudizio dato dall’insegnante era ugualmente buono.

3.3.1 L’espressione dei bisogni.

Negli incontri che seguiranno, E. mi porta spesso episodi del suo cagnolino che impara ogni settimana a fare qualcosa di nuovo. A partire da questo, sulla base del principio di utilizzazione di Milton Erickson, inizio ad introdurre il concetto di bisogno, attraverso il suo cagnolino, il bisogno che lei identifica come un “chiedere” e/o “volere” qualcosa. Introduco, passando per un piano simbolico, una storiella inventata, come suggerito in supervisione: “C’era una volta, un bambino che aveva 10 anni, che viveva in un Paese fantastico, il suo nome era Pino. Pino diceva sempre di avere mal di pancia, lo diceva alla mamma e al papà, alle maestre. Ma tutti intorno a lui non capivano cosa fosse questo mal di pancia; i genitori lo portarono anche dal dottore, che lo visitò, ma Pino era in ottima forma, non aveva nulla. Un giorno Pino, dato che abitava in un Paese fantastico, dove vivevano tantissimi personaggi fantastici, incontrò una Principessa. Iniziò a chiacchierare con questa Principessa, e disse anche a lei, improvvisamente, di avere mal di pancia. La Principessa lo guardò, lo abbracciò forte forte e lo coccolò. A quel punto Pino si rese conto che il mal di pancia era come per magia sparito. Guardò negli occhi la Principessa e le sorrise, poiché grazie a lei, Pino si rese conto che aveva bisogno di tante coccoline”. Al termine della storiella, chiedo ad E. se le fosse piaciuta e cosa voleva dire per lei, mi risponde affermando che il b/o aveva tanto bisogno di affetto. A partire da questa storia e rileggendo quello che il suo cagnolino impara a fare di nuovo, ad esempio prendere la pallina e darla a qualcuno, che altro non è che la manifestazione di un bisogno in questo caso giocare, così come altri, essere coccolato ecc, do la seguente prescrizione: “E. facciamo che dalla prossima volta in poi, ogni volta che verrai qui, tu esprimerai un bisogno, ad esempio se vorrai una caramella, se vorrai che io ti legga una storia; se io posso soddisferò questo tuo bisogno molto volentieri, se invece non potrò ti spiegherò il perché. Che ne pensi? Ti piace?”. E. mi risponde di sì e da qui iniziamo il nostro lavoro insieme, sull’espressione dei suoi bisogni. La cosa importante da sottolineare è l’esecuzione della prescrizione insieme a me in terapia, questo perché l’esperienza emotiva correttiva, insita nella prescrizione, necessita il non lasciare sola la bambina, durante la stessa, ma bensì l’affiancamento con una figura adulta accudente, io, che la possa sostenere emotivamente, sia perché necessita di un accudimento funzionale e sia perché non ancora

dotata di strumenti che le permettano di fare sola; questa modalità è stata discussa durante la supervisione, e il supervisore ne ha sottolineato l'importanza fondamentale; questo a maggior ragione per l'aspetto dell'approccio strategico-integrato, dove, non è il paziente che si adatta alla terapia, ma quest'ultima che si adatta al paziente (Celia, 2016). Ogni volta che E. verrà da me, dopo una breve chiacchierata su come è andata la sua settimana, partiremo sempre dall'espressione del suo bisogno di quel momento. Questi bisogni, in realtà si tradurranno sempre in una richiesta di gioco, prima partendo da una storia che E. stessa crea su mia richiesta e che intitola "Il desiderio", passando poi per la rappresentazione dei personaggi di questa stessa storia, che verranno utilizzati per giocare nella casetta di legno delle bambole. Nella messa in scena di questa storia (che è un raccontare di nuovo, l'episodio di quando hanno preso il suo cagnolino), attraverso la sua richiesta "Se vuoi, puoi giocare con me", poichè lasciata libera di scegliere se giocare sola o con me, arriva a parlarci nuovamente della gita che dovrà fare a maggio con la classe, ma di cui non è molto convinta, perché il posto non le piace particolarmente e perché ha paura che le maestre non la mandino in bagno; rimaniamo su questa cosa, che ci saranno sicuramente dei momenti durante i quali le insegnanti manderanno lei e i suoi compagni in bagno, che faranno una sosta in autogrill (come detto dalla stessa insegnante), prima ancora di arrivare a destinazione, sul fatto che lei conosce il posto dove deve andare (una zona di Tivoli, tipica per le gite scolastiche), perché già stata lì con i suoi genitori, tutto questo però assume l'aria di tranquillizzare E., soluzione che fino a questo momento non ha funzionato per questo decido di rimanere su quello che a lei piacerebbe vedere di questi posti (delle cascate), e verso cui nutre interesse e curiosità; ne parliamo, cerchiamo di immaginare, smuovendo la curiosità, alla fine dice che ci penserà. Le richieste di soddisfacimento dei suoi bisogni, sono tutte incentrate sulla richiesta di giocare con me, che rappresentano la possibilità di vivere esperienze emotive correttive direttamente in terapia (che di solito l'adulto vive attraverso le prescrizioni date tra una seduta e l'altra che poi vengono lavorate all'interno delle terapia, così come l'esperienza stessa della terapia rappresenta, con le sue tante sfaccettature), in primis attraverso l'esplicitazione di un bisogno (prescrizione data precedentemente), che corrisponde alla ricerca di condivisione e contatto affettivo, oltre che alla possibilità di espressione di quanto E. sente e vive in quel momento. In relazione alla possibilità di esprimere quanto sente, emerge, sempre attraverso il gioco, utilizzando delle marionette di animale (fig. 5), la possibilità di ricercare e affermare delle caratteristiche che le piacerebbe possedere. Attraverso una sorta di inchiesta (tipo quella effettuata al termine dei proiettivi carta e matita), emerge che i personaggi animati da lei, hanno delle particolari caratteristiche/qualità come il coraggio, l'essere divertenti e la curiosità, le ultime due a mio avviso presenti in E., mentre il coraggio, altra faccia della paura, che sicuramente lei vorrebbe possedere per avere un'altra risorsa utile sulla quale fare affidamento.





Fig. 5

Un'altra manovra che introduco in questa fase della terapia con E. è quella di normalizzare la minzione, fungendo io da modello, è quello di normalizzare l'andare in bagno, appositamente prima di iniziare con lei la terapia, dicendoglielo proprio, sia permettendo a lei di andare, una volta terminato il nostro incontro, quando richiesto. Nel corso degli spettacoli "divertenti", come li definisce E., con le marionette ad animale, grazie a Topino l'intervistatore (di cui sono io la voce), vengono fuori le caratteristiche e i BI-SOGNI dei vari personaggi, partendo da questi ristrutturato che, quanto può darci fastidio, farci arrabbiare o ancora metterci paura, se riconosciuto e comunicato all'altro può essergli utile per capire le nostre reazioni e la persona che ha di fronte. Tutto questo si chiude con l'abbraccio simbolico che il personaggio (Elefante) che provava tutto ciò e che non aveva minimamente fatto cenno di questo ai suoi amici, da al Topolino che rimanda tutto questo. In linea con quanto su scritto, e nell'ottica di mantenere e consolidare la capacità di E. di palesare i suoi bisogni, decido di iniziare a muovere un altro filo a mio avviso importante e che necessità di iniziare a prendere colore, che è quello della rabbia, soprattutto per dare equilibrio e bilanciare l'arcobaleno emotivo che E., può provare all'interno della stanza della terapia, che non è fatto solo di felicità (emozione che E. riporta ogni volta che terminiamo la terapia, in merito al soddisfacimento del suo bisogno) ma anche di altre emozioni che aiuteranno, se tirate fuori ed espresse, E. a stare meglio.

