

Gli Ostacoli all'alleanza terapeutica in età evolutiva

Giulia Celidonio¹

¹Atèpsy Ambulatorio territoriale di Psicologia Roma

Riassunto

Questo lavoro nasce da una riflessione data dall'esperienza clinica e dalle difficoltà che si possono riscontrare nel lavoro con l'età evolutiva. Le caratteristiche peculiari della terapia con i bambini possono compromettere la buona riuscita del percorso, a partire dal fatto che per la maggior parte dei casi si tratta di pazienti che non decidono volontariamente di iniziare una psicoterapia. Per questo è importante porre una riflessione su queste caratteristiche anche alla luce dell'influenza che possono avere sulla costruzione dell'alleanza terapeutica. Dopo una breve analisi di tali peculiarità, la seconda parte del lavoro si focalizza sugli ostacoli che possono intercorrere, tenendo in considerazione tre fattori principali: quelli interni al paziente (quali ad esempio gli aspetti cognitivi o linguistici), quelli interni al terapeuta e infine i fattori contestuali (contesto familiare e scolastico). L'ultima parte è volta ad offrire possibili strategie di risoluzione di tali ostacoli, sia in base alla letteratura sia attraverso l'esperienza clinica. Il lavoro in età evolutiva necessita di un continuo adattamento che segua l'evoluzione del bambino, ponendo grande importanza alla costruzione di un'alleanza e quindi di un legame, di obiettivi e compiti che siano condivisi.

Parole chiave: età evolutiva, alleanza terapeutica, CBT

The obstacles to the therapeutic alliance in childhood

Abstract

Giulia Celidonio, Gli ostacoli all'alleanza terapeutica in età evolutiva, N. 31, 2023, pp. 18-42.

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

This work was driven by a reflection given by clinical experience and the difficulties that can be encountered while working with childhood. The peculiar characteristics of therapy with children can compromise the success of the process, starting from the fact that in most cases these are patients who do not voluntarily decide to start psychotherapy. For this reason it is important to reflect on these characteristics also in light of the influence they can have on the construction of the therapeutic alliance. After a brief analysis of these peculiarities, the second part of the work focuses on the obstacles that may arise, taking into consideration three main factors: those internal to the patient (e.g. such as cognitive or linguistic aspects), those internal to the therapist and finally the contextual factors (family and school context). The last part is aimed to offering possible strategies for resolving these obstacles, both based on the literature and through clinical experience. Work in developmental age requires continuous adaptation that follows the evolution of the child, placing great importance on building an alliance and therefore a bond, objectives and tasks that are shared.

Keywords: developmental age, therapeutic alliance, CBT

Introduzione

Il presente lavoro nasce da una riflessione data dall'esperienza clinica nel lavoro con l'età evolutiva. La terapia con i bambini presenta delle caratteristiche peculiari che talvolta possono compromettere la buona riuscita del percorso. L'obiettivo della tesi è proprio quello di riflettere innanzitutto su tali peculiarità e su come queste influenzino la costruzione dell'alleanza terapeutica tra terapeuta e bambino. Si tratta di pazienti che per la maggior parte non scelgono di iniziare un percorso terapeutico, spesso non conoscono la figura dello psicoterapeuta e presentano, a seconda dell'età, determinate competenze a livello cognitivo. La seconda parte del lavoro è dedicata ad approfondire, proprio a partire dalle caratteristiche esposte sopra, i possibili ostacoli nella relazione terapeutica. Si analizzeranno gli effetti dei diversi fattori in gioco e quindi i fattori interni al bambino, le caratteristiche del terapeuta e i fattori ambientali quali il contesto familiare e scolastico. Infatti, non solo il terapeuta dovrà adattare i contenuti della terapia al bambino, con una modalità flessibile, dinamica e di condivisione, ma dovrà tener conto del ruolo fondamentale della famiglia e degli insegnanti lungo il percorso terapeutico. Nell'ultima parte verranno presentate possibili strategie di superamento di tali ostacoli e per

farlo verranno esposti due esempi clinici di possibili strategie creative ludiche da proporre per poter entrare in contatto con il bambino e attivare il processo di costruzione di una buona alleanza.

Caratteristiche della psicoterapia in età evolutiva

Spesso, nell'immaginario comune, risulta difficile rappresentarsi come i bambini possano essere dei pazienti adatti ad un lavoro terapeutico. In realtà i bambini rispondono molto positivamente alla psicoterapia, a condizione che i presupposti necessari per il lavoro con l'adulto (l'alleanza, il contratto, la condivisione degli obiettivi) vengano adattati alle caratteristiche e capacità di quel bambino e quindi ai suoi canali comunicativi e al suo livello cognitivo. Il terapeuta dovrà quindi stipulare un contratto chiaro e condiviso con il bambino, assicurandosi che questo abbia pienamente compreso: il piccolo paziente è consapevole di essere ascoltato dal terapeuta in modo diverso da come accade nei suoi contesti di vita, dall'altra parte il terapeuta utilizza il gioco, il disegno, le storie per rendere comunicabile la sofferenza del bambino. Le regole del setting tipiche del lavoro con l'adulto presentano necessariamente dei limiti rispetto al lavoro con il bambino, richiedendo al terapeuta una notevole flessibilità e la capacità di monitorare, comprendere e gestire in modo adeguato e costante le risonanze emotive più o meno intense che verranno sollecitate. Il setting terapeutico dovrà quindi adattarsi ed essere pensato per lui, uno spazio accogliente e che stimoli la sua curiosità. Questo spazio, definito anche da regole e confini, diventerà un punto di riferimento all'interno della vita del paziente.

Inoltre, nel lavoro clinico in età evolutiva bisogna inevitabilmente tenere in considerazione i diversi contesti e sistemi relazionali in cui il bambino è inserito: il contesto familiare, quello scolastico, i pari, i gruppi sociali di riferimento. In particolare sarà importante la costruzione di un clima di condivisione e un rapporto collaborativo anche con i genitori, basato su una fiducia reciproca. I genitori dovranno infatti necessariamente essere coinvolti e sarà quindi importante aiutarli a comprendere, a livello cognitivo ed emotivo, la decisione di intraprendere una terapia. La richiesta di una terapia può avere origini molto diverse: talvolta il motivo della consultazione

è legato al bisogno di confrontarsi rispetto ad una preoccupazione relativa alla crescita del figlio, altre volte nasce da un comportamento segnalato dagli insegnanti o da consigli ricevuti da amici o parenti. Altre volte ancora i genitori arrivano in studio portando un bambino che sta esprimendo il proprio malessere e quello della sua famiglia attraverso un sintomo evidente e persistente, talvolta anche molto invalidante. Una volta avviato il percorso la famiglia sarà coinvolta con momenti di incontro volti al sostegno e all'analisi dell'andamento del processo e alla chiarificazione di eventuali dubbi (Lambruschi, 2014).

In generale l'intervento cognitivo comportamentale necessita perciò di un adattamento peculiare al livello di sviluppo cognitivo del bambino, che tenga conto delle capacità intellettive, linguistiche e di quanto il paziente riesca ad assumere prospettive diverse (Di Pietro & Bassi, 2013).

Sono molti i tipi di trattamento che risultano efficaci per una grande varietà di problematiche, ma è anche ampia la varietà di risultati ottenuti nel lavoro con i giovani che ricevono un trattamento. La terapia in età evolutiva presenta appunto sfide maggiori rispetto a quella con 'adulto, per cui sembra logico che l'alleanza terapeutica debba ricevere la giusta attenzione come fattore critico nello spiegare tale variabilità di esiti.

