

ITC

Istituto di Terapia Cognitivo-Comportamentale

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

Supervisore: Prof.ssa SILVANA CILIA

Specializzando: Dott. ANTONIO MOCELLIN

ANNO ACCADEMICO 2009-2010

AIAMC

Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia
Comportamentale e Cognitiva

INDICE

Cap. 1: Luca, fuga dalla scuola	í í í í í í í í í í í í í í í	pag. 3
Cap. 2: Sergio, un difficile DOC adolescenziale	í í í í í í í í	.pag. 18
Cap. 3: Glenda, la paura di essere madre	í í í í í í í í í í	...pag. 39
Cap. 4: Francesco, finalmente al concerto	í í í í í í í í í í	..pag. 56
Cap. 5: Massimo e la sua lotta contro i tic	í í í í í í í í í í	..pag. 71
Cap. 6: La sfrenata passione di Aldo per i videogiochi	í í í	..pag. 89
Cap. 7: Ada si strappa i capelli	í í í í í í í í í í í í í í í	pag. 105
Cap. 8: Parent Training con i bambini DDAI	í í í í í í í í í	pag. 122

1. LUCA, FUGA DALLA SCUOLA

Invio e motivo della richiesta

La madre ha chiesto aiuto perché Luca, il figlio diciassettenne, si è ritirato da scuola dopo che era stata scoperta una sua lunga assenza (circa un mese e mezzo). Ciò ha comportato la compromissione dell'anno scolastico, ma soprattutto l'emergere di un'ansia profonda che ha condizionato pesantemente la sua vita relazionale. Vi è stato, infatti, un progressivo ritiro del ragazzo dalla vita sociale: non cercava i compagni di scuola e non usciva più da casa. Cresceva nel frattempo un profondo senso di insicurezza nell'affrontare qualsiasi occasione in cui potesse sentirsi minacciato.

Descrizione del caso

Il problema è iniziato con una fuga in occasione di una verifica: trovatosi di fronte al portone della scuola, Luca è rimasto come paralizzato all'idea di dover affrontare un compito in cui si sentiva impreparato. Si è così recato alla stazione dei treni, dove ha trascorso le ore prima di tornare a casa. Il giorno dopo è successa la stessa cosa: arrivato davanti alla scuola, ha deciso di fare dietro front, non avendone parlato a casa ed essendo quindi senza giustificazione scritta da parte dei genitori. Da quel momento in poi, la routine giornaliera di Luca consisteva nel recarsi direttamente alla stazione dei treni, aspettando che passassero le ore, in attesa di tornare a casa per il pranzo; qualche volta l'alternativa era costituita dalla stazione degli autobus, poco distante dall'altra. Dopo circa un mese e mezzo il preside ha interpellato i genitori, i quali sono rimasti esterrefatti, non immaginando assolutamente quanto stesse accadendo al figlio.

ASSESSMENT

- **Storia personale**

Luca è nato nel 1990 e vive con la madre, casalinga di cinquantadue anni e con il padre, quarantanove anni, autotrasportatore. In famiglia vive anche il fratello maggiore, venti anni, attualmente impiegato presso un'azienda.

La madre ha raccontato che la gravidanza di Luca è stata difficile, trascorsa praticamente tutta a letto, e il parto è stato cesareo.

Le tappe dello sviluppo sono state caratterizzate da una certa precocità: voleva fare tutto da solo, animato da un certo perfezionismo.

Non andava volentieri alla scuola materna e manifestava difficoltà a stare lontano dalla madre.

Da quest'ultima è stato definito *otestardo, sa tutto lui e solo lui, è un po' oppositivo e chiuso*.

Le sue amicizie sono state prevalentemente femminili, fin da piccolo.

Nei primi anni di scuola le cose sono andate piuttosto bene, senza grossi problemi: fino alle medie è stato fra i migliori, ma alle superiori ha iniziato a fare i conti con delle richieste sempre più alte, che hanno contribuito all'aumento dell'ansia.

Ha trascorso l'infanzia e l'adolescenza con entrambi i genitori e il clima educativo era improntato ad una grande tolleranza, con pochissime punizioni. Oltre ai genitori, hanno avuto un ruolo importante nella sua educazione i nonni e gli zii. Adesso i rapporti con i genitori e col fratello sono buoni, basati su affetto e comprensione reciproca.

• Storia del problema

L'anno precedente Luca aveva avuto delle avvisaglie: si svegliava agitato al mattino, prima di andare a scuola.

In realtà non vi erano grossi problemi, anche se nell'aprile del 2006 ha avuto da una cugina delle ripetizioni di matematica, che hanno sortito un effetto positivo.

A settembre del 2006 ha iniziato a frequentare la terza liceo scientifico, ma si ammalava spesso di bronchite e raffreddori con tosse. Luca aveva anche un'asma allergica e così accumulava diverse assenze per motivi di salute.

Poiché si sentiva spesso mancare il respiro, il medico di base gli aveva prescritto delle benzodiazepine. Per un po' le cose sembravano migliorare, ma la madre vedeva ancora tanta agitazione nel ragazzo, che nel frattempo aveva assunto un colorito sempre più pallido, lamentava di sentire tanto freddo e vertigini.

Nel frattempo, cominciava a non incontrare più gli amici.

Un giorno la madre è stata convocata dalla preside della scuola perché Luca da circa un mese e mezzo non frequentava le lezioni; i genitori erano completamente all'oscuro di ciò. Tornati a casa e chieste delle spiegazioni, il ragazzo è scoppiato a piangere; ha raccontato del giorno della verifica e tutto ciò che ne è conseguito. Ha spiegato tutto ciò con la paura di andare a scuola. In seguito a ciò, d'accordo con i genitori, si è ritirato.

A ciò è anche corrisposto un ritiro sociale del ragazzo: dal momento dell'abbandono scolastico, ha tagliato i ponti con i compagni di scuola, che fino allora rappresentavano la totalità delle sue amicizie.

- **Analisi Funzionale**

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
Compito di Matematica	<i>“Andrà sicuramente male, prenderò un brutto voto”</i>	Ansia, paura e fuga dalla scuola

- **Strumenti d'indagine psicodiagnostica**

Data la natura del suo problema, a Luca è stato somministrato il TAD (Test per l'Ansia e la Depressione), uno strumento utile a misurare anche il Disadattamento Sociale, conseguenza delle condotte di evitamento messe in atto dal soggetto. I dati emersi sono i seguenti:

Depressione	pp 125	Livello lieve
Ansia	pp 135	Livello medio
Disadattamento Sociale	pp 130	Livello medio

Nelle prime sedute, Luca racconta del suo sollievo provato una volta allontanatosi dalla scuola, ma contemporaneamente i sensi di colpa nei confronti dei genitori, che sentiva di aver tradito. Una volta scoperto, ciò che l'ha fatto più soffrire è stata la reazione della madre, delusa dal fatto che il figlio non abbia voluto (o saputo) confidarsi con lei. In realtà Luca non s'era confidato con nessuno.

Racconta che i primi problemi sono iniziati verso la metà di novembre 2006, quando al mattino si alzava agitato, pur avendo dormito tranquillamente durante la notte. La preoccupazione era legata all'esito della verifica di Matematica, che prevedeva inevitabilmente di esito negativo, con conseguente dispiacere da parte dei genitori. Da un punto di vista fisico, le reazioni comprendevano mal di stomaco, nausea e stanchezza. Racconta dell'episodio del blocco dinanzi alla scuola e delle lunghe mattinate nella stazione del treno e degli autobus in attesa che arrivasse il momento di tornare a casa. Si sentiva in colpa per le bugie che raccontava sul suo andamento scolastico e quando è stato scoperto, ha sofferto per la delusione arrecata ai genitori.

All'incontro successivo gli viene proposto di tenere un diario delle ansie e delle preoccupazioni, con delle schede tratte dal testo di Andrews, Creamer, et al. "Trattamento dei Disturbi d'Ansia"; vengono eseguite delle prove al fine di accertare la corretta comprensione delle consegne.

Somministrazione test

A Luca è stato somministrato il CBA 2.0 (Cognitive Behavioural Assessment, di Bertolotti, Michielin et al.)

Scheda	Test	Omissioni	Punt. Grezzo	Punti Z	Percentile
Scheda 2	<i>S.T.A.I. X1</i>	0	38	-0,02	65-65
Scheda 3	<i>S.T.A.I. X2</i>	0	40	-0,07	65-65
Scheda 5	<i>E.P.Q./R - E</i>	0	5	-1,10	25-25
	<i>E.P.Q./R - N</i>	0	5	-0,03	55-60
	<i>E.P.Q./R - P</i>	0	3	0,36	35-60
	<i>E.P.Q./R - L</i>	0	6	0,00	15-15
Scheda 6	<i>Q.P.F./R</i>	0	41	-0,44	50-55
Scheda 7	<i>I.P. ó F</i>	0	52	-0,10	45-45
	<i>I.P. ó PH</i>		0	-0,82	01-15
	<i>I.P. ó 1</i>	0	5	-0,56	10-10
	<i>I.P. ó 2</i>	0	19	-0,05	50-50
	<i>I.P. ó 3</i>	0	15	1,93	90-90
	<i>I.P. ó 4</i>	0	2	-0,22	30-40
	<i>I.P. ó 5</i>	0	2	-1,04	10-15
Scheda 8	<i>Q.D.</i>	0	3	-0,29	60-65
Scheda 9	<i>M.O.C.Q./R</i>	0	9	0,61	75-75
	<i>M.O.C.Q./R - 1</i>	0	5	0,77	75-80
	<i>M.O.C.Q./R - 2</i>	0	2	-0,31	45-60
	<i>M.O.C.Q./R - 3</i>	0	3	1,11	80-90
Scheda 10	<i>S.T.A.I. X1 - R</i>	0	17	-0,19	75-75
	<i>S.T.A.I. DIFF</i>	0	1	0,74	75-80
Indice	<i>S.T.A.I. ACC</i>	0	0	appropriato	

Indice	INDICE IR	0	6	appropriato
---------------	------------------	---	---	-------------

Il soggetto ha segnalato come *“Cambiamenti Rilevanti”* la perdita di una persona cara (lo zio) e come *“Esperienza Negativa o Traumatica”* il ritiro da scuola.

Rispetto a *“Problemi Psicologici”*, ha dichiarato di averne di moderati e, rispetto alla loro descrizione: *“A volte mi preoccupo di cose inutili e non ho abbastanza fiducia in me stesso”*. Rispetto all'*“Inizio e Sviluppo”* (del disturbo), scrive: *“L’ansia procurata dai pensieri relativi ai fallimenti mi bloccava davanti alla scuola, impedendomi di entrarci”*. Come *“Inconvenienti”* rispetto alle conseguenze, enumera l’aumento dell’ansia in un circolo vizioso, la riduzione delle relazioni sociali, fino a limitarsi a poche uscite con gli amici più fidati. Tra gli Item Critici vanno presi in considerazione il 5.39: *“Vorrei che gli altri avessero timore di me”* e il 9.5: *“Quasi ogni giorno mi vengono in mente pensieri spiacevoli contro la mia volontà e ne sono turbato”*.

Il soggetto afferma di non aver mai avuto un’esperienza sessuale completa.

• Ipotesi diagnostica

L’ipotesi diagnostica più plausibile era costituita dal ***“Disturbo d’Ansia Generalizzato”***, poiché si estendeva anche al di fuori dell’ambito scolastico (per una diagnosi differenziale rispetto a una *“Fobia Specifica”*), con frequenti preoccupazioni legate alla propria famiglia, alla salute personale, e all’allacciare e mantenere amicizie. Vi era inoltre una condizione di impossibilità di aiuto, dovuta ad un’ inabilità prevista, rafforzata da un’autoconvinzione (Barlow et al., 1996).

I criteri diagnostici per il Disturbo d’Ansia Generalizzato (GAD) secondo il DSM-IV-TR sono i seguenti:

Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

A. La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

B. L’ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):

1. Irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;
2. Facile affaticabilità;
3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;
4. Irritabilità;
5. Tensione muscolare;

6. Alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).
- C. L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un disturbo in Asse I: l'ansia o la preoccupazione non riguardano l'aver un Attacco di Panico (come nel Disturbo di Panico, Senza Agorafobia e Con Agorafobia), rimanere imbarazzati in pubblico (come nella Fobia Sociale), essere contaminati (come nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo), essere lontani da casa o dai parenti stretti (come nel Disturbo d'Ansia di Separazione), prendere peso (come nell'Anoressia Nervosa), avere molteplici fastidi fisici (come nel Disturbo di Somatizzazione), o avere una grave malattia (come nell'Ipocondria) e l'ansia e la preoccupazione non si manifestano esclusivamente durante un Disturbo Post-traumatico da Stress.
 - D. L'ansia, la preoccupazione, o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
 - E. L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo) e non si manifesta esclusivamente durante un Disturbo dell'Umore, un Disturbo Psicotico o un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Restituzione

Sia Luca sia la madre hanno provato un senso di sollievo quando è stata comunicata la diagnosi con relativa spiegazione di cosa si trattasse. Entrambi infatti erano piuttosto sfiduciati e rassegnati al pensiero che non ci fosse molto da fare; la madre in particolare rivedeva nel figlio la sua *ansia di tratto* che molto l'aveva penalizzata nel corso della sua esistenza.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

È facile che questi pazienti considerino permanenti le loro difficoltà, se non addirittura parte integrante della loro personalità: mesi ed anni trascorsi affrontando l'ansia possono averli scoraggiati e resi pessimisti sulla possibilità di cambiare. Anche per Luca è stato importante lanciare il messaggio che cambiamenti nel modo usuale di pensare e di reagire sono invece possibili.

Gli ho detto che mi aspettavo si assumesse la responsabilità dei cambiamenti del suo comportamento e si esercitasse nelle abilità che di volta in volta gli venivano insegnate, dissipando ogni mito che il trattamento potesse costituire una facile risposta alle sue difficoltà.

Pur essendo stato incoraggiato e spinto al trattamento dalla madre, la motivazione di Luca durante il trattamento è sempre stata molto alta: il suo zelo nel seguire le indicazioni e nell'attuare gli homework è stato notevole.

Aspettative di trattamento

Le aspettative di trattamento erano incentrate al superamento della situazione che aveva portato Luca ad abbandonare la scuola, con pesanti ricadute sull'autostima e sul senso di autoefficacia. La conseguenza, oltre ad un futuro fatto di probabili evitamenti, era pesante anche sul piano sociale.

Ho chiarito fin dall'inizio che l'obiettivo non poteva essere quello poco realistico di sbarazzarsi dell'ansia, ma migliorare la gestione dell'ansia, parte inevitabile dell'esistenza, in modo che essa cessasse di interferire col suo personale funzionamento e non fosse motivo di ulteriore stress.

Interazione terapeutica

L'interazione terapeutica è stata ottimale: Luca si è rapportato allo psicologo col massimo rispetto dovuto ad una relazione di tipo complementare, costruendosi un fascicolo raccoglitore per tutto il materiale che gli è stato consegnato, giustificandosi quando non ha potuto eseguire degli homework, mantenendo sempre un interesse elevato per tutti i temi trattati. Ha aderito senza imbarazzi anche ai numerosi role playing cui è stato sottoposto.

Concettualizzazione del caso

La condotta di evitamento davanti al portone della scuola è stata rinforzata negativamente dal sollievo in seguito provato, aumentando le probabilità che, di fronte ad uno stimolo ansiogeno, ciò potesse ripetersi. E' anche evidente come sia stato il pensiero a provocare l'emozione e questa il comportamento.

I grandi temi di preoccupazione nella sua vita rappresentano emblematicamente il Disturbo d'Ansia Generalizzato: il futuro, che porterà sicuramente con sé una grande quantità di problemi, il perfezionismo (che nel suo caso tende a interferire sul compito), la paura di fallire (che l'ha portato a fuggire davanti ad una verifica scolastica), il timore di essere giudicato negativamente dagli altri o di deludere i genitori. E' evidente come alcuni comportamenti tendano ad alleviare momentaneamente le preoccupazioni e l'ansia, ma finiscano per alimentarla, giorno dopo giorno:

- a) il perfezionismo, di là dal sano proposito di eccellere, può diventare paralizzante quando si continua a riesaminare il lavoro svolto, a caccia di eventuali imperfezioni. Luca, infatti, in classe tende a essere l'ultimo a consegnare il compito, che pure ha terminato in un tempo ragionevole, perché continua a rileggerlo nel timore che gli sia sfuggito qualcosa.

b) l'evitamento, che Luca ha sperimentato in prima persona nella situazione scolastica, è stato esteso ai rapporti con i coetanei, una volta ritiratosi, temendo un giudizio negativo a causa della sua scelta.

c) il rinvio: quando si alzava al mattino (almeno per il primo periodo), era animato dall'intenzione di entrare a scuola, ma rinviava al giorno dopo l'attuazione di tale proposito, fino al punto di non ritorno, dato che ormai le assenze cominciavano ad essere troppe ed ingiustificate (oltre che ingiustificabili).

Trattamento

Come primo obiettivo viene posto il rilassamento, con l'introduzione alla respirazione diaframmatica, o addominale.

Il paziente viene motivato dicendo che tale tecnica lo aiuterà a restare più calmo, a distogliere l'attenzione dalle preoccupazioni e a pensare con maggior chiarezza nelle situazioni in cui attualmente prova una forte ansia applicando meglio le tecniche cognitive che gli saranno insegnate nelle prossime sedute.

Si procede chiedendo a Luca di eseguire alcuni respiri e, come si prevedeva, si evidenzia che utilizza prevalentemente la parte superiore del torace. Vengono, pertanto, fornite le seguenti istruzioni mentre il terapeuta fa da modello rispetto alla loro esecuzione:

1. Poni le mani delicatamente sull'addome.
2. Respira solo col naso tenendo chiusa la bocca
3. Inspira l'aria col naso senza sforzo facendo il possibile per spingere l'aria verso la parte bassa dell'addome. (Si utilizza il diaframma quando la pancia si gonfia mentre si inspira e si espande poco il torace.)
4. Espira sgonfiando l'addome.
5. Evita di contrarre i muscoli e fai durare più a lungo la fase di espirazione.
6. Fai una pausa tra un respiro e l'altro e conta 1001.

Si parla della natura dell'ansia e di come possa essere utile, soprattutto quando si deve far fronte a un pericolo. Vengono fatti notare tutti i cambiamenti che avvengono a livello corporeo: aumento del ritmo cardiaco, della sudorazione, della frequenza respiratoria, cosicché il sangue viene deviato verso i muscoli che diventano tesi e pronti per l'azione. Tutte queste reazioni sono conosciute come la risposta di attacco o fuga.

Pur trattandosi di un retaggio filogenetico, può essere utile anche ai giorni nostri, permettendo l'aumento dello stato della vigilanza mentale, che può aiutare a dare il meglio di se stessi in attività impegnative. Quando però l'ansia supera un certo livello, riduce in modo considerevole la capacità di pensare e agire con lucidità, inibendo la prestazione in compiti che sappiamo già svolgere bene. Viene spiegato a Luca che, per raggiungere il massimo

dell'efficienza, si dovrebbe essere calmi in situazioni normali e un po' ansiosi, pronti, ma non troppo, in situazioni difficili.

Viene differenziata l'ansia di stato da quella di tratto e lui si riconosce nella seconda, affermando che anche la mamma è da sempre ansiosa e apprensiva. Riconosce in se stesso un'ansia cronica, inquietudine, facile affaticamento e irritabilità, difficoltà a rilassarsi e ad addormentarsi (specie nel periodo in cui evitava la scuola).

Da un punto di vista cognitivo, aveva forte l'impressione di non riuscire a fronteggiare la situazione (da ciò un senso d'impotenza e conseguente stato depressivo). L'ansia è diventata per Luca un problema quando ha compromesso un ambito importante della propria esistenza, cioè la scuola (equivalente all'area lavorativa per l'adulto), campo in cui peraltro si è sempre destreggiato bene. Il ragazzo riconosce che le cose sono probabilmente cambiate quando ha iniziato a percepire i problemi di ogni giorno come una minaccia, anziché come una salutare sfida.

Gli viene fatto notare come chi soffre di ansia possa trascorrere oltre la metà del tempo di veglia preoccupandosi di eventi che effettivamente non accadono.

Nella seduta successiva vengono introdotte le tecniche di rilassamento, argomento che Luca conosce piuttosto bene, dato che nel passato ha fatto dei tentativi con i manuali che si trovano facilmente anche presso le edicole. Gli viene proposto quello universalmente riconosciuto essere il più efficace, il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson e gli vengono fatte provare le prime sequenze; viene avvisato sulla possibilità di uno scoraggiamento iniziale, dato che l'effetto del rilassamento migliora con l'esercizio, che andrà eseguito giornalmente per almeno mezz'ora-tre quarti d'ora.

Nella seduta successiva si entra nell'ambito più propriamente cognitivo. Prendendo spunto da quanto accadutoogli personalmente, viene indicata con:

- A la situazione attivante (la verifica di Matematica);
- B il pensiero: «La verifica andrà male e i miei rimarranno molto delusi»;
- C l'emozione (forte ansia) e comportamento conseguente (tornarsene indietro e passare la mattina alla stazione dei treni).

Si continua con altri esempi, in modo che sia chiaro il ruolo dei pensieri nel determinare emozioni e comportamenti.

Chiedo a Luca di valutare in modo realistico l'eventualità che l'avvenimento temuto possa verificarsi concretamente (*«Quanto è probabile che ciò accada?»*)

Questo esempio permette di introdurre il discorso sui Pensieri Disfunzionali, quelli cioè che non corrispondono alla realtà e sono controproducenti, mettendo la persona in condizione di stare male inutilmente. Il principio di base è antico (risale ai presocratici): *«Nessun evento esterno da solo può farci male; ciò che ci mette a disagio sono i nostri pensieri su quell'evento!»*

Viene detto a Luca che le persone particolarmente ansiose tendono ad aspettarsi il peggio e finiscono a volte col comportarsi in modo che il peggio si verifichi davvero (ciò che viene definita la *profezia che si autoavvera*): sembra piacevolmente sorpreso da questo che per lui è un vero e proprio insight e chiede come fare per contrastare questa tendenza catastrofista. Gli rispondo che si devono attuare i cosiddetti *tre* passi della terapia cognitiva dell'ansia:

- Primo passo: identificare i pensieri disfunzionali. Questi pensieri hanno la caratteristica di diventare automatici col tempo, quasi come un'abitudine in negativo; un buon modo per identificarli è quello di partire dall'emozione di ansia e procedere a ritroso per risalire ai pensieri. Succede spesso che le persone ansiose siano spesso prese da continue preoccupazioni e da previsioni catastrofiche, non distinguendo ciò che è *possibile* da ciò che è *probabile* che accada, nell'errata convinzione che, preoccupandosi, si possa impedire il peggio.
- Secondo passo: contrastare i pensieri disfunzionali ansiogeni. Può essere utile formularsi cinque domande:
 1. Che prove vi sono rispetto al fatto che ciò che penso corrisponda alla realtà?
 2. Posso interpretare diversamente la situazione?
 3. Quali sono le conseguenze dei miei pensieri? (per esempio, esamino vantaggi e svantaggi del modo di pensare perfezionistico)
 4. Sto facendo degli errori di ragionamento? Viene fatta una rassegna dei principali errori: *bianco o nero* (o pensiero dicotomico), *generalizzazione*, *filtraggio*, *personalizzazione*, *catastrofizzazione*, *lettura del pensiero* ecc.
 5. Assumo atteggiamenti errati? Viene fatto a Luca l'esempio della *sovraverizzazione* (*la verifica deve andare assolutamente bene!*), che è diventata causa del suo comportamento evitante.
- Terzo passo: sostituire i pensieri disfunzionali con pensieri alternativi. Un esempio: *non sopporterei che la verifica andasse male e di deludere i genitori*, si potrebbe sostituire con: *sarebbe preferibile che la verifica andasse bene, ma se ciò non dovesse accadere, saprei come affrontare la situazione*. Non sarebbe però auspicabile un illusorio atteggiamento quale: *andrà sicuramente tutto bene, prenderò un ottimo voto* o

Vengono illustrati in seguito i vantaggi e gli svantaggi del modo di pensare perfezionistico:

vantaggi	svantaggi
<p>Alla fine il lavoro sarà ben fatto</p> <p>Mi aiuta ad impegnarmi, a sforzarmi di più</p> <p>Quando ci riesco, sono proprio contento</p>	<p>Divento così ansioso da non riuscire a dare il meglio di me</p> <p>Sottovaluto le cose buone che faccio perché non sono perfette</p> <p>La paura di sbagliare mi può impedire d'imparare dagli errori</p> <p>Mi offendo quando gli altri fanno commenti sul mio lavoro</p> <p>Trascino il lavoro per lungo tempo perché non mi decido a terminarlo</p>

Sintesi delle sedute

Luca appare come un ragazzo educato, che però parla con un volume di voce più alto di quanto richiesto dalla situazione.