3.3.2 La rabbia: cos'è, come si manifesta, può essere utile.

Sin dai nostri primi incontri E., mi accenna a diversi personaggi da lei amati, che rappresentano un'emozione che non vedo mai esprimerle durante i nostri incontri e soprattutto di cui non mi parla mai, neanche nei suoi episodi di vita giornaliera, la rabbia. Accenna a questa emozione attraverso il riferimento ad alcuni personaggi tra cui una super eroina che dà la scossa a chi compie ingiustizie e crimini e la famosa Mercoledì Addams, che a suo avviso,

sarebbe sempre arrabbiata con gli altri ma mostrerebbe anche altre emozioni, quali tristezza e amore. Già durante la fase di lavoro sull'espressione dei suoi bisogni, durante uno degli spettacoli con le marionette degli animali, in un'intervista di Topino (di cui sono io la voce) allo Squaletto (mimato da E.), emerge come quest'ultimo a detta di E. sia arrabbiato, emozione che dimostra buttando tutti fuori dalla scena e mangiandoli, ristrutturando il provare la rabbia come qualcosa di normale e buono, perché anche questa è un'emozione importante e utile per tutti, perché permette di capire delle cose di noi che possono essere comunicate agli altri. Successivamente, a partire dai personaggi del film "Inside out", utile aggancio per me, chiedo direttamente a lei cos'è la rabbia, mi da nell'immediato tre situazioni nelle quali prova quest'emozione che non sempre viene poi espressa e comunicata a chi le sta intorno: "Quando non mi ascolta; mi ignora e mi fanno scherzi brutti". Per ognuna di queste situazioni, nelle quali sente rabbia, le chiedo di indicarmi con chi le capitano, riconduce il non essere ascoltata alla sorellina, a cui chiede delle cose e questa non le farebbe, come aiutarla a fare qualcosa o un piacere, oppure al cane che fa un pò di disordine e non ascolterebbe i suoi richiami, fino ad arrivare ad un episodio accaduto qualche giorno prima del nostro colloquio, in classe, durante il quale una compagna ruba ad E. una gomma da cancellare e lei la richiederebbe, a quel punto non ottenendola indietro, chiederebbe aiuto al maestro. Prima di arrivare a questo però, chiedo come si manifesta nel suo corpo la rabbia e da 1 a 10 quanta fosse. Mi risponde che era 10 questa rabbia e che lei inizierebbe a muovere le gambe sulla sedia avanti e indietro, bloccandole poi improvvisamente, quasi come a censurare e tirare il freno a mano. Dato che era seduta sul divano di fronte a me, le chiedo di mimare esattamente il movimento che stava descrivendo, dato che sul divano le era difficile, poiché basso, si sposta sulla sedia di sua spontanea volontà. Le chiedo di ritornare per un momento a quell'episodio e provare a risentire la rabbia. Si siede e seguendomi in quello che le dico, le chiedo di assumere la postura che aveva in quel momento a scuola, si posiziona con le mani sotto le giunture delle ginocchia e inizia a muovere le gambe avanti e indietro, quasi come a dare dei calci verso qualcuno, anche la sua espressione cambia, uno sguardo accigliato e si morde il labbro superiore. Questo movimento delle gambe proporzionalmente alla rabbia che prova, è intenso, mi dice che la sua rabbia è tanta "11, anzi infinita", e le dico di immaginare come se attraverso quel movimento, stesse tirando la rabbia a calci fuori da lei. La guido in questo, dandole tutto il tempo necessario per sentire momento per momento quanto prova e quando per lei sarebbe stato più opportuno rallentare, perché corrispondente al diminuire della rabbia, mi rimanda un punteggio che diminuisce, ridefinisco la scala da 0 a 100 per contenere la sua rabbia infinita, questa scema pian piano, da 80, a 70, 50, fino a quando E. cambia postura, allarga le gambe di più e inizia allo stesso tempo a rallentare, da 30 a 20, a 10, fino ad addolcire i movimenti in avanti e indietro e fermarsi, con aria soddisfatta. Prima di iniziare l'esercizio e nel mentre di quanto su descritto, mi sono messa con la sedia vicino a lei e ho fatto il suo stesso movimento, come una sorta di ricalco, ho assecondato i miei tempi, dicendogli che avrei fatto così. Alla fine di tutto, le chiedo come è stato per lei fare questo esercizio oggi e mi rimanda un senso di soddisfazione, perché in questo modo è riuscita a calmarsi senza arrestare il tutto bruscamente, confermando quanto avevo ipotizzato dal suo racconto, e che questo le potrebbe tornare utile quando le ricapiterà, potendo riutilizzare proprio questa strategia. In merito alla situazione "vengo ignorata", inizia a farsi strada in me l'ipotesi che questo fosse riferito principalmente ai genitori, ma che E. non ancora è pronta a tirare fuori; all'inizio ci pensa, poi mi fa l'esempio di quando i suoi genitori non dicono nulla alla sorellina o quando chiede loro qualcosa come ad esempio, prenderle un gioco, le viene detto tra un attimo, ma quest'attimo poi non arriva, e lei deve provvedere da sola, alcune volte

facendo anche dei macelli, di cui loro poi non se ne accorgerebbero, oppure di quando la mamma l'assillerebbe a dirle delle cose da fare, (modalità quella della madre, di assillare, a suo dire utilizzata con tutti); E., per questo sarebbe arrabbiata "...giusto un unghia" con loro, non tanto quindi, e tenderebbe a tenere tutta la rabbia dentro, iniziando a soffiare. Mi aggancio e rinforzo, quanto lei mi porta, rimandandole l'immagine della pentolina che bolle con l'acqua per cuocere la pasta; questa nonostante abbia il coperchio e l'acqua dentro bolla e scotti, inizia a soffiare attraverso le fessure del coperchio, per evitare di scottare chi è fuori, quindi attraverso il suo soffiare lei permetterebbe alla rabbia di uscire pian piano, senza tenerla tutta dentro e lo farebbe nello stesso modo della pentola, che soffia il vapore fuori evitando di scottare se toglie improvvisamente il coperchio, chi è fuori. Questo permettendole di aumentare il senso di auto-efficacia, skills utile e indispensabile per lei. Quest'ultimo aspetto e l'emozione della rabbia, saranno ripresi e trattati successivamente in seduta con me, passando per il corpo, poiché in base alla teoria periferica delle emozioni di James e Lange del 1884, l'esperienza emozionale soggettiva viene percepita alla fine di un processo che si svolge nel corpo, quindi strategicamente posso accedere all'emotività passando per l'azione e il movimento. Ciò per me risulta utile, poiché permetterà ad E. di essere come in una palestra, all'interno della quale iniziare a maneggiare con cura, quanto ha da poco iniziato a sentire, questo riadattando la prescrizione del "Tiro a segno" (Celia, 2020), ad E., che avendolo visto nella stanza è rimasta incuriosita e mi ha espresso la volontà di poterlo provare (Espressione di un bisogno), per lei riconducibile ad un gioco, ma per me utile per aiutarla a equilibrare l'arcobaleno emotivo. La volta successiva che vedrò E. le chiederò prima se durante la settimana si sia mai arrabbiata e mi dirà di sì raccontandomi, un episodio accaduto con la sorellina quello stesso pomeriggio, prima di venire da me; le chiederò di rappresentarmi questa rabbia graficamente, attraverso un oggetto, darò dei suggerimenti e tra questi sceglierà il termometro, con un valore minimo di 0 e un valore massimo di 45-46, dicendomi che la rabbia di quel pomeriggio era arrivata a 35. Dopo questo le dirò che avremmo giocato con il tiro a segno e le chiederò all'inizio di "scaldarsi" facendo dei tiri. Noto che la postura e il viso di E. sono molto morbidi, fiacchi, quasi come se nel momento del tiro, lei non sentisse nulla, o meglio non fosse ancora arrivata a contattare la rabbia. Le chiedo cosa prova in quel momento e mi risponde di sentire felicità, che è bello sentire il rumore delle freccette e delle palline che cadono sul tiro a segno; in questo frangente, cioè quando tira le freccette (2) e le palline (2), uno di questi cade sempre a terra. Le chiedo se in quel momento provasse anche rabbia e mi risponde di no e che se pensa al termometro come riferimento, questa era a 10. A questo punto provo a chiederle di provare un attimo ad immaginare un episodio che la fa o che l'ha fatta arrabbiare e di provare poi a tirare; improvvisamente la postura e il volto di E. cambiano, il corpo sembra quasi quello di un atleta in procinto di una gara, la forza che mette nel tiro è molta, il tonfo delle frecce e delle palline è più forte rispetto a prima, il volto non è più rilassato, ma diventa quasi "tirato", le frecce e le palline vanno tutte a segno, una delle quali fa centro nel 200, la parte centrale del bersaglio. Terminati i quattro tiri, mi dice che aveva pensato all'episodio della sua amichetta che le aveva rubato la gomma, attraverso una serie di domande che le faccio, per guidarla, mi dice che la rabbia che sentiva nel corpo era a 38 (riferimento termometro), che la forza nel braccio era tanta e alla domanda: "Com'è stato tirare sul bersaglio, ora che abbiamo tirato fuori tutte queste cose?", mi risponde: "Liberatorio". La faccio proseguire nei lanci, fino a quando non noto, attraverso la postura del corpo, l'espressione del volto ed il fatto che le palline e le freccette iniziano ad andare in altre direzioni, tranne che sul bersaglio, che la rabbia si è acquietata. La vedo però in fermento, come se avesse la necessità di continuare e le chiedo di pensare ad un'altra situazione/