La costruzione dell'alleanza terapeutica nel lavoro con i bambini e gli adolescenti

Nella psicoterapia cognitiva, fin da subito è stata posta molta enfasi sull' *empirismo collaborativo*, sulla caratteristica di collaborazione nel rapporto terapeutico, sulla condivisione chiara fra terapeuta e paziente rispetto ai compiti e agli obiettivi da raggiungere. Appare quindi evidente l'importanza di tenere conto dei processi interpersonali che si manifestano in terapia al fine di aiutare il paziente nel suo percorso di crescita. La forza dell'alleanza è in funzione della connessione e vicinanza tra quelle che sono le esigenze di quella particolare relazione terapeutica e le caratteristiche personali del paziente e del terapeuta (Baylis, et al, 2011). L'attenzione a tali processi risulta ancora più importante nel lavoro con i più giovani, in quanto è evidente il nesso tra fattori relazionali e l'efficacia del percorso psicoterapeutico.

L'alleanza terapeutica, come definita da Bordin (1979, cit. in DiGiuseppe et al. 1996), consta della comprensione reciproca e del consenso circa gli obiettivi del cambiamento e i compiti, necessari a raggiungere tali obiettivi; azioni e compiti che si svolgono mentre viene creato un legame necessario a sostenere il processo di collaborazione attiva tra paziente e terapeuta e caratterizzato da fiducia e accettazione reciproca. Bordin (1979 cit. in DiGiuseppe, 1996) sostiene che uno dei compiti del terapeuta è proprio quello di rendere questo processo pertinente rispetto alle preoccupazioni o agli obiettivi che porta il paziente (Baylis et al., 2011).

La ricerca per quanto riguarda la psicoterapia con l'adulto ha posto particolare enfasi sul ruolo dell'alleanza terapeutica quale variabile predittiva dei cambiamenti psicoterapeutici, mentre è stata meno studiata nell'ambito dell'età evolutiva (Di Giuseppe, 1996). Inoltre, sebbene sia chiara l'importanza di approfondire questi temi, pochi studi hanno fornito strumenti pratici per aiutare i terapeuti nella formazione e il mantenimento dell'alleanza (Karver et al., 2019). I clinici che si occupano di bambini e adolescenti pongono particolare impegno nel cercare di coinvolgere i giovani nel trattamento. Spesso questo impegno e sforzo non sono efficaci tanto che il *drop out* risulta essere molto elevato (Baylis et al., 2011). Tutto il processo diagnostico e terapeutico sono influenzati dalla qualità della relazione terapeutica costruita con il bambino e con la sua famiglia. Tale influenza si evince in ogni fase del percorso, per cui rappresenta una variabile fondamentale su cui porre attenzione. (Lambruschi, 2014).

Prima di analizzare i fattori predisponenti nell'alleanza con il bambino, occorre riflettere sugli elementi che predispongono la persona verso un cambiamento, poiché questo potrà rendere ancora più evidenti le peculiarità e le possibili difficoltà nel lavoro con i bambini.

Per poter comprendere il ruolo dell'alleanza terapeutica, Prochaska e DiClemente (1998, cit. in DiGiuseppe 1996) hanno proposto un modello dell'attitudine che le persone hanno verso il cambiamento:

- 1) Il primo stadio di cambiamento è chiamato stadio precontemplativo e riflette il desiderio di non cambiare;
- 2) Il secondo è quello contemplativo in cui le persone iniziano a riflettere sulla possibile desiderabilità del cambiamento;

- 3) Nello stadio dell'azione le persone attuano concretamente i passi per il cambiamento;
- 4) Nello stadio del mantenimento si consolidano i cambiamenti.

Le persone tendono ad essere più predisposte a chiedere aiuto nello stadio contemplativo o in quello dell'azione, questo perché desiderano esplorare i possibili vantaggi del cambiamento. Ne conviene che i pazienti più complessi nella psicoterapia con l'adulto saranno quelli forzati a venire contro la loro volontà. Questo apre un'importante e diretta riflessione sulla psicoterapia nell'età evolutiva e su ciò che rende particolare e allo stesso tempo maggiormente complesso la costruzione di un'alleanza terapeutica: si tratta di pazienti che tendenzialmente non decidono di iniziare un percorso. Questo non è però l'unico elemento da tenere in considerazione in quanto spesso vi è scarsa consapevolezza di sé e delle proprie difficoltà. Di Giuseppe e collaboratori (1996) sottolineano come il fattore di maggiore ostacolo per la motivazione al trattamento nei bambini sia la scarsa consapevolezza rispetto ai loro problemi e il non voler cambiare. Per far sì che la psicoterapia con i bambini e gli adolescenti diventi più efficace sarà importante tener conto di come il fatto di essere stati portati in terapia può avere un effetto su due degli elementi dell'alleanza terapeutica, così come descritta da Bordin. Infatti il bambino può non concordare sugli obiettivi da raggiungere e può non essere predisposto ad eseguire quei compiti necessari nel raggiungimento degli obiettivi. Un altro fattore su cui la ricerca deve focalizzarsi sono gli insight e le esperienze che tendenzialmente fanno sì che le persone passino da una fase precontemplativa del cambiamento ad una fase di azione. Se si comprendono i processi interni che portano al cambiamento, sarà possibile concettualizzare i problemi dei pazienti forzati ad iniziare terapia e quindi in particolare di bambini e adolescenti. Sono fondamentali quindi tecniche e interventi volti prima di tutto, a sviluppare un insight rispetto alle difficoltà di questi pazienti e a incrementare la tendenza al cambiamento. La consapevolezza dei propri problemi e la motivazione sono associate ad un più positivo risultato nell'alleanza, ad una miglior partecipazione, al completamento del trattamento e a risultati migliori (Hawley 2002 cit. in Baylis et al.,2011).

È possibile riformulare a questo punto una definizione di alleanza terapeutica positiva in età evolutiva come una relazione contrattuale, di accettazione, rispettosa e calorosa tra un bambino-

adolescente e un terapeuta tesa alla mutua esplorazione o all'accordo sui modi attraverso cui il bambino-adolescente può modificare in meglio il proprio funzionamento sociale, emotivo o comportamentale e la mutua esplorazione o l'accordo sulle procedure e i compiti che possono far raggiungere tali cambiamenti” (DiGiuseppe et al., 1996 pp. 87).

Come già accennato in precedenza, non è possibile parlare di alleanza terapeutica in età evolutiva senza considerare la qualità della relazione genitori-terapeuta quale predittore di una buona riuscita del percorso. Hawley e Weisz (2005 in Feinstein et al., 2009) affermano che una relazione forte tra i genitori e lo psicoterapeuta risulta significativamente correlata ad una maggiore partecipazione della famiglia alla psicoterapia, un minore rischio di drop out e un maggior consenso del terapeuta nel concludere il percorso. Questi dati indicano quanto sia importante considerare i fattori legati ai contesti di vita del bambino o adolescente e alle figure di riferimento nel processo di costruzione di una buona alleanza terapeutica.

In conclusione nella terapia in età evolutiva sarà importante prestare attenzione a quei fattori relazionali di cui tengono conto i bambini e gli adolescenti, integrando e considerando nel lavoro il loro punto di vista. Questo permette una migliore comprensione dei loro vissuti rispetto alla relazione terapeutica e quindi sarà possibile una buona alleanza e risultati migliori (Bedi 2006 cit. in). L'alleanza non si sviluppa passivamente, ma si costruisce nel tempo, attraverso un approccio focalizzato sull'aiutare il bambino o l'adolescente a risolvere le difficoltà, tenendo conto anche di ciò che loro desiderano e vogliono per se stessi (Baylis et al. 2011).

