

# **Applicazione di alcuni principi di base della psicoterapia strategica a partire da un caso clinico**

## **Introduzione**

Il lavoro riportato di seguito è la descrizione di un caso clinico che ho avuto modo di seguire prima dell'estate scorsa durante il tirocinio ambulatoriale svolto presso l'Asl Ce 1 di Arienzo, distretto 26. La scelta di riportare questo caso e soprattutto la modalità con cui è stato affrontato è dovuta ad un motivo semplice:

mettere in pratica quanto stavo apprendendo dell'approccio strategico durante il mio primo anno di scuola, quindi tenendo presente la metodologia di base della psicoterapia strategica, ovvero che essa si occupa delle relazioni tra le cose e non delle cose in sé, di come i problemi persistono e di come è possibile innescare un cambiamento, piuttosto che del perché i problemi si formano e del perché persistono. Tale approccio è uno specifico

modo di studiare i problemi umani fondato sulla costruzione di modelli centrati sul sistema relazionale entro cui il fenomeno si sviluppa, modelli pensati in funzione di obiettivi piuttosto che su una teoria a priori (Verrastro, lezione di psicoterapia strategica).

### **Descrizione del caso**

A., una bimba di 8 anni, è venuta accompagnata dalla madre e dalla sorella maggiore, di 12 anni, perché da qualche mese “piange spesso durante la giornata anche per sciocchezze e soprattutto non vuole staccarsi da me al momento di andare a scuola al mattino, così comincia pianti a dirotto, a volte non gestibili dalle insegnanti” (questo quanto riportato dalla madre in un incontro, tra me e lei, che ha preceduto il primo colloquio con la figlia minore).

### **Sintesi dei colloqui**

Il caso si è risolto in un ciclo di dieci colloqui in cui è risultato indispensabile chiarire i ruoli e le posizioni di ciascun componente della famiglia e accogliere-contenere la paura di A. di perdere il genitore (la madre).

Il primo passo è stato: imparare a parlare il linguaggio della piccola paziente, costruirmi un varco nella sua timidezza, chiarirle come avremo lavorato insieme e cosa doveva essere fatto per ottenere i risultati desiderati.

Il disagio psicologico era sorto in seguito ad un ritardo della madre nel riprenderla al termine dell'orario scolastico e in concomitanza dell'inizio, da

parte della sorella maggiore, della scuola media inferiore che, terminando alle 13.30, permetteva a quest'ultima di trascorrere più tempo con la madre rispetto ad A., che invece restava a scuola fino alle 16.30.

È stato fondamentale definire il problema, con la madre, ma soprattutto con A., chiarire e *pesare* quel pianto dal punto di vista, prima di tutto, suo proprio e poi degli altri: la famiglia (madre, padre, sorella); le insegnanti; i compagni.

A. si stava creando uno spazio privilegiato in cui: entrava tardi a scuola, usciva prima degli altri bimbi, godeva delle coccole della madre (colpita dai sensi di colpa) e delle insegnanti, nonché maggiore tollerabilità da parte della sorella e dei compagni. Tutti questi vantaggi rischiavano di cristallizzarsi senza un intervento mirato alla **ristrutturazione** che consiste nell'indurre il paziente ad una ricodificazione d'immagini e percezioni della realtà, mediante lo spostamento del punto di osservazione. Se il problema può essere visto e vissuto in maniera alternativa, allora forse può essere affrontato e gestito in maniera efficace, dal momento che la sua esistenza è intimamente associata con la prospettiva di chi è coinvolto( I. Petruccelli lezione di psicologia dello sviluppo).

La definizione degli obiettivi, che di volta in volta abbiamo co-stabilito, rispettando i tempi di A., ci ha permesso di lavorare insieme coinvolgendo anche gli altri membri della famiglia. Sono risultate indispensabili delle **prescrizioni di comportamento** che rivestono un ruolo di rilievo all'interno del modello strategico, in quanto permettono al paziente di sperimentare

cambiamenti comportamentali concreti che rompono i circoli viziosi di azioni, retroazioni e tentate soluzioni che mantengono il problema (I.Petruccelli lezione di psicologia dello sviluppo).