episodio che la fa arrabbiare, ci pensa, lo individua, le chiedo se voglia dividerlo con me e mi dice: "Non lo so"; poi si posiziona e prima di tirare mi dice che si arrabbia quando la madre la fa innervosire (in quelle circostanze, lei tiene la rabbia dentro e soffiata, metafora della pentolina con l'acqua che bolle). Nuovamente la postura e l'espressione cambiano, tutto diventa come prima (episodio amichetta), se non che in questo caso la forza è tanta ed E. fa ben due volte centro nel 200! La faccio proseguire nei lanci, ed anche in questo caso tutto segue una sorta di copione, come avvenuto per il precedente episodio, se non che in questo caso, la rabbia che mi quantifica all'inizio di questo episodio (20-25) non corrisponde a mio avviso a quello che realmente prova. Prosegue, fino a quando la rabbia scema. E. è quasi stanca, ha quasi il fiatone, rimarrà ancora in piedi nella stanza e faremo una gara, nella quale segnerà i punteggi ottenuti; al termine di questa, la riporto su quanto lavorato pocanzi, le chiedo come è stato per lei e mi dice che dopo aver tirato fuori la rabbia e tirando con le freccette, è come se poi si fosse sciolta piano piano. Riprendo l'immagine della pentolina dell'acqua, e le faccio un parallelo e cioè come per la pentola dell'acqua, quando inizia a bollire fortissimo ed esce tanto fumo, e c'è il rischio di scottarsi o scottare qualcuno, e in quel momento non riusciamo a fare nulla di buono, attraverso il tiro al bersaglio, la rabbia è uscita fuori piano piano e, centrando il bersaglio si è acquietata (canalizzazione la rabbia), così l'acqua nella pentolina ha assunto una temperatura meno calda, un po' più di tiepida, ha iniziato a fare delle bolle più lente e distese, che permettono di poter fare qualcosa di "buono", dato che era riuscita a stemperare la rabbia indirizzandola verso un obiettivo, il bersaglio, (attraverso il gioco del tiro a segno).

3.3.3 Il lavoro con i genitori, il terzo colloquio con loro.

Dopo il secondo incontro fatto con i genitori, durante la fase orientativa, decido nel momento in cui ho già iniziato la fase tattico-focale, di rivedere nuovamente i genitori di E. per alcuni motivi e non solo per aggiornarli sull'andamento della terapia. Primo motivo, la serie di chiamate (riportate nel paragrafo fase tattico-focale) fatte dalla madre a ridosso degli incontri con la figlia, di cui in particolare l'ultima. In questa telefonata, il cui contenuto si riferisce alla gita che E. dovrà effettuare i primi di maggio e per la quale, è stata già richiesta e firmata l'autorizzazione (nonostante E., avesse affermato di non voler andare), e di cui si doveva effettuare il pagamento entro i primi quindici giorni di aprile. Telefonicamente la Signora mi dice che ha ricevuto comunicazione dalla rappresentante sul gruppo whatsapp genitori, ma che non avrebbe detto nulla alla figlia, perché sapeva già che E. avrebbe detto di non voler andare, riferisce anche che, il giorno precedente alla chiamata con me avrebbe sentito parlare la figlia con un'amichetta di questa cosa, e dire che lei non sarebbe andata. Le rimando che il non detto, taciuto da lei, sarebbe venuto fuori, poichè in classe sicuramente i bambini, insieme alle insegnanti ne avrebbero parlato e che questo avrebbe potuto far venire in mente tante domande ad E, sul perché a casa non le fosse stato detto niente. Quello che le rimando prima di chiudere la telefonata e fissare l'appuntamento con loro genitori, è di comunicare con tranquillità e serenità quanto riguardava la gita. Questa telefonata mi porterà, un po' cavalcando l'ansia che mi arriva dalla signora, a decidere di stabilire questo colloquio con i genitori. Sentirò di aver dato più importanza alla loro urgenza, mettendo da parte E. e i suoi bisogni, elemento questo discusso all'interno della supervisione, dove chiarisco insieme e grazie al supervisore quale sarebbe stato l'obiettivo/focus di questo stesso colloquio, e che in realtà avevo sì cavalcato l'urgenza della madre di E., ma sentivo dentro di me la necessità di esplicitare delle cose. Gli obiettivi che mi prefisso di seguire sono: il sondare il grado di sicurezza della Signora D. nel trovare una soluzione da sola; la chiarezza comunicativa verso

la bambina e rimandare in fase di chiusura l'unicità di E., una bambina spettacolare ed estremamente creativa. A distanza di qualche giorno incontro i genitori, partendo proprio dalle telefonate che avevo ricevuto, e la Signora in merito all'insicurezza mi dice che lei non sapeva cosa avrebbe dovuto dire alla figlia, dato che io avevo detto di non parlare della pipì, in realtà mi ricollego a quanto detto in merito a questo e cioè che avevo solo esplicitato di non chiedere al rientro da scuola quante volte fosse andata in bagno, chiedo scusa se quanto comunicato da me non fosse stato così chiaro, ma a mio avviso la Signora, non è ancora pronta per tirare fuori questa insicurezza che io sento. A partire da qui, loro mi dicono che il sintomo è regredito e che E., va in bagno prima di uscire solo se non sa quanto staranno in giro, mentre se sa che non sarà molto il tempo che trascorreranno fuori non andrebbe; mi aggiungono che non dice nulla dei nostri incontri, indicatore di una buona alleanza terapeutica, e che loro non chiedono nulla al riguardo. Chiedo loro inoltre di continuare a non rimanere a studio durante la terapia di E. e aggiungo di pagarmi non di volta in volta, come fatto fino al precedente incontro, ma ogni fine mese; questo lo faccio strategicamente per evitare il più possibile l'entrata nello spazio di E., e per rimandare loro che anche da parte mia c'è fiducia. Rimando quindi come condizione sine qua non, di non interrompere gli incontri proprio perché vedono il miglioramento della sintomatologia, a questo punto il padre di E. mi dice che non pensava ci volesse così tanto tempo per il percorso. Riprendo quanto letto e condiviso con loro all'inizio nel consenso informato, e cioè che la durata del trattamento non può essere stabilita a priori, ristrutturando nel papà quell'idea di trattamento o meglio pensiero magico, in una realtà di bisogno della figlia, utilizzando quindi il consenso ai fini del cambiamento, per permettere alla bambina di arrivare a pieno raggiungimento degli obiettivi anche attraverso l'accompagnamento dei genitori, la cui medicina in questo caso è la fiducia che devono, se vogliono avere in me in quanto professionista, e la cui assenza viene percepita da E., rischiando così di minare il percorso che stiamo facendo. In merito alla sicurezza, accennata pocanzi, il padre dice che nel caso della paternità e soprattutto con E. sia andato, come anche la moglie, molto ad istinto, senza voler in nessun modo sentire quello che gli altri avevano da dire o consigliare, di non essere stati mai apprensivi ma anzi rigidi nelle regole; come se in realtà ci fosse un unico modo di fare le cose che corrispondesse a quello abbracciato dalla maggior parte delle persone, che quindi non permettesse una differenza rispetto agli altri in questo caso tra bambini; mi riferisco ai continui paragoni che vengono fatti su come E., sin dalla scuola dell'infanzia si comportava nei casi in cui ci fossero novità, oppure situazioni di confronto con altri bambini in presenza però dei genitori, come se E. (in base anche alle ipotesi che mi ero fatta precedentemente, e all'iniziale senso di costrizione sentito e sperimentato nel primo incontro genitori-figlia) da sola, esempio nel contesto scuola, fosse libera di essere ed esprimere se stessa (il padre afferma che fosse "...una leader in classe..."), mentre nelle situazioni in presenza dei genitori, non potesse esprimersi pienamente. Come se le si chiedesse di essere in un certo modo, uniformandosi agli altri, perché per loro, soprattutto per il padre, la diversità di atteggiamento lo porta a provare fastidio; come l'episodio della gita che dovrà fare a maggio, o come l'episodio della recita di Natale. Qui mi fermo e chiedo cosa provochi in loro questa scelta di non andare, entrambi mi rimandano il fatto che per E. sarà sicuramente una bella esperienza, perché se loro si guardano indietro vedono questo nei loro trascorsi di gite scolastiche e che se non dovesse andare sarebbe l'unica della sua classe, come se questo comportasse in quel momento e nei giorni successivi un'esclusione di E. dalle attività (le maestre chiederanno di lavorarci su). Nel nostro colloquio li rinforzo come genitori, sul fatto che hanno chiesto un aiuto in questo momento così delicato e questo gli fa onore; sul fatto che essere genitori è il mestiere più difficile, che non si impara