Gli Ostacoli all'alleanza terapeutica in età evolutiva

Alla luce di quanto illustrato fin ora appare evidente che il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica con un bambino può incontrare numerosi ostacoli. Per molto tempo si è ritenuto che il focus principale, necessario e sufficiente ad apportare il cambiamento in psicoterapia con i bambini e con gli adolescenti fosse il legame (DiGiuseppe et al., 1996). In realtà un bambino può avere piacere a passare il tempo con il terapeuta ma opporre resistenza nel partecipare attivamente alla terapia: questa però non può essere definita come alleanza terapeutica, quanto piuttosto una relazione positiva (Karver, 2019). Non è stata quindi

considerata l'importanza degli altri due elementi: gli obiettivi e i compiti. In realtà, proprio come è stato esposto precedentemente, uno degli ostacoli deriva proprio dalla difficoltà nel raggiungere un accordo rispetto agli obiettivi. Questo problema può essere spiegato partendo da tre punti di vista differenti, fattori che includono al loro interno ulteriori possibili ostacoli alla costruzione dell'alleanza terapeutica: i fattori interni al bambino, i fattori interni al terapeuta e i fattori contestuali.

I fattori interni al paziente

L'accordo sugli obiettivi, cruciale rispetto all'alleanza, può essere compromesso dalla mancata consapevolezza di bambini e ragazzi dei loro problemi: se i bambini non sono in grado di autovalutarsi e identificare le proprie difficoltà, difficilmente riusciranno a partecipare in modo attivo e collaborativo al percorso terapeutico (DiGiuseppe et al., 1996). Ma da cosa dipende la capacità di autovalutarsi ed essere consapevoli di se stessi? La risposta a questa domanda mette in luce un altro aspetto cruciale: il paziente in età di sviluppo subirà moltissimi cambiamenti negli anni e per questo bisogna sempre tener conto delle capacità intellettive, linguistiche, di memoria e il livello di capacità di assunzione di prospettive diverse in quel momento, considerando che evolveranno nel tempo (Di Pietro & Bassi, 2013). Tornando alla capacità di valutarsi ed essere consapevoli di se stessi, soprattutto con i bambini più piccoli sarà facile riscontrare una mancata distinzione tra l'idea di sé ideale e quella reale, con un'elevata probabilità di sovrastimare le proprie competenze e sottostimare le fragilità. Molti bambini e adolescenti giungeranno in terapia senza aver sviluppato ancora le competenze necessarie a valutare e riflettere sulle loro problematiche emotive e comportamentali, portandoli a pensare di non aver bisogno della terapia. Un primo elemento di cui tener conto è la tendenza, nell'adattare l'intervento ad un livello troppo basso. In questo il rischio è rimandare al bambino una certa immagine di lui facendolo sentire non validato e riconosciuto per le sue capacità. Possibili conseguenze potrebbero essere da parte del paziente un atteggiamento di chiusura e oppositività. All'opposto, a volte si potrebbe fare l'errore di un intervento troppo elevato, per cui il bambino riuscirà con difficoltà ad impegnarsi attivamente. Lo psicoterapeuta dovrà quindi

essere molto attento nel livello delle richieste fatte al paziente e quindi anche del tipo di tecniche utilizzate.

Come accennato in precedenza, anche gli aspetti linguistici, se non considerati possono rappresentare un ostacolo: il lavoro terapeutico si basa sul dialogo e la comunicazione verbale è il canale attraverso cui si esprimono emozioni e pensieri al fine di raggiungere una maggiore conoscenza, comprensione e consapevolezza di se stessi. Non tenere conto delle abilità linguistiche del bambino potrebbe ostacolare non solo l'alleanza terapeutica, facendo percepire al bambino una 'distanza' relazionale dal terapeuta, ma anche causare una non comprensione delle tecniche proposte e una difficoltà del paziente a rispondere alle richieste. Talvolta anche porre domande aperte può rappresentare un ostacolo, sia perché il bambino potrebbe non essere sicuro di cosa rispondere sia per il livello di sviluppo della capacità mnestica (Di Pietro & Bassi, 2013).

I bambini nello stadio operativo concreto dello sviluppo, così come elaborato da Piaget, tendono a vedere le cause dei propri comportamenti esterne, situazionali piuttosto che da costrutti interni (Di Giuseppe et al., 1996). Ciò comporta una difficoltà a comprendere obiettivi che riguardino ad esempio l'insight. Come già anticipato, nella maggior parte dei casi i bambini vengono portati dai genitori, talvolta inviati dagli insegnanti. Ciò comporta a volte confusione, non chiarezza rispetto al motivo per cui si trovano in terapia. Altre volte le spiegazioni che gli sono state date dai genitori risentono delle loro teorie naive (Di Pietro & Bassi, 2013).

Secondo la teoria di Thoits (1985, 1989 cit. in DiGiuseppe et al., 1996) la prima motivazione al cambiamento è il riconoscere che una propria reazione emotiva è inappropriata o socialmente inaccettabile. Bambini e adolescenti possono arrivare in terapia senza aver compreso che i loro schemi emotivi sono inappropriati o potrebbero non aver compreso che è possibile imparare modalità alternative. Questo aspetto degli schemi emotivi può aiutare nella costruzione di un accordo rispetto agli obiettivi e rispetto all'alleanza terapeutica nel lavoro con l'età evolutiva o essere d'altra parte un ostacolo. Spesso bambini ed adolescenti hanno scarsa motivazione al lavoro terapeutico perché fanno fatica a riconoscere le conseguenze negative o l'inadeguatezza a livello sociale dei loro schemi emotivi. Possono inoltre avere difficoltà nel modificare tali

schemi o nell'identificare i benefici in tale modifica. Il lavoro con l'adulto in questo è maggiormente facilitato, poiché gli adulti riescono più facilmente ad elaborare alternative, mentre per i bambini e gli adolescenti è più difficile concettualizzare reazioni emotive alternative. Talvolta la difficoltà è proprio nel cogliere il legame tra la loro reazione e le conseguenze negative, in alcuni casi non hanno imparato dalla loro famiglia quali siano le migliori modalità di reazione emotiva. Infine può succedere che ciò che viene accettato a livello familiare, venga invece considerato 'deviante' dagli altri adulti di riferimento. Questo porta il bambino o l'adolescente a sentire che le sue emozioni non vengono validate. Cosa comporta questo in terapia? Emozioni che sono disturbanti o considerate non piacevoli dal terapeuta potrebbero essere percepite in modo ambivalente o addirittura positivo da parte del giovane paziente e quindi non comprendere perché dovrebbe modificare o cambiare in qualcosa. Compiti volti a cambiare emozioni potrebbero essere inefficaci se il piccolo paziente mantiene una valutazione positiva o neutra sulle sue emozioni o se percepisce di non poter fare in altro modo, di non poter avere alternative. Da questa riflessione risulta primario aiutare bambini e adolescenti nel comprendere quali sono le sue modalità di gestione e reazione emotiva e nel ricercare e conoscere schemi emotivi alternativi prima di poter raggiungere un accordo sul voler cambiare (DiGiuseppe et al., 1996).

I fattori interni al terapeuta

In diverse ricerche è stato evidenziato come non solo le caratteristiche del paziente influenzino il processo terapeutico, ma anche le caratteristiche personali e il comportamento del terapeuta. Il clinico porta se stesso all'interno del setting terapeutico, per cui è di non trascurabile rilevanza che sia consapevole delle proprie vulnerabilità e delle proprie reazioni emotive (Barcaccia, 2021).