Il suo più grande interesse è relegato al computer, di cui sembra essere piuttosto esperto; gioca anche con la Playstation e predilige giochi d'azione e strategia. Lo sport non gli interessa né seguirlo né praticarlo, cosa abbastanza inusuale per un ragazzo della sua età.

Si autodescrive come una persona precisa, permalosa, testarda, un po' timida.

Parla del problema che l'ha portato a chiedere aiuto. Racconta che si addormentava abbastanza tranquillo, poi aveva dei risvegli e al mattino si alzava agitato, col pensiero che la verifica sarebbe andata male ed avrebbe deluso i genitori.

Della madre dice che è una persona affettuosa, generosa, ma spesso molto apprensiva. Il padre viene descritto come persona comprensiva, appassionata al suo lavoro.

Si cerca di capire dove possa essere iniziato il problema. Luca racconta che da piccolo ha frequentato poco la Scuola Materna a causa di problemi legati alle vie respiratorie, ma gli piaceva stare assieme agli altri bambini, anche se aveva una netta preferenza per le amicizie femminili. Questa caratteristica è divenuta una costante anche negli anni delle Elementari e delle Medie. Ricorda che alle Medie è sempre stato tra i migliori, spesso i compagni lo definivano "secchione". Per quanto riguarda lo stile educativo dei genitori, riferisce di non ricordarsi di essere mai stato messo in punizione per qualsivoglia motivo.

Insieme a Luca, si costruisce l'ABC dell'episodio critico, mettendo in evidenza come la B rappresenti soprattutto la valutazione distorta della valutazione, secondo la REBT di Ellis. La C (il comportamento di evitamento) è stato rinforzato negativamente dal sollievo provocato a Luca dall'allontanarsi dalla situazione ansiogena. Viene introdotta la "respirazione diaframmatica" come primo elemento di rilassamento; gli viene fatta provare un paio di volte fino a che riesce a capirne bene lo schema, dopodiché gli viene assegnata come primo homework.

Gli viene consegnato il primo modulo del "manuale per chi soffre del disturbo", con dei compiti da svolgere a casa: diario e schede per identificare le preoccupazioni attraverso USM (Unità Soggettive di Malessere). Lui è molto intelligente e motivato, segue con interesse e finora ha eseguito i compiti con scrupolo.

Gli viene insegnato il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson, illustrandone gli scopi, con l'assegnazione dell'homework di riprovarlo almeno una volta al giorno, finché non sarà riuscito a padroneggiarlo.

Si fa un'analisi del suo perfezionismo, considerando quando questo travalichi il sano desiderio di eccellere per trasformarsi in un'ossessione che paralizza l'azione nel suo divenire: Luca si riconosce in ciò, dato che spesso era l'ultimo a consegnare il compito a causa di ripetuti controlli atti a migliorare sempre più il "prodotto finale".

Attraverso una checklist di pensieri disfunzionali, si identificano quelli che gli sono propri, in particolare riferimento all'episodio accaduto davanti alla scuola.

L'attenzione in seguito si sposta maggiormente sul versante cognitivo, con il tema delle Distorsioni Cognitive (definizione, analisi delle più comuni e riconoscimento di quelle personali). Ottima risposta di Luca, che si consola per il fatto che molte persone cadono in errori che pensava fossero solo suoi. "Vedere anche negli altri queste cose mi fa pensare che non siano poi così terribili". Il compito per casa è quello di riconoscere, lista alla mano, le principali distorsioni cognitive sue e quelle delle persone che gli vivono accanto.

Si è quindi affrontato il tema di sostituire i pensieri disfunzionali con modi di pensiero alternativi. Si sono esaminati gli assunti e le convinzioni di fondo.

È stato importante come affrontare le preoccupazioni delle preoccupazioni e come attuare una buona gestione delle preoccupazioni in generale.

In luglio gli si è proposto un metodo strutturato di risoluzione dei problemi (Problem Solving).

In seguito, si è introdotta la comunicazione assertiva, con una disamina dei diversi stili comunicativi, esemplificando la struttura e la dinamica del messaggio assertivo. Si sono così affrontate le tecniche di *judo cognitivo*: come difendersi dall'altrui aggressività, attraverso il *role playing*.

In un incontro di restituzione, la madre ha mostrato apprezzamento per i temi trattati, anche se si è dichiarata preoccupata rispetto all'inizio della scuola.

Agli inizi di settembre 2007 Luca ha sostenuto un esame per il cambio di corso: da un orientamento scientifico-tecnologico doveva passare al corso per geometri. Lo si è preparato richiamando alla memoria tutto il percorso effettuato sulle tecniche del controllo dell'ansia, ma anche sono stati sottolineati i pericoli insiti nel *perfezionismo*, con esempi pratici, tratti dalla sua esperienza personale.

L'esame ha avuto un esito positivo, l'autostima di Luca ha ricevuto una iniezione di fiducia.

A metà settembre ha iniziato la scuola: non ha avuto alcuna reazione di tipo fobico e si è dichiarato soddisfatto del nuovo ambiente.

Sono stati eseguiti dei *role playing* di situazioni che richiedevano una risposta assertiva. Si è anche provata l'applicazione del Problem Solving su eventi problematici tratti dalla sua realtà. È inoltre stata eseguita un'analisi funzionale di recenti episodi.

È stata proposta la *bilancia decisionale*, dinanzi a scelte che pongono due alternative (dilemmi). Buona la risposta di Luca, che appare effettivamente molto più consapevole e forte rispetto al passato.

Luca si sente tranquillo e ritiene di saper ormai padroneggiare i pensieri che causano le emozioni negative, dandosi delle risposte razionali ed inaspettatamente mature.

In seguito viene affrontato, tramite Problem Solving, un tema a lui piuttosto caro: come conoscere una ragazza che gli piace, attuando una prevenzione della risposta di evitamento.

Il trattamento si conclude con un ripasso generale di quanto finora affrontato, e con la restituzione alla madre del percorso compiuto.

Risultati raggiunti

A scopo esemplificativo, viene riportato un episodio accaduto nel dicembre 2007: dopo una settimana di malattia, doveva affrontare una verifica scritta e cominciava a sentire una certa agitazione. La mattina del compito è preda di pensieri catastrofici ed ansiogeni (*non sono perfettamente preparato*).

A questo punto, trovandosi ancora a casa, Luca ha riportato di aver analizzato i pensieri disfunzionali, catalogandoli e contemporaneamente ha iniziato il Rilassamento Muscolare Progressivo. Ma nell'avvicinarsi alla scuola sentiva il panico crescere provando, nuovamente ed inaspettatamente, il desiderio di fuggire. La differenza l'ha fatta la consapevolezza del lavoro svolto finora: si è ricordato di essere una persona diversa da prima, con degli strumenti che gli permettevano di padroneggiare la situazione e con delle competenze acquisite ed ormai consolidate. Ha ripetuto a se stesso (mettendo in pratica il dialogo interiore) che avrebbe cercato di fare del suo meglio e, qualora le cose non fossero andate per il loro verso, ci sarebbe stata comunque la possibilità di rimediare. Ciò gli ha permesso di affrontare come una sfida (e non più come una minaccia) la nuova situazione, con risultati assolutamente positivi.

Un'altra ricaduta in positivo è costituita dal ritorno di Luca alla vita sociale, con la frequentazione di nuovi compagni di scuola, più simili a lui nei gusti e nello stile.

Altro aspetto che va considerato come il raggiungimento di un obiettivo è costituito dalla sua capacità di esprimere le emozioni, che in passato tendeva a nascondere.

Nel colloquio con la madre è emerso che effettivamente Luca è molto cambiato dall'inizio del trattamento: *ora è una persona più sorridente ed ottimista, che aiuta anche me nei momenti difficili!*

Follow up

In un primo follow-up, avvenuto nel maggio 2008, Luca ha comunicato che alla madre è stato diagnosticato un tumore ai polmoni. Dopo un primo inevitabile momento di sconforto, il ragazzo ha reagito, aiutando la mamma durante la chemioterapia, cercando di infonderle fiducia nelle cure, che sembrano (al momento attuale) aver sortito un benefico effetto. È riuscito a vedere anche gli aspetti positivi: i rapporti col papà e col fratello sono divenuti più stretti, ci si parla di più e si passa un tempo maggiore assieme. Ha anche aiutato la madre nelle incombenze domestiche, poiché era costretta a letto a causa delle cure piuttosto spossanti.

In un secondo incontro avvenuto nell'agosto 2008, ha raccontato del risultato positivo a scuola: è stato promosso con la media del 7,8 (*il migliore ha avuto 7,9!*)

Non si è dichiarato preoccupato del fatto di non avere ancora una ragazza, dato che anche tutti i suoi amici non ce l'hanno.

Nel terzo incontro, avvenuto nel febbraio 2009, ha portato una serie di buone notizie: la madre è stabile, con un umore soddisfacente, lui sta andando molto bene a scuola (con una media intorno all'8,9), sta frequentando il IV

anno della scuola di Geometra e vorrebbe, una volta terminata, proseguire con l'Università iscrivendosi a Ingegneria Civile.

Esce con degli amici ed ha iniziato il corso per il conseguimento della patente di guida.

Bibliografia

- Meazzini P. (2000), *L'Insegnante di Qualità*, Giunti, Firenze.
- Meazzini P. (2005), *Timido non più*, Giunti, Firenze.
- Galeazzi A. e Meazzini P. (a cura di) (2004), *Mente e Comportamento*, Giunti, Firenze.
- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, McGraw-Hill, Milano.
- Andrews G. et al. (2006), *Trattamento dei Disturbi d'Ansia (Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo)*, Centro Scientifico Editore, Torino.

2. SERGIO, UN DIFFICILE DOC ADOLESCENZIALE

Invio e motivo della richiesta

La madre giunge allo Studio grazie ad un suggerimento di un'amica che ha consigliato la struttura per il figlio tredicenne, con una diagnosi di "Disturbo Ossessivo-Compulsivo con Distimia" formulata da un neuropsichiatra infantile della provincia di Venezia. La signora si è rivolta finora a diversi professionisti e Sergio ha già intrapreso una psicoterapia d'indirizzo psicodinamico che, a detta della madre, non ha dato i risultati sperati.

Descrizione del caso

La madre, già nel primo colloquio, dichiara la sua grande difficoltà nella gestione di Sergio, che spesso si pone con modalità aggressive, in famiglia come a scuola, accompagnate da frequenti sbalzi d'umore. Vengono riportate delle reazioni incontrollate: nei momenti di crisi (una litigata in famiglia, con un amico) sbatte la testa sul muro o si tira i capelli.

Presenta ossessioni di "contaggio", ma la mamma riporta anche di vederlo spesso lavarsi le mani, cosa che fa regolarmente quando esce dallo studio, con la scusa di doversi recare al bagno.

Si evidenzia inoltre la presenza di tic che spesso lo mettono in imbarazzo di fronte ai suoi compagni.

La madre è molto preoccupata per il rendimento scolastico del figlio che, secondo il suo parere, potrebbe ottenere dei risultati molto migliori. Le aspettative familiari sono quindi in questo ambito troppo elevate rispetto alle possibilità (e non alle capacità) del ragazzo.

La sua vita relazionale non è soddisfacente perché si pone su di un piano di superiorità rispetto ai suoi compagni perché "più abiente".

ASSESSMENT

- **Storia personale**

Sergio è nato in Lussemburgo quattordici anni fa da un padre dirigente bancario ed una madre laureata in Giurisprudenza, ma lì è vissuto solo pochi mesi, per poi trasferirsi a Modena, dove è rimasto fino ai cinque anni. Sempre a causa del lavoro del papà, si è trasferito alla periferia di Bassano del Grappa, dove ha frequentato le prime due classi della Scuola Elementare. Quando Sergio aveva sette anni la famiglia ha traslocato a Roma, dove ha vissuto fino ai dodici anni, per poi ritornare nel bassanese, dove attualmente risiede.

Attualmente frequenta la Terza Media, con un profitto discontinuo: in alcune materie eccelle (come la Storia), in altre (Matematica e Scienze) ha delle serie difficoltà, per le quali la madre gli ha affiancato un insegnante per delle ripetizioni.

Ha solo un paio di amici, ai quali non appare neanche tanto legato, per sua stessa ammissione.

Il tempo libero è dedicato ad attività quali il golf e il tennis, che Sergio pratica per accondiscendenza nei confronti dei genitori, ma le sue vere passioni sono costituite dalla Storia del ventesimo secolo (guerre in particolare) e calcio, che non pratica attivamente ma segue con grande attenzione e competenza, anche quello del passato, di cui possiede numerosi annuari che dimostra di conoscere bene sotto il profilo statistico.

Dimostra una inoltre buona cultura generale, insolita per un ragazzo della sua età, anche se orientata soprattutto a ottenere l'ammirazione dell'interlocutore.

• Storia del problema

I primi disagi sono iniziati mentre Sergio stava frequentando la Seconda Media: la sua attenzione in classe veniva attirata da un muro che gli appariva sporco. Il suo rendimento scolastico è iniziato a scadere, con grande preoccupazione da parte della madre, che ha molto investito sul figlio sotto questo aspetto.

Da quel periodo è iniziato il pellegrinaggio alla ricerca dello specialista e, di conseguenza, della cura (a volte anche miracolosa, essendosi la madre rivolta ad omeopati e a rimedi naturali di dubbia efficacia).

Nel frattempo le condizioni di Sergio peggioravano, con vere e proprie esplosioni di insofferenza culminate in atti autolesionistici (A volte sbattevo la testa contro il muro, mi davo dei pugni in testa)

Il ricorso al farmaco (Zoloft, antidepressivo) ha rappresentato una buona soluzione iniziale, soprattutto sul fronte delle ossessioni che sono notevolmente diminuite (sotto il profilo quantitativo) dall'inizio della assunzione.

Permangono delle aree di criticità cui riesce difficile attribuire un ruolo di causa o di effetto, o di mantenimento del disturbo: la difficoltà relazionale di Sergio e dei risultati scolastici nettamente al di sotto delle aspettative, data la sua intelligenza al di sopra della media.

- **Somministrazione test**

A Sergio è stato somministrato il **Questionario TAD (Test dell'Ansia e Depressione nell'Infanzia e Adolescenza, di P. Newcomer et al., 2002)**

La **Scala Alunno** ha dato i seguenti risultati:

Depressione	pp 135	Livello medio
Ansia	pp 125	Livello lieve
Disadattamento Sociale	pp 130	Livello medio

Si osserva come il soggetto abbia percepito un livello medio di disagio sia per quanto riguarda la depressione, sia il disadattamento sociale, congrue con l'osservazione effettuata durante i colloqui.

Nella **Scala Genitori** i risultati appaiono orientati su di un versante più pessimistico:

Depressione	pp 145	Livello medio-grave
Ansia	pp 135	Livello medio
Disadattamento Sociale	pp 150	Livello grave

Relativamente al Disturbo Ossessivo- Compulsivo, sono stati somministrati due test (classici):

1. Padua Inventory (Sanavio, 1988)

SCALE	<u>Punteggio GREZZO</u>	<u>Punti Z</u>
INSUFFICIENTE CONTROLLO DEI PENSIERI	15	-0,07
LAVAGGI E PAURA DI CONTAMINAZIONE	12	0.22
CONTROLLI RIPETUTI E SUPERFLUI	7	-0,32
PAURA DI PERDERE IL CONTROLLO	6	1,01
PUNTEGGIO TOTALE	48	0,02

2. Obsessional Belief Questionnaire (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997): valutazione delle credenze del soggetto sui sei domini cognitivi di interesse ossessivo-compulsivo.

SCALE	P. GREZZO	Punti Z
PERFEZIONISMO	36	-0,01
RESPONSABILITA' PER DANNO	39	-0,95
SOVRASTIMA DEL PERICOLO	21	-0,40
CONTROLLO DEI PENSIERI	49	1,04
RESPONSABILITA' PER OMISSIONE	11	-0,44
FUSIONE PENSIERO-AZIONE	10	-0,23

Dai due test non emergono indicative criticità, fatta eccezione nel Padua alla Paura di perdere il controllo, e nell'OBQ al Controllo dei pensieri, scale comunque scevre di significatività clinica. Occorre tener presente che Sergio è sottoposto a una terapia farmacologica il cui fine è quello di una riduzione sintomatologica. Sergio inoltre non rileva ossessioni di lavaggi, dato che ritiene normale un'igiene scrupolosa, specie quando si toccano le altre persone (sia pure con una semplice stretta di mano).

- **Ipotesi diagnostica**

A Sergio è stato diagnosticato un Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) in seguito ad una visita alla Neuropsichiatria Infantile.

Si riportano di seguito i criteri diagnostici indicati nel DSM-IV per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo:

- Ossessioni o compulsioni.
- In qualche momento nel corso del disturbo, la persona ha riconosciuto che sono eccessive o irragionevoli.
- Le ossessioni o compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di 1 ora al giorno), o interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico) o con le attività o con le relazioni sociali usuali.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è caratterizzato dalla presenza di ricorrenti e frequenti ossessioni o compulsioni che causano un marcato disagio e che interferiscono per il dispendio di tempo con la vita quotidiana della persona, con le attività abituali, con l'adattamento lavorativo o con le relazioni interpersonali.

Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini mentali ricorrenti e persistenti che causano ansia e a cui la persona tenta in qualche modo di resistere, sono vissuti dall'interessato come intrusivi o inappropriati. Esse sono, dunque, egodistoniche, che contrastano con le convinzioni più radicate

della persona. La risposta alle ossessioni è rappresentata da comportamenti ripetitivi, intenzionali e apparentemente finalizzati, messi in atto secondo certe regole o in maniera stereotipata, che il soggetto avverte come irrazionali o sproporzionati e che tuttavia esegue cedendo a un senso di compulsione cui cerca di opporsi senza successo. Tale disturbo è incluso tra i disturbi d'ansia e va distinto dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità che si caratterizza per una modalità pervasiva di perfezionismo e di inflessibilità altamente incapacitante che costituisce invece una sottoclassificazione dei disturbi di personalità.

In Sergio va considerata anche la presenza di tic che, essendo di tipo esclusivamente motorio, non essendo presenti coprolalie (linguaggio osceno) ecolalie (ripetizione dell'ultima parola dell'interlocutore) o ecoprassie (ripetizione di gesti dell'interlocutore), escludono ragionevolmente un Disturbo di Tourette.

Restituzione

Viene confermata quindi la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Per quanto riguarda la Distimia, essa va vista come un sintomo secondario del DOC, che si estrinseca nell'interazione del disturbo con l'ambiente di vita del ragazzo. Nel colloquio di restituzione con Sergio e la madre, ho illustrato le caratteristiche peculiari del disturbo, proponendo un percorso nell'ottica cognitivo-comportamentale, accennando alle varie tecniche ma soprattutto alla necessità che vi sia una forte adesione all'idea di homework, il necessario esercizio a casa non solo per rafforzare quanto appreso in seduta, ma anche per generalizzare le abilità acquisite. In questo senso, il ragazzo e la famiglia divengono co-terapeuti nel percorso psicologico.

Ai genitori fornisco dei consigli che di solito si danno ai familiari di una persona che soffre di DOC: apprendere più informazioni possibili sul disturbo, non colpevolizzare il figlio, non rassicurarlo per quanto riguarda le ossessioni ma nemmeno assecondarlo nei rituali, incoraggiarlo e sostenerlo durante le esposizioni, motivarlo e soprattutto riconoscere e premiare anche i minimi risultati.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

All'inizio Sergio appariva piuttosto motivato al trattamento, ma ben presto è risultato chiaro trattarsi, per lui, di un approccio prevalentemente intellettuale, confondendo la seduta con un momento di conversazione prevalentemente di stampo filosofico, nel quale aveva la possibilità di sfoggiare la sua cultura (peraltro non indifferente, se paragonata a quella dei ragazzini della sua età) per essere gratificato dal terapeuta. In realtà ho dovuto chiarire che ciò che per lui era motivo di orgoglio e distinzione dai

coetanei poteva trasformarsi in una sorta di arroganza che finiva per emarginarlo. La terapia cognitivo-comportamentale è spesso faticosa, antipatica perché ti costringe a guardare in faccia la realtà, non aggira gli ostacoli, né tanto meno cerca delle scorciatoie, insomma un impegno difficile. Facendo leva sulla sua passione per la Storia: lo sai cosa promise Churchill agli inglesi? «Sangue, sudore e lacrime»? Forse non proprio così, ma quasi.

Aspettative di trattamento

Più che la sofferenza personale di Sergio, emergeva una forte preoccupazione della madre rispetto al rendimento scolastico del figlio, quindi la psicoterapia veniva vista in funzione di un miglioramento generale dell'adattamento alle richieste dello studio che, una volta terminate le medie, avrebbe alzato il tiro delle pretese, avendo già prefigurato la famiglia un percorso alle superiori, quindi all'università.

Ho dovuto quindi ristrutturare le aspettative del genitore, dirottandole primariamente sugli aspetti più disfunzionali del disturbo: le ossessioni, l'ansia, i tic ecc., e condizionando le prestazioni scolastiche a un effetto secondario di un generale miglioramento della sintomatologia.

Interazione terapeutica

Dopo un primo periodo in cui Sergio ha preso le misure del terapeuta, ben presto si è fatto strada un atteggiamento poco collaborativo per quanto riguarda gli homeworks: adducendo come scusante la stanchezza per lo studio o la mancanza di tempo, il ragazzo ha spesso eluso questo importante impegno. Gli è stata più volte ribadita la necessità di stare ai patti, poiché l'impressione era spesso quella di una certa staticità, indolenza, un aspettarsi che la soluzione ai problemi venisse da fuori; ho sempre sottolineato come estremamente importante una partecipazione attiva da parte sua.