da nessuna parte, se non diventandolo con i figli e crescendo con loro, e che nel momento che precede la nascita e quindi la conoscenza diretta del figlio ci creiamo un'idea di figlio/a che non corrisponde poi alla realtà. Chiudo il colloquio, rimandando che E. è una bambina estremamente creativa, che se si lascia andare alla creatività è tanta, che non tutti i bambini sono così, ristrutturando l'idea di diversità del padre, da "negativa" in "positiva". Lui accoglie dicendomi che anche a casa è così, che anche le maestre lo comunicano loro, ma quello che mi arriva in questo caso è come se per vederla lui in quel modo, avesse sempre la necessità, il bisogno e soprattutto la certezza che anche per gli altri sia così; mentre la madre, che sì, è allineata con lui sotto alcuni punti di vista, ma che quasi commossa, con le lacrime agli occhi mi ringrazia, quasi a sentirsi appoggiata nell'averla vista anche io. L'altro obiettivo con questo colloquio, discusso anche in supervisione, è stato quello di arginare l'urgenza dei genitori, in questo caso della madre, dando una prossima ipotetica data/periodo, durante il quale rivederci, che sarebbe stato, verso giugno. In relazione a ciò, non ho più ricevuto chiamate dalla Signora, se non un messaggio nel quale mi informava che E. sarebbe andata in gita, cosa che avevo già saputo dalla stessa bambina.

3.4 La prosecuzione della terapia.

Trovandomi nella fase centrale della terapia, quello che sicuramente accadrà è una prosecuzione della stessa. Sicuramente gli obiettivi raggiunti con la bambina, ad oggi sono stati una remissione della sintomatologia per cui sono stata contattata, dovuta ad una maggiore capacità di E. di esprimere i suoi bisogni, capacità che vorrebbe utilizzare per chiedere al padre un nuovo cagnolino; sentirsi più sicura nel fare le varie cose, espresso dall'andare in gita con la scuola a maggio. Nella prosecuzione della terapia gli obiettivi da raggiungere saranno duplici, da un lato con la bambina, dall'altro con i genitori. Per quanto riguarda E.: consolidamento dell'espressione dei suoi bisogni; continuare a lavorare sulla rabbia, per permetterle di sentirla, provarla e canalizzarla nel giusto modo, o meglio nel modo ottimale per lei; il lavoro sulle emozioni e la capacità di riconoscerle e comunicarle anche agli altri, concederà una maggiore assertività ad E. che le permetterà di stabilizzare e mantenere la capacità di esprimere i suoi bisogni in un modo funzionale e più corretto per lei; altro obiettivo completamente concatenato agli altri è quello di trasformare questa paura (legata anche al non riuscire a canalizzare i suoi bisogni) in coraggio permettendole di vedere che in realtà da "limite" può essere risorsa. Tutto questo permettendo ad E. di esprimere ed esprimersi in tutta la sua unicità. Con i genitori: continuare ad accompagnarli nel processo di comunicazione chiara ed esplicita verso la figlia; continuare a fornire quel nucleo materno verso la madre, in modo che possa poi interiorizzarlo e riutilizzarlo verso la figlia; ridurre in loro le aspettative che nutrono verso la figlia, accompagnandoli ancora nel vedere la figlia reale, diversa in senso creativo; favorire maggiore vicinanza emotiva verso E.; il tutto continuando a rinforzarli per quello che stanno già facendo e possono continuare a fare al fine di aumentare la stima in se stessi.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association, (2014), “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, DSM-5*” USA (trad. it: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014);

Calvi, E., Gulotta, G., Leardini, E., (2018), *Il nuovo codice deontologico degli psicologi. Commentato articolo per articolo con decisioni ordinistiche e giurisprudenza ordinaria*, Milano: Giuffrè Editore.

Catanesi, r., Scapati, F., Greco, O., (1998), “*Il consenso in ambito psicoterapico*”, *Medicina e Morale*, vol. 38, fasc 3-4, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Celia, G., (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Milano: Franco Angeli.

Celia, G., (2020), *Prontuario di terapie strategiche. Esercizi e prescrizioni per sciogliere nodi psicologici in breve tempo*, Milano: Franco Angeli.

De Leo, G., Pierlorenzi, C., Scribano, M.G., (2000), *Psicologia, etica e deontologia. Nodi e problemi della formazione professionale*, Roma: Carocci.

Fairbain, W. R. D., (1970), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri: Torino

Girolami, P., (1997), *Alcune considerazioni in tema di consenso al trattamento sanitario con particolare riguardo all'ambito psichiatrico*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, vol. 19, n 2, Giuffrè: Milano.

Marchetti, M., (1983), *Problemi etici delle psicoterapie*, *Medicina e Morale*, 3, Università Cattolica del Sacro Cuore: Milano.

Margolis, G. J., (1966), *Secrecy and identity*, *Int. J. Psycho-Anal*, vol.47, pp. 517-22.

Ordine degli Psicologi della Liguria (2017), *Sulla deontologia*. Allegato al numero 1/2017 del giornale dell'ordine “*Psicologi e psicologia in Liguria*”.

Secci, M. E., (2005), *Le tattiche del cambiamento. Manuale di psicoterapia strategica*, Torrazza Piemonte: Youcanprint.

Semi, A. A., (2002), *Tecnica del colloquio*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sitografia

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2023). www.psy.it



dott.ssa Noemi Giannini
Psicologa, Psicoterapeuta strategico integrata

In Your Hands

Sostegno psicologico e psicoterapeutico
gratuito, online e in presenza,
rivolto a tutto il personale sanitario, a livello nazionale,
ed ai familiari delle vittime del Covid-19.



Orari e giorni accoglienza psicologica telefonica:
Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
Martedì e Giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00

Tel: +39 06 86989183

progettoinyourhands@gmail.com

La SCUPSIS

Scuola di
Psicoterapia Strategica Integrata Seraphicum
è nata nel 2003

ed è stata riconosciuta dal MIUR
Direzione Generale per l'Università,
ai sensi del DM n. 509 del 1998,
con decreto direttoriale del 31/07/2003.

La Scuola segue il modello di Psicoterapia Strategica Integrata
e propone un corso quadriennale di specializzazione
post-laurea in Psicoterapia per psicologi e medici.

SCUPSIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA

SERAPHICUM



00142 Roma - Via del Serafico, 3

Tel. 06 51 90 102

info@scupsis.org



SCUPSIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA



ANINSEI
CONFINDUSTRIA
SCUOLA ASSOCIATA



Member of
CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Open Centre

We prepare for
Cambridge
English Qualifications

www.seraphicum.com

LAVORARE SUL CONSENSO INFORMATO PER FAVORIRE IL CAMBIAMENTO: IL CASO CLINICO DI UN'ADOLESCENTE E DELLA SUA FAMIGLIA

di Maria Scribano

Abstract

L'articolo illustra un caso clinico di un'adolescente, un intervento clinico sia individuale che familiare ad orientamento strategico integrato, utilizzando il consenso informato per i minori (art. 31 C.D.) come risorsa terapeutica per il processo di cambiamento. Tale lavoro vuole evidenziare la modalità di formazione degli allievi nella Scuola di specializzazione in psicoterapia strategica integrata (Scupsis) riguardo la tematica della deontologia professionale. Formazione volta non solo a fornire conoscenza delle norme deontologiche, che ogni psicologo è tenuto a seguire, ma volta anche a rendere ogni principio deontologico una risorsa preziosa di informazione sul paziente e di facilitatore di cambiamento terapeutico.