Ostacoli all'alleanza terapeutica possono essere la poca pazienza, lo scarso coinvolgimento e coerenza (Ackerman & Hilsenroth 2001). I bambini in particolare sembrano ritenere importante non solo la coerenza ma anche una genuina presenza e attenzione al paziente. Un altro rischio è considerare i pazienti di questa fascia d'età come "piccoli adulti", il che significa non tenere a

mente quelle implicazioni dovute alle tappe di sviluppo che possono influire sull'alleanza terapeutica (Baylis et al., 2011). Ad esempio molti terapeuti non chiedono ai bambini una condivisione e costruzione degli obiettivi in terapia o suggeriscono obiettivi vaghi come una più profonda conoscenza di se stessi. Invece può essere utile aiutare il paziente a risolvere i problemi attraverso le competenze acquisite in terapia. Al contrario, un errore potrebbe essere utilizzare un linguaggio e delle attività di un livello cognitivo più basso del necessario che come esposto in precedenza, compromettono la costruzione di una buona relazione: il bambino o l'adolescente si sentirà trattato da "piccolo" e non si sentirà riconosciuto e validato, rendendo più difficile la condivisione dei suoi pensieri e delle sue emozioni. Un altro elemento di cui tenere a mente è non parlare troppo: quello che spesso si tende a fare con i piccoli pazienti è spiegare con lunghi discorsi, difficili da seguire e poco concreti, tali da ostacolare lo sviluppo dell'alleanza. Il terapeuta potrebbe essere in difficoltà rispetto alla mancata risposta del paziente (che può non aver compreso, avere difficoltà a comunicare ciò che sente o pensa, opporsi perché sente l'adulto come intrusivo) e la tendenza talvolta può essere quella di porre molte domande con insistenza.

Un altro fattore che potrebbe rappresentare una criticità è il creare un senso di confidenzialità e fiducia, particolarmente rilevante per i bambini dato il loro status di minori rispetto ai loro tutori, al personale scolastico e ad altri adulti nella loro vita. Spesso i bambini e soprattutto gli adolescenti faticano a credere che il terapeuta manterrà il segreto professionale con i genitori e per il terapeuta è complesso preservare la totale privacy poiché essendo un minore il coinvolgimento della famiglia, anche in minima parte, sarà inevitabile.

A tutti questi fattori, ciò che può creare particolare frustrazione nel terapeuta è il comportamento di oppositività del bambino o dell'adolescente. In questo caso è importante che il clinico sia consapevole delle proprie caratteristiche e della risonanza emotiva che potrebbe causare modalità di pensiero rigide e più limitate, euristiche e bias, inficiando la capacità di costruire e mantenere la relazione (Muran & Eubanks, 2020/2021). Il terapeuta, in quanto adulto, potrebbe utilizzare modalità comunicative che frequentemente si utilizzano con i minori, come alzare la voce o rimproverare, insistere con le domande o nell'affrontare materiale prima che il paziente sia pronto (Creed & Kendall, 2005 cit. in Karver, 2019): questo

comprometterebbe l'alleanza, poiché significherebbe non validare e riconoscere il vissuto del paziente, non contestualizzare il comportamento alla luce del suo funzionamento e svalutare il suo problema, che andrebbe sempre considerato dal punto di vista del bambino e non dell'adulto.

I fattori ambientali (contesto familiare, contesto scolastico)

Come è stato già ampiamente esposto, il ruolo che l'accordo sugli obiettivi gioca nella costruzione dell'alleanza terapeutica è fondamentale. Se da una parte tale accordo può essere ostacolato dalle fasi di sviluppo in cui si trova il paziente, dall'altro può essere compromesso o reso difficile da fattori esterni. Infatti talvolta si presenta una notevole discrepanza tra aspettative dei genitori e dei pazienti. Alcuni terapeuti potrebbero scegliere gli obiettivi dei genitori, poiché sono loro a richiedere la terapia (DiGiuseppe et al, 1996). Questa scelta comporta un'ulteriore difficoltà nell'alleanza con il bambino e soprattutto con l'adolescente, che sentirà il setting terapeutico probabilmente come gli altri contesti della sua vita in cui gli adulti impongono le loro decisioni. Idealmente il terapeuta dovrebbe cercare di trovare un accordo comune a tutte le parti in modo che le dinamiche familiari possano essere rilette, riconsiderate alla luce degli obiettivi terapeutici stabiliti per garantire il benessere al paziente.

In un'analisi di Feinstein e collaboratori (2009), gli autori evidenziano come nelle ricerche venga specificato quale fattore facilitante una buona alleanza terapeutica la rete di relazioni positive tra terapeuta, famiglia e scuola, che possono essere definite come relazioni secondarie. Ciascuna relazione ha un'influenza sull'altra rispetto all'alleanza in base alla forza della relazione stessa (ad esempio maggiore sarà la vicinanza tra genitori e terapeuta, maggiore sarà l'influenza di questa relazione sulla collaborazione tra genitori stessi e insegnante). Gli autori sottolineano anche come ciascuna figura di riferimento ha una differente prospettiva rispetto agli obiettivi e alle implicazioni della terapia del bambino e nessuna è necessariamente più valida di un'altra.

Vi possono essere diversi ostacoli nella relazione tra terapeuta e insegnanti: i terapeuti spesso ritardano la comunicazione diretta con gli insegnanti per timore di un mancato consenso da

parte dei genitori, d'altra parte sono riluttanti nel fare affidamento sui genitori quali intermediari; spesso per entrambi diventa difficile organizzare e trovare tempo per gli incontri e spesso l'esito è una forte frustrazione. Nonostante le difficoltà è evidente per entrambe le parti la potenzialità di una buona collaborazione.

Dall'analisi della letteratura gli autori elaborano tre tipi di "patologie" di queste relazioni che possono ostacolare l'alleanza terapeutica:

- 1) Quella in cui queste relazioni secondarie rappresentano come un'interazione imposta e non produttiva;
- 2) Quella in cui la forza di una di queste relazioni va a comprometterne un'altra;
- 3) Quella in cui uno dei componenti di questa alleanza richiede o sceglie di adottare il ruolo di un'altra o rinuncia a contribuire alla sua visione sulla crescita e il benessere del bambino.

Nella prima tipologia di "patologia" insegnanti, genitori e terapeuta attuano una collaborazione solo da un punto di vista retorico, non attivando uno scambio di informazioni né tanto meno condividendo scelte e modalità rispetto al percorso, per cui i costi del mantenere la relazione superano i benefici. Nella seconda tipologia vi è, invece, un'eccessiva enfasi sulla relazione tra due componenti tale per cui può diventare difficile o impossibile una reale collaborazione con il terzo membro. Ad esempio può succedere che l'interazione e l'alleanza tra genitori e insegnanti sia molto forte, al punto che il terapeuta non è ben informato sul comportamento giornaliero del bambino o su aspetti clinicamente rilevanti rispetto a ciò che accade a scuola. Infine, la terza tipologia può presentarsi quando i genitori accettano le indicazioni terapeutiche come legge, cedendo in qualche modo il proprio ruolo decisionale al terapeuta. Lo stesso può accadere a parti inverse, per cui lo psicoterapeuta accetta le opinioni della famiglia, piuttosto che intervenire.

Come superare gli ostacoli

Dopo aver esposto gli ostacoli all'alleanza terapeutica, in questo capitolo verranno presentate possibili strategie di superamento rispetto ai fattori interni al paziente, al terapeuta e ai contesti di vita del bambino e dell'adolescente.