Di contro la madre riportava che Sergio veniva molto volentieri alle sedute, spiegando che si sentiva accolto e valorizzato, non giudicato come invece avveniva nell'ambiente scolastico e in quello delle amicizie.

Nell'interazione terapeutica è emersa una costante caratteristica del DOC: la propensione a prendere tutto alla lettera, con uno scarso senso del traslato. Vi è stata una reale difficoltà a cogliere il significato metaforico delle parole, a decontestualizzare le frasi e a farle rientrare in un processo di categorizzazione, manifestando una notevole fatica a porsi nella prospettiva dell'interlocutore. Infatti ogni esempio che gli proponevo veniva regolarmente attaccato nel suo contenuto e ho faticato non poco a riportarlo nei termini della questione, fino all'ultimo giorno di trattamento.

Concettualizzazione del caso

Analizzando la storia di Sergio, appare evidente come il farmaco abbia notevolmente diminuito le ossessioni: sia il Padua Inventory, sia l'Obsessional Beliefs Questionnaire risultano nella norma, con una lieve accentuazione per il primo test rispetto alla *paura di perdere il controllo*, mentre per il secondo rispetto al *controllo dei pensieri*. Nonostante egli neghi un'eccessiva attenzione rispetto al lavaggio delle mani, questa operazione è rilevata invece come anomala dalla madre.

Rimane in ogni caso una sofferenza di base causata dall'ansia, soprattutto relativa alle sue prestazioni scolastiche, alimentata dalle alte aspettative di genitori (entrambi laureati) che non concepiscono ed accettano che il figlio possa avere dei problemi in quest'ambito, così importante per il loro status sociale. Quindi un lavoro con Sergio non può prescindere da un altro rivolto ai genitori, con il fine di spostare il focus dalla *vergogna* di non avere un figlio *all'altezza*, al suo benessere, passando inevitabilmente attraverso una loro ristrutturazione rispetto al futuro del ragazzo.

Inoltre, come emerso nel corso del trattamento, la coppia genitoriale è in evidente crisi: il padre si è costruito, con la scusa del lavoro, una dimensione parallela a quella familiare, con frequenti assenze da casa e abitazioni in due diversi luoghi del nord Italia. Appare chiara l'intenzione di preservare comunque una parvenza di "famiglia felice e perfetta", così il disturbo del figlio, così impegnativo e difficile da comprendere nella sua gravità (perciò un peregrinare da specialista in specialista) risulta funzionale a divenire "collante" della coppia. A fronte di ciò una "guarigione", o un significativo miglioramento, potrebbe essere percepito come altamente destabilizzante.

Trattamento

Al fine di fornire a Sergio un'abilità di gestione delle risposte emotive, modificando implicitamente alcuni suoi convincimenti concernenti la mancanza di controllo delle proprie risposte fisiologiche, ho proceduto fin da subito all'insegnamento della *respirazione profonda*. Lo motivo dicendogli che tale tecnica lo aiuterà a restare più calmo, e preparerà il terreno per affrontare e dominare i tic. Poiché si evidenzia in lui un utilizzo prevalente della parte superiore del torace, vengono fornite le istruzioni atte a spostare la respirazione da toracica a diaframmatica.

Si è quindi passati alla tecnica dell'Arresto del Pensiero, per quanto riguarda le rimuginazioni di Sergio legate al conteggio. Tale metodo viene suddiviso in 4 parti:

Fase 1: il soggetto verbalizza i propri pensieri ed il terapeuta li interrompe con uno "Stop" ad alta voce.

Fase 2: il soggetto verbalizza subvocalmente (cioè mentalmente) i propri pensieri e segnala l'inizio della sequenza al terapeuta; questi immediatamente la interrompe con uno "Stop" ad alta voce.

Fase 3: il soggetto verbalizza subvocalmente i propri pensieri che poi interrompe da solo, con uno "Stop" ad alta voce.

Fase 4: il soggetto verbalizza internamente sia la sequenza di pensieri disturbanti, sia lo "Stop" che la interrompe.

(Tratto da *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, di S. Johnson)

Viene chiesto a Sergio di ripetere quest'esercizio a casa, tra una seduta e l'altra.

In seguito viene affrontato l'importante tema dei tic. A Sergio sono insegnate le tecniche tuttora considerate maggiormente efficaci:

a) *Pratica massiva*: il paziente deliberatamente deve eseguire i movimenti ticcosi nella maniera più realistica possibile, per definiti periodi di tempo e intercalati da periodi di riposo, preferibilmente di fronte allo specchio: alla fine, stanco di eseguire i movimenti sviluppa, con alta probabilità, una inibizione reattiva dei tic.

b) *Controcondizionamento* (habit reversal training o abitudine opposta): è l'intervento considerato ad oggi più efficace, e consiste in una procedura composita che stimola il soggetto a compiere contrazioni muscolari antitetiche a quelle dei tic (risposta competitiva), unitamente a strategie finalizzate ad aumentare la consapevolezza dei movimenti, a cui vanno associate secondo necessità, l'auto-osservazione, la prescrizione del sintomo, il rinforzo.

(Piacentini J.C., Chang S.W. (2006). "Behavioral treatments for tic suppression: habit reversal training". *Advances in neurology* 99: 227-633)

La risposta competitiva è un esercizio costituito dalla contrazione isometrica dei muscoli che antagonizzano il movimento ticcoso durante l'emissione del tic o quando se ne avverte l'impulso, associata a fasi in cui il soggetto esegue volontariamente la contrazione degli antagonisti imitando il tic.

Per quanto riguarda le ossessioni e le compulsioni, all'inizio ho ritenuto opportuno affrontare il lavaggio delle mani, data la relativa semplicità rispetto ad una verifica immediata dei risultati.

Ho avvisato Sergio che la tecnica dell'esposizione allo stimolo ansiogeno si basa sul fatto che l'ansia tende a diminuire spontaneamente dopo un lungo contatto con lo stimolo stesso. Così avremmo dovuto fare in modo che, dopo avermi salutato e dato la mano, non passasse per il bagno a pulirsi le mani finché l'ansia non fosse scomparsa. La ripetizione dell'esposizione consente la diminuzione dell'ansia fino alla sua completa estinzione. Poiché lo vedevo perplesso e preoccupato, ho aggiunto che, affinché la tecnica dell'esposizione fosse più efficace, era necessario affiancarla alla tecnica di *prevenzione della risposta*. L'ho avvertito che nella prevenzione della risposta il rituale del comportamento lavarsi subito dopo aver dato la mano a qualcuno veniva momentaneamente bloccato, anche di pochi minuti, in

modo che potesse gradualmente sperimentare che non succedeva nulla di così terribile come paventato. Come l'esposizione di solito è più utile nel diminuire l'ansia e le ossessioni, così la prevenzione della risposta è più utile nel diminuire i comportamenti compulsivi. Così ci siamo accordati che, come usciva dallo studio, aspettava tre minuti prima di entrare in bagno (previo avvertimento alla madre che lo veniva a prendere dopo il trattamento). La seconda settimana ha aspettato cinque minuti. Dopo circa un mese, la madre mi ha avvertito che era tornato a casa senza passare per il bagno e che, pur mantenendo il lavaggio delle mani ad un numero sicuramente superiore a quello che ci si attenderebbe in una situazione di "normalità", tuttavia aveva notato un significativo decremento. Sergio ha minimizzato dicendo che si è reso conto "da solo" che non valeva la pena di lavarsi le mani così frequentemente, ma in ciò si rispecchia anche una tipica caratteristica adolescenziale.

Analogamente si è proceduto rispetto alle compulsioni "di conteggio", qualora fosse fallita la manovra d'arresto del pensiero nei confronti delle ossessioni: nel momento in cui compariva l'irrefrenabile necessità di verificare quanti morti ci fossero stati in quella determinata battaglia, doveva aspettare dapprima cinque minuti per verificare il numero esatto, quindi allungare l'attesa fino a mezz'ora. Anche in questo caso Sergio è arrivato alla conclusione, questa volta con una certa soddisfazione, che non accadeva nulla di terribile nell'attesa (solo un lieve aumento dell'ansia) e poteva procrastinare le sue curiosità nel tempo libero. Probabilmente questa conquista l'ha sentita più "sua" rispetto alla precedente.

Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo, ho preannunciato a Sergio che la psicoterapia cognitiva aiuta il paziente a ridurre i pensieri catastrofici e l'esagerato senso di responsabilità che questi provano. L'intervento si è basato principalmente nel ridimensionare queste credenze e nel far sì che il ragazzo accettasse la presenza di pensieri negativi nella sua testa, peraltro assolutamente normali. Gli ho detto che non volevo tranquillizzarlo circa la possibilità che quello che temeva potesse accadere non avvenisse ma, al contrario, avrei provato a fargli accettare che tutti pensiamo occasionalmente che certe cose possano accadere, ma ne tolleriamo il rischio. Ritornando alla necessità di lavarsi le mani, è vero che ci si può contaminare (al massimo ci buscheremo un raffreddore o nella peggiore delle ipotesi un'influenza), ma dobbiamo sopportarne il rischio, dato che il costo di rimanere in ansia finché non si sono debellati gli eventuali germi è indubbiamente maggiore.

Un altro aspetto puramente cognitivo riguardava ciò che viene definito *alterazione del ragionamento epistemologico*: mentre le persone normalmente ritengono sicura qualunque situazione in cui non ci siano chiare prove di pericolo, il paziente con DOC ritiene pericolosa qualunque situazione in cui non ci siano chiare prove di sicurezza. Poiché le prove di completa sicurezza sono raramente disponibili, i pazienti con DOC cadono

ricorrentemente nel dubbio. Sergio ha ammesso che ciò accadeva anche a lui e che qualche volta rinunciava a cimentarsi in alcune attività proprio perché avrebbe voluto non avere dubbi sulle sue riuscite. In questo caso, l'homework è consistito nell'esporsi a una situazione pericolosa: accettare una sfida a tennis con una compagna più brava di lui, correndo il rischio di perdere. Infatti ha perso la partita, ma ha anche riconosciuto che in ogni caso si era divertito e che una rinuncia preventiva alla sfida (cioè un evitamento) non avrebbe sicuramente reso più felice.

Un altro importante aspetto cognitivo, tipico del DOC, che con Sergio è stato affrontato, concerneva la cosiddetta *ambizione a funzionare in termini di algoritmi e non di euristiche*. Mentre gli algoritmi sono procedure logiche di soluzione dei problemi, altamente formalizzate (quelle che usano i computer), le euristiche sono giudizi rapidi effettuati in condizioni d'incertezza o di scarsità d'informazioni, fanno appello all'intuito e non al senso logico. Dato che il nostro cervello ha una capacità d'elaborazione piuttosto limitata, l'uso delle euristiche è molto comodo e, in certi casi, quando le informazioni a disposizione sono incomplete, sono indispensabili per poter prendere una decisione. Il paziente con DOC invece, tende sempre ad interpretare e prevedere la realtà mediante algoritmi, con la conseguenza di un'insicurezza costante nonostante gli sforzi. Infatti Sergio era alla costante ricerca del giusto metodo di studio, nonostante gli avessi assicurato che occorreva adattare il metodo alla materia scolastica, non essendo la stessa cosa studiare un capitolo di Storia piuttosto che un paragrafo di Geometria. La difficoltà, riconosciuta anche dal ragazzo e confermata dalla madre, consisteva in una rigidità di fondo del pensiero, che non tollerava, al pari della frustrazione, l'incertezza. Anche in questo caso si è lavorato mettendo in pratica, attraverso dei role playing, un approccio che lo esponesse al rischio di sbagliare ed eventualmente sopportare l'errore.

Si sono inoltre eseguiti dei role playing su come fare delle richieste in modo appropriato, facendo valere i propri diritti, senza calpestare quelli degli altri. In tale frangente si è evidenziata una certa superbia di Sergio, abituato a trattare gli altri dall'alto in basso, ma appariva evidente come questo atteggiamento fosse frutto di un condizionamento culturale, dato dallo status della sua famiglia, anche se assolutamente non giustificabile.

Sono stati inoltre esposti e condivisi alcuni principi fondamentali della REBT, come la stretta connessione tra i pensieri, le emozioni e i comportamenti, seguendo le indicazioni del manuale di Mario Di Pietro *ABC delle Mie Emozioni* (Erickson edizioni). Sono stati affrontati i cosiddetti *Virus Mentali*, quali il pretendere, lo svalutare, il dare interpretazioni sbagliate e l'ingigantire. Sergio si è sentito molto coinvolto in quest'operazione: infatti per lui risultava più consono il terreno cognitivo piuttosto che quello comportamentale. Si riconosceva in ognuno di

questi pensieri disfunzionali ed ammetteva a denti stretti che doveva ancora lavorare molto prima di liberarsene. Ho rinforzo tale posizione consigliando di fare esperienza *sul campo*, da subito, quindi di verificare i risultati in termini di ricaduta sulle relazioni con i pari.

Si è quindi affrontato anche il tema: *come fare e ricevere le critiche*, argomento che *ha* molto interessato dato che, per sua stessa ammissione, è estremamente permaloso e vede anche la più piccola osservazione come un autentico attacco alla sua persona.

Risultati raggiunti

Sicuramente Sergio ha beneficiato sin dall'inizio dell'abbassamento dell'ansia attraverso la respirazione lenta e l'attacco alle convinzioni erranee sulle sue capacità. Col tempo i tic sono palesemente diminuiti, fino quasi a scomparire del tutto, salvo per qualche periodo caratterizzato da situazioni particolarmente ansiogene, quali gli esami di terza media. Si è comunque dovuto lavorare anche con i genitori, al fine di abbassare le alte aspettative nei confronti di Sergio e di premiarlo negli sforzi profusi, anziché stigmatizzare ogni suo insuccesso.

Le ossessioni di conteggio e i lavaggi ripetuti delle mani sono calati in modo significativo.

Un *effetto collaterale* della terapia è stato lo spostamento della motivazione scolastica da prevalentemente estrinseca ad un grado più intrinseco, svincolandosi così dalla dipendenza rispetto alla performance, pur rimanendo ancorato su di un piano di realtà che non può prescindere dall'ottenimento della sufficienza, vista come l'obiettivo principale di quest'anno scolastico.

Un re-test effettuato alla fine della terapia (prima del percorso di sostegno) ha dato i seguenti risultati:

Scala Alunno:

Depressione	pp 125	Livello lieve
Ansia	pp 125	Livello lieve
Disadattamento Sociale	pp 130	Livello non patologico , nella media

Scala Genitori:

Depressione	pp 120	Livello lieve
Ansia	pp 125	Livello lieve
Disadattamento Sociale	pp 130	Livello medio

Il profilo generale risulta migliorato in modo significativo rispetto al passato.

Sintesi delle sedute

Le sedute si sono svolte nel periodo che va da settembre 2007 a maggio 2009. Il lungo periodo è stato suddiviso in due parti: una prima, riguardante il trattamento, durato circa quattro mesi, e una seconda, espressamente richiesta dalla famiglia e concernente il sostegno psicologico. Dato il numero notevole di spunti interessanti emersi durante le sedute, ho ritenuto opportuno suddividere le sedute per temi:

Le relazioni sociali

Sergio ha sempre avuto notevoli difficoltà nell'instaurare e mantenere le amicizie, da un lato a causa di interessi particolari, poco condivisi dai suoi coetanei, dall'altro per una certa supponenza per la quale tende a porsi su un piano di superiorità.

Gli chiedo di descrivere l'amico ideale: "simpatico, scherzoso, spiritoso; che sia paziente e non s'arrabbi subito se sbaglio qualcosa, di un certo livello intellettuale e che non mi prenda in giro, che sappia confidarsi e che abbia le mie stesse passioni, che non si ribelli mai, che mi aiuti quando sono in difficoltà, che si vesta in modo adeguato, simile a me, che non puzzi, che sia leale e che mi dia sempre ragione!" Da questa descrizione si comprende da dove nasca la sua difficoltà nel fare e mantenere amicizie. Si è fatta una ristrutturazione seria rispetto a tale argomento.

Afferma: "Mi diverto a provocare quelli particolarmente nervosi, ma chissà perché il mio umorismo non viene molto compreso!" Descrive una lite a scuola: una marocchina "molto permalosa" (a suo dire, ovviamente), cui aveva tirato la treccia "per scherzo", gli ha mollato una sberla. Lui non ammette le proprie responsabilità, anzi rincara la dose: "Una femmina non può trattarmi così!" Viene fatta un'analisi su tale comportamento e sugli assunti di base che l'hanno sostenuto.

Sabato andrà a casa di Veronica, una compagna di classe: "Speriamo che abbia una bella casa!" Alla domanda perché debba esserci questa condizione per metterlo a suo agio, risponde: "Lei andrebbe in una casa squallida, che cade a pezzi?" Gli rispondo che ci si può divertire ovunque, se la compagnia è piacevole e si accetta quello che viene, ma è evidente un condizionamento di tipo sociale.

È piuttosto preoccupato del fatto di essere tra i più bassi della classe, e sembra non consolarlo il fatto che a quattordici anni si ha ancora del margine di crescita.

La festa del suo compleanno l'ha soddisfatto, ma sotto un particolare profilo: «Sono rimasti strabiliati dalla mia casa, non ne avevano mai vista una così sono tutti meno abbienti di me!» Diviene un'impresa difficile far capire che l'amicizia non ha niente a che vedere con queste cose.

Sergio mi chiede di suggerirgli dei «trucchi» per fare delle buone amicizie e per «rimorchiare» ragazze. Gli rispondo che migliorare la comunicazione non deve servire a «vendere bene» la propria immagine, ma ad arricchire la qualità della vita di un individuo; quindi è innanzitutto necessario liberarsi dall'idea strumentale di comunicazione come mezzo per ottenere benefici immediati, a favore di un lavoro per costruire una rete socio-affettiva di spessore. La prima regola è quindi quella dell'«ascolto attivo»: gli altri non possono essere considerati la platea di un personale show. La seconda regola è quella di non ostentare la propria condizione di privilegiati, condizione che non dipende certamente da un nostro merito, come non deriva da colpa la condizione di svantaggio in cui si possono trovare numerosi coetanei che lui evita per questo motivo. Terza regola: attenzione a fare battute spiritose ad ogni costo, allo scopo di fare i «brillanti», specie sui difetti di qualcuno; se da un lato la risata degli altri è sicuramente gratificante, dall'altro si mortifica qualcuno che prima o poi la farà pagare. Quarta regola: mettersi nei panni degli altri. Può darsi che all'interlocutore non interessi granché di quanti morti ci siano stati nell'attacco di Pearl Harbour e nemmeno quanti incrociatori affondati, quindi è indispensabile interessarsi anche a ciò che raccontano gli altri e, anche se a volte può essere un po' noioso, qualcosa sicuramente si impara. Sergio ha cercato in tutte le maniere di «fare le pulci» a tutte le argomentazioni: non è apparso sufficientemente aperto da comprendere che il cambiamento, specialmente a quattordici anni, non solo è possibile, ma anche necessario, se si vuole modificare in meglio il rapporto con gli altri.

In un'altra seduta, mi dice che a scuola ha avuto una discussione con un paio di coetanei; quando cerco di saperne di più se ne esce con: «Non credo di avere bisogno dei suoi consigli, mi gestisco da solo con i miei compagni!» Gli dico che il mio compito non è quello di dare dei buoni consigli (non potendo «più dare il cattivo esempio», come diceva De Andrè), ma di fare delle analisi funzionali di episodi per riuscire a capire dove si può intervenire per risolvere in modo adattivo delle situazioni problematiche.

Alla fine però viene fuori il problema: «Mi considerano una mezza calzettina!» Sembra che le sue qualità non vengano prese in considerazione, e lo prendano in giro per i tic che, quando è impegnato a fare qualcosa, gli «scappano». Gli rimando che i tic, proprio per definizione, sono dei movimenti involontari, quindi deve abbassare le pretese di dominarli a scuola se prima non fa esercizio a casa.

Sono iniziati i problemi relazionali col passaggio al nuovo liceo: durante una verifica scritta, gli dava fastidio che alcuni compagni parlassero sottovoce. Prima ha intimato il silenzio, poi ha preso su il suo banco ed è uscito

dall'aula, tra il disappunto (manifestato attraverso dei fischi e dei «uuuh») dell'intera classe. Riconosce che non è stata una mossa felice e che la nuova era non è iniziata sotto buoni auspici. Attraverso un role playing, si vede come si sarebbe potuto risolvere la cosa in modo assertivo, a cominciare dal pretendere o intimare il silenzio agli altri. «Come avresti reagito tu se l'avesse fatto un tuo compagno, magari uno di quelli che se la tirano?» Mi racconta di un episodio accaduto a tennis, mentre si stava misurando con una ragazza. C'erano dei coetanei che lo schernivano: «Perdi contro una donna! » Si è innervosito al punto che ha abbandonato il campo, tra la disapprovazione generale. Ristrutturazione cognitiva: si possono cambiare gli altri? La risposta è ovviamente no. «Ma se avessi vinto? » Se tu avessi vinto, si sarebbero avvalsi di qualsiasi pretesto per provocarti, poiché la loro intenzione era proprio questa! L'unico comportamento che avrebbe potuto farti uscire a testa alta era ignorare, inteso come strategia d'astuzia. Ciò diviene possibile se instauro anche un dialogo interiore che consenta l'autocontrollo: «Che vogliono ottenere? Che mi infastidisca e perda il controllo! Se perdo il controllo, divento oggetto del loro scherno e raggiungono così il loro obiettivo: sono qui per divertirmi, non per divertire loro rendendomi ridicolo, quindi non devo dimostrare niente a nessuno!» Ovviamente questo deve essere seguito nel tempo da comportamenti che non avallino le provocazioni, quali vendette o ripicche ecc. Sergio appare entusiasta di queste tecniche e le paragona a certe arti marziali che sfruttano la forza dell'avversario per neutralizzarlo; gli restituisco che si tratta di una metafora azzeccata. Poi mi chiede quali potrebbero essere le caratteristiche per diventare uno «popolare» a scuola (nel senso americano del termine): lui è convinto che una capacità importante sia costituita dall'avere sempre la battuta pronta. Io gli rispondo che non vi sono ricette, ma solo buoni ingredienti: il rispetto dell'altro, la spontaneità, il non voler piacere a tutti ma a se stesso, il saper ascoltare e sapere quando è importante tacere. «Ma io sarei uno che dice quello che pensa!» Gli rispondo che è un nostro diritto dire quello che si pensa, ma anche un nostro dovere pensare a ciò che si dice.

Le relazioni familiari

La madre, fin dal primo incontro, lo dipinge come un figlio molto difficile da gestire, con parecchie «manie» (è il termine che lei usa). Racconta che Sergio non voleva saperne di scendere dall'auto per venire alla prima seduta. Riporterà, in seguito, la continua lamentela rispetto alle sue difficoltà nelle relazioni, oltre naturalmente a una forte preoccupazione circa l'esito scolastico.