Abbiamo riordinato l'intero programma giornaliero:

dalla colazione, da consumarsi tutti insieme, all'uscire di casa per recarsi a scuola sempre insieme, per evitare alla madre di andare avanti e in dietro ma soprattutto per condividere un momento importante, il mattino, che influisce sulla parte restante del giorno. Ancora, il rispetto delle regole domestiche (aiutare in casa, chiedere prima di prendere qualcosa che non ci appartiene, fare il bagno quando e come prestabilito) è stato associato all'osservanza del regolamento scolastico, che prevede un orario d'ingresso e di uscita e che i genitori lascino i propri figli sull'uscio principale dell'edificio senza accompagnarli nell'aula.

I cambiamenti sono stati gradualmente e proprio quest'ultima cosa concordata ha richiesto più tempo delle altre ma comunque è entrata a far parte delle abitudini di A. insieme alla scomparsa del sintomo.

Esplicitare le regole, i ruoli, i compiti, ha restituito ad A. la sicurezza che la madre non avrebbe più fatto tardi, inoltre, l'essersi chiarite **l'una di fronte all'altra**, riguardo le motivazioni delle loro specifiche preoccupazioni, ha permesso ad A. di recuperare il rapporto con la madre che percepiva minacciato soprattutto in seguito ai cambiamenti nella vita della sorella. Si sono aperte delle **nuove possibilità di comunicazione** tra i vari componenti

della famiglia e chiarito che ogni comportamento ha delle conseguenze piccole o grandi nella vita di ciascuno.

Dopo i primi incontri la madre riferiva che le cose, sia a casa che a scuola, andavano molto meglio ma quel pianto al mattino continuava.

A questo punto, dopo aver prescritto compiti specifici (**prescrizioni dirette**) ho cercato di spostare il sintomo allo scopo di ridurre l'intensità del disturbo presentato (**prescrizioni indirette**): fu data ad A. la possibilità di organizzare la sua festa di compleanno e di preparare dolci e quant'altro, con la madre e la sorella, invece di comprare tutto come al solito, questo perché, "ponendo uno stesso evento, all'interno di diversi contesti e guardandolo da prospettive diverse, questo cambia completamente il suo valore" (Nardone - Watzlawick, L'arte del cambiamento).

L'alleanza tra le tre donne e quella terapeutica ne risultò rafforzata e il clima domestico si modificò in positivo. Le cose procedevano bene ma quel pianto persisteva. Non nascondo, un senso di impotenza e di inefficacia delle strategie adottate, insieme alla paura di sbagliare, che poi, si sa, è la garanzia per fare meglio. Dopo la lettura di parte del materiale didattico e attente riflessioni ho utilizzato una **prescrizione paradossale** (queste prescrizioni di comportamento utilizzano la prescrizione del sintomo creando la situazione paradossale di dover eseguire volontariamente ciò che è involontario. I.Petruccelli, lezione di psicologia dello sviluppo):

le ho chiesto di piangere prima di entrare a scuola per la durata di tempo prestabilita, che di volta in volta sarebbe diminuita fino a diventare zero, ovvero, niente più lacrime. E così è stato, A. non ha rispettato gli intervalli prescritti ma in ogni modo, il tempo del pianto si è ristretto fino a scomparire. L'abitudine di dover essere accompagnata all'ingresso principale della scuola e non più nell'aula, fu il nostro ultimo obiettivo, definito chiaramente come tale nei nostri incontri iniziali, dopodiché avremmo potuto decidere di salutarci con la promessa di ritrovarci se fosse sorto un altro "piccolo problema".