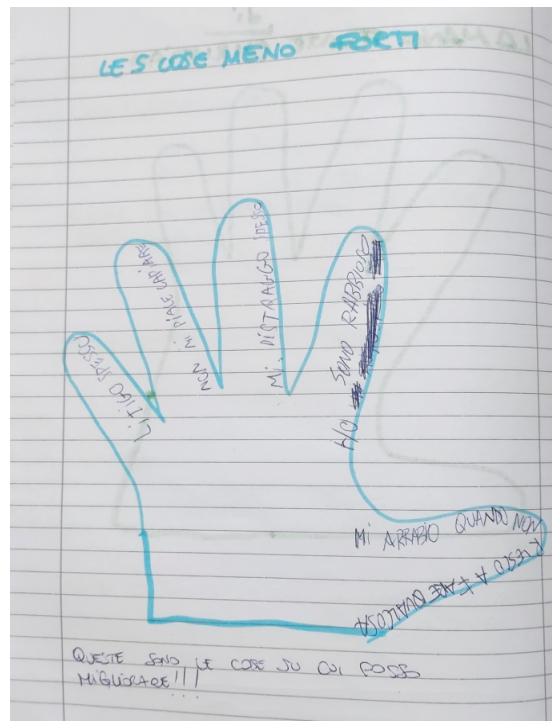
Riprendendo i fattori elencati da Bordin per l'alleanza terapeutica, possiamo individuare strategie differenti per il legame, per i compiti e per gli obiettivi. Come spiegato in precedenza, è stata posta molta enfasi sulla costruzione del legame nel lavoro con l'età evolutiva e meno sugli altri due elementi. Sebbene bambini e adolescenti potrebbero creare un legame o un attaccamento al terapeuta, pur rifiutando di ingaggiarsi nella messa in discussione di problemi comportamentali, l'approccio diretto e attivo della terapia cognitivo comportamentale viene in realtà visto come un'indicazione della cura del terapeuta nei loro confronti. Aiutare attivamente il bambino a risolvere i suoi problemi potrebbe essere una strategia efficace nel costruire un rapporto. Quello che emerge è che il primato del legame terapeutico per un esito positivo della terapia potrebbe essere stato sovrastimato nel tempo. Per poter raggiungere l'accordo sulle obiettivi, innanzitutto deve essere spiegato al paziente lo scopo che ha motivato l'invio e inizio del percorso (Di Giuseppe, 1997).

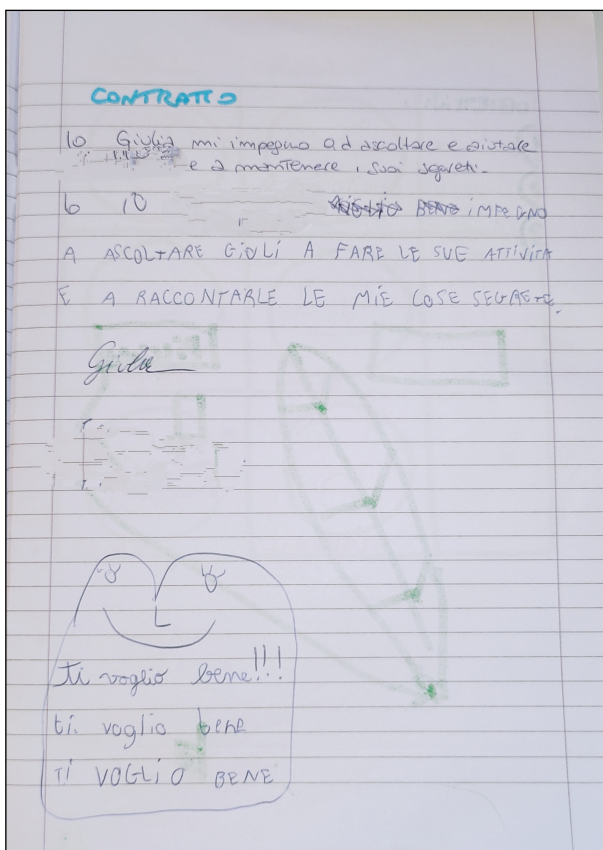
È importante che il terapeuta indaghi quanto il bambino sia consapevole del motivo degli incontri, in modo da poterlo chiarire coinvolgendo i genitori nella spiegazione. (Di Pietro & Bassi, 2013). Dato che si tratta di pazienti che non giungono in terapia in modo spontaneo sarà fondamentale che il terapeuta lavori primariamente affinché il bambino si senta a suo agio e trovi piacevole quello spazio fisico e mentale. Spesso il bambino non conosce la figura del terapeuta, né sa perché è stato portato dai genitori, che a loro volta presentano teorie naive, sia rispetto al lavoro terapeutico che alle problematiche presenti e che indirettamente hanno un'influenza sul figlio. È opportuno quindi innanzitutto chiarire il proprio ruolo e perché il bambino è lì, chiarire qual è il livello di consapevolezza dei propri punti di forza e debolezza e spiegare al bambino che verrà aiutato a superare alcune delle difficoltà e a comprendere meglio le sue emozioni e i suoi comportamenti. Il ruolo del terapeuta sarà proprio quello di aiutarlo nei punti di debolezza e nel sostenere quelli di forza. In questo modo sarà possibile anche stabilire degli obiettivi e un contratto terapeutico con il bambino, con il fine di renderlo non solo più consapevole, ma anche agente attivo del processo. Gli obiettivi devono essere discussi con chiarezza e apertura con il paziente ed è importante approfondire con il bambino il comportamento target che si vuole raggiungere. Di Giuseppe et al. (1997) suggerisce che

l'accordo sugli obiettivi può essere raggiunto con un'iniziale fase focalizzata sull'insegnare pensieri alternativi rispetto alle emozioni e sull'indagare insieme al bambino le possibili conseguenze dei suoi comportamenti e emozioni e modi alternativi di sentirsi e comportarsi. Questo può aiutare nel formulare insieme al paziente gli obiettivi terapeutici.

Molti articoli sulla terapia in età evolutiva attestano l'importanza di costruire un contratto con i bambini durante le fasi iniziali della terapia. La costruzione del contratto può essere accompagnata da una discussione di obiettivi e compiti che accompagnerà poi tutto il processo terapeutico. Infatti una spiegazione di come le tecniche vengono utilizzate per raggiungere gli obiettivi prefissati può aiutare il paziente nella comprensione e nel favorire un processo attivo di cambiamento (ibidem).

Qui di seguito sono riportate due immagini relative a possibili attività da proporre al bambino proprio rispetto all'identificazione dei suoi punti di forza e punti da migliorare, attraverso cui elaborare e condividere gli obiettivi. Questo tipo di esercizio può aiutare anche nel far comprendere al paziente l'utilità della terapia e come e su cosa concretamente lo si potrà aiutare.





Nella mano meno forte il bambino inserisce:

- 1) Litigo spesso;
- 2) Non mi piace copiare i compiti;
- 3) Mi distraigo tanto;
- 4) Sono rabbioso
- 5) Mi arrabbio quando non riesco a fare qualcosa.

Sulla base di questi elementi abbiamo stabilito insieme al bambino i seguenti obiettivi:

- 1) Ridurre l'intensità della rabbia e imparare nuovi modi di esprimerla;

2) Aumentare le capacità di attenzione

Nello stabilire il “contratto” sarà di fondamentale importanza chiarire al bambino che verrà mantenuto il segreto professionale rispetto ai contenuti che porterà in terapia, mostrando sincerità e chiarezza rispetto a come avverranno i contatti con i genitori. Con bambini e ragazzi è utile essere il più possibile onesti riguardo a ciò che già si conosce di lui: piuttosto che eludere un argomento importante, lo si può introdurre esplicitando quanto già si sa di un eventuale problema e sottolineando quanto potrebbe essere una buona occasione parlarne insieme per poterlo affrontare, cercando insieme possibili risoluzioni.

Nell'immagine è mostrato un esempio di contratto che si può fare con il paziente: scriverlo e firmarlo può far comprendere al bambino l'importanza che si dà al lavoro con lui e ai suoi problemi.