Dopo sei sedute, incontro i genitori: affermano una certa soddisfazione nel vedere il figlio migliorato in diversi aspetti. Sembra ben inserito nel contesto

di classe, ma non frequenta altri ragazzi al di fuori di loro. Secondo la mamma, andrebbero ribaditi i limiti del ragazzo, che si crede troppo intelligente! La signora inoltre afferma che il figlio appare insensibile alle emozioni: quando lo sgrida, lui le dice che non può farlo, poiché gli viene l'ansia per colpa sua. Anche i genitori si sono resi conto che fa il saputello e l'arrogante con gli altri. A volte cerca di fare lo spiritoso, ma col risultato di irritare colui che in quel momento è preso di mira. Fino a settembre dell'anno prima c'era una ragazza che lo seguiva nei compiti, ma che l'ha abbandonato dopo un po' di risposte arroganti. I genitori riferiscono inoltre che tende a deprimersi in modo eccessivo in seguito a brutti voti.

Sergio dice che ha delle difficoltà con la madre, che vorrebbe fosse più obbediente; col papà va meglio, c'è dialogo ed una condivisione per la passione della Storia, pur essendo molto meno a casa per motivi di lavoro.

Dopo qualche mese di trattamento, il padre ammette che i sintomi che hanno portato il figlio al trattamento si sono attenuati. Sono considerevolmente diminuiti i tic, ma rimane una certa apatia, difficoltà a socializzare e l'alta conflittualità con la madre. Non appare esservi molto accordo tra i due; la madre è inoltre preoccupata per la passione del figlio nei confronti della crudeltà umana, si appassiona ai serial killer e alle catastrofi (Vajont, Hiroshima ecc.), ne parla continuamente. Con i genitori non riesce ad avere un dialogo, chiede continuamente dei parenti morti. Esprime grande aggressività in casa: di recente, durante un litigio, ha dato un pezzo di legno sulla schiena alla madre. La madre dice che se non è stimolato, non fa praticamente nulla di sua iniziativa: è indolente, non ha energia vitale.

In una telefonata, la madre mi avverte allarmata che Sergio ha avuto, in concomitanza a dei brutti voti, due episodi di enuresi, sul divano di casa. Lui s'è giustificato dicendo che s'era impigrito e che non aveva voglia di alzarsi ed andare in bagno. La signora mi ha anche avvisato di aver lasciato il Neuropsichiatra per affidarsi ad un'altra specialista, più vicina al luogo di residenza. Io ho riferito alla madre che non è infrequente, quando vi sono dei cambiamenti importanti, che ragazzi anche già grandicelli possano avere queste manifestazioni, dovute a disagio emotivo. Ho raccomandato perciò di non colpevolizzare il figlio, di rallentare la presa in ambito scolastico, anche perché la scuola è appena iniziata ed è più importante che il ragazzo si ambienta soprattutto sotto il profilo sociale.

I genitori chiedono strumenti per gestire meglio il figlio, non sanno come prenderlo. Basandomi su di una teoria di Folgheraiter (1984), dico ai genitori che l'autostima si fonda su tre parametri: la capacità, la potenza ed il riconoscimento. Il primo parametro si riferisce al bisogno di sentirsi capaci in qualcosa: Sergio in realtà va in ansia quando deve produrre una prestazione, temendo di non essere all'altezza della situazione. Occorre abbassare le aspettative fino a trovare un terreno in cui si sente adeguato; questo già accade per la Storia, ma in ciò è supportato da un formidabile interesse (motivazione) e rischia, in quanto isolato, di non fare testo.

Rispetto alla òpotenzaö, in ciò che riesce a padroneggiare risulta soverchiante e perciò arrogante ed antipatico, mettendo a nudo tutta la sua disabilità sociale. Per quanto riguarda il òriconoscimentoö, Sergio appare iperadattato, adesivo alle richieste degli adulti che cerca di stupire sul piano cognitivo. Queste tre colonne dell'autostima non sono armonizzate tra di loro, quindi il ragazzo rischia di passare da un senso di incapacità ad uno di eccessiva potenza, senza soluzione di continuità.

In una delle ultime sedute Sergio mi ha raccontato di non trovarsi d'accordo con le idee politiche dei genitori e che su molte cose la pensa in maniera molto diversa; gli dico che l'adolescenza è il momento della separazione-individuazione, quindi per costruirsi un'identità ha bisogno di contrapporsi ai valori, alle convinzioni dei genitori e, anche se ciò può dar luogo a conflitti o accese discussioni, tutto ciò è necessario alla crescita.

La scuola

Alla fine della terza media, Sergio arriva assieme alla mamma e mi chiede consiglio per la scelta della scuola superiore: lo invito ad usare il Problem Solving e la Bilancia Decisionale, una volta che la scelta si è ristretta a due opzioni.

Dopo un paio di settimane mi comunica di aver scelto il Liceo Scientifico: «Ho ambizioni alte!», commenta per argomentare la propria decisione.

Dopo un paio di mesi, i risultati scolastici al di sotto delle sue possibilità lo stanno facendo riflettere, assieme ai genitori, sull'eventualità di cambiare liceo e di iscriversi in uno privato. Gli viene chiesto di fare un'analisi rispetto ai risultati scadenti: si tratta solo di incapacità di concentrarsi sul compito o l'impegno non è calibrato sulle caratteristiche e le richieste della scuola? In poche parole: ce la sta veramente mettendo tutta o si aspetta che magicamente tutto si risolva? Cambiando tutto intorno a lui (scuola, professori, programmi, compagni) veramente ci sarà la possibilità di «raddrizzare la barca»?

Si parla della necessità delle regole e di un'autodisciplina rispetto agli orari e la programmazione dello studio, poiché l'attribuzione è di tipo prevalentemente esterno.

Facciamo il «Grafico della Vita»: tutto viene visto come sequenze delimitate dalla scuola. Il punto peggiore è fissato intorno ai 13 anni, periodo in cui stava piuttosto male prima dei farmaci e della psicoterapia. Sergio immagina che le cose dovrebbero stabilizzarsi intorno ai 17-18 anni, per poi avere una flessione in concomitanza con gli esami di maturità. Gli faccio notare come la scuola corra il rischio di diventare l'unico punto di riferimento della sua vita: non vi è accenno a divertimenti, flirt con qualche ragazzina, l'inizio di un nuovo interesse, un viaggio particolare. Il dubbio che si insinua è che effettivamente i genitori abbiano posto in quell'ambito tutti gli aspetti legati

all'autostima; una volta non realizzate le loro (alte) aspettative, non hanno saputo nascondere la loro delusione, perciò Sergio è diventato il figlio malato, inadeguato, difettoso da mandare in terapia affinché sia aggiustato ed omologato, degno quindi di essere esibito in società. Nonostante tutte le pessimistiche previsioni, la fine del primo quadrimestre lo vedrà insufficiente soltanto in Matematica e Scienze; gli dico che io di insufficienze ne avevo quattro e non ne ho certo fatto un dramma, semplicemente mi sono rimboccato le maniche ed ho tarato il mio impegno alle richieste di una scuola tutt'altro che accomodante. Questo sembra avere un buon effetto su di lui, si tranquillizza

La madre, allarmata, lo ha messo a ripetizione delle materie insufficienti. Lui rimane dell'idea che il Liceo Scientifico sia una scuola alla sua portata: «Quando uno viene da un certo tipo di famiglia, non può non fare il liceo!» A fronte della notevole ansia da prestazione, gli propongo una flash card con scritto: «È una sfida, non una minaccia!» Mi chiede come mai lo studio della Storia per lui è così facile mentre Matematica è un supplizio; gli rispondo che, a parte le idiosincrasie individuali, nel suo caso in Storia è rinforzato dai voti alti e dal riconoscimento della sua capacità, mentre in Matematica è punito dalle insufficienze, così tenta di evitare la frustrazione dello studio, ma così facendo, non fa che peggiorare le sue performance in quella materia. Gli faccio notare come nel primo caso si tratti di quello che viene definito il «circolo virtuoso della conoscenza»: si ama ciò che si conosce e si conosce ciò che si ama, mentre nel secondo caso si tratta del circolo vizioso innescato dall'evitamento e sulla ricaduta nell'autostima.

Alla fine del primo quadrimestre, del tutto inaspettatamente, Sergio ha cambiato scuola, iscrivendosi in un liceo privato. La motivazione portata da Sergio si è focalizzata sulle minori pretese ed i ritmi più blandi, più consoni a lui, ma alla fine la decisione è stata presa dalla madre.

Ho chiesto un incontro urgente con la madre per capire come si è arrivati alla precipitosa decisione di cambiare scuola, dato che le cose non andavano poi così male e comunque Sergio necessitava di un periodo di preparazione, dato che i risultati, sotto il profilo sociale, non sono stati buoni. Ho messo in evidenza con la madre come questa decisione sia arrivata scavalcando la mia figura, che ciò ha arrecato un danno all'immagine del professionista, minandone l'autorevolezza e la credibilità. La madre si è molto scusata, giustificando la scelta con l'impulsività di voler uscire da una situazione che si stava facendo pesante per il figlio, sempre teso ed ansioso per i risultati scolastici inferiori alle aspettative (di suo figlio o sue?). Poiché si era saltata una seduta, non c'era il tempo di avvertirmi, dato che c'era una scadenza precisa per la nuova iscrizione. Senza mezzi termini, ho fatto notare alla signora che le aspettative che la famiglia nutre nei confronti del ragazzo sono poco realistiche e dettate più dal bisogno dei genitori di avere un figlio «all'altezza», piuttosto che «felice», antepoendo i suoi desideri a quelli di Sergio. Infine, il non mettermi al corrente dell'intenzione di cambiare, è stata

una forma di evitamento, allo scopo di sottrarsi al confronto con un interlocutore che si sarebbe opposto alla scelta, o perlomeno che avrebbe invitato ad una riflessione più profonda della situazione.

La persona

Alla seconda seduta, mi chiede di poter recuperare i cinque minuti persi per salutare il papà di un ragazzo in terapia prima di lui. Appena entrato, mi sposta la sveglia, mi racconta della visita dal neuropsichiatra e mi *erudisce* sulla differenza tra psicologo e psichiatra. Il medico gli ha detto che sta migliorando, anche se ha la *idiorrea*, che gli procura confusione in testa. Gli chiedo di parlarmi delle sue preoccupazioni (nel frattempo mi sistema le cose sulla scrivania): 1: la scuola; 2: non ho altre preoccupazioni. I miei genitori dicono che parlo troppo di soldi, parlo di economia, mi interessa guardavo la classifica dei più ricchi del mondo, mia sorella fa domande stupide. Io riesco ad interloquire (*usa proprio questo termine*) con gli adulti, hanno una buona stima di me! E tu che stima hai di te? Buona, ho un'idea di me e non mi lascio influenzare.

Mi parla di *responsabilità* e di *libero arbitrio*; mi rendo conto che cerca di portare fuori dal seminato per non parlare di sé, ma a volte ho anche l'impressione che sia realmente interessato agli argomenti che porta.

Lo vedo dopo la vacanze di Natale. Ha fatto una crociera sul Nilo. Pur manifestando interesse nei confronti dei monumenti, aggiunge: *C'è molta sporcizia, immondizie dappertutto!* Gli faccio osservare che, se vogliamo cogliere gli aspetti positivi di ogni situazione e farli diventare un'esperienza arricchente, non ci si può permettere dei giudizi sommari, specie se si ha la fortuna di poter venire a contatto con mondi così diversi dal nostro. Mi dice che ha avuto numerosi momenti di tensione coi genitori, durante il viaggio.

Gli dico che è molto importante saper esprimere i propri stati d'animo, le emozioni ed i sentimenti, contrariamente a quanto pensano in molti, che ritengono ciò una manifestazione di debolezza o, per questa età, una *cosa da donne*.

Non avendo eseguito gli homework concordati, lo riprendo sulla necessità di esercitarsi, affinché il lavoro che si fa in terapia abbia un significato oltre che un risultato. Lui risponde con un tono piuttosto arrogante: *Devo fare una giustificazione?* Mi sono dimenticato, non ho avuto tempo. Eseguo così una ristrutturazione sul fatto che questa terapia non è né un doposcuola né uno dei tanti impegni settimanali, ma un'occasione importante per migliorare la sua qualità della vita facendo fronte a quelli che sono i problemi reali.

Dice (confermando quanto tutta la sua vita ruoti attorno alla scuola) che in orale è molto più bravo che nello scritto (*Ho un'ottima capacità di*

esposizione e, non per vantarmi, una memoria eccezionale!ö). Gli viene messo in evidenza che quindi i problemi riportati in precedenza potevano essere ascritti ad una bassa motivazione, poiché per ricordare ci deve essere necessariamente una componente attenta attivata. Rimane piuttosto confuso, non gli piace l'idea di non avere dei problemi che possano giustificare i risultati scolastici non soddisfacenti.

Nell'ambito dell'educazione assertiva, viene fatto il role playing su come si può fare e ricevere critiche: è un ambito piuttosto importante per lui, permalosissimo e contemporaneamente sferzante quando si tratta di mettere in evidenza un difetto altrui. Ma diventa difficile per Sergio capire il senso delle metafore: tende ad essere pedantemente puntiglioso, dando prova di scarsa flessibilità intellettuale. Gli viene fatto notare come il cercare di avere sempre ragione nelle conversazioni può essere segno d'insicurezza che può essere però letto come arroganza dall'interlocutore, che potrebbe a questo punto cercare d'interrompere un dialogo che sta diventando un monologo. Occorre saper quando fermarsi, attuando una sorta di automonitoraggio, usando l'empatia per capire se ciò di cui si sta parlando interessa effettivamente l'interlocutore; si tratta comunque di un ambito di abilità socialeö.

Nella lista di punti di forza e di debolezza propostagli, giudica se stesso intelligente, curioso (nel senso di interessatoö ma non pettegoloö, ci tiene a precisare), sensibile e competitivo; per quanto riguarda le criticità, si riconosce irritabile e pigro.

Dice che ultimamente una sua grande passione è costituita dai grandi disastri aerei e navali. öLa mamma dice però che è una cosa morbosa, che dovrei lasciar perdere ed occuparmi di cose più adatte alla mia età!ö Gli ribatto che questo potrebbe essere un problema qualora l'occuparsi del Titanic o di Ustica porti via del tempo allo studio o alle relazioni con gli amici; d'altra parte è abbastanza normale un interesse nei confronti di fatti così emotivamente pregnanti, in cui l'uomo è messo davanti ai suoi limiti e subisce il destino, o quantomeno avvenimenti che non è in grado di controllare o governare. La morte è la faccia della medaglia che dall'altra ha la vita e, come vi è un risveglio sessuale legato all'adolescenza, vi è parallelamente un interesse nei confronti del mistero della morte.

Compila il Questionario öIo in 10 aggettiviö. Si definisce öintelligenteö e commenta: öA volte riconosco di apparire un po' superbo e un tantino saccenteí ö Riflettiamo assieme come queste due aspetti siano del tutto disfunzionali nelle relazioni e che quindi debbano essere gradualmente ridotte fino a scomparire del tutto. Un altro termine che si attribuisce è öcuriosoö: gli faccio notare che vi è una curiosità che può essere morbosa, quando riguarda aspetti irrilevanti o disfunzionali, ma può essere una preziosa alleata qualora ci spinga ad approfondire argomenti, ricerche o esplorazioni. Si definisce öcompetitivoö: öSono contento se la media della classe va maleí ö gli rimando che ciò ha a che fare con il timore del

confronto e non alla competitività, che presuppone un sano desiderio di eccellere, che a sua volta necessita di impegno e dedizione in vista di un obiettivo; quindi dovrebbe essere maggiormente empatico ed essere contento se la media della classe lo spinge a dare di più per superare i propri limiti.

õEgoistaö: õEø naturale che un adolescente sia egoistaí ö Aggiungo che è naturale anche per un adulto, per mantenere un equilibrio mentale, nutrire un õsanoö egoismo, purché non si traduca in comportamenti disfunzionali che impediscono di essere, alløoccorrenza, altruisti e generosi: una cosa non esclude necessariamente l'altra!

õInvidioso-gelosoö: õQuando qualcuno sta meglio oppure riesce meglio in qualcosaí ö Si ricollega al õcompetitivoö, per cui è necessario accettare che vi sia qualcuno che faccia le cose meglio di noi e, per quello che Rumati definisce õeffetto tunnelö, questo ci deve servire da stimolo, dicendoci: se c'è riuscito quello, perché non ce la posso fare anch'io?

õPermalosoö: õEø una cosa normaleí specie se mi prendono in giro! A volte mi rimane dell'astio verso una personaí ö Gli dico che permalosi lo siamo un poø tutti, ma non tutti riescono ad ammetterlo e la nostra suscettibilità è inversamente proporzionale alla nostra autostima, piuttosto è opportuno capire se negli attacchi degli altri non ci sia un fondo di verità su cui lavorare per migliorarci.

Seduta piuttosto significativa per delineare i tratti di Sergio: è stato dal dentista ed è di pessimo umore: õQuelli là sono degli imbecillií !ö (riferito alla categoria professionale dei dentisti). Mi siedo a õLö come suggerito dal setting per instaurare un clima meno formale, ma lui mi chiede una maggiore distanza e naturalmente l'accontento.

Mi racconta un episodio significativo: stava tornando col pullman da scuola quando, per un incidente, l'autista ha dovuto cambiare percorso, arrivando in ritardo: õHo perso mezz'ora per colpa di due cretini che si sono schiantati in mezzo alla strada!ö Ovviamente questo l'ha fatto molto innervosire. Gli faccio notare come, di fronte ai contrattempi, tenda a essere svalutante nei confronti della gente: dà degli epiteti piuttosto pesanti e lo faccio riflettere sul fatto che una persona che viene coinvolta in un incidente non è necessariamente õcretinaö, neanche se la colpa è sua. Eø importante saper distinguere il comportamento dalla persona, anche per non essere troppo giudicanti nei nostri confronti: õfare una cosa cretinaö non è lo stesso che õessere cretiniö. Questa riflessione lo colpisce parecchio, e si stupisce che nessuno gliel'abbia mai proposta, tra insegnanti e genitori. Colgo l'occasione per eseguire un role playing su come fare una critica costruttiva e come saperla accettare. Poi gli faccio notare quanto sia bassa la sua tolleranza alla frustrazione: di contrattempi è piena l'esistenza perciò possiamo, superato un primo inevitabile momento di delusione o fastidio, metterci in uno stato d'animo di accettazione, chiedendoci se possiamo o no fare qualcosa per porre rimedio a quella situazione. Il pensiero passa da õnon sopportoí è intollerabile ecc.ö a õsarebbe stato meglio seí ma siccome è

andata così e non posso farci nulla! Si ripropone così in senso pratico il concetto che modificando il pensiero si trasforma l'emozione e, di conseguenza, il comportamento. Sergio sembra avere un insight di fronte a tale argomentazione.

Follow up

Ho rivisto Sergio a settembre, all'inizio del secondo anno di liceo scientifico. Mi ha riferito di essere più sereno rispetto al passato, anche l'umore gli sembrava migliorato. Permanevano delle tensioni all'interno della famiglia, dovute sempre alle elevate aspettative dei genitori rispetto al suo rendimento scolastico, ma comprendo come possa essere difficile ristrutturare questo aspetto in due persone adulte che hanno fatto della carriera scolastica un metro di giudizio ormai consolidato negli anni. Sergio ha passato una buona estate e ha fatto nuove amicizie che intende rinsaldare tenendo conto del lavoro fatto col percorso sull'assertività.

Bibliografia

- Galeazzi A. e Meazzini P. (a cura di) (2004), *Mente e Comportamento*, Giunti, Firenze.
- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2006), *Trattamento dei Disturbi d'Ansia (Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo)*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Meazzini P. (2009), *Problemi Quotidiani (come utilizzare al meglio la nostra esistenza)*, Giunti, Firenze.
- Toso E. (2008), *Il Potere Terapeutico dell'Esposizione*, Ecomind, Salerno.
- Piacentini J.C., Chang S.W. (2006). "Behavioral treatments for tic suppression: habit reversal training". *Advances in neurology* 99: 227-33.

3. GLENDA, LA PAURA DI ESSERE MADRE

Invio e motivo della richiesta

La paziente ha contattato lo studio per un trattamento sulla *fobia del dolore*, o per acquisire degli strumenti per affrontare uno *stato d'ansia di fronte al dolore fisico*; si è decisa a chiedere aiuto perché ultimamente sta provando un forte disagio.

Descrizione del caso

Questa *fobia del dolore* sta diventando un problema per Glenda poiché il compagno con cui convive desidera avere un figlio, ma lei non si sente ancora pronta ad affrontare una gravidanza, col fardello di sofferenza fisica che ciò comporterebbe. Questo suo rifiuto sta mettendo a dura prova il rapporto, poiché il compagno non riesce a comprendere le motivazioni della donna, giudicandole *assurde*.

Circa quattro anni prima, Glenda è stata in cura psichiatrica per una depressione, che dichiara aver superato grazie ad un'inefficace terapia farmacologica.

ASSESSMENT

- **Storia personale**

Glenda è una giovane donna di 31 anni. Si presenta come una donna solare, sorridente e piena d'entusiasmo. È amante della musica, che rappresenta per lei un importante sfogo: quando si sente nervosa o un po' triste, mette su un CD e ci canta sopra a squarciagola.

È impiegata in un laboratorio d'oreficeria, dove costruisce degli stampi in cera per le creazioni in oro; si tratta di una professione che la gratifica molto sul piano personale, molto meno su quello economico, non riuscendo a superare gli 800 euro mensili.

Racconta che quando lei aveva circa 18 anni, il padre (imprenditore nel ramo dell'oreficeria) fu arrestato per truffa e rimase in carcere per quattro anni; in questo periodo lei dovette provvedere al sostentamento della famiglia, assumendosi delle grosse responsabilità.

Dice d'essere molto affezionata al padre anche se le ha sempre procurato dei guai: l'ultimo, in ordine di tempo, è costituito da un prestito di circa 30000,00 euro che lei ha chiesto al partner per conto del papà e che ha avuto come risultato l'ipoteca della casa del fidanzato. La stessa ditta del genitore è a suo nome, mentre lei lavora presso un'altra fabbrica come dipendente. Si delinea una figura paterna molto avventata negli investimenti (*«A volte sembra proprio che non ci sia con la testa in mano»*), che non vuole assolutamente

lavorare alle dipendenze di chicchessia (*òHo 59 anni, non posso permettermi di venire comandato da uno magari più giovane di me!ö*), molto orgoglioso, ma chiede prestiti a chiunque gli capiti a tiro. La triste realtà è costituita dal fatto che alla fine realizza molto poco, anche se è sempre alla ricerca del òcolpo grossoö che potrebbe risollevare le sue sorti finanziarie. Lei potrebbe risolvere il problema chiudendo la fabbrica, ma teme che il padre possa commettere un gesto insano; la madre, d'altro canto, è molto debole, non reagisce: *öQuando il papà ha avuto i suoi guai, lei era come assenteí ö*

Adesso ritiene di essere una persona felice, se non fosse per le pressanti richieste, da parte del partner, di avere un figlio. Il motivo del suo rifiuto viene giustificato dalla paura del dolore fisico ma, aggiunge, in questo momento non si sente ancora pronta poiché lo farebbe solo per accontentare lui, non sentendo in sé un desiderio così impellente di maternità.