This work describes a intervention with integrated strategic orientation, looking at the normative compliance of informed consent for minors (Article 31 CD) as Therapeutic resource for process development. This work aims to highlight the way students are trained in the School of Specialization in Integrated Strategic Psychotherapy (Scupsis) about the topic of professional ethics. Training not only to provide knowledge of the ethical standards that every psychologist is required to follow, but to make every deontological principle a valuable resource of patient information and therapeutic change.



1. Premessa

Spesso nella mia attività di supervisore clinico vedo “ridotto ad un semplice atto formale” la parte dedicata al consenso informato. Questo avviene sia se il paziente è adulto, sia se minorenne, e quindi il clinico deve coinvolgere anche i suoi genitori (o chi ne esercita la responsabilità genitoriale). Questo articolo vuole essere uno strumento di riflessione e di formazione per chi, nell’esercizio della sua professione, si rivolge soprattutto all’età evolutiva (Scribano, 2019). La metodologia di lavoro è il frutto di anni di esperienza clinica a riguardo e rimando alla bibliografia per approfondimenti ulteriori.

Nello specifico, questo articolo vuole evidenziare, attraverso un caso clinico, come nell’approccio strategico integrato (Celia, 2016) nella scuola di Specializzazione Scupsis di Roma (dove svolgo docenze in “Etica e Psicologia” da anni) si utilizza la fase del consenso informato rendendola parte integrante del lavoro terapeutico e facilitatore del processo di cambiamento (De Leo, Pierlorenzi, Scribano, 2000; Scribano, 2004). Si è scelto appositamente il caso di un’adolescente, in quanto il clinico deve lavorare sul consenso informato sia del minore che del singolo genitore.

2. Il consenso informato: cenni deontologici

L’articolo del codice deontologico che fornisce indicazioni sul consenso informato è l’art. 24 che riporto integralmente, con le modifiche apportate a seguito del Referendum del 2023:

Art 24 C.D. - Consenso informato sanitario nei confronti di persone adulte capaci: “Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. L’acquisizione del consenso informato è un atto di specifica ed esclusiva responsabilità della psicologa e dello psicologo. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni al contesto e alle condizioni della persona, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. La psicologa e lo psicologo informano la persona interessata in modo comprensibile, completo e aggiornato sulla finalità e sulla modalità del trattamento sanitario, sull’eventuale diagnosi e prognosi, sui benefici e sugli eventuali rischi, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell’eventuale rifiuto del trattamento sanitario”.

Le modifiche sostanziali che sono state effettuate, a seguito del Referendum, riguardano l’obbligo di avere il consenso informato documentato nei trattamenti psicologici “sanitari”.

In età evolutiva, l’articolo a cui fare riferimento è il n.31 del codice deontologico come di seguito indicato:

Art. 31 – Consenso informato sanitario nei casi di persone minorenni o incapaci: “I trattamenti sanitari rivolti a persone minorenni o incapaci sono subordinati al consenso informato di coloro che esercitano sulle medesime la responsabilità genitoriale o la tutela. La psicologa e lo psicologo tengono conto della volontà della persona minorenne o della persona incapace in relazione alla sua età e al suo grado di maturità nel pieno rispetto della sua

dignità. Nei casi di assenza in tutto o in parte del consenso informato di cui al primo comma, ove la psicologa e lo psicologo ritengano invece che il trattamento sanitario sia necessario, la decisione è rimessa all'autorità giudiziaria. Sono fatti salvi i casi in cui il trattamento sanitario avvenga su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte”.

L'accento viene posto sulla necessità di tener conto della volontà della persona minorenni o incapace, nel pieno rispetto della sua dignità. La centralità viene posta sul minore e il suo consenso rappresenta la condizione necessaria per iniziare/proseguire il trattamento. Il clinico, nel momento dell'anamnesi, si accerta su chi è l'esercente la responsabilità genitoriale, soprattutto in caso di separazione dei genitori. Si ricorda che non esercita la responsabilità genitoriale chi è decaduto dalla stessa a seguito di Decreto del Tribunale per i minorenni o il genitore che ha la responsabilità genitoriale sospesa ed è stato incaricato un Tutore dal Tribunale per i minorenni.

In caso di separazione dei genitori, entrambi sono esercenti la responsabilità, tranne se uno di loro ha ottenuto l'affidamento “super esclusivo” dal Tribunale. L'affidamento esclusivo ad un genitore non significa, necessariamente, che l'altro genitore sia escluso dalle questioni di maggiore interesse per il figlio, come la salute. Solo nei casi di “affidamento super esclusivo” infatti anche le decisioni di maggiore interesse per i figli fanno capo al genitore affidatario (Calvi e Gulotta, 2012). **Di seguito, un esempio di decreto del Tribunale in cui viene disposto l'affidamento “super esclusivo”:** “(...) ritenuto che in via del tutto provvisoria debba invece affidarsi il minore in via esclusiva al genitore X con facoltà dello stesso di assumere in via esclusiva anche le decisioni relative alle questioni di maggiore interesse per il minore (scelte medico-sanitarie, educative, scolastiche, fissazione della residenza)”.



3. Il lavoro clinico con un'adolescente

Nei paragrafi successivi viene riportato il caso clinico e il processo terapeutico di un'adolescente prossima alla maggiore età, con l'obiettivo di evidenziare come il consenso informato può rappresentare uno strumento potente in varie fasi del percorso terapeutico, ai fini del processo di cambiamento individuale e familiare (Scribano, Zurma, 2016). Il tutto in un'ottica assolutamente di terapia "centrata" sulle esigenze e sulle risorse del singolo paziente (Rogers, 2013).

3.1 I primi incontri

La prima volta che sento parlare di E. di anni 17 (pochi mesi prima del compimento della maggiore età) è tramite la mamma che mi contatta telefonicamente per chiedere un primo appuntamento per lei. Chiedo se è stata la ragazza a fare tale richiesta e la mamma conferma. Nel prendere il primo appuntamento, la madre mi riferisce che preferirebbe averlo a distanza di qualche settimana, in modo da non sovrapporlo con la chemioterapia che sta facendo, e quindi poter accompagnare la figlia all'appuntamento. Essendo minorenni, ai fini del consenso informato, chiedo alla madre se il padre ne è al corrente e ottengo fin da subito le informazioni che si sono separati diversi anni prima, che l'affidamento è condiviso, con collocamento prevalente presso di lei e che il padre non si oppone alla richiesta di E. di un percorso psicologico.

Il giorno dell'appuntamento si presentano E. e la madre. In sala di attesa chiedo se vogliono entrare entrambi o separatamente e ottengo una conferma sulla prima possibilità data. Mi colpisce la magrezza della madre di E., 54 anni, e la sua fragilità corporea. Nel colloquio la madre parla di E., esprime la sua gioia per la decisione della figlia ma anche la sua preoccupazione per il malessere emotivo. Riferisce che, secondo lei, la figlia ha deciso di fare un percorso per una "certa ansia" che circola in casa e che lei stessa come madre "favorisce" in modo inconsapevole. La madre parla del padre di E.: la narrazione sembra molto proteggerlo e quasi rafforzare la sua presenza nella vita di E., ma ci sono episodi a cui accenna e parole che portano l'ascoltatore a percepire tutto l'opposto. Sono separati da 15 anni ed E. ha una sorella di 13 anni che il padre ha avuto dalla nuova compagna (si sposeranno il prossimo mese). La madre riferisce inoltre che a marzo del 2022 scopre di avere un tumore al pancreas, di esserne guarita a ottobre dello stesso anno, ma che qualche mese fa ha avuto una recidiva per cui effettua cicli settimanali di chemioterapia. La madre non riesce a lavorare da un anno e mezzo circa a causa della sua salute fisica. Nel pieno flusso delle parole della mamma, inizio a lavorare sul consenso informato per muovermi all'interno delle dinamiche familiari, per capire gli spazi e i significati interni al nucleo familiare, per avere informazioni sulle relazioni e decido di dire alla madre che, se E. decide di iniziare un percorso, come già avevo accennato al telefono, devo informare il padre del mio lavoro per averne il consenso. Creo alleanza con la madre lavorando sulla necessità di lasciare protetto lo spazio terapeutico di E. mantenendo il segreto professionale di quanto detto in terapia (Pierlorenzi, Scribano, 2003), e favorendo la comprensione da parte sua dell'importanza di uno spazio da proteggere. Restiamo d'accordo che le invierò via email lo scritto di quanto riferito a voce in modo da apporre la firma a conferma di quanto detto. La stessa modalità si farà con il padre di E. La madre appare molto disponibile nei confronti dello spazio terapeutico di E., non chiede di avere una sorta di restituzione dell'andamento della terapia o

incontri per lei per poter avere indicazioni su come aiutarla, nel pieno rispetto del mondo emotivo della figlia.