Per creare una buona alleanza terapeutica e far sentire il paziente a suo agio è consigliabile partire dai suoi interessi (cose che gli piace fare, giochi preferiti, migliori amici, sport) ed individuare e poi utilizzare il canale comunicativo preferito. Per fare questo, il terapeuta dovrebbe adottare il linguaggio del bambino, utilizzando le sue stesse parole per descrivere problemi, pensieri e emozioni o creandone di nuove insieme al bambino, come un codice segreto unico del lavoro terapeutico, per supportarlo nell'espressione dei suoi vissuti. Le tecniche cognitive devono essere semplici, specifiche e concrete e si possono utilizzare supporti visivi, schede da compilare, testi scritti. Nel lavoro con l'età evolutiva si presenta sempre materiale visivo, grafico ed oggetti concreti (pupazzi, marionette, carte con scene o personaggi) a cui il paziente e il terapeuta potranno fare riferimento in qualsiasi momento. Il lavoro sarà adattato all'età e al livello di sviluppo del bambino: se è al di sotto dei 7 anni, l'intervento sarà maggiormente focalizzato sugli aspetti comportamentali; per i più grandi invece sarà possibile lavorare sulle credenze disfunzionali. Tra i 7 e i 10 anni si potranno utilizzare tecniche cognitive, l'importante è che siano semplici, specifiche e concrete (come ad esempio l'allenamento alle autoistruzioni, i virus mentali, il dialogo interno). Per aiutare il bambino che

ha difficoltà nel far emergere informazioni significative gli si può fornire qualche suggerimento specifico o presentargli diverse possibilità tra le quali scegliere. Tra i 7 e i 12 anni emergono più sofisticate abilità di metacognizione e problem solving, tuttavia è importante che il terapeuta attui un adattamento del lavoro attraverso ad esempio fumetti per i pensieri o frasi da completare (Kingery et al., 2006).

Inoltre un'ottima strategia risulta essere quella dell'autoapertura, in cui il terapeuta racconta qualcosa di sé inerente all'argomento che si sta trattando in quel momento e che ha un valore terapeutico. Inoltre bambini e ragazzi sono spesso curiosi rispetto al clinico, apprezzeranno sapere qualcosa di lui tenendo conto che talvolta percepiscono una 'disparità' nel dover essere gli unici a dover raccontare di loro nella relazione. Questo faciliterà la relazione, normalizzando il vissuto del paziente e facendolo sentire compreso e sarà un'ottima strategia per attivare una reciproca condivisione di esperienze personali: sentire che il terapeuta è una persona che autentica e genuina permette una maggior apertura da parte dei bambini e dei ragazzi. Nella preadolescenza e adolescenza si potranno utilizzare tecniche più sofisticate grazie alle quali vengono individuate e rivalutate le convinzioni e le assunzioni disfunzionali dominanti (Di Pietro & Bassi, 2013) Il terapeuta dovrebbe mostrarsi focalizzato sul bambino e sulla relazione, dimostrando attivamente pazienza, cura, coerenza e genuina presenza. Nel momento in cui il bambino esprime sofferenza sembra importante sostenerlo adeguando il trattamento ai tempi del paziente e validando i suoi sentimenti attraverso un ascolto attivo (Baylis, et al, 2011). È possibile aspettarsi un atteggiamento di aperta ostilità nei confronti del clinico, ma anche in questo caso è opportuno far presente al bambino che percepisce ciò che egli prova, sottolineando la possibilità utilità del percorso per lui. In una recente review della letteratura (Dimic et al., 2023) sono stati evidenziati i fattori interni al terapeuta che possono supportare la costruzione di una buona alleanza terapeutica: la cura genuina, il rispetto, l'affidabilità, la confidenza e la cordialità sono alcune tra le caratteristiche più importanti. Essere comprensivi, rispettosi ed emotivamente caldi fornisce un senso di contenimento emotivo. Inoltre gli adolescenti riportano come avere un terapeuta non intrusivo, sintonizzato e capace di modulare l'intensità della seduta in base ai loro bisogni sia prezioso. Da una parte quindi vi deve essere

autenticità e vicinanza affettiva, dall'altra, in un continuo equilibrio, il mantenimento del ruolo e dei confini dati da questo. Questi due aspetti sembra vengano percepiti come senso di sicurezza nel rapporto terapeutico.

Il coinvolgimento rispetto a cosa verrà fatto in seduta e della scelta della modalità di lavoro più adatta fa sentire gli adolescenti di avere potere nella relazione terapeutica, così come è importante costruire per loro una relazione in cui sentono di poter essere se stessi grazie al senso di accettazione e comprensione. Tutti questi elementi devono essere affiancati anche dalla possibilità di sentirsi autonomi. Questo fattore ha importanti implicazioni per lo sviluppo e la crescita degli adolescenti e sostiene il processo di cambiamento e la formazione e il mantenimento dell'alleanza terapeutica.

In riferimento agli ostacoli precedentemente esposti, vi sono ulteriori indicazioni per facilitare la costruzione di una buona alleanza, come: utilizzare un tono di voce adeguato (se utilizziamo un tono da bambino piccolo si potrebbe infastidire e non sentirci autentici); può essere utile, soprattutto in una prima fase ma anche successivamente, tenerlo impegnato nel fare qualcosa mentre si parla, come un disegno, un gioco non troppo impegnativo e che gli piace; essere flessibili e creativi per mantenere attiva la sua attenzione e coinvolgerlo nel processo; essere empatici verso le preoccupazioni e i timori del paziente, che spesso vengono svalutati dagli altri adulti di riferimento (Di Pietro & Bassi, 2013).

Nel lavoro con i bambini (Iacchia in Lambruschi, 2014) è importante tenere traccia concreta del lavoro che di volta in volta viene svolto, raccogliendo i materiali. A tal proposito può essere utile regalare un quaderno al bambino, spiegandogli che sarà di entrambi e che verrà personalizzato da lui come vorrà ed includerà tutto il lavoro insieme. Inizialmente il bambino potrà associarlo ai quaderni di scuola, ma poi gli sarà utile per seguire e riguardare tutto il percorso effettuato insieme e osservare tutto l'impegno e la fatica profusi, oltre ad essere un quaderno condiviso con il terapeuta e quindi un oggetto che 'testimonia' la relazione.

In riferimento alla relazione con i genitori, in alcune situazioni di particolare difficoltà i primi incontri si potranno svolgere con il piccolo paziente e i genitori che parteciperanno in modo attivo o come semplici 'spettatori'. In alternativa, per sostenere il bambino si potrà, ad

esempio, tenere la porta dello studio aperta e allargare il setting anche alla sala d'attesa dove essi stanno aspettando (Lambruschi). Ciò che permette di iniziare una terapia è l'alleanza che nasce tra i genitori, il bambino e il terapeuta, basata sulla fiducia e sullo scambio reciproco di informazioni. Per tale motivo, l'importante, soprattutto nelle prime fasi ma anche successivamente, sarà far comprendere ai genitori quanto sia fondamentale e utile al lavoro terapeutico il loro punto di vista e la loro percezione del proprio figlio e delle sue problematiche. Nell'analisi di Feinstein et al. (2009) viene citato anche il lavoro di Joshi (2006 cit. in Feinstein et al., 2009) in cui elenca alcune indicazioni per favorire una buona relazione e alleanza terapeutica con la famiglia durante le prime fasi come sostenere l'autostima, attraverso un setting caratterizzato da comprensione e accettazione in cui il problema del paziente viene compreso dal suo punto di vista e da quello della famiglia. Sostenere l'autostima significa aiutare i genitori rispetto al possibile senso di colpa che potrebbero vivere, sentendosi causa dei problemi del figlio dal punto di vista educativo o biologico o entrambi. Infine va sostenuta la famiglia nell'esprimere le proprie aspettative e indagare ciò che ritengono che i loro figli debbano cambiare e ciò che quindi per loro rappresenta un problema e i modi con cui si spiegano tali problematiche, con il fine di promuovere una visione positiva di ciò che si potrà raggiungere nel futuro attraverso il lavoro terapeutico. Approfondire ciò che i genitori ritengono come comportamento adeguato per l'età in riferimento agli obiettivi terapeutici incoraggia l'aderenza al trattamento della famiglia e di conseguenza facilita risultati positivi. Anche la collaborazione tra terapeuta e insegnanti è associata con interventi psicoterapeutici di successo e sarà importante coinvolgerli attraverso degli incontri per stabilire e condividere strategie comuni di supporto del bambino. Se i genitori e gli insegnanti seguono le indicazioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, sarà più facile una generalizzazione del lavoro svolto in seduta. I bambini infatti spendono la maggior parte del loro tempo a scuola e a casa, contesti dove sarà più probabile che emergano e si verifichino quei sintomi e comportamenti problematici. Il coinvolgimento della famiglia al percorso terapeutico deve ovviamente essere commisurato in base all'età del paziente: mentre i più piccoli desiderano che i genitori conoscano i contenuti della terapia e li rinforzino positivamente rispetto al loro