• Storia del problema

Esaminiamo la faccenda del dolore: lei dice che ha sempre avuto una soglia molto bassa di sopportazione: quando da adolescente le arrivavano le mestruazioni, più di qualche volta l'hanno portata via con l'autoambulanza. Sembra che tutto sia iniziato con dei buchi che il papà le ha fatto negli orecchi, quando lei aveva circa sei o sette anni. Quando deve recarsi dal dentista per qualche cura o per la pulizia, si reca da uno specialista che le somministra l'anestesia parziale. Racconta di una volta che stava giocando a calcio e le si è alzata l'unghia dell'alluce: si è messa a gridare come una forsennata e si è dovuto interrompere la partita. Se deve fare un prelievo del sangue, passa dei mesi a pensarci e, prima che l'ago si avvicini alla pelle, sviene. Non sembra che sia una fobia per il sangue, dato che ha aiutato la cagnolina a partorire e pulito la ferita del fidanzato che si era tagliato con un coltello.

Racconta di aver avuto degli attacchi di panico: il primo è successo qualche anno fa, mentre era in auto col suo ragazzo, che correva un po'. Dopo averlo invitato ad andare più piano, si è sentita una fitta al torace e le è mancato il respiro; ha temuto di morire. Collega questo fatto al periodo in cui il papà aveva parecchi guai dal punto di vista finanziario. Il secondo episodio si è verificato all'Ufficio Collocamento, un ambiente molto affollato, ed anche qui vi sono stati gli stessi sintomi descritti in precedenza. Il medico di base le ha prescritto degli ansiolitici. Racconta: *öEra un periodo nero, continuavo a piangere, sempre a motivo delle vicissitudini del papàö*. Dopo la cura con le benzodiazepine sono cessati gli attacchi di panico, non piangeva più, ma si sentiva fin troppo rilassata e ciò non concordava con l'immagine che aveva di se stessa, molto esuberante e iperattiva.

- **Analisi funzionale**

Le faccio notare come nella sua vita siano sempre stati gli altri a decidere per lei: ci pensa un po' e, come avendo un insight, ammette che è proprio così! Ammette pure la sua grande difficoltà a dire "no" o a far valere il suo punto di vista. A titolo esemplificativo, racconta di un fatto accaduto durante una gita in montagna in cui lei ha reagito sbottando a dei dispetti che un ragazzino le faceva; la madre ovviamente non se l'è presa col figlio, ma ha tenuto il muso per un mese a Glenda che si è dovuta decidere di chiederle scusa. Le faccio notare che questo è un classico comportamento anassertivo (passivo), su cui si deve lavorare.

Infatti, scomponendo l'accaduto:

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
L'amica mi tiene il muso per la mia reazione nei confronti del figlio	So di aver ragione, ma se non cedo perderò un'amica	Sto male all'idea di perdere l'amicizia, così chiedo scusa pur sapendo di non aver fatto nulla di male

si nota come la passività (il cedere per prima) costituisca un evitamento, probabilmente rinforzato negativamente nel tempo, di una situazione di conflittualità, che porterebbe da un lato a far valere il diritto di giustificare un'azione legittima, ma dall'altro vissuta come anticamera di un'inevitabile perdita (in questo caso l'amicizia).

- **Strumenti di indagine psicodiagnostica**

A Glenda è stato somministrato innanzitutto la **SIB** (Scale for Interpersonal Behaviour) di W. Arrindell et al., dato che fin dal primo colloquio appariva una difficoltà notevole nella sua capacità di esprimere dissenso verso scelte che la coinvolgevano personalmente in modo significativo, segnatamente quando la persona investiva un ruolo importante nella propria esistenza, come il padre o il fidanzato. I risultati sono riassunti nella seguente tabella:

	Manifestazione di sentimenti negativi		Espressione e gestione limiti personali		Assertività di iniziativa		Assertività positiva		Assertività generale	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
Punti grezzi	22	11	12	16	8	14	6	16	48	57
Punti T	59	29	50	39	35	38	33	44	46	32

D = dimensione del Disagio
F = dimensione della Frequenza

Per quanto riguarda la Dimensione del Disagio, Glenda ottiene un punteggio elevato nella *Manifestazione di Sentimenti Negativi*, che esprime difficoltà nel rifiutare favori, nel far rispettare i propri diritti, nel chiedere l'interruzione di comportamenti fastidiosi e, più in generale, nel mostrare sentimenti negativi. Si rileva anche nella *Espressione e Gestione dei limiti personali* un punteggio medio-alto, indicante imbarazzo nell'ammettere i propri limiti e le proprie difficoltà, con scarsa capacità di accettare le critiche e reticenza a discuterne. Il soggetto non ama impegnarsi in discussioni o compiti ove è possibile essere criticati, si trova a disagio nel chiedere scusa o nel ricevere scuse altrui, fa fatica a elaborare i propri errori o a chiedere opinioni spassionate circa il proprio operato.

A Glenda è stato somministrato il test **CBA 2.0** (Cognitive Behavioural Assessment, di Bertolotti, Michielin et al.), i cui risultati sono sotto esposti:

Scheda	Test	Omissioni	P. Gr.	Punti Z	Percentile
Scheda 2	<i>S.T.A.I. XI</i>	0	39	-0.11	55-55
Scheda 3	<i>S.T.A.I. X2</i>	0	48	0.53	70-70
Scheda 5	<i>E.P.Q./R - E</i>	0	12	1.29	90-90
	<i>E.P.Q./R - N</i>	0	7	0.18	45-50
	<i>E.P.Q./R - P</i>	0	4	0.87	80-90
	<i>E.P.Q./R - L</i>	0	8	-0.24	30-45
Scheda 6	<i>Q.P.F./R</i>	0	51	0.44	70-70
Scheda 7	<i>I.P. ó F</i>	0	100	0.64	70-70
	<i>I.P. ó PH</i>	0	11	0.77	80-80
	<i>I.P. ó 1</i>	0	21	-1.27	45-45
	<i>I.P. ó 2</i>	0	26	0.24	55-55
	<i>I.P. ó 3</i>	0	12	-0.09	45-45
	<i>I.P. ó 4</i>	0	8	0.59	70-75
	<i>I.P. ó 5</i>	0	23	2.61	99-99
Scheda 8	<i>Q.D.</i>	0	7	0.52	65-70

Scheda 9	<i>M.O.C.Q./R</i>	0	1	-1.34	05-05
	<i>M.O.C.Q./R - 1</i>	0	0	-1.30	01-20
	<i>M.O.C.Q./R - 2</i>	0	1	-0.89	20-35
	<i>M.O.C.Q./R - 3</i>	0	0	-1.00	01-25
Scheda 10	<i>S.T.A.I. XI - R</i>	0	12	-1.00	05-05
	<i>S.T.A.I. DIFF</i>	0	-7	-1.37	10-10
Indice	<i>S.T.A.I. ACC</i>	0	0	appropriato	
Indice	<i>INDICE IR</i>	0	6	appropriato	

Nella scheda 7 il soggetto dichiara *moltissima ansia o paura* per :

- ferite aperte,
- persona morta,
- farsi fare iniezioni,
- folla, ressa,
- vedere un'operazione chirurgica,
- sangue,
- ragni (non velenosi),
- sostenere degli esami,
- cancro,
- divenire pazzo o malato di nervi,
- terremoto

Per quanto riguarda l'analisi delle scale primarie il soggetto, nella dimensione introversione-estroversione, si colloca decisamente in direzione di quest'ultima. Risulta una persona socievole, amante delle feste e della compagnia, desiderosa di un rapporto continuo con la gente. Tende ad agire secondo lo stimolo del momento, quindi in modo impulsivo, rendendo un'immagine di persona superficiale e scarsamente affidabile.

Riferisce paure connesse alla vista del sangue e di ferite, iniezioni e interventi chirurgici.

Vengono messi in evidenza incomprensioni e contrasti nell'interazione di coppia: il soggetto ritiene insoddisfacenti e disturbati i propri rapporti sessuali e di provare forti dolori con la penetrazione.

Inoltre, nel corso dell'ultimo anno, vi sono stati rilevanti cambiamenti nelle sue abitudini di vita.

- **Ipotesi diagnostica**

L'ansia appare come epifenomeno di un tratto di *personalità passiva*, con elementi autofrustranti che convergono soprattutto nella relazione col padre e col partner. Non si può parlare di un vero e proprio *disturbo*, dato che questo assetto non è generalizzato in altri ambiti della sua esistenza, e non comporta una compromissione significativa delle relazioni in generale o della propria attività lavorativa.

Restituzione

Glenda appare sollevata rispetto al fatto che «non c'è qualcosa che non funziona nella testa», ma che bisogna impegnarsi in un percorso anche faticoso sui sentieri dell'assertività.

La avverto pure che il mio compito non è quello di «guarirla», affinché possa accettare di avere un figlio, bensì di renderla libera di decidere ciò che riterrà più giusto per lei. Per questo motivo avrò bisogno della sua massima collaborazione, trattandosi di scardinare un assetto cognitivo ben radicato nell'esperienza di vita.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

Il partner le ha detto: «Che cavolo ci vai a fare dallo psicologo se non riesce a cambiarti la testa e non ti fa accettare l'idea di avere un figlio da me? E' un cialtrone e un pazzo come tutti gli psicologi! Stai buttando al vento tempo e denaro!» Le chiedo se anche lei la pensa così, ma mi risponde che è invece molto felice di venire in seduta perché finalmente ha trovato qualcuno con cui parlare e che non la giudica, ma soprattutto perché comincia farsi strada in lei l'idea di non essere «quella sbagliata».

Lei contemporaneamente si sente galvanizzata dalla nuova prospettiva di prendere in mano la propria esistenza, ma contemporaneamente è spaventata dal fatto che ciò significhi mettere in discussione gli affetti, quasi come se il fatto di diventare più indipendente significasse necessariamente perdere l'amore degli altri.

Aspettative di trattamento

Ovviamente per Glenda sarebbe stato preferibile trovarsi di fronte ad un suo problema, come la *fobia del dolore* che, una volta risolto, le avrebbe permesso di vivere una vita cosiddetta *normale*, accettando il figlio

impostole dal partner. Questa visione però implica, da parte sua, l'accettazione di un ruolo di *malata*, o di una persona *odifettata* che ha bisogno di essere in qualche modo *aggiustata* per poter essere accettata a pieno titolo in un mondo che solo così la riconoscerebbe come persona degna. La messa in discussione di questa visione della vita pone la donna come soggetto di cambiamento orientato però non ai bisogni del padre o del partner, ma alla sua realizzazione come persona autonoma e indipendente.

Interazione terapeutica

Glenda appariva sin dall'inizio *affamata* di consigli su come comportarsi in questa o in quella occasione; lo sforzo è stato soprattutto nella direzione della generalizzazione, attraverso la pratica di ogni giorno. Con la sperimentazione delle tecniche assertive, la ragazza finiva per decidere di volta in volta la soluzione migliore per sé, svincolandosi dal trainer (fading). In una *flash card* le ho scritto un pensiero di Mao Tse-Tung: *Se dai un pesce a un uomo, lo sfami per un giorno; se gli insegni a pescare, lo sfami per tutta la vita.*

Concettualizzazione del caso

Appare chiaro che la *fobia del dolore* diviene un modo per isolare un problema che, di fatto, attiene alla struttura di personalità di Glenda, con una ricaduta importante sul piano relazionale.

Dice di sentire molto, oltre alla richiesta del partner, anche le pressioni ambientali: dai parenti agli amici, tutti continuano a chiederle quando si deciderà di fare un figlio, quasi fosse ingabbiata in una sorta di determinismo biologico che non lascia margine a progettualità di vita alternative, inevitabilmente stigmatizzate come *sbagliate*.

Si sente in colpa per aver coinvolto il fidanzato negli investimenti avventati del padre: *Ha indiscutibilmente inciso sul rapporto, Roberto è convinto che nella mia vita prima venga mio padre e dopo lui. Il mio fidanzato è un introverso, non fa complimenti, è ipercritico nei miei confronti, eccessivamente calcolatore e perfezionista, proprio l'opposto di mio padre!* Non approva la sua passione per la musica, dicendole che *è roba per ragazzi; devi pensare a metter su famiglia e accudire i figli!*

Sembra così delinearsi una sovrapposizione fra il partner e la figura paterna che, nonostante le differenze dichiarate da Glenda, in realtà si assomigliano non solo nella caratteristica di essere svalutante nei suoi confronti, ma anche nella pretesa di decidere per lei.

Da buona passiva, tende ad essere piuttosto impulsiva ed esplosiva nelle reazioni emotive: racconta di aver avuto un forte litigio con una nipotina che le faceva i dispetti, suscitando lo sdegno generale (in particolare della cognata, mamma della bambina), rimediandosi dal fidanzato un : *Dovresti*

*avere più pazienza coi bambini!*ö Ammette questa sua caratteristica che spesso le crea problemi coi genitori e col fidanzato, ma contemporaneamente si giustifica dicendo che non può sopportare le ingiustizie.

Tutti questi aspetti sembrano dunque delineare un quadro di ansia inserito in un tratto di personalità passiva, incapace di far valere i propri diritti, sia col padre che l'ha sfruttata all'inverosimile, sia con il partner che le dice come deve comportarsi per essere una õpersona a postoö. L'impulsività, l'agito, appare come unica risposta priva di una riflessione che necessariamente dovrebbe mettere in gioco la qualità delle relazioni su di un piano di conflittualità che Glenda non è ancora in grado di reggere: appare molto probabile che il litigio, il confronto anche serrato, rappresenti per lei una situazione di pericolo di essere abbandonata, di perdere l'affetto delle persone per lei significative. Emerge quindi l'ipotesi di un tratto pesantemente autofrustrante, votato ad immolarsi, a cedere pur di accontentare il padre o il partner, soffocando o mettendo in secondo piano i propri bisogni, dai più insignificanti a quelli più importanti. In questo anteporre l'altro a sé viene inclusa anche la sorella, definita la persona più importante della sua vita, per la quale si dichiara persino *disposta a morire*.

Trattamento

Avendo Glenda una forte repulsione alla vista del sangue (pur non trattandosi di una vera e propria fobia), ritengo opportuno non procedere con tecniche di rilassamento progressivo (notoriamente controindicato per quel problema), bensì con la respirazione diaframmatica, o addominale.

La paziente viene motivata dicendo che tale tecnica l'aiuterà a restare più calma, e ciò avrà un effetto benefico sulla capacità di sopportare il dolore, diminuendone così le aspettative ansiogene.

Si procede chiedendo a Glenda di eseguire alcuni respiri e, come si prevedeva, si evidenzia che utilizza prevalentemente la parte superiore del torace. Vengono, pertanto, fornite le seguenti istruzioni:

1. Si metta seduta in una posizione comoda. 2. Chiuda gli occhi e si concentri sulla sua respirazione. 3. Non pensi a nulla, si concentri esclusivamente sul respiro: lasci che l'aria entri ed esca dal suo corpo. 4. Dica a se stessa: *«Mi sto rilassando, sto respirando dolcemente e ritmicamente. Il mio corpo lascia entrare e uscire ossigeno puroí mi sento calmo, rilassato e ricaricato.»*

5. Continui a concentrarsi sul suo respiro, sull'aria che va dentro e fuorií pensando solo al dolce ritmo del respiroí ö

Dopo cinque minuti invito Glenda ad alzarsi e stirarsi, come quando ci si sveglia da un lungo sonno.

(Tratto da *«Strategie e Strumenti di Psicoterapia»*, di S. Johnson)

In seguito, si inizia il percorso sulla Comunicazione Assertiva.

Glenda dice di non averne mai sentito parlare, allora inizio a spiegare il concetto di assertività. Le vengono presentate le caratteristiche del tipo aggressivo: il soggetto con questo stile è una persona che non rispetta i limiti degli altri, è concentrato sui propri desideri senza badare a coloro che gli sono intorno. Lei afferma: «Sembra il ritratto del mio fidanzato, ma anche quello di papà!» Tale soggetto utilizza qualsiasi mezzo a propria disposizione, anche distruttivo e violento. La tendenza è quella di dominare gli altri e l'unico obiettivo che si pone è il potere personale e sociale. Alla base di questo tipo di comportamento vi sono ancora delle componenti d'ansia accompagnate però da rabbia e ostilità. C'è anche un disprezzo degli altri e un mancato riconoscimento della dignità altrui. Il soggetto con uno stile di comunicazione passivo pensa più ad accontentare gli altri che non se stesso, è facilmente influenzabile e subisce le situazioni senza opporsi. È un soggetto che ha un'elevata ansia sociale, che non riesce ad esprimere adeguatamente i propri bisogni e le proprie esigenze. Il suo obiettivo è ottenere il consenso di tutti ed evitare qualsiasi forma di contrasto con gli altri. Nel breve termine questo tipo di atteggiamento è utile per ridurre l'ansia, ma finisce col limitare notevolmente la capacità di azione della persona. Alla base di questo atteggiamento vi sono spesso sensi di colpa associati ad una forte componente ansiosa. Glenda si riconosce perfettamente in questo profilo.

Con lei si lavora sulle componenti fondamentali dell'assertività:

a) **L'Autostima**, intesa come il giudizio che ogni individuo dà del proprio valore. E' anche avere fiducia nelle proprie capacità di pensare, scegliere e prendere decisioni. Essa si può modificare durante l'intera vita influenzata da successi e fallimenti. Successi e fallimenti che viviamo attualmente, che abbiamo già vissuto, che pensiamo di vivere nel futuro. Si basa fondamentalmente su tre pilastri:

- *Capacità*, intesa come la consapevolezza delle abilità che possediamo nel condurre delle specifiche attività, come il talento, l'attitudine ecc.;
- *Potere*, inteso come possibilità di dominare gli altri, spesso in relazione diretta o inversa con la capacità;
- *Riconoscimento*, dato dagli altri, inteso come la prova che capacità e potere hanno una base obiettiva e non sono frutto di una nostra illusione.

(Folgheraiter, 1994)

b) Un altro componente dell'Assertività è dato dall'aver **obiettivi chiari**, che possono aumentare la percentuale di successi ed influire, così, positivamente sull'autostima personale.

c) Saper **ascoltare**: spesso lamentiamo che gli altri non ci ascoltano, ma chiediamoci anche se noi sappiamo ascoltare gli altri.

d) Saper **assumersi dei rischi**, affermare le proprie convinzioni e comunicare le proprie aspettative.

e) Saper **dire di no**, senza sentirsi in colpa. Non è piacevole per nessuno dire di *ñoö* , ma diventa essenziale quando:

- dire di *ösìö* non aiuta né noi, né l'altro (infatti dire *ösìö* al padre ~~lo~~ha rovinata economicamente, ma non ha migliorato la condizione del genitore);
- non sono presenti elementi obiettivi per dire di *ösìö*;
- dire di *ñoö* aiuta direttamente o indirettamente l'altro (nel caso di Glenda, un suo rifiuto avrebbe impedito al padre di perseverare). Il nostro *ñoö* va motivato, spiegato, espresso in modo non aggressivo suggerendo delle alternative.

f) Saper **ammettere gli sbagli**: sbagliare non è piacevole, ma è ancora più spiacevole scoprire di essere così poco importanti che non se ne accorge nessuno.

g) **Criticare in maniera costruttiva**, affrontando il problema in maniera razionale, obiettiva, non emotiva (*í* e non impulsiva!). La critica è espressa in maniera impersonale senza ferire l'altro e nessuno è vincente. La critica deve essere posta in maniera specifica e riguardare il comportamento e non la persona. Conseguentemente è l'osservazione di un fatto e non un'accusa o un giudizio emotivo. Il suo scopo è correggere in maniera costruttiva.

Vengono poi passate in rassegna le tecniche assertive per la modificazione comportamentale:

- Esprimere empatia con l'altro (*sono partecipe delí* , *comprendo il tuoí*);
- Descrivere il comportamento che ha un impatto negativo su di noi;
- Esprimere il sentimento conseguente al suddetto comportamento;
- Spiegare il sentimento (perché mi sento così);
- Specificare il cambiamento desiderato nel comportamento;
- Analizzare le conseguenze positive se ci sarà il cambiamento;
- Analizzare le conseguenze negative se non ci sarà il cambiamento;
- Confermare la relazione (*te lo dico perché ci tengo*);
- Richiedere di risolvere insieme il problema (*come posso aiutarti?*)

All'interno di una comunicazione verbale assertiva è utile adoperare i seguenti criteri:

- una maggiore autoapertura dando maggiori informazioni su noi stessi;

- comunicare i propri sentimenti perché si favorisce una maggiore apertura e chiarezza nelle relazioni, in quanto le emozioni hanno un alto valore comunicativo;
- la tecnica del *disco rotto*, consistente nel ribadire e ripetere in maniera sistematica il contenuto chiave che si vuole trasferire all'interlocutore;.

Il tutto all'interno di una modalità comunicativa serena, senza aggredire o irritare.

Vengono poi enunciati i Diritti Assertivi, dei quali viene rilasciata una copia alla paziente.

Essere assertivi non è facile, costa sacrificio ed esercizio costante al fine di ottenere risultati soddisfacenti. Importante è, comunque, iniziare a praticarli, se non tutti insieme, anche uno alla volta. Come si è riusciti superarne uno, è opportuno passare a quello successivo. Come recita un aforisma zen: "Un cammino è fatto di mille passi". Incominciamo con Glenda, un passo alla volta, a fare il cammino verso l'assertività.

Oltre al lavoro su se stessi, occorre però avere consapevolezza che nel partner sussistono due fallacie attributive importanti:

- a) *La fallacia del cambiamento*: il fidanzato ritiene che Glenda debba cambiare, in modo tale da rispondere ai suoi bisogni e ai suoi desideri, senza che da parte sua vi sia alcuna reciprocità. Le strategie messe in atto per indurre cambiamento nell'altro risultano essere, dai racconti della donna, alternativamente la critica, la svalutazione o la colpevolizzazione. Dopo il percorso sull'assertività, Glenda si dichiara non più disponibile ad accettare di essere la *parte sbagliata* della coppia e, in base ai diritti assertivi, ha consapevolezza di poter avere dei bisogni diversi da quelli del partner, quindi non si deve sentire più in obbligo di cambiare. Di converso, non può aspettarsi che il fidanzato cambi, e ciò la costringe ad una seria riflessione sul suo futuro con lui.
- b) *La colpevolizzazione*: risulta evidente un massiccio attacco alla scelta della partner, accusata di comportarsi *contro natura* perché non si sente ancora pronta ad avere un figlio; anche in questo caso il diritto assertivo di essere realmente se stessi, anche se questo significa a volte contravvenire a delle aspettative esterne, solleva Glenda dallo stigma dell'*anormalità*, rendendola maggiormente serena e in grado di affrontare le battute o i sottintesi degli amici o dei parenti, nonché il *senso di vuoto* nella vita del fidanzato causato, secondo lui, dalla sua incapacità a renderlo felice.

Vengono eseguiti numerosi role playing, allo scopo di rendere operativamente concreta la teoria sopra esposta. Quando Glenda arriva con

qualche situazione critica da districare, dapprima si analizza *come ha* di fatto reagito in quel frangente, quindi *come avrebbe dovuto* reagire alla luce di quanto appreso in seduta.