Dopo questa parte iniziale decido di restare sola con E. per darle spazio e concederle un primo contatto a due con me. La madre esce dalla stanza e resta in sala di attesa. E. mi parla della sua quotidianità, non fa sport e per lei è centrale la scuola e lo studio. Frequenta l'ultimo anno di liceo classico: liceo che ha voluto a tal punto da effettuare un cambio dal liceo scientifico a fine primo anno, per accedere con un esame al secondo anno di classico. Inizia a parlarmi della sua "ansia" di essere impreparata a scuola, di non poter prendere un voto più basso del precedente (ha tutti voti al di sopra dell'8), "pretendo tanto da me nello studio", "devo prendere voti alti per me, devo essere perfetta". Invitata a narrarsi ancora su questo aspetto, specifica che non è la madre a metterle ansia o a dirle che deve essere brava a scuola; insiste sul fatto che è lei che ci tiene alla sua reputazione, che si obbliga, che teme che un singolo voto più basso possa far cambiare il giudizio su di lei. I sintomi che riferisce sono "chiusura dello stomaco, tremore e rossore nel volto nel momento della prestazione, agitazione corporea".

Informo E. su chi sono come professionista, sulle principali caratteristiche del percorso terapeutico, sui miei doveri in relazione al segreto professionale per tutelarla (Pierolorenzi, Scribano, 2003; Scribano, 2007). Mi soffermo sul fatto che prima della maggiore età posso avere un confronto con i suoi genitori ma che eventualmente lei ne sarà informata, che può essere presente e che non saranno riferiti elementi specifici del suo processo terapeutico. La informo che derogo al segreto professionale solo in caso di pericolo di vita ed E. ascolta e osserva la "prestazione professionale" della psicoterapeuta. Utilizzo tale fase per creare e tessere un'alleanza terapeutica che, se pur in superficie presente, sembra essere ovviamente ancora in costruzione. Appare chiaro che E. stia anche osservando la terapeuta per "valutarne" la professionalità. Per il consenso informato del padre mi prendo del tempo per poterlo agire nel processo terapeutico, non avendo potuto ancora esplorare con E. informazioni sulla loro relazione.

Pur prendendo in carico E. dal punto di vista sanitario, pur sapendo l'importanza di agire il consenso informato, non lo faccio immediatamente (divento in apparenza "imperfetta"), volendolo utilizzare al meglio al fine di favorire un eventuale cambiamento nella dinamica padre – figlia. Il primo incontro volge al termine e ci diamo appuntamento per la settimana successiva.

Al **secondo incontro** aiuto E. ad esplorarsi nella parte interna che l'ha portata o la porta a "non essere perfetta", le chiedo se ha mai fatto marachelle nella sua vita e dice: "una sigaretta, pochi tiri una sola volta". Le chiedo se c'è qualcosa che, secondo lei, io devo sapere per poterla aiutare e lei "ho una cosa da dire ma che mi imbarazzerebbe". Da lì un fiume di parole sulle sue "fisse invalidanti" come le definisce lei: una sequenza, soprattutto prima di dormire, di azioni da fare in un certo modo e oggetti da mettere in modo "dritto"; la sua routine, comune a tanti adolescenti prima di andare a dormire, diventa una rigida sequenza (le pantofole perfettamente in parallelo alla mattonella, i vestiti impilati precisamente sulla sedia, 8 sorsi di acqua, la lampada da spegnere tre volte di seguito, la lettura degli ml delle sue creme ogni sera) altrimenti "succede qualcosa di brutto", "deve essere tutto dritto e perfetto". Altre sequenze si palesano durante la giornata come il contare il numero delle lettere nelle parole da dire, il dividere in sillabe le parole dette. Aggiunge, sollecitata, di non ricordarsi

quando sono iniziate, “forse in terza media”; sa solo che sono aumentate, che si sforza a volte di non farle e non ci riesce, si rende conto che non hanno senso e se ne vergogna; aggiunge che se qualche volta, per stanchezza fisica, non ha fatto un’azione è successo “qualcosa di brutto” (un voto che non voleva, una interrogazione non programmata). Lavoriamo sul senso di “onnipotenza” che ha (fa una cosa in un certo modo e il suo potere crea positività il giorno dopo), sulla sensazione che basta una “bacchetta magica” per far andare bene le cose e per controllarle, sulla sua necessità di controllare gli eventi, sulle emozioni provate quando la sua vita si è destabilizzata per la separazione prima dei genitori e per la malattia e per la recidiva della madre dopo.

Durante la seduta mi prendo un tempo per esplorare il rapporto con il papà: E. mi dice, con espressione delusa, che non le ha chiesto nulla a seguito del primo incontro con la psicologa; che lo sente periferico nella sua vita, che non le è stato vicino quando la madre si è ammalata e anche adesso non lo sente un punto di riferimento. Si evidenzia una tristezza e anche una sensazione di non possibilità di cambiamento: “è stata sempre mamma che mi ha portato dai dottori, non mi sembra strano che papà non senta l’esigenza di conoscerti”. Sento E. troppo in sofferenza per l’assenza del padre, ma nello stesso momento non appare questo il tempo per poterci lavorare attraverso il consenso informato: il padre viene raccontato come molto impegnato per il matrimonio che avverrà dopo una settimana da quell’incontro. E’ la stessa E. che mi dice che vorrebbe essere lei a parlare del consenso informato al padre: se da una parte E. vuole normalizzare tale momento (è normale che sia una figlia a chiedere al padre), dall’altra è quasi alla ricerca di una esposizione al rischio di esclusione da parte del padre. Le rimando che, se sente che questo per lei è reggibile, può farlo ma di essere pronta ad aiutarla e sostenerla nella risposta negativa che eventualmente avrà dal padre.

Il **terzo incontro** è a ridosso del matrimonio del padre. E. mi parla del vestito che indosserà: vestito che ha dovuto comprare lei; il padre non le ha chiesto nulla e non si è offerto per comprarglielo. Risulta evidente che da una parte abbiamo un padre che sembra non occuparsi e preoccuparsi della figlia e del suo mondo emotivo, dall’altra abbiamo una figlia che tende ad escluderlo, che non chiede, che non lo informa, non lo include nel suo mondo. E. sembra provare una sorta di soggezione nel parlare con il padre, anche nell’inviargli messaggi sul cellulare: “devo pensare tanto alle frasi che dico perché sento che lui li rigira a suo vantaggio oppure non ottengo quello che voglio, è sempre svalutante”. Questa diventa una occasione per rimandarle che non importa la risposta di lui alle sue richieste, ma che serve a lei chiedere: “serve a te non a lui”. Riprendo il consenso informato da avere dal padre in termini di “prenderci quello che vogliamo”, rinforziamo questo nuovo concetto ed E. conclude il terzo incontro dicendo “voglio sentirmi libera di chiedergli le cose e voglio ottenere quello che voglio”. E’ a questo punto che le dico di non voler essere neanche io “complice della latitanza di papà” e che, dopo il matrimonio, lei dirà al padre di venire a studio perché la dott.ssa lo vuole conoscere come ha fatto con la mamma, “anche ma non solo” per informarlo del lavoro che sarà fatto e per avere il suo consenso al trattamento.

Questo servirà a E. per vivere una esperienza emozionale correttiva dove è lei che chiede in modo chiaro per costruire una realtà diversa: un padre non più latitante. E. resta colpita in modo evidente dal suo vedersi complice nella “latitanza” del padre: prospettiva che non vedeva. Con questa modalità la accompagno “oltre”: non deve solo riferire al padre che è necessario che legga e firmi un modulo “aspettando” la risposta che desidera (e cioè un padre che dice di volermi conoscere), ma deve chiedere in modo chiaro ed esplicito al padre di

venire con lei a studio come ha fatto la madre. Chiaramente rimando a E. che non stiamo parlando semplicemente di un padre che viene a conoscere il professionista, ma di un padre che si avvicina per la prima volta al mondo emotivo della figlia: entrare nella stanza per poi uscirne significa entrare nel mondo dei bisogni, delle emozioni, delle fragilità e delle risorse della figlia.