impegno, gli adolescenti preferiscono che quello sia un loro spazio esclusivo. Per questo, incontri solo con i genitori (senza la presenza dell'adolescente) dovrebbero essere evitati o fatti con cautela, con il consenso del paziente. Infatti potrebbe percepire tali incontri come una violazione della loro privacy o sentire di essere trattati come bambini, con conseguenze negative sul senso di fiducia e collaborazione con il terapeuta.

Come superare gli ostacoli all'alleanza terapeutica attraverso attività creative

Le componenti del trattamento possono essere introdotte usando presentazioni creative attraverso albi illustrati, storie, oggetti, disegni colorati o attività fai da te. In ogni sessione è possibile incorporare gli interessi e le attività preferite dal giovane paziente. Utilizzare pupazzi o piccole bambole per dimostrare e fare esperienza attiva di strategie di coping, scrivere le informazioni su una lavagna o svolgere esercizi di role play con il bambino lo aiuta a verbalizzare i suoi pensieri. È importante che il terapeuta assuma un atteggiamento di collaborazione, soprattutto con il paziente adolescente, in modo che questo possa vedere il terapeuta come qualcuno che li aiuta a trovare soluzioni migliori per stare bene piuttosto che una figura autoritaria (Kingery et al., 2006).

Un'altra strategia per ingaggiare i pazienti in età evolutiva è quella di includere nel trattamento delle ricompense a seconda delle preferenze e del livello di sviluppo del bambino. Una lista di ricompense creata in collaborazione con il bambino o l'adolescente potrebbe motivare al trattamento e all'esecuzione di compiti e alla partecipazione in seduta. Ricompense concrete e tangibili possono essere carte, fumetti o libri, caramelle tempo in più per guardare la tv o giocare ai videogame, oggetti per la scuola o stickers. Le ricompense possono riguardare anche attività sociali come il ristorante preferito, tempo di qualità con i propri genitori scegliendo un'attività in particolare, giocare ad un gioco con il terapeuta o invitare un amico.

Può essere utile per agevolare la discussione sui vissuti emotivi, parlare delle emozioni di altre persone (ad esempio amici, familiari, personaggi di serie tv o film preferiti) o utilizzare dei giochi con carte: è fondamentale che il terapeuta segua il bambino e non proceda troppo velocemente se il paziente appare a disagio o se ha difficoltà in questo tipo di abilità. A tal

proposito è utile procedere prima con una psicoeducazione sulle diverse emozioni e sui diversi livelli di intensità con cui queste possono essere esperite, a seguito di una fase di assessment attraverso la quale sarà possibile comprendere il livello di sviluppo emotivo del bambino. Aiutare il paziente ad essere consapevole dei livelli di intensità con cui prova un'emozione e fornirgli strategie pratiche per gestirli (come ad esempio esercizi di respirazione), può facilitare l'alleanza terapeutica rispetto al lavoro più prettamente cognitivo di ristrutturazione (Kingery et al. 2006).

Tutte queste caratteristiche sia del terapeuta che della relazione fanno sì che il giovane paziente sperimenti la psicoterapia come uno spazio protetto dove le sue storie sono importanti e dove non deve preoccuparsi degli effetti delle sue reazioni emotive sugli altri.

Esempio clinico di un bambino

F. ha 10 anni e una problematica di disregolazione emotiva. Quando giunge al mio studio ha già alle spalle un anno di percorso con una psicoterapeuta ad approccio psicodinamico. I genitori mi riportano grosse difficoltà nel portare il bambino in terapia, venivano spesso avvisati dalla dottoressa che F. non aveva voluto collaborare. Quando vedo F. per la prima volta insieme ai genitori alterna momenti di apertura in cui racconta dei suoi vissuti di rabbia intensa a momenti di evidente chiusura, fino ad arrivare ad urlare *“io non ci vengo qui, non mi vedrai mai!”*. Concordiamo con i genitori e riusciamo a convincere F. a venire la prossima volta, spiegandogli nel dettaglio cosa faremo, mostrandogli i giochi presenti in studio e che gli sarei potuta essere utile per quei momenti in cui lui si descrive *“come un elefante impazzito!”*. Durante il primo incontro F. appare maggiormente disponibile, seppur molto attento nell'osservare le mie proposte e in un primo momento gli prospetto alcune domande per approfondire i suoi interessi come se stessimo giocando a fare un'intervista. F. partecipa volentieri ed è contento in particolare di poter personalizzare il quaderno che useremo per le nostre attività. Per spiegare al bambino il concetto di *segreto professionale* utilizzo una finta carta d'identità: *“questa è la tua carta d'identità, dove segnerai tutte le tue caratteristiche e le cose che ti piacciono. Qui invece dovrai inventare un codice, il nostro codice segreto! Ogni volta che me lo dirai, io capirò che quello che mi racconterai sarà super segretissimo!”*



In questo modo F. sente che ciò che racconterà sarà importante per me e che, pur sapendo che qualcosa andrà riferito a mamma e papà, i suoi segreti saranno al sicuro all'interno del setting terapeutico.

Per favorire l'alleanza terapeutica e la collaborazione attiva, sono stati proposti a F. degli stickers di qualcosa di cui è appassionato, ossia i dinosauri. Alla fine della seduta, ci prendiamo un momento per riflettere su cosa ci siamo impegnati maggiormente e cosa avremmo potuto fare meglio e può ottenere uno sticker. F., con la sua creatività, ha deciso di dedicare una pagina speciale del nostro quaderno a questo momento, nominandola "*La terra dei dinosauri*".



Avere una ricompensa tangibile e concreta, come spiegato precedentemente, aiuta F. nella motivazione al lavoro ma anche ad aumentare la consapevolezza di sé e dei suoi comportamenti, ricevendo una gratificazione e un riconoscimento rispetto all'impegno profuso. F. sa che alla fine di ogni nostro incontro ci sarà quest'attività e ciò lo rassicura.

Al momento, anche quando il bambino ha manifestato frustrazione o stanchezza, ha sempre mostrato apertura rispetto al lavoro proposto. Gli è stato spiegato come ci si può sentire a volte agitati o arrabbiati anche nella "nostra" stanza, ma che possiamo parlarne. F. ha deciso quindi di inventare due mostri: *il mostro agitato* e *il mostro rabbioso* che abbiamo poi scritto e disegnato. In questo il quaderno ci aiuta a poter far riferimento in futuro a questi "mostri", avendo io la possibilità di illustrare ad F. come questi siano altro da noi, che ci possiamo distanziare da loro e che non ci identificano come persone, ma che talvolta diventano molto forti tanto da farci comportare in modo "esplosivo. Inoltre creare insieme questi due mostri può normalizzare il provare emozioni molto forti, facendogli comprendere che all'interno della nostra relazione possono essere accettate ed espresse.