Si è in seguito affrontato il *Problem Solving*, orientato all'acquisizione di una maggiore capacità di prendere delle decisioni ponderate e superare così quelle impulsive.

Sintesi delle sedute

Luglio 2008

Glenda riporta di litigare spesso col partner per i familiari: lui non sopporta sua sorella, esaltando però le doti della propria, definita *perfetta*. Glenda ha un grande affetto nei confronti della propria sorella, dichiarando addirittura che si tratta della persona più importante della sua vita e che sarebbe disposta a morire per lei. Emerge così un tratto autofrustrante che porta la donna ad anteporre i bisogni altrui ad un sano egoismo: rovinarsi economicamente per il padre, rinunciare ad una sua dimensione vitale per il partner, morire per la sorella.

Ultimamente i rapporti col fidanzato si sono molto raffreddati a causa della questione del bambino, al punto che lui le ha dato l'ultimatum: *«O facciamo un figlio o ti lascio!»* Il motivo pare non essere tanto una forte vocazione alla paternità, quanto il fatto che tutti quelli che conosce della sua età hanno già un figlio e lui si sente *incompleto*. Tale disagio aumenta il senso di colpa di Glenda che si sente da un lato incapace di renderlo felice, dall'altro *anormale* per non saper condividere il suo desiderio e di non possedere un *istinto materno*.

Glenda racconta l'opposizione del fidanzato alla terapia, anche perché, col passare del tempo, vede una donna diversa da quella che lui desidera, meno malleabile. Affermo che le persone dovrebbero volerci bene per quello che siamo realmente e non per quello che loro vorrebbero che fossimo, poiché questa sarebbe una grave mancanza di rispetto della sua identità ed avrebbe più a che vedere con la manipolazione e la sottomissione, insomma con il potere, tipico delle persone con forti tratti narcisistici. Di fronte all'ultimatum *«o fai il figlio o ti lascio»*, le faccio immaginare, come in un film, le conseguenze a lungo termine: lei che accetta per paura di essere lasciata, la maternità e la soddisfazione del parentado perché Glenda *ha* finalmente messo la testa a posto (lei spalanca gli occhi e digrigna i denti), il parto e i lunghi mesi a casa con pannolini e biberon (ma aggiungo che vi sono tantissime donne che amano queste cose). Quale immagini sarà il tuo sentimento, nel momento in cui ti troverai a casa, al di là dell'inevitabile affetto nei confronti della creatura, riflettendo che è stata una scelta forzata? *«Tristezza, rabbia, forse delusione!»*

Agosto 2008

Le presento i dati del CBA, facendo un'analisi dei punti critici. Ci si sofferma sulla sua storia sentimentale: ammette di avere storie di nessuna importanza. La invito a riflettere sul fatto che probabilmente cerca qualcosa che non trova nel suo fidanzato: tenerezza e considerazione, aspetti che il partner non riesce a soddisfare (*«Lui mi considera una nullità, meno che zero!»*). La svalutazione è tipica del dominatore che ha bisogno di controllare il dominato instillandogli insicurezza, caratteristica che riconosce anche nel padre. Occorre anche tener presente il dolore che Brenda prova durante i rapporti sessuali, che accetta solo per accontentare il fidanzato (altra conferma del tratto autofrustrante della donna).

Settembre 2008

Dalla descrizione di Glenda, esce un'immagine di un fidanzato molto tradizionalista, che pretende che una donna se ne stia a casa a fare le faccende domestiche e ad accudire i figli, a preparare i pranzetti al marito che arriva dal lavoro e non riesce a concepire una visione della vita diversa dalla sua. Commenta la donna: *«Ha solo trent'anni ma ha la testa di uno di settantacinque»*. Pochi giorni prima aveva aspramente rimproverato per non aver svolto le faccende domestiche con la dovuta cura. Si vanta con gli amici di avere sempre ragione e che se solo si trovasse di fronte allo psicologo, avrebbe vinto con la sua logica stringente e la sua capacità di persuasione. Quello che maggiormente sconvolge Glenda è che praticamente tutto l'universo che gravita attorno al partner la pensa esattamente come lui: quando si trova in compagnia di amici, che sono tutti ereditati dal compagno, è un continuo: *«Ma cosa aspetti? Vuoi che ti chiami nonna ancor prima di chiamarti mamma? Ma come fai a non sentire il bisogno di un figlio, alla tua età?»* Ma non solo l'entourage del fidanzato, ora ci si mette anche la mamma: *«Prima che muoia, mi fai diventare nonna?»* Insomma Glenda si sente isolata e «anormale»: da un lato lo farebbe per gli altri, ma dall'altro è consapevole che poi la sua vita cambierebbe e non perché l'ha deciso lei.

Oltre alla scelta della maternità, ciò che preoccupa Glenda è che il figlio debba necessariamente nascere sano: *«Lui non lo accetterebbe, tutto deve essere perfetto nel suo mondo!»*

A lei rimprovera un sacco di difetti, come ad esempio quello di essere grassa e goffa: in realtà è molto magra e si sa muovere ed esprimere con eleganza e scioltezza. Per questo motivo accetta il corteggiamento di altri uomini (le piace l'idea di piacere), anche se poi non va più in là, dato che le basta sentirsi gratificata anche solo un po'. Anche se non ha mai avuto rapporti

sessuali con questi uomini, si sente tuttavia colpevole come se li avesse avuti. Le chiedo se ha mai parlato al fidanzato di questa necessità di ricevere qualche complimento; lei risponde che ci ha provato qualche volta, ma lui ha risposto che è così e non intende cambiare, ributtandole addosso la necessità che sia lei a cambiare, dato che va contro l'ordine naturale delle cose, non volendo un figlio.

Racconta che la sorella del compagno sta pensando di omettere in cantiereö un altro figlio però, avendo già avuto un maschio, ora vuole assolutamente una femmina; dovesse essere un altro maschio, lo rifiuterebbe! Le chiedo di spiegare questo òassolutamenteö, lei mi risponde che la cognata non concepisce neanche lontanamente l'eventualità che le cose possano andare in maniera diversa da quella da lei prospettata.

Anche Glenda ha convenuto che il desiderio del fidanzato è molto incoraggiato dall'ambiente e che vorrebbe essere accettato come òomologatoö perché in questo momento non ha quello che i suoi parenti e conoscenti hanno: pare trattarsi più di una *ferita narcisistica* che di un reale bisogno di paternità.

Mi racconta che una sera ha preso in braccio il figlio di una sua amica ed ha avuto delle belle sensazioni. Ora, dire che questo possa essere considerato un segno di *istinto materno* potrebbe suonare esagerato, ma una riflessione sul fatto che lei non si senta pronta a fare un figlio con òquell'uomoö, forse val la pena di farla. Brenda però afferma sicura che se avrà un figlio, lo avrà solamente con l'attuale fidanzato.

Cerchiamo di approfondire il discorso sul papà: si ricorda di episodi, durante l'adolescenza, in cui è stata ingiustamente accusata e picchiata; è stato un padre manesco che poi tentava di recuperare il rapporto attraverso regali anche costosi. *öPrima mi picchiava, poi piangeva e mi abbracciavaí mentre mia madre non è mai stata capace di un minimo segno d'affetto!ö* Il messaggio generale che le proveniva dai genitori era comunque quello di essere una persona incapace, di poco valore.

Mi racconta di un episodio accaduto molto tempo fa: quando era ragazzina ha subito una molestia sessuale da parte di un conoscente che si è trovato da solo in casa con lei. Ha raccontato l'accaduto alla madre, che però non le ha creduto e le ha intimato di non parlarne con nessuno.

Già da tempo l'avevo invitata a sottoporsi ad una visita ginecologica per capire se il motivo del dolore durante i rapporti non fosse da ascrivere a cause organiche; a questo punto le rinnovo l'invito, chiedendole di scegliere una donna come specialista, dato che la sua ritrosia a farsi visitare da un uomo potrebbe avere un'origine di tipo traumatico.

Ottobre 2008

E' stata dalla ginecologa ed è rimasta molto contenta per essere riuscita ad affrontare la visita; la specialista l'ha messa a suo agio: *öDopo la brutta*

esperienza della molestia, ho sempre evitato il contatto fisico con uomini maturi, quindi il suo consiglio si è rivelato opportuno ò Le dico che quello che lei ha sperimentato è un fenomeno molto diffuso chiamato ògeneralizzazioneö, per cui un'esperienza negativa viene associata ad una categoria più vasta che diventa poi oggetto di evitamento. La dottoressa l'ha trovata molto tesa ed ha ritenuto che la causa dei dolori durante i rapporti sessuali non sia da attribuirsi a fattori organici, ma esclusivamente psicologici. L'ha poi tranquillizzata rispetto al dolore del parto, dicendole che attualmente esistono molte tecniche per diminuirlo. Ciò l'ha molto sollevata e adesso si sente serena e consapevole che, quando deciderà di fare il grande passo, sarà una scelta dettata dalla sua volontà e non dal timore del giudizio degli altri.

Novembre 2008

Racconta di aver pianto tutta la domenica, per la paura di essere incinta. Aveva deciso di sospendere la pillola anticoncezionale, ma è stata presa dal panico, òazzerandoö (sua definizione) tutti i buoni propositi. E' molto ansiosa, quindi la invito ad eseguire la respirazione controllata; dice che finora l'ha usata poco, essendo piuttosto discontinua e non avendone trovato beneficio. La faccio praticare in modo corretto e alla fine ammette che le è effettivamente servita a rilassarsi. Le rimando che molte persone provano una tecnica e frettolosamente l'abbandonano perché non vi vedono dei risultati immediati; occorre perciò avere costanza e fiducia dato che si tratta di metodi la cui efficacia è sperimentata scientificamente.

Afferma la sua soddisfazione di come stava reagendo il fidanzato, che sembrava migliorato, ultimamente; ritiene che ciò si debba anche ad una sua migliore competenza assertiva, che le permetterebbe di essere maggiormente rispettata. Anche i rapporti sessuali sono migliorati, dopo la visita ginecologica, essendo meno tesa. Ma qualcosa non ha funzionato all'ultimo momento. Tra le lacrime, confessa che col ritorno al lavoro ha rivisto un collega che le la sta corteggiando da tempo, ma col quale non vi è stato mai approccio fisico (non ammette neanche il pensiero di un eventuale tradimento), ma che la fa sentire quello di cui il partner è incapace, cioè *desiderata*. La faccio riflettere sulla situazione che si è creata nel tempo, attraverso gli incontri con me: da un lato vi è la conquista razionale di non essere òbagliataö, di essere una donna che possiede comunque un istinto materno, che non vi sono impedimenti fisici ecc., ma dall'altro vi è un aspetto emotivo che fa emergere tutto il desiderio di essere libera nella scelta e di essere valorizzata come donna e non come strumento riproduttivo. Appare convinta, ma non sa come muoversi. Insisto sulla necessità di affinare la comunicazione assertiva per rendere maggiormente convincente l'espressione dei propri bisogni.

Risultati raggiunti

Le avevo consigliato il libro *“Piacersi, Non Piacere”* di Enrico Rolla, che ha letto in meno di una settimana.

Glenda si ritiene soddisfatta del lavoro fatto finora: si sente molto più forte e sicura rispetto al passato e ha cominciato ad accettarsi finalmente com'è.

Le rimando che, come non possiamo piacere agli altri se prima non piacciamo a noi stessi, analogamente avviene per l'accettazione della nostra unicità da parte degli altri. L'insicurezza che noi dimostriamo offre il fianco a chi crede di poterci forgiare secondo i propri bisogni, che nella maggior parte dei casi non corrispondono ai nostri.

Glenda dichiara che adesso, divenuta capace di dire degli importanti *“no”*, gli altri la rispettano maggiormente e ha raggiunto un buon equilibrio sia col compagno, sia col padre.

La somministrazione del SIB (Scale for Interpersonal Behaviour) di W. Arrindell et al., in una delle ultime sedute, mostra un profilo più equilibrato:

	Manifestazione di sentimenti negativi		Espressione e gestione limiti personali		Assertività di iniziativa		Assertività positiva		Assertività generale	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
Punti grezzi	12	11	8	16	8	14	6	16	48	57
Punti T	38	29	39	39	35	38	33	44	46	32

D = dimensione del Disagio

F = dimensione della Frequenza

Nella *Manifestazione di sentimenti negativi* il punteggio si è significativamente abbassato, mostrando una maggiore capacità di far rispettare i propri diritti rispetto al passato, di opporre dei rifiuti e di esprimere liberamente sentimenti di tipo negativo. Anche nell'*Espressione e gestione limiti personali* si riscontra una diminuzione del punteggio, indicante l'acquisizione di capacità di ammettere i propri limiti e le proprie difficoltà, con maggiore apertura alle critiche, al sapersi scusare, al chiedere aiuto o ammettere la propria ignoranza circa un argomento o situazione.

Follow up

Sento Glenda a distanza di tre mesi. Pur con difficoltà, è riuscita a mantenere le posizioni conquistate, rispetto al problema del figlio e al

rapporto col fidanzato. Un suo cruccio è però rappresentato dal fatto che lei ha seguito un percorso che l'ha liberata di molte paure, ma si trova circondata da persone che ragionano in un modo sconsolatamente conformista, facendola sentire isolata e un po' bizzarra nelle sue scelte o affermazioni. Cerco di rassicurarla dicendole che è abbastanza normale sentirsi così, ma il suo impegno deve proseguire, anche nello sforzo di conoscere e frequentare persone diverse da quelle della cerchia del fidanzato, ribadendo il diritto di scelte che la rendano più serena ed equilibrata, anche a costo di dover sostenere, e non evitare, anche degli importanti conflitti.

Bibliografia

- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, McGraw-Hill, Milano.
- Rolla E. (1987), *Piacersi, non Piacere*, S.E.I, Torino.
- Rolla E. (1998), *Il Problema non è mio, è tuo*, S.E.I, Torino.
- Meazzini P. (2005), *Timido non più*, Giunti, Firenze.
- Meazzini P. (2000), *L'Insegnante di Qualità*, Giunti, Firenze.
- Toso E. (2008), *Il Potere Terapeutico dell'Esposizione*, Ecomind, Salerno.
- R. Willson, R. Branch (2006), *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies*, John Wiley & Sons Editore, Chichester, West Sussex, England.
- Galeazzi A. e Meazzini P. (a cura di) (2004), *Mente e Comportamento*, Giunti, Firenze.

4. FRANCESCO: FINALMENTE AL CONCERTO!

Invio e motivo della richiesta

Francesco abita poco lontano dallo studio; passando ha visto la targa e si è scritto il numero di telefono. Il motivo della richiesta riferito era dato da problemi d'ansia nell'affrontare situazioni nuove o tutto ciò che esuli dalla quotidianità.

Descrizione del caso

Francesco arriva velocemente al problema: non riesce a rimanere in posti in cui non c'è un bagno facilmente raggiungibile, dato che teme di farsela addosso. Questo fatto ha una pesante ricaduta non solo sul piano lavorativo, ma soprattutto su quello relazionale: evitando cene con gli amici (specie se non conosce il ristorante, o meglio, le sue vie di fuga) e uscite con le ragazze, si è autorelegato in un mondo di immeritate solitudini.

ASSESSMENT

• Storia personale

Francesco ha trentatré anni e lavora in un'agenzia di assicurazioni, in qualità di socio in comproprietà; la sua attività lo soddisfa sia da un punto di vista professionale, sia sotto il profilo economico. Ha frequentato la scuola con un buon profitto, pur non essendo mai stato uno studente particolarmente brillante.

Riferisce di aver trascorso una bella infanzia e una tranquilla adolescenza con entrambi i genitori, con i quali ha tuttora un ottimo rapporto, recandosi a trovarli spesso durante la settimana. Vive da solo in un appartamento piccolo ma confortevole.

Dichiara di avere un ottimo appetito, pur essendo magro, e di concedersi ogni tanto delle bevute con gli amici più intimi; fuma poco e non ha alcuna intenzione di smettere. Il sonno è regolare e si concede un breve riposo pomeridiano.

Ha una sorella di 30 anni, sposata con due figli ed un fratello maggiore che progetta mobili, fidanzato da molti anni con una ragazza. Francesco non è impegnato sentimentalmente e ritiene che la sua solitudine sia collegata al disturbo di cui soffre. Ammette di non aver avuto alcuna esperienza sessuale completa, coerentemente coi propri valori religiosi che non ammettono rapporti prima del matrimonio. Sogna di riuscire a trovarsi una brava

ragazzo con la quale formare una famiglia: *Non ho grandi pretese, mi basta che sia una donna dolce e che condivida la mia visione della vita!* Pratica il calcio a livello amatoriale ed è appassionato di musica, specie il rock classico (Dire Straits, Police, Led Zeppelin ecc.)

• Storia del problema

Francesco riferisce che il disturbo è iniziato attorno ai 14 anni, quando stava frequentando una scuola professionale che lo costringeva a una vita quotidiana da pendolare. Una volta, mentre stava tornando a casa in autobus, forse a causa di una cattiva digestione, ha avuto un forte stimolo peristaltico e non è riuscito a trattenere le feci. Pur non essendosi accorto probabilmente nessuno di ciò che era successo, Francesco si è sentito estremamente a disagio: *E' stata una delle esperienze più devastanti della mia vita!* Da quell'episodio, per poter ancora salire in quel mezzo di trasporto, doveva essere sicuro di essersi liberato, altrimenti si recava a scuola in bici, convinto che avrebbe comunque trovato un posto dove espletare le funzioni fisiologiche. Ma da quel periodo, ogniqualvolta si trovasse in situazioni di deroga alla quotidianità e alla routine, veniva colto da una forte ansia che nel tempo lo ha portato ad evitare gite, incontrare ragazze per iniziare delle relazioni sentimentali, declinare inviti per cene, rinunciare a riunioni di lavoro fuori città.

• Analisi Funzionale

Sotto viene riportata una tipica situazione in cui Francesco viene a trovarsi ormai da tempo.

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
I soci con cui lavoro mi hanno invitato ad una cena	<i>Sicuramente mi verrà lo stimolo di andare in bagno e non farò a tempo a raggiungerlo; me la farò addosso e tutti si accorgeranno di quello che mi sta succedendo! Farò una figura orribile e mi prenderanno in giro fino alla fine dei miei giorni!</i>	Ansia al solo pensiero di accettare l'invito, che gentilmente declinerò, come ormai succede da tempo. Aumenta in me il senso del fallimento, rimane la rassegnazione di una vita vissuta a metà.

- **Strumenti d'indagine psicodiagnostica**

A Francesco è stato somministrato il test CBA 2.0 (Cognitive Behavioural Assessment, di Bertolotti, Michielin et al.):

Scheda	Test	Omissioni	P. Gr.	Punti Z	Percentile
Scheda 2	<i>S.T.A.I. X1</i>	0	45	0.95	85-85
Scheda 3	<i>S.T.A.I. X2</i>	0	36	-0.21	45-45
Scheda 5	<i>E.P.Q./R - E</i>	0	6	-0.59	30-35
	<i>E.P.Q./R - N</i>	0	2	-0.79	25-30
	<i>E.P.Q./R - P</i>	0	1	-1.13	05-10
	<i>E.P.Q./R - L</i>	0	11	1.20	80-90
Scheda 6	<i>Q.P.F./R</i>	0	44	0.28	65-65
Scheda 7	<i>I.P. ó F</i>	0	51	-0.23	45-45
	<i>I.P. ó PH</i>	0	2	-0.14	50-60
	<i>I.P. ó 1</i>	0	16	0.10	50-50
	<i>I.P. ó 2</i>	0	15	-0.51	30-30
	<i>I.P. ó 3</i>	0	2	-0.77	20-25
	<i>I.P. ó 4</i>	0	3	-0.12	45-60
	<i>I.P. ó 5</i>	0	8	0.22	65-65
Scheda 8	<i>Q.D.</i>	0	0	-0.88	10-10
Scheda 9	<i>M.O.C.Q./R</i>	0	6	0.04	55-55
	<i>M.O.C.Q./R - 1</i>	0	4	0.41	65-70
	<i>M.O.C.Q./R - 2</i>	0	2	-0.16	45-60
	<i>M.O.C.Q./R - 3</i>	0	0	-0.75	01-25
Sch. 10	<i>S.T.A.I. X1 - R</i>	0	20	0.97	85-85
	<i>S.T.A.I. DIFF</i>	0	-1	0.21	45-55
Indice	<i>S.T.A.I. ACC</i>	0	4	appropriato	
Indice	<i>INDICE IR</i>	0	6	appropriato	

L'elevazione della scala EPQ/R-L, pur non rientrando in un vero e proprio tentativo di simulazione che si dovrebbe collocare sopra il 90° percentile, tuttavia mette in luce il forte desiderio del soggetto di dare una buona immagine di sé.

L'analisi delle Scale Primarie evidenzia dei riferiti problemi di incontinenza. Gli items critici riguardano l'abuso di alcolici (*«Ogni tanto bevo troppo e mi succede di ubriacarmi»*), i cambiamenti rilevanti vissuti come esperienze negative, e moltissima paura per il cancro o divenire pazzo o malato di nervi. Si nota, sia nella scheda 2 sia nella 10, un considerevole livello d'ansia.

- **Ipotesi diagnostica**

Il quadro appare tipico dell'**Agorafobia Senza Anamnesi di Disturbo di Panico (DSM-IV)**, con caratteristiche essenziali simili a quelle del Disturbo di Panico con Agorafobia, ma con attacchi paucisintomatici imbarazzanti, piuttosto che Attacchi di Panico completi. La paura della perdita di controllo sfinterico è peculiare di questo quadro (l'altra variante è costituita dalla paura di vomitare in pubblico), causando nell'individuo serie ripercussioni più sul piano relazionale che su quello lavorativo, a meno che la persona non debba muoversi spesso per le caratteristiche dell'attività stessa (autista, rappresentante ecc.)

Della diagnosi differenziale rispetto alla Fobia Sociale è evidente come l'evitamento sia prodotto non tanto da generiche situazioni sociali o prestazionali che potrebbero mettere in imbarazzo la persona, quanto dallo specifico timore di *«farsela addosso»*.

Restituzione

Francesco è consapevole delle conseguenze negative legate al proprio disturbo e ha dovuto vincere non poche resistenze prima di parlarne con un estraneo: prima *«allora ne aveva parlato solo con la madre, che le aveva consigliato di rivolgersi a un medico. Lo fa sentire come sollevato sapere che questo sgradevole fardello che l'ha accompagnato per tanti anni ha un nome e, soprattutto, un programma terapeutico per debellarlo»*.

Venire a conoscenza che questo disturbo colpisce una persona su cento lo rincuora, seppur in parte; ma soprattutto lo incuriosisce l'approccio cognitivo-comportamentale, dopo aver scoperto in internet che si tratta del trattamento che consegue la più alta percentuale di successi nell'ambito del *«suo»* problema.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

Fin dalla prima seduta Francesco appare scrupoloso, persino zelante, nel prendersi appunti. Gli homework non sono un problema per lui, riportando su di un block notes tutti gli avvenimenti settimanali riconducibili al disturbo e le strategie messe in campo per contrastarlo.