Al **quarto e quinto incontro**, E. racconta del matrimonio del padre, di essere stata bene e dedichiamo la seduta alla sua tendenza a “procrastinare”: si apre sempre più, mettendo da parte il giudizio e l’immagine che deve dare di perfetta, per riferire a voce alta che tende a procrastinare “a dire le cose, a fare le cose e soprattutto a studiare”. Riconduce l’ansia per lo studio al fatto che spesso si riduce a fine giornata. Creiamo immagini che la possono aiutare a vedersi meglio e a reagire in modi diversi (Erickson, 1983). Procrastina anche di dire al padre di venire a studio. A tratti quando riprendiamo l’argomento di questa possibilità esprime la sua preoccupazione che lui possa agire una modalità compiacente e perfetta tanto che io possa avere una impressione buona di lui: “lui è molto bravo ad apparire simpatico”. La tranquillizzo dicendole che lei mi ha riportato tanti episodi espliciti della sua sofferenza per un padre assente e che non poteva essere un episodio (in apparenza diverso) a farmi dimenticare tutto questo. Risulta una occasione utile sia per lavorare sulla fiducia nei miei confronti e sia per affidarsi alla mia competenza professionale. Il consenso informato diventa anche in questa occasione una modalità per creare e rinforzare alleanza terapeutica, oltre che lavorare sul giudizio, il controllo e la fiducia.

E. fatica a lavorare sui suoi rituali ed inizia a palesarsi un forte conflitto tra il volersi liberare di questa parte e il vantaggio che ne ottiene in termini di momentanea tranquillità. Risulta predominante la sua paura che accada qualcosa di brutto se non attua i rituali. Sollecitata crea una immagine di questa paura: se la paura fosse un oggetto sarebbe uno strumento di tortura del Medioevo, una palla di piombo con spuntoni e una catena che la regge, fredda e ruvida, pesante su un tavolo. Accompagnata dalla mia voce, riferisce che, se deve prenderla, lo farebbe dalla catena stando attenta perché gli spuntoni pungono. Quando immagina di prenderla il suo sguardo si addolcisce e mi dice che la sta vedendo come strumento e non come arma di difesa e di attacco anche contro lei stessa.

3.2. Il lavoro sul rapporto padre-figlia mediante il consenso informato

Qualche ora prima del **sesto incontro** mi manda un messaggio e mi dice che sarebbe venuto il padre a studio. Arrivato l’orario dell’appuntamento, vedo E. da sola in sala di attesa. Entrata in stanza mi dice che il padre l’ha presa da casa per accompagnarla, ma in macchina E. ha trovato la sorella. Arrivati davanti al portone, E. ha chiesto ugualmente al padre di salire e il padre ha riferito di non aver capito che doveva esserci anche lui. E., perplessa, dice di essersi stupita che il padre non avesse capito bene. La delusione è forte in E. anche se a tratti esprime la sua gioia per aver fatto qualcosa che non aveva mai fatto: anche se non ha raggiunto l’obiettivo ha parlato con il padre di una parte della sua vita; gli ha detto “vieni a parlare con la mia psicologa”. Sono molto complessi questi passaggi terapeutici: muoversi per includere la figura genitoriale comporta alcuni rischi e cioè l’ennesima delusione nel figlio e quindi il rinforzare l’idea di un padre assente. Anche se avevamo posto attenzione a questo passaggio, la delusione negli occhi di E. è molto forte. La presenza in macchina della sorella (casuale) peggiora il senso di esclusione di E.. Se da una parte lavorare per portare il genitore a studio,

attraverso il consenso informato, può essere la prima esperienza emozionale correttiva funzionale alla coppia padre - figlia, dall'altra può essere fonte e rinforzo di delusione e di esclusione. Torno all'immagine creata nella precedente seduta: invito E. a vedere attorno alla palla di piombo con gli spuntoni; adesso riesce a vedere un deserto con una "nebbia di sabbia" che le impedisce di guardare bene. Nonostante ciò E. riesce, sollecitata e incoraggiata, a lanciare la palla prendendosi la sensazione di forza e di soddisfazione nel farlo: non importa dove va la palla e che succede; importa solo in questo momento che la lanciamo e superiamo la sensazione di farci male. La sostengo a finire la scena vedendo che, se prima di lanciarla provava solo paura, adesso è comparso il coraggio. Rendo evidente quanto il simbolico della scena creata significhi che non dobbiamo vedere se abbiamo raggiunto l'obiettivo di far venire papà a studio, ma dobbiamo vedere che abbiamo raggiunto l'obiettivo di iniziare a non procrastinare, iniziare a fare richieste a nostro papà, a mettere fuori le nostre esigenze e volontà, a parlare con papà. E questo lei lo stava iniziando a fare. Dopo qualche minuto mi guarda e mi dice: "adesso quando ci salutiamo scendo, entro in macchina, aspetto cinque minuti se mi dice qualcosa, altrimenti glielo dico io e spiego con tutti i minimi dettagli che la prossima volta deve prendermi prima da casa, dobbiamo cercare e trovare parcheggio, dobbiamo salire insieme a studio, dobbiamo entrare insieme, tu e lui dovete parlare e poi lui va via...non può non capire". E. da sola sente che deve aggiungere maggiore chiarezza nella comunicazione con il padre. La rinforzo, le dico che sta lavorando molto bene sulla sua sicurezza e che trovo molto funzionale fare il possibile per non creare la "via della latitanza".

Qualche ora prima dell'incontro successivo E. mi conferma la presenza del padre. Lo sguardo di E. quando la vedo entrare in stanza con il padre è chiaramente soddisfatto. Dopo una iniziale conoscenza, informo il padre del percorso terapeutico che E. sta facendo. E' un momento in cui posso presentare E. nella sua esigenza di stare bene, nelle sue risorse, nel suo non voler stare con le sue fragilità, nella sua forza. Sottolineo come in questo processo di cambiamento non può non esserci il padre e il suo consenso, che rappresenta il prendere atto del mondo emotivo della figlia e soprattutto il suo appoggiarla, sostenerla per raggiungere un maggiore benessere. Porto il tema del segreto professionale per lavorare sui confini tra il mondo della figlia e quello del genitore a tutela del benessere della ragazza. Sottolineo che si è voluta la parità tra i due genitori e quindi ci sembrava giusto dedicare lo stesso spazio al padre, come fatto con la madre nel corso del primo incontro. Tocco la relazione della coppia genitoriale, rendendo uguali i due genitori; sento che tale esperienza non è stata molto frequente nella loro vita. Il padre prende la parola dicendo di essere molto contento di essere lì con la figlia e ammette di non aver pensato di conoscermi. In modo molto funzionale inizia a dire di essere molto chiuso rispetto al mondo emotivo della figlia per sua non capacità e che questo gli provoca dispiacere. La figlia lo guarda e lo ascolta con piacere. Prosegue dicendo che, nel momento della separazione dalla madre, lui ha sofferto tantissimo per la lontananza dalla figlia. Aggiunge che non è stato semplice per lui quel periodo come non è stato semplice stare vicino alla figlia quando la madre si è ammalata. Poi improvvisamente dice alla figlia che si dispiace di non averla "tutelata" quando, in un periodo di convivenza con la nuova compagna subito dopo la nascita della sorella, E. veniva esclusa dalla nuova vita familiare. E' una occasione per dire alla figlia di essere stato mancante, di essere stato in difficoltà perché la compagna (adesso moglie) stava attraversando un periodo di forte depressione dopo la nascita della figlia. Aggiunge episodi dove lui in difficoltà non è stato vicino alla figlia che E. a tratti ricorda. E' un momento di forte vicinanza tra il padre e la figlia.

A seguito di tutto ciò la firma del modulo (prima di salutarlo per restare io qualche minuto con E.) diventa realmente un momento finale di un processo terapeutico e non la centralità del consenso informato. La firma del consenso informato scritto diventa necessaria ma non centrale, nella piena consapevolezza che la sostanza è la relazione tra terapeuta e famiglia e soprattutto tra padre e figlia.