F. tende ad aumentare la sua oppositività di fronte a domande che percepisce come intrusive o eccessive. Per favorire una condivisione, ho utilizzato un'altra strategia utile anche con paziente leggermente più grandi: *il gioco dell'oca rivisitato*. Si utilizza il gioco dell'oca che ha caselle di colore diverso: giallo, viola, rosso e bianco. Ogni colore richiederà un racconto diverso: ad esempio, se si capita sul giallo si condivide una cosa che ci interessa o una cosa positiva della settimana, che ci ha causato un'emozione piacevole; sul rosso si condivide una

cosa negativa, che ci ha causato un'emozione sgradevole; sul viola si condivide un segreto. Come per tutte le attività di condivisione, anche il terapeuta partecipa raccontando di sé. Utilizzare il gioco permette ad F. di raccontarsi senza sentirsi “sotto osservazione”.

Esempio clinico di un adolescente

J. ha 13 anni e presenta problematiche di ansia. Per tutti i primi incontri, J. ha molte difficoltà ad esprimersi: teme che io possa giudicarla male. Talvolta inizia a raccontarmi dei suoi vissuti, ma a seguito di una mia domanda o nel realizzare che sta condividendo elementi per lei di grande sofferenza, si blocca e non riesce più a parlare. Ritiene che la terapia non possa davvero aiutarla e che debba cavarsela da sola. Gli unici momenti in cui il livello di attivazione emotiva di J. si abbassa è quando giochiamo con le Carte Uno o quando mi parla dei suoi interessi che sono principalmente le serie tv e il gioco di carte Magic, con cui si diverte con il fratello. Per migliorare l'alleanza terapeutica e cercare di superare i blocchi, abbassando il timore del giudizio, utilizzo due strategie sfruttando i suoi interessi. In seduta le chiedo di spiegarmi non con le parole ma con le carte Magic, come si sente quando con me o con gli altri non riesce ad esprimere come si sente o cosa pensa. Questo è ciò che realizza J.:



La carta sulla sinistra rappresenta ciò che sente e pensa dentro di lei “*come un tornado che distrugge le cose...quello che esprimo può distruggere, è la sensazione che ho dentro di me*”.

La carta sulla destra rappresenta invece quando non riesce a dire le cose e si sente in trappola.



Da sinistra verso destra: la prima carta rappresenta quando si sente a metà tra il voler dire una cosa e il non volerlo fare perché teme ciò che potrebbe accadere; la seconda raffigura il tentativo di dire, cercare di parlare e quindi aprire il “forziere”; la terza quando riesce ad esprimersi e annienta la parte di sé che ha paura e si blocca; l’ultima in cui si sente libera da ciò che non riusciva prima ad esprimere.

Per quanto riguarda le serie tv, invece, le propongo di scegliere un personaggio di una serie che sente particolarmente vicino a sé stessa, che abbia delle caratteristiche in comune o punti di forza che lei vorrebbe avere. Questo tipo di attività mi permette di ottenere una sorta di autocaratterizzazione o comunque racconto di come lei si vede o si vorrebbe vedere, senza che io le debba porre domande dirette. Riporto il racconto di J.: *“Ho scelto Octavia di The100 perché si è tenuta le responsabilità e le emozioni dentro, mostrando agli altri sicurezza...come una maschera, quando in realtà era insicura e impaurita. In questo mi ritrovo, ma lei riesce a capire i suoi errori e cerca di sistemarli, io invece ci rimango male e mi pento dopo...”*

Attraverso queste attività creative, J. è riuscita a sentirsi compresa e ad esprimere pensieri ed emozioni che altrimenti avrebbe comunicato con difficoltà.

Conclusioni

L'intento di questo lavoro è stato quello di mettere in luce in modo sistematico i possibili ostacoli all'alleanza terapeutica in età evolutiva, data l'importanza di questa come fattore positivo per la buona riuscita della terapia. Dall'analisi della letteratura e dalla pratica clinica, è evidente quanto non sia un unico elemento a determinare il *drop out*, ma più fattori interconnessi tra loro. Come spiega Feinstein e i suoi collaboratori (2009), il lavoro in età evolutiva ha caratteristiche peculiari poiché se si lavora con il bambino o l'adolescente si dovranno considerare non solo la relazione con il paziente ma anche le relazioni secondarie che indirettamente influiscono e vengono "portate" nel setting terapeutico. La psicoterapia in questo caso necessita di una continua flessibilità e adattamento allo specifico paziente, con quelle determinate capacità cognitive, linguistiche, emotive che potenzialmente cambieranno rapidamente in ragione della fase di sviluppo in cui si troverà.

Avere consapevolezza di tutti questi fattori, può aiutare il terapeuta nel trasformare il possibile ostacolo in una risorsa, grazie ad un atteggiamento di apertura e creatività, per avere il permesso del bambino o dell'adolescente di entrare nel suo mondo. Questo è quello che mi propongo di fare nell'ultima parte del lavoro, esponendo possibili strategie di risoluzione di ostacoli relativi a fattori interni e esterni occorsi nel lavoro clinico.

Bibliografia

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 38 (2), 171-185.
- Barcaccia, B. (2010). La formulazione del caso clinico. In C. Perdighe & F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (23-37). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Baylis, P. J., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79-95.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Creed, T.A., & Kendall, P.C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498-505.

- Dimic, T., Farrell, A., Ahern, E., & Hughton, S. (2023). Young people's experience of the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-30.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5 (2), 85-100.
- Di Pietro, M. & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.
- Feinstein, N.R., Fielding, K., Udvari-Solder, A. & Joshi, S.V. (2009). The Supporting Alliance in Child and Adolescent Treatment: Enhancing Collaboration Among Therapists, Parents, and Teachers. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (4), 319-344.
- Iacchia, E. (2014). Caratteristiche del lavoro individuale con il bambino. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore
- Hawley, K. (2002). The therapeutic working alliance in child and adolescent psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.
- Hawley, K. & Weisz, J. (2005). Youth Versus Parent Working Alliance in Usual Clinical Care: Distinctive Associations With Retention, Satisfaction, and Treatment Outcome. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 34(1), 117-28.
- Joshi, S. V. (2006). Teamwork: The therapeutic alliance in child and adolescent psychopharmacology. *Child & Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 15(1), 239-264.
- Karver, M.S., De Nadai, A.S., Monahan, M., & Shirk, S.R. (2019). Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. In Nocross, J.C. & Lambert M.J. (edited by) *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3d ed.). New York: Oxford University Press.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 20 (3), 263-273.
- Lambruschi, F. (2014). La sintesi diagnostica e la definizione degli obiettivi terapeutici. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Lambruschi, F., Bertaccini, R. & Leoni, F., (2014). Il percorso di assessment. In Lambruschi, F. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore

- Muran, J., & Eubanks, C.F. (2021). Therapist performance under pressure. Negotiating emotion, difference, and rupture. (Davide Locati Trad.) *American Psychological Association*.
- Prochaska, J., & DiClemente, C.(1988). *The Transtheoretical Approach to Therapy*. Chicago: Dorsey Press.
- Thoits, P.A. (1985). Self-labeling process in mental illness: The role of emotional dissonance. *Journal of Sociology*, 91(2), 221-249.
- Thoits, P.A. (1989). The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology*, 15, 317-342.

Giulia Celidonio, Psicologa, Psicoterapeuta, Roma

Specializzata in psicoterapia cognitiva

Training Perdighe e Procacci

e-mail: giulia.celidonio@gmail.com

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

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