L'unica sua preoccupazione è data da una certa fretta di disfarsi di questo problema che gli ha ormai rovinato la vita, e si dichiara disponibile a sostenere anche una terapia intensiva, purché breve. Si tranquillizza quando gli rispondo che, essendo mio co-terapeuta, la brevità del trattamento è direttamente proporzionale alla motivazione e all'impegno nel mettere in pratica quanto viene indicato, seduta dopo seduta.

Aspettative di trattamento

Francesco si aspetta di condurre una vita normale come la maggior parte dei suoi conoscenti, una volta rimosso l'ostacolo rappresentato dal disturbo: a lui piacerebbe trovarsi una ragazza, frequentare gli amici, uscire a pranzo o a cena, andare finalmente ad un concerto e gustarselo in pace *senza quella preoccupazione*. E' pienamente cosciente dei limiti che il disturbo gli impone, ma altrettanto determinato a superarli.

Interazione terapeutica

Non vi sono mai stati problemi con Francesco: l'atteggiamento serio nei confronti del setting, unito a una forte motivazione, ne hanno fatto un paziente pressoché ideale. La collaborazione, data soprattutto da un'adesione pressoché totale agli homework, è sempre stata molto elevata.

Concettualizzazione del caso

Ciò che rende la paura di farsela addosso un vero e proprio disturbo per Francesco è il profondo disagio che ha portato nella sfera relazionale (evita di uscire con delle donne, rifiuta inviti a cena, riducendo drasticamente le occasioni di interazione sociale), e in quella lavorativa (rinunciando a riunioni di lavoro fuori città, diminuisce l'efficacia della propria attività, ma anche trascura importanti occasioni di crescita professionale). Ma pure nel tempo libero si riscontra una grossa limitazione: la sua passione per il rock si è finora limitata all'ascolto solitario, mentre un suo grande desiderio sarebbe di assistere a qualche concerto, dato anche il ricco calendario di quest'anno nella zona di Vicenza e Padova o all'Arena di Verona con Mark Knopfler, Neil Young, REM ecc.

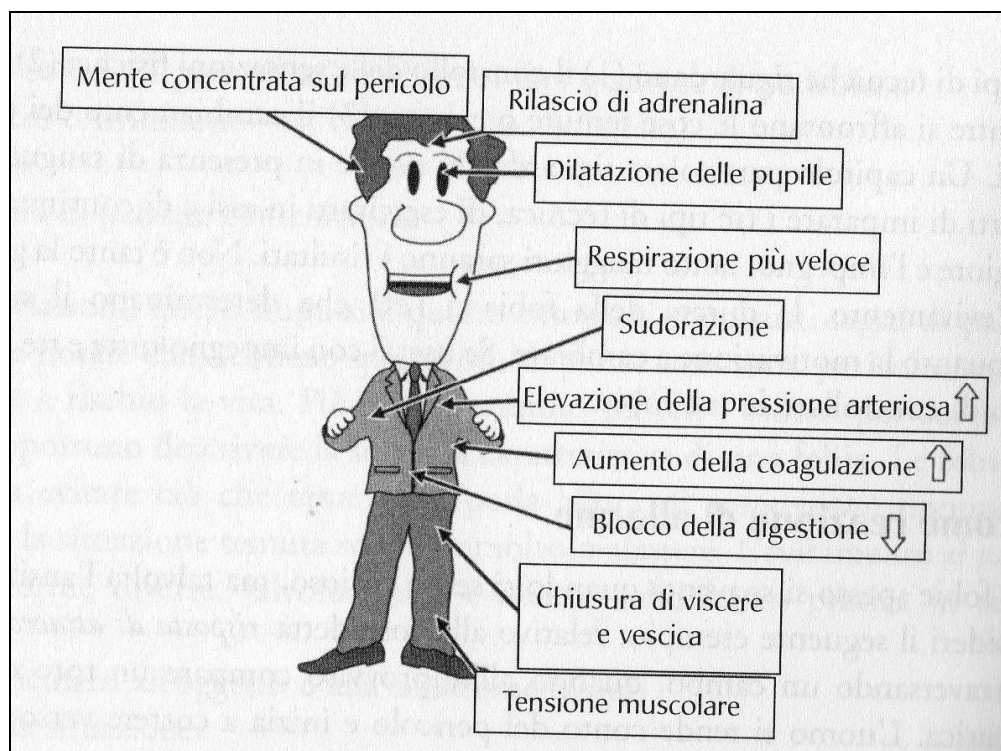
È evidente come tale situazione finisca per essere invalidante, abbassandone la qualità, nella vita di un giovane comunque intelligente, gentile e ben dotato sotto il profilo delle capacità relazionali, ma danneggiato da un evitamento appreso e rinforzato negativamente dal sollievo di non trovarsi in situazioni imbarazzanti, al cui solo pensiero Francesco sente salire un'ansia difficilmente controllabile.

Trattamento

Il trattamento si è incentrato innanzitutto in una psicoeducazione relativa all'ansia, poi si è affrontato l'aspetto comportamentale, con la Respirazione Lenta e il Rilassamento Muscolare Progressivo, mentre la parte centrale ha avuto un taglio più cognitivo, con l'esame dei *Pensieri Disfunzionali*, la definizione delle *Credenze di Base* e lo sviluppo di alternative ad esse. Alla fine si è proceduto all'Esposizione Graduale, accettando di confrontarsi con situazioni sino ad ora evitate, sforzandosi di abbandonare progressivamente qualsiasi comportamento protettivo.

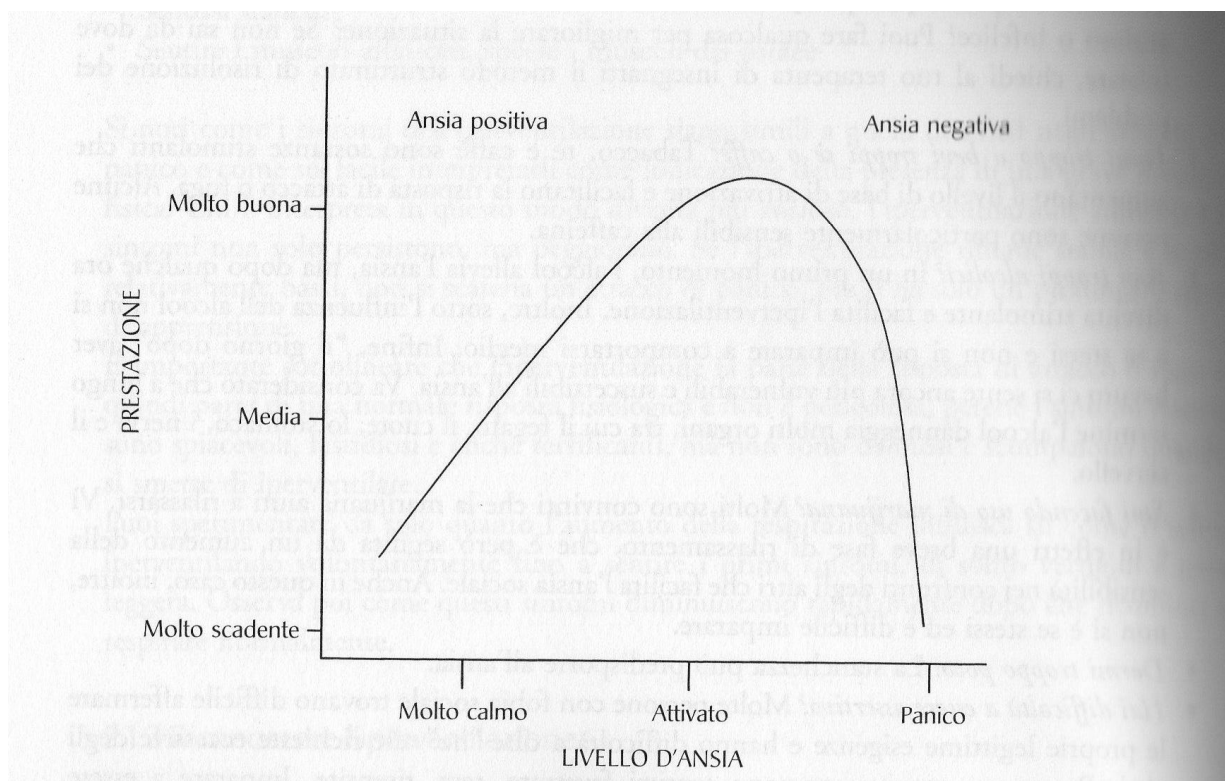
Si è terminato quindi con un breve percorso sulla comunicazione assertiva.

Il percorso psicoeducazionale è iniziato con una descrizione dello schema di risposta "attacco e fuga"



è e come questa condizione possa permetterci di dare il meglio di noi stessi, qualora sappiamo mantenere l'ansia a comuni livelli di attivazione, mentre

può trasformarsi in una nemica quando è a livelli talmente alti da interferire sul compito



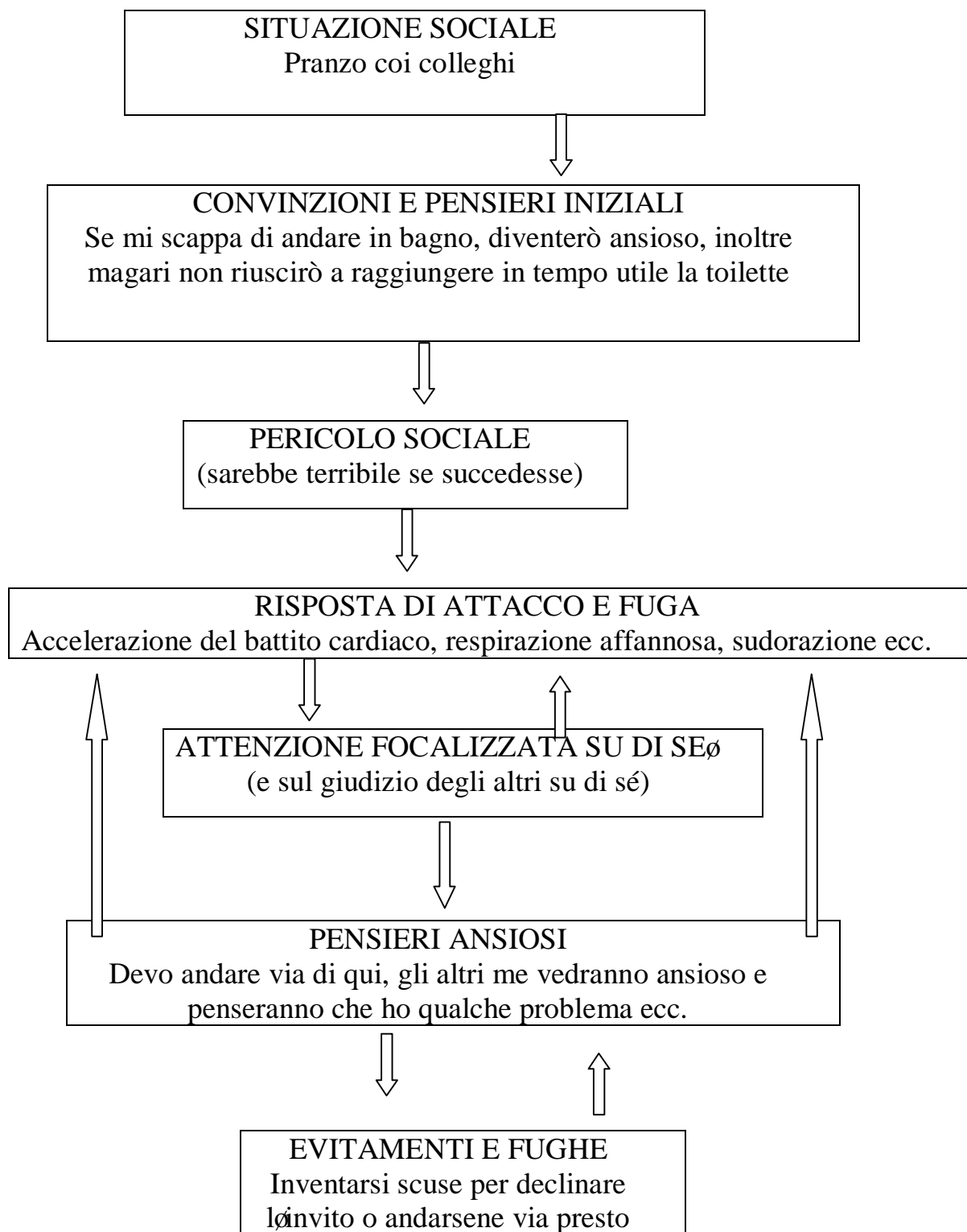
La *Respirazione Lenta* viene proposta come suggerita da Andrews e al. nel manuale *Trattamento dei Disturbi d'Ansia*:

Francesco, si sieda comodo, liberi la mente e le tensioni muscolari e trattenga il fiato senza fare prima un respiro profondo e conti 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006 (sono sei secondi circa). Quando arriva a 6, mandi fuori l'aria lentamente per tre secondi (conti 1001, 1002, 1003) con la bocca socchiusa e dica a se stesso: «mi rilasso», in modo calmo e tranquillo. Inspiri con il naso senza sforzo, di nuovo per tre secondi, cercando di utilizzare il diaframma: questo viene utilizzato quando la pancia si gonfia mentre si inspira (metta una mano sulla pancia e se ne accorgerà) e si espande poco il torace. Continui a inspirare e a espirare lentamente in cicli di sei secondi. Così facendo, si eseguono circa dieci respiri completi al minuto. Dica a se stesso: «mi rilasso» ogni volta che espira. Ogni minuto (dopo una serie di dieci respiri), trattenga di nuovo il respiro per sei secondi, e riprenda poi a respirare in cicli di sei secondi. Continui a respirare così fino a quando non si sentirà più calmo.

Si prosegue poi col *Rilassamento Muscolare Progressivo* come indicato da Sharon Johnson nel volume *Therapist's Guide to Clinical Intervention*

(citato nella bibliografia nell'edizione italiana a cura di F. Rovetto),
particolarmente indicato alle persone adulte.

L'aspetto più propriamente cognitivo viene esemplificato con un
diagramma:



La ristrutturazione cognitiva comprende quattro passi per cambiare il modo di pensare:

- a) Identificazione di pensieri e interpretazioni degli eventi e delle situazioni, partendo dalle emozioni di ansia, paura, malessere e procedendo a ritroso: Francesco si sente particolarmente a disagio all'idea di farsela addosso e che gli altri si accorgano di ciò.
- b) Vengono esaminati pensieri ed interpretazioni per capire se rappresentano una valutazione ragionevole della realtà e vengono confutati se disfunzionali: nel caso di Francesco è evidente la catastrofizzazione (*«sarà un disastro, tutti rideranno di me!»*), ma anche la sopravvalutazione della probabilità dell'evento spiacevole, sostituendola con la possibilità che questo accada. A Francesco viene insegnato a esaminare criticamente i pensieri ansiogeni (Se accadesse ciò che temo, sarebbe davvero orribile, insopportabile? E davvero probabile che succeda veramente? Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi? Ecc.)
- c) Quindi avviene la sostituzione dei pensieri disfunzionali con pensieri funzionali, facendo attenzione a non cadere nel pensiero illusorio:

Pensiero Disfunzionale	Pensiero Illusorio	Pensiero Funzionale
Me la farò addosso sicuramente; gli altri se ne accorgeranno e sarà una cosa terribile!	<i>Chi se ne importa, non mi interessa certo il giudizio di questa gente ! Riuscirò sicuramente a tenere tutto sotto controllo!</i>	Farò del mio meglio affinché la cosa temuta non accada, ma se dovesse accadere, saprò come affrontare la situazione... L'importante è non evitare!

- d) Alla fine, si cercherà di tradurre i pensieri più funzionali in comportamenti coerenti con essi.

Con Francesco si è fatto anche un breve ma intenso percorso sull'assertività, ritagliato sulle sue esigenze:

- a) Come fare delle *critiche costruttive*, senza urtare la suscettibilità dell'altra persona, focalizzandoci sul comportamento e non sulla persona. Con il suo lavoro si trova spesso a discutere, anche animatamente, coi colleghi e si trova certe volte a dover assumere un atteggiamento aggressivo, altre in cui evita il confronto per il timore di avere la peggio. Quindi l'espressione del sentimento, la descrizione non valutativa di ciò che ci procura disagio ed infine l'indicazione di ciò che auspichiamo per uscire dal problema, diventano strumenti che aumentano l'efficacia

comunicativa ed abbassano notevolmente l'ansia derivante dal confronto-conflitto.

- b) *Saper dire di no*: Francesco riconosce che in numerosi frangenti ha difficoltà nell'opporre un rifiuto. La sua richiesta concerne soprattutto il come superare gli inevitabili sensi di colpa che derivano da un rifiuto anche motivato, ma col tempo arriva da solo alla conclusione che non possiamo anteporre le esigenze degli altri alle nostre, in base ad un retaggio educativo (anche di stampo religioso) improntato all'autofrustrazione.
- c) *Fare o ricevere complimenti*: riconosce una sua difficoltà a fare i complimenti, frenato dalla paura che l'altro pensi si tratti di una manovra atta a blandirlo. Attraverso il role playing Francesco giunge alla conclusione che, se ben formulato, un complimento è quello che si definisce un balsamo per l'autostima. Con la pratica, si è anche accorto che saper fare dei complimenti sinceri alle donne che lavorano con lui lo rendono più simpatico e ricercato.

Sintesi delle sedute

Aprile- maggio 2008

Lo vedo per la prima volta, è un giovane di 33 anni, molto educato e curato nell'aspetto. Esordisce affermando di soffrire di problemi d'ansia, di somatizzare (usa proprio questo termine). Quando deve spostarsi per lavoro, non vi sono grossi problemi se è da solo; l'ansia sale di molto quando c'è qualcuno assieme a lui, perché deve giustificare il fatto di fermarsi in un bar per evacuare. Stesso imbarazzo quando deve andare a casa di amici, quindi deve predisporre il tutto in modo di arrivare lì e non sentire lo stimolo peristaltico.

Si è iniziata la respirazione lenta, controllata: è evidente il suo stato di tensione, poiché tende ad alzare le spalle nell'inspirazione, anziché il diaframma. Una volta resosi conto della differenza tra i due modi di respirare, ha un insight, quasi avesse trovato la soluzione al problema: sono costretto a smorzare il suo entusiasmo, dicendogli che c'è ancora un lungo cammino da fare, pur mettendo in evidenza che questo è sicuramente un primo passo verso la via del miglioramento della situazione.

Appare molto soddisfatto di aver letto il manuale per chi soffre del disturbo e di essere consapevole che l'Agorafobia è superabile con l'applicazione di tecniche cognitivo-comportamentali. Francesco si è anche diligentemente impegnato in una ricerca per scoprire quali alimenti possano favorire la dissenteria, allo scopo di evitarli o ridurli: gomme da masticare,

caffè, latte, alimenti ricchi di fibre, yogurth, prugne secche ecc. Ha poi aggiunto alla lista situazioni che possono essere scatenanti, quali i colpi di freddo e i virus intestinali. Il Rilassamento Muscolare Progressivo ha avuto risultati positivi, poiché è riuscito a superare la tensione per una cena di lavoro e vi ha partecipato dopo essersi esercitato a lungo. A tale proposito, devo dire che raramente ho trovato una persona così motivata ad uscire da una situazione critica con tanta determinazione: segue scrupolosamente tutto ciò che gli viene proposto, con uno zelo encomiabile, rendendo facile e leggero il compito del terapeuta.

Giugno 2008

Racconta di due episodi che ha dovuto affrontare con le tecniche acquisite. Il primo si riferisce ad un pomeriggio in cui si è recato in un negozio di abbigliamento per acquistare del vestiario: si è sentito molto agitato, poiché c'era molta gente, perciò si è recato in un camerino dove ha effettuato prima un paio di respirazioni controllate, quindi un veloce rilassamento muscolare, trovandone immediato beneficio. Il secondo episodio si riferisce ad un viaggio di lavoro che ha dovuto intraprendere per recarsi su di un altopiano nel bellunese: le strade strette di montagna gli davano un certo disagio poiché non riusciva ad immaginare dove avrebbe potuto fermarsi in caso di necessità, perciò ha iniziato a respirare col diaframma, ripetendosi che adesso era in grado di affrontare la situazione e al massimo avrebbe accostato in uno spiazzo, appena possibile.

Si è fatta l'analisi funzionale di un episodio critico avvenuto qualche mese prima dell'inizio del trattamento: in una riunione con i colleghi, è dovuto ritornare a casa con l'automobile, pur trovandosi già a metà percorso, arrivando inevitabilmente in ritardo. Si introduce così il modello cognitivo, mostrando come per ogni episodio vi siano degli antecedenti, una valutazione cognitiva, delle emozioni correlate, ed un esito consequenziale.

In base ai risultati del CBA, si analizzano le ossessioni: Francesco afferma che, quando deve recarsi in un luogo anche per breve tempo, tende a portarsi dietro un sacco di abbigliamento, soprattutto intimo, per far fronte alla eventualità.

Mi dice che gli piacerebbe molto andare ad assistere al concerto a Verona di Neil Young, famoso cantautore canadese. Francesco teme di trovarsi seduto in un luogo dove non potrebbe avere una via di fuga verso il bagno; lo invito ad una esposizione controllata, cioè deve recarsi al concerto e cercare, con una scusa qualunque (una migliore acustica, una veduta panoramica ecc.) un posto non lontano dalla toilette. È importante innanzitutto non evitare un'occasione duplice: godersi un bel concerto e stare assieme agli amici, fattori che contribuiscono a migliorare la qualità della vita.

Si affronta la parte specifica delle distorsioni cognitive, con esempi tratti dalla sua esperienza: in un caso, avendo litigato con un collega, gli aveva attribuito delle intenzioni che poi si sono rivelate inesatte (lettura del pensiero), in un secondo caso ha dovuto riprendere una dipendente che aveva commesso degli errori, dandole dell'incapace (etichettamento, generalizzazione). Questo episodio serve anche da stimolo per introdurre quella parte della Comunicazione Assertiva dedicata alle critiche: come farle, rendendole costruttive, e come incassarle, cogliendo l'occasione di migliorare il nostro agire, qualora la critica sia fondata.

Luglio 2008

Ha seguito il mio consiglio e si è recato al concerto. Si è tenuto piuttosto indietro, ma lo spettacolo l'ha entusiasmato al punto che non ha quasi mai pensato al problema, solo due o tre volte, avendo calcolato che in circa un minuto avrebbe potuto raggiungere la toilette. Racconta inoltre di essere stato al matrimonio del cugino, in mezzo a molta gente, in condizioni con poche vie di fuga e che tutto è andato bene. Adesso, che ha praticamente mandato a memoria il manuale per chi soffre del disturbo e che lo conosce meglio di me, si sente pronto per affrontare senza paura il mondo. Colgo la palla al balzo per raccomandargli di intensificare le sue uscite, in modo da ampliare la sua rete sociale, e di allargare la cerchia delle amicizie femminili, dato che ormai riesce a padroneggiare una comunicazione adeguata.

Agosto 2008

Mi chiede altre informazioni sulla Comunicazione Assertiva. Vedendolo sin troppo entusiasta di questa nuova scoperta, mi sento di dirgli che si tratta non di una panacea, ma di uno strumento che una persona può decidere o meno di utilizzare in determinate circostanze ma non sempre, altrimenti si rischia di perdere in spontaneità. Ma soprattutto non implica cambiare personalità, semmai arricchirla di nuove possibilità di risposte.