A., quando sentì di essere pronta , fu lei a ricordarmi l'ultimo obiettivo prefisso e riuscì a raggiungere in una settimana quanto concordato:

la madre poteva lasciarla all'ingresso principale, come facevano le altre madri. Inoltre, e fu lei stessa a dirmelo, era rassicurata dal fatto di poter bussare ancora alla mia porta se ne avesse avuto bisogno, i bambini, infatti, basano i propri rapporti sulla fiducia molto più degli adulti e questo sentimento rappresenta da solo la motivazione a fare.

## **Conclusioni**

A. sapeva di "essere guarita", non sentiva più quella tristezza che sfociava in un pianto a dirotto, si era impegnata ma non solo lei, anche la madre, il padre, la sorella, avevano scoperto di possedere altre *risorse*:

**la capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, la collaborazione tra tutti, il potere della comunicazione.**

In realtà, e qui riprendo un passo di J.Haley, “il sintomo non può essere superato senza produrre nella situazione sociale di una persona un radicale cambiamento che la renda libera di crescere e di svilupparsi”( J.Haley, Terapie non comuni ).

Non so se sia stata la prescrizione paradossale a provocare la remissione del sintomo oppure la serie di piccoli cambiamenti; forse avrei potuto adoperare prima la prescrizione del sintomo e raggiungere più velocemente l’obiettivo richiesto. I dubbi che mi sono posti, durante e dopo il percorso terapeutico, sono tanti e hanno trovato in parte, chiarimento nelle parole degli autori consigliati, in parte in quelle dei docenti della scuola.

J. Haley, riprendendo Erickson dice “le crisi di ansia che sono il frutto di una situazione relazionale eccessivamente rigida, non possono essere risolte finché il terapeuta non interviene aiutando il paziente a trovare nella sua vita un numero maggiore di alternative” ( J.Haley, Terapie non comuni ).

Ancora, scrive Haley: “i problemi che si presentano lungo l’arco del ciclo vitale della famiglia sono patrimonio esclusivo della nostra specie”, basta riconoscerli e, come in questo caso, il sintomo ci aiuta ad individuarli, per poi mettere in atto strategie di azioni e comunicazioni pensate su misura di quella famiglia in quella precisa fase del ciclo vitale.

Ad esempio, riportare in campo il padre, che sembrava essere relegato in panchina dalla triade femminile, è risultato molto importante, sia per il costituirsi di nuove alleanze sia per rafforzare il ruolo genitoriale del padre ma

anche della madre; altra cosa funzionale alla crescita della famiglia è stato stabilire dei momenti di dibattito, durante la giornata, che restituivano uguale spazio a tutti e quattro i componenti, a tal proposito si decisero anche le posizioni da occupare intorno al tavolo (il criterio fu a rotazione); furono introdotti una serie di piccoli cambiamenti nella vita quotidiana che provocavano riflessioni, principalmente nella mente di A., spunto per i nostri incontri. Inoltre, l'alleanza terapeutica si costituì senza particolari resistenze perché A. era una bambina fiduciosa inserita in una famiglia attenta e disposta a collaborare, solamente un po' confusa e spaventata dai cambiamenti che stava percependo, non solo lei ma anche gli altri membri, il sintomo "della famiglia" ha permesso a tutti di ascoltare, osservare e agire evitando di irrigidirsi e quindi impedire al sistema di progredire.

Ci sono tante altre tecniche e strategie che uno psicoterapeuta stratega deve conoscere e soprattutto fare proprie, sono solo all'inizio e spero di non aver fatto molti errori, del resto ci sono ancora tre anni di studio e conoscenza a riguardo da approfondire, col mio impegno e col sostegno dei docenti della scuola.

## Bibliografia

- Haley, J., 1973, *Uncommon therapy*, New York, Norton; tr. it. *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1976.
- Nardone, G., Watzlawick, P., 1990, *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Firenze, Ponte alle Grazie.
- Gulotta, G., 1997, *Lo psicoterapeuta stratega*, Milano, Franco Angeli.
- I. Petrucelli, *Lezioni di Psicologia dello Sviluppo*, anno 2007.
- V. Verrastro, *Lezioni di Psicoterapia Strategica*, anno 2007.