A fine incontro, quando resto sola con E., la ragazza mi dice: “non sapevo che aveva sofferto così tanto per il mio distacco subito dopo la separazione; non sapevo che la compagna avesse attraversato un periodo di depressione. Mi ha fatto immenso piacere conoscere queste parti di mio papà; è stato un momento molto intimo e raccolto, unico. Bello! Meno male che esiste il consenso da firmare da parte dei genitori. Grazie dott.ssa!”

3.3. La terapia dopo il lavoro con il padre e il raggiungimento della maggiore età

Nel **settimo incontro** E. ritorna a studio soddisfatta e riferisce di averne parlato con la madre, stupendosi insieme dell'atteggiamento positivo del padre. Inizia il processo di una nuova percezione del padre: non mancante ma in difficoltà, non perfetto perché in difficoltà e non perché trascurante e portatore di esclusione, capace di esporsi nelle sue fragilità, capace di chiedere scusa. Nel ricordare il momento con papà nella stanza della terapia, E. riferisce che il padre da allora le sta mandando messaggi molto belli e lei sente adesso di sapere “come prenderlo per avere la sua attenzione”. Ricomincia a dormire da lui: modalità che aveva interrotto da mesi.

Questo obiettivo raggiunto sembra però un pò far “calare” in E. l'entusiasmo verso la terapia: come se l'obiettivo raggiunto è così importante che la terapia sembra conclusa. Risulta necessario riprendere quindi gli altri obiettivi terapeutici. Occorre riprendere la necessità di lavorare sulla sfera di controllo per poter iniziare ad individuare manovre funzionali a liberarla. Siamo nella fase che esploriamo le emozioni e le esigenze che si nascondono dietro i rituali e i tratti ossessivi, siamo nella fase in cui aumentiamo i rituali per farle sentire quanto è incastrata nel “fare per controllare” piuttosto che “fare per esigenze e bisogni del qui e ora”. Immaginiamo un filo che la rende burattino e che la strattona spostandola da quanto desidera per portarla nel mondo magico e assurdo di fare per far andare bene il futuro. Una occupazione da parte degli studenti a scuola le fa sentire forte i sintomi di ansia e agitazione: aveva programmato interrogazioni e verifiche e adesso è tutto in disordine. Emozione che non riesce a condividere con i coetanei certa di non essere capita in questo. Le emozioni sono altalenanti; il pensiero che appena accade un momento sereno arriva il negativo. E' una fase complessa quella che allo stato sta attraversando E.: sente il “potere” della terapia nel far cambiare le cose, nel far riflettere in modo diverso e nel coinvolgere anche altri (visto quanto accaduto per il legame con il padre); teme quindi di dover abbandonare i suoi rituali, nel senso che teme che abbandonandoli il negativo sarà più forte. Ha bisogno di maggiore forza e sostegno per andare oltre e verificare effettivamente cosa succede e cosa proverà nel momento in cui abbandonerà definitivamente la “bacchetta magica dei suoi rituali”.

Durante i successivi incontri compie i 18 anni, festeggiati come vuole con pochi amici e con i familiari più cari. Riferisce di non cogliere adesso il vantaggio dei 18 anni se non nel giustificarsi da sola le eventuali assenze a scuola. Diventa un'ulteriore occasione per lavorare sul rinforzare l'alleanza terapeutica: rifaccio/faccio il lavoro di avere da lei la firma al consenso al trattamento, che diventa consenso a lavorare per stare bene, a faticare un po' e soprattutto a lasciare andare per stare bene, ad affidarsi all'altro e a non giudicare e sentirsi

giudicati, una piena responsabilità verso il raggiungimento del suo benessere. E. a riguardo dice: “io voglio mettere di nuovo al primo posto il liberarmi di questi rituali, devo contrastare l'altra parte di me che dice “ormai fai esame di maturità e poi li abbandoni”, “devo essere più sicura, ho già raggiunto un obiettivo importante con mio padre”.

La firma in calce al vecchio modulo, vicino a quella dei genitori (viene scelta questa modalità appositamente), assume l'immagine di un simbolo di integrazione e di completezza con i genitori attraverso le loro firme. Questo momento diventa in maniera inaspettata una ulteriore sollecitazione per lei per parlargli ancora del padre. E. riesce a raccontare quanto si sente esclusa per la mancanza di uno spazio pensato per lei all'interno della casa del padre e dell'attuale moglie. Una casa, che nonostante abbia al suo interno tutti gli spazi per dedicarne uno a lei, ne è del tutto priva: E. si “appoggia” (parole sue) nella stanza della sorella dividendo con lei il letto a una piazza e mezza, si appoggia in uno dei tre bagni della casa con i suoi trucchi e le sue creme che porta da casa sua. Situazione che diventa ancora più evidente a paragone della situazione che ha con la mamma nel bilocale: lei ha la camera da letto che era dei genitori (un letto matrimoniale e un armadio a 4 stagioni e una scrivania enorme davanti ad una finestra) e la mamma si è ritagliata uno spazietto minimo nel salone di casa. Partiamo di nuovo da questo per entrare nel mondo emotivo della ragazza, per affrontare e poi iniziare a salutare le sue ossessioni.

Il caso clinico è ancora in corso ma la parte specifica del lavoro sul e mediante il consenso informato al momento sembra giunto al termine.



4. Brevi riflessioni conclusive

A conclusione di questo articolo, basato su questa specifica esperienza clinica, si vuole evidenziare quanto l'approccio strategico integrato ha come parte integrante nella formazione per gli psicoterapeuti l'utilizzo strategico del consenso informato. Una norma deontologica diventa fonte di manovre terapeutiche ad hoc, di terapia centrata sul paziente e di facilitatore di un processo di cambiamento nell'individuo e nelle dinamiche relazionali familiari. I movimenti che il caso clinico ha evidenziato sono stati raggiunti in pochissime sedute e già dai primi momenti del lavoro terapeutico, grazie anche allo strumento del consenso informato. Soprattutto nel lavoro con i minori il consenso informato diventa una preziosa risorsa per raggiungere obiettivi funzionali al miglioramento delle dinamiche familiari, lavorare pienamente in un'ottica sistemica.

Come supervisore clinico e come docente dell'insegnamento di "Etica e psicologia" presso la scuola di specializzazione in psicoterapia Scupsis, voglio evidenziare la rilevanza degli aspetti deontologici nella pratica clinica, come strumenti unici che creano e rinforzano sempre l'alleanza terapeutica, accelerano la raccolta di informazioni sul funzionamento della persona e diventano strumenti di cambiamento individuale e familiare/relazionale.

Confido con questo articolo di aver contribuito ulteriormente a riguardo.



Riferimenti bibliografici

Calvi E. e Gulotta G. (2012), *Il codice deontologico degli psicologi commentato articolo per articolo*, Giuffrè, Roma.

Celia G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Franco Angeli, Milano.

De Leo G., Pierlorenzi C., Scribano M. (2000), *Psicologia, etica e deontologia. Nodi e problemi della formazione professionale*, Carocci Editore, Roma.

Erickson M. (1983), *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma

Pierlorenzi C., Scribano M (2003), "Il segreto professionale in ambito psicologico: aspetti operativi a confronto" in *Rivista di psicologia giuridica* n.2-3- edizioni Sapere

Rogers C.R. (2013), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.

Scribano M. (2019) "La formazione in ambito deontologico secondo l'approccio strategico integrato: riflessioni e prospettive", in *Psicologia Clinica Psicoterapia Oggi*, periodico scientifico, Anno XI numero unico

Scribano M., Zurma S. (2016), "Il consenso informato per i minori nella psicoterapia strategica integrata: la risorsa della bussola deontologica nel caso clinico di un adolescente" in *Psicologia Clinica Psicoterapia oggi*, Anno VIII Numero unico

Scribano M. (2007), "Il segreto professionale nella professione dello psicologo", in F. Petruccelli, I. Petruccelli, *Introduzione alla psicologia giuridica*, Franco Angeli, Milano

Scribano M. (2004), "Il codice deontologico degli psicologi", in F. Petruccelli, I. Petruccelli *Argomenti di psicologia giuridica*, Franco Angeli, Milano



dott.ssa Maria Scribano

Psicologa Psicoterapeuta.

Esperta in psicologia giuridica; Docente presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia strategica integrata- Scupsis, Roma; Psicologa presso Destinazione Minori APS Roma, già Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Roma.

**PSICOLOGIA CLINICA
PSICOTERAPIA OGGI**