Ha seguito il mio consiglio ed è uscito con un paio di ragazze a cena, in queste due ultime settimane, ma ancora non si sente pronto per impegnarsi in una storia seria, tenendo conto che, essendo molto religioso, rifugge dall'avventura sentimentale. Gli dico che comprendo e rispetto il suo punto di vista e che comunque uscire a cena non implica necessariamente un fidanzamento, e che avrà sicuramente il tempo, adesso, di fare nuove conoscenze e prima o poi troverà la donna giusta per lui.

Poi un'altra sorpresa: è stato nuovamente all'arena di Verona, questa volta a vedere il concerto dei REM, un gruppo irlandese. Di proposito è arrivato

presto per trovare un posto vicino al palco (quindi con ridottissime possibilità di fuga in caso di bisogno). Si è accorto del cambiamento avvenuto in lui quando, al ritorno, ha riflettuto sul fatto che si è goduto l'intero concerto senza mai preoccuparsi del *problema*. Prima di salutarlo per la fine delle sedute, l'ho messo in guardia circa la possibilità di una ricaduta, magari in concomitanza di eventi stressanti; gli ho detto che deve considerarli per quello che sono, uno scivolone, come quando ha imparato ad andare in bici: è ripartito dallo stesso punto in cui è caduto, non è dovuto ritornare al punto di partenza!

Risultati raggiunti

Ecco come, dopo il trattamento, Francesco riporta la tipica situazione esposta precedentemente nella voce *analisi funzionale*; se prima:

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
I soci con cui lavoro mi hanno invitato ad una cena	<i>«Sicuramente mi verrà lo stimolo di andare in bagno e non farò a tempo a raggiungerlo; me la farò addosso e tutti si accorgeranno di quello che mi sta succedendo! Farò una figura orribile e mi prenderanno in giro fino alla fine dei miei giorni!»</i>	Ansia al solo pensiero di accettare l'invito, che gentilmente declinerò, come ormai succede da tempo. Aumenta in me il senso del fallimento, rimane la rassegnazione di una vita vissuta a metà.

Adesso :

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
I soci con cui lavoro mi hanno invitato ad una cena	<i>«Potrebbe anche accadermi di avere lo stimolo di andare in bagno, ma adesso ho i mezzi per poter far fronte alla situazione critica!»</i>	Mi sento più tranquillo, anche se non del tutto, ma accetto l'invito perché mi sento una persona più forte e preparata rispetto al passato.

Sicuramente la vita sociale di Francesco ha tratto un significativo miglioramento, uscendo da quella forzata solitudine che ormai lo rattristava da anni e innalzando un'autostima che pareva seriamente compromessa a causa del disturbo.

Il re-test del CBA 2.0 ha dato questo risultato:

Scheda	Test	Omissioni	P. Gr.	Punti Z	Percentile
Scheda 2	<i>S.T.A.I. X1</i>	0	35	-0,24	45-50
Scheda 3	<i>S.T.A.I. X2</i>	0	36	-0.21	45-45
Scheda 5	<i>E.P.Q./R - E</i>	0	6	-0.59	30-35
	<i>E.P.Q./R - N</i>	0	2	-0.79	25-30
	<i>E.P.Q./R - P</i>	0	1	-1.13	05-10
	<i>E.P.Q./R - L</i>	0	6	-0,8	15-20
Scheda 6	<i>Q.P.F./R</i>	0	44	0.28	65-65
Scheda 7	<i>I.P. ó F</i>	0	51	-0.23	45-45
	<i>I.P. ó PH</i>	0	2	-0.14	50-60
	<i>I.P. ó 1</i>	0	16	0.10	50-50
	<i>I.P. ó 2</i>	0	15	-0.51	30-30
	<i>I.P. ó 3</i>	0	2	-0.77	20-25
	<i>I.P. ó 4</i>	0	3	-0.12	45-60
	<i>I.P. ó 5</i>	0	8	0.22	65-65
Scheda 8	<i>Q.D.</i>	0	0	-0.88	10-10
Scheda 9	<i>M.O.C.Q./R</i>	0	6	0.04	55-55
	<i>M.O.C.Q./R - 1</i>	0	4	0.41	65-70
	<i>M.O.C.Q./R - 2</i>	0	2	-0.16	45-60
	<i>M.O.C.Q./R - 3</i>	0	0	-0.75	01-25
Sch. 10	<i>S.T.A.I. X1 - R</i>	0	14	-0,53	30-35
	<i>S.T.A.I. DIFF</i>	0	-1	0.21	45-55
Indice	<i>S.T.A.I. ACC</i>	0	4	appropriato	
Indice	<i>INDICE IR</i>	0	6	appropriato	

Si nota da un lato un notevole abbassamento dell'ansia in generale, specie alla fine della prova, ma anche un significativo ridimensionamento della necessità di dare una buona immagine di sé a tutti i costi, grazie anche al percorso sull'assertività.

Follow up

Lo vedo a distanza di tre mesi. Confessa subito di aver avuto una ricaduta allorché, avendo conosciuto una ragazza a una festa ed essendogli molto piaciuta, voleva invitarla a cena dopo una settimana, ma non se l'è sentita. Approfondendo, però, non si trattava della sua *solita* paura, ma il timore di non essere *all'altezza* delle aspettative della ragazza, data la sua scarsa esperienza con le donne. Insieme siamo arrivati alla conclusione che il suo è stato un pensiero di tipo catastrofico (*«succederà sicuramente qualcosa che mi metterà in imbarazzo e farò una figura ridicola!»*) Gli faccio notare come abbia pensato a qualcosa di *possibile* ma di poco *probabile*, dato che il suo comportamento non è così goffo da potersi aspettare una cosiddetta *brutta figura*, e comunque nulla è perduto, dato che può ancora invitarla. Gli dico che deve pensare che probabilmente anche lei può nutrire i suoi stessi timori, essendo piuttosto timida. Alla fine anche lui si convince di non aver nulla da perdere e a questo punto non mi resta che augurargli buona fortuna!

Bibliografia

- Meazzini P. (2000), *L'Insegnante di Qualità*, Giunti, Firenze.
- Meazzini P. (2005), *Timido non più*, Giunti, Firenze.
- Galeazzi A. e Meazzini P. (a cura di) (2004), *Mente e Comportamento*, Giunti, Firenze.
- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Andrews G., Creamer M. e Al. (2006), *Trattamento dei Disturbi d'Ansia (Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo)*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- AA. VV. (1996) *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson Editore, Milano, Parigi, Barcellona.
- R. Willson, R. Branch (2006), *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies*, John Wiley & Sons Editore, Chichester, West Sussex, England.
- Toso E. (2008), *Il Potere Terapeutico dell'Esposizione*, Ecomind Editore, Salerno.

5. MASSIMO E LA SUA LOTTA CONTRO I TIC

Invio e motivo della richiesta

Massimo arriva segnalato da uno studio privato presso il quale è in trattamento per un Disturbo da Deficit dell'Attenzione e per una Dislessia Evolutiva Mista con Disortografia. Questo quadro ha una pesante ricaduta sul rendimento scolastico del ragazzo, risultando compromessa la comprensione del testo scritto. Ma il motivo dell'invio è costituito da una diagnosi, già effettuata dalla Neuropsichiatria Infantile di un'ASL del veneziano, di Disturbo di Tourette.

Descrizione del caso

Il ragazzo presenta diversi tic: dal semplice strizzare gli occhi, al piegare di scatto la testa verso la spalla sinistra o emettere un soffio per spostarsi il ciuffo.

Vengono inoltre riferite ossessioni di svariata natura: dalla borsa della mamma messa in una certa posizione in auto (che gli procura un forte disagio e lo ingaggia in accese discussioni col genitore) alla tazza che, durante la colazione, deve rispettare una certa simmetria (*¡ öAltrimenti mi vengono i nervi e non riesco neanche a mangiare!ö*)

Coerentemente col quadro clinico, è presente la coprolalia che nel ragazzo, peraltro molto educato, si manifesta in una certa compiacenza alla öparola sporcaö, come certi bambini in età prescolare. Anche la madre riporta di un linguaggio molto scurrile a casa, spesso riferito a lei.

In qualche occasione si sono potuti notare anche episodi di ecolalia (ripetizione di parole o frasi) e ecopraxia (imitazione di gesti dell'interlocutore).

La ricaduta nella vita sociale è piuttosto pesante: innegabili difficoltà nelle relazioni con i pari hanno portato Massimo a una condizione di scarsa öpopolaritàö che si è tradotta nel tempo in un inevitabile isolamento, situazione peraltro tipica del quadro sintomatologico secondario del Disturbo di Tourette.

Assessment

- **Storia personale**

Massimo è un quattordicenne che frequenta il primo anno di un Centro di Formazione Professionale di informatica: alla fine del triennio otterrebbe un attestato che gli permetterebbe di fare il manutentore di impianti e il riparatore di computer.

Non ha molta voglia di studiare, per sua stessa ammissione: infatti questa è una scuola dove approdano soprattutto ragazzi drop out da altri corsi più impegnativi o allievi che non brillano per impegno e dedizione allo studio.

Massimo è figlio unico di una coppia che si è separata nove anni fa, quando lui aveva appena cinque anni; ricorda di aver sofferto molto e di aver avuto per parecchio tempo la speranza che i genitori ritornassero insieme. Attualmente vive con la madre, ma passa il fine settimana col papà, oltre al mercoledì pomeriggio.

La sua grande passione è costituita dai Pokemon, dei quali conosce tutti i nomi e le trasformazioni (ma il termine corretto è *evoluzioni*); ogni anno va al Pokemon Day, che si tiene a Mirabilandia per tre giorni consecutivi, occasione che richiama appassionati e cultori da tutto il mondo. Inoltre, essendo piuttosto abile nel maneggiare il computer, è grande appassionato di videogame per PC, specie quelli *dazione* come *Call of Duty*, che si possono giocare anche on line.

Afferma di avere una *grande fame*: *sangozza* di tramezzini, pizzette e toast in modo quasi compulsivo: in effetti risulta esteticamente goffo e in evidente soprappeso.

La madre cerca di arginare il tempo passato dal figlio davanti al PC a giocare, come tenta di dare una maggiore regolazione in ambito alimentare, ma il tempo considerevole che Massimo passa da solo (essendo la signora impegnata al lavoro fino alle diciotto), gli dà la possibilità di sfuggire ad ogni controllo.

- **Storia del problema**

La madre riferisce che i tic sono iniziati intorno ai sei anni, quindi un anno dopo il divorzio, mentre i rituali, a detta del ragazzo, sono iniziati intorno agli undici: quando doveva recarsi a tavola per fare colazione, doveva passare sotto la sedia, *«Sennò mi venivano i nervi!»* Questo col tempo è scomparso spontaneamente, mentre è rimasto un rituale, iniziato più o meno in quel periodo, che lo obbliga a toccare *l'altro* bracciolo della poltrona o della sedia, se prima ne ha toccato uno.

A questo nel tempo se ne sono aggiunti altri, specie in concomitanza con importanti cambiamenti nella vita: il passaggio dalle elementari alle medie, gli esami di terza media, quindi le superiori.

Verso la terza elementare le maestre riportavano che preferiva passare la ricreazione da solo, o con un altro bambino, e anche in classe appariva uno che viveva in un mondo tutto suo, coi suoi Pokemon che ormai erano passati di moda per la maggior parte dei suoi compagni, attirati da nuovi personaggi dei cartoni animati giapponesi.

Alle medie le cose sono peggiorate: in un ambiente più competitivo, poco disposto a perdonare debolezze o difetti, Massimo si trovava spesso al centro di scherzi, imitazioni dei tic, se non di veri e propri atti di bullismo.

Inoltre un paio d'anni fa la madre ha dovuto sottoporsi ad un delicato intervento chirurgico, che l'ha costretta ad una lunga convalescenza.

• Analisi Funzionale

Viene descritta una tipica situazione in cui Massimo si trova ad emettere il tic (in questo caso, il movimento improvviso della testa verso la spalla sinistra):

A	B	C
<i>Antecedenti</i>	<i>Pensieri</i>	<i>Emozioni e Comportamenti</i>
Situazione di frustrazione, ad esempio la madre lo sgrida per il troppo tempo davanti al PC.	<i>“Sento che devo farlo, altrimenti sto male, mi vengono i nervi!”</i>	Senso di disagio e inquietudine (<i>“Come quando a uno gli viene da starnutire!”</i>), emissione del tic, quindi sollievo momentaneo.

• Strumenti d'indagine psicodiagnostica

A Massimo è stato somministrato il **TAD**, Test dell'Ansia e Depressione nell'infanzia e adolescenza di Newcomer et al. (2002).

La **Scala Alunno** ha dato i seguenti risultati:

Depressione	pp 100	Livello non patologico
Ansia	pp 120	Livello lieve
Disadattamento Sociale	pp 130	Livello medio

Si osserva come il soggetto riconosca un livello lieve di ansia (sempre però negata nelle sedute), ma abbia consapevolezza del suo isolamento e disadattamento sociale.

Nella **Scala Genitori** si nota una percezione ancora maggiore dell'ansia nel figlio e un disadattamento sociale pressoché totale:

Depressione	pp 110	Livello non patologico
Ansia	pp 130	Livello medio
Disadattamento Sociale	pp 150	Livello grave

Un altro test somministrato al ragazzo è stato la **SIB-r** (Scale for Interpersonal Behaviour, forma ridotta) di W.Arrindell et al., i cui risultati sono sotto esposti:

	Manifestazione di sentimenti negativi		Espressione e gestione limiti personali		Assertività di iniziativa		Assertività positiva		Assertività generale	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
Punti grezzi	22	12	10	11	10	11	24	9	70	34
Punti T	61	31	46	25	44	26	80	28	63	35

D = dimensione del Disagio

F = dimensione della Frequenza

Si nota nella scala di *Assertività Generale* un punteggio basso nella Frequenza e alto nel Disagio, indicante un individuo classificabile come *anassertivo*, che vive con gran disagio le relazioni interpersonali e che tende ad isolarsi o ad evitare le occasioni di contatto sociale dove prevede di incontrare delle difficoltà. A conferma di ciò, i bassi punteggi nelle scale di Frequenza, riferiti alle altre dimensioni indicano, nella scarsità d'occasioni d'interazione, una grave carenza nella vita sociale.

Molto bassa risulta la capacità di Massimo nell'affermare il proprio fastidio a qualcuno, ad esprimere la propria opinione di fronte agli altri (o il proprio dissenso), a fare o ricevere complimenti.

• Ipotesi diagnostica

Viene confermata la diagnosi di **Disturbo di Tourette**: la presenza di numerosi tic motori ma anche vocali, d'aspetti ossessivi e una certa disinibizione del linguaggio, portano in questa direzione.

Questa patologia (DSM IV, APA, 1996; Savron, 1991; 1994) appartiene ai disturbi dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza e in modo particolare ai

disturbi da tic. Essa è caratterizzata dalla presenza involontaria, quotidiana o intermittente, per la durata di almeno un anno, di frequenti tic motori e vocali. L'esordio avviene prima dei 18 anni, e il disturbo causa malessere e/o compromissione significativa dell'area sociale e lavorativa.

Il tic è percepito come non volontario, ma in genere è preceduto o accompagnato da una sensazione di tensione interna o somatica e dal bisogno di effettuare il movimento; il mancato compimento del gesto incrementa la tensione. I tic tendono a manifestarsi più intensamente e frequentemente quando il soggetto è sotto tensione, eccitato, stressato, annoiato o affaticato; mentre sono meno severi durante il sonno, il rilassamento, la concentrazione in attività piacevoli.

La tipologia dei tic è svariata; essi possono essere di tipo motorio e vocale, semplici e complessi. Nel primo caso il soggetto può flettere il capo, fare smorfie, assumere comportamenti di *ecopraxia* (imitare i movimenti di un'altra persona) o di *coprpraxia* (imitare gesti osceni).

Nel secondo caso invece il soggetto è portato a schiacciare la lingua, sibilare, guaire, urlare ecc., oppure compiere atti di *coprolalia* (ripetizione di parole oscene), *ecolalia* (ripetizione di suoni o parole rivolte al paziente), *palilalia* (ripetizione dell'ultima parola di una frase o di una sillaba di una parola). I tic manifestati possono essere così intensi da creare considerevoli difficoltà scolastiche, e nelle forme più gravi portare una profonda sofferenza che può condurre ad un progressivo isolamento con notevoli ripercussioni emotive/affettive (Savron, 1991, 1994).

Spesso alla Sindrome di Tourette sono associati contemporaneamente un DOC o un DDAI, come nel nostro caso.

Infine, la difficoltà di controllo dei movimenti, delle espressioni verbali, dei pensieri, dei comportamenti, sono fonte di ansia, rabbia, senso di impotenza, colpa e vergogna; e l'ulteriore presenza di queste componenti crea un circolo vizioso che è ulteriormente aggravato sia dalle precedenti esperienze vissute dal soggetto sia dai tentativi non riusciti di porvi rimedio.

Il trattamento dei casi complessi può risultare piuttosto difficoltoso e non di rado sono necessari interventi integrati (farmacoterapia, terapia individuale, supporto alla famiglia).

L'eziologia precisa è sconosciuta e la maggior parte delle ricerche è stata indirizzata verso l'individuazione di alterazioni biochimiche cerebrali.

La diagnosi differenziale col DOC (peraltro molto dibattuta in letteratura) è data dal fatto che nel Tourette sono presenti tic verbali, oltre che motori, e una certa disinibizione nel linguaggio.

Restituzione

La madre aveva trovato delle notizie sul disturbo del figlio in internet e ne era rimasta molto spaventata circa la difficoltà d'intervento e alla cronicità;

aveva anticipato inoltre che non intendeva ricorrere ad alcuna terapia farmacologica, e su ciò l'ex marito si trovava perfettamente d'accordo.

Il mio compito è stato quello di comunicare delle informazioni corrette sulla sindrome, facendo notare che le difficoltà si potevano superare o attenuare con un lavoro di squadra che mettesse in primo piano il benessere del ragazzo, al di là delle loro opinioni divergenti sulla gestione educativa di Massimo.

Ho illustrato per sommi capi le tecniche che intendevo usare per contrastare i tic, chiedendo di incoraggiare il figlio nell'esercizio a casa e rinforzandolo anche per il minimo progresso.

Ho poi affermato, in quattro punti fondamentali, che: 1) trovando il modo di far comprendere ed esternare gradualmente al paziente le proprie difficoltà, emozioni, pensieri, desideri, aspettative, opinioni e motivazioni; 2) facendogli scaricare ansie e tensioni; 3) aiutandolo ad individuare i fattori che stimolano e mantengono la sua condizione; 4) suggerendo nuovi modelli mentali/comportamentali e rafforzandone alcuni, si raggiungono risultati inaspettati.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

Massimo è il classico adolescente che si ritrova in terapia "costretto" dai genitori, con l'idea preconcepita che nessuno potrà realmente aiutarlo, tanto meno uno strizzacervelli (termine usato da lui appena ci siamo presentati).

Ho dovuto faticare molto per coinvolgerlo, partendo dai suoi interessi (Pokemon e videogame) per costruire una relazione che lo stimolasse a mettere in pratica le tecniche comportamentali ed eseguire gli homework.

Molte volte ho avuto l'impressione di trovarmi in un vicolo cieco a causa dell'atteggiamento del ragazzo, che appariva svogliato e demotivato: in un paio di occasioni ho dovuto "ricontrattare" la motivazione alla terapia con la presenza dei genitori.

Un altro ostacolo al trattamento era costituito dal fatto che i genitori fossero separati, con tutte le conseguenze che ciò comportava: la svalutazione dell'altro coniuge, incoerenza educativa di coppia, divergenze di opinioni sul tempo libero del figlio ecc.

Aspettative di trattamento

I genitori vorrebbero che il figlio riuscisse a controllare maggiormente i tic, ma una loro grande preoccupazione è costituita dalla mancanza di vita sociale del ragazzo, che non frequenta in concreto nessun coetaneo.

Vani sono stati finora i tentativi di iscriverlo a qualche sport o a farlo partecipare alle feste organizzate da vari compagni di scuola: ha sempre

evitato le occasioni sociali adducendo la scusa che non gli interessavano e che preferiva stare davanti al computer a giocare.

Massimo non appare molto consapevole delle problematiche legate al disturbo dell'attenzione o alla dislessia, ma gli secca molto quando gli altri lo prendono in giro per i tic, quindi si aspetta che gli insegnino come fare per controllarli meglio. È molto probabile che, una volta contenuto il problema dei tic, via sia una ricaduta positiva sotto il profilo della socialità, liberandolo dalla paura di non riuscire a controllare i movimenti involontari ed essere preso in giro per questo.

Interazione terapeutica

All'inizio c'è stata una notevole difficoltà ad ingranare: non sembrava prendermi sul serio, faceva lo stupidino, ridacchiava imbarazzato, banalizzava e contestava gli esempi portati, allo scopo di mettermi in difficoltà. Me l'aspettavo: era il momento della messa alla prova per testare la mia tenuta, ma anche questo s'inscriveva nell'ambito del Disturbo di Tourette. Ero anche consapevole che una difficoltà tipica di questa sindrome era costituita dall'incapacità del soggetto nel cogliere il traslato e le metafore, salvo che non fossero in linea con i suoi interessi: per questo motivo mi sono documentato sui Pokemon e sui videogame di guerra.

Quando gli ho chiesto se metteva in pratica gli esercizi di rilassamento, lui mi ha risposto: «Ma non sono mai teso, sono sempre rilassato!» La verità è che mi scoccia di venire qua, preferirei starmene davanti al computer! Gli ho ribadito che questo trattamento necessitava della sua partecipazione attiva e che, se veniva malvolentieri o per forza, si poteva parlare con i genitori e sospendere gli incontri, e lui rimaneva con tutti i suoi problemi irrisolti. Ho elencato una serie di cambiamenti avvenuti nella sua vita in seguito al trattamento, come una migliore padronanza dei movimenti involontari, una maggiore capacità di esporsi e fronteggiare la frustrazione ecc. e lui ha ammesso ed aggiunto: «Già! e poi questo è l'unico posto dove posso parlare liberamente!»

Concettualizzazione del caso

O'Connor (2002), per spiegare la produzione dei tic, descrive il suo modello Cognitivo-Comportamentale/Psicofisiologico (CCP) che implicherebbe l'interazione di due aspetti indipendenti che concorrono alla loro insorgenza:

- a) una dimensione cognitiva/emotiva;
- c) una comportamentale/fisiologica.

Entrambe avrebbero la stessa origine. Il primo aspetto implica uno stile cognitivo di «corretto modo di agire, organizzare e pianificare le attività», quindi uno modello perfezionistico e pianificatore; il secondo, concerne una elevata «focalizzazione su se stessi e sulle sensazioni fisiche», costituito da:

1) elevata focalizzazione attentiva verso le sensazioni, 2) una elevata sensibilità, 3) una elevata attivazione.

Il modello non sarebbe causale ma esprimerebbe l'interazione e l'influenza reciproca dei vari fattori sottostanti i tic, tralasciando i fattori genetici-ereditari nella loro disposizione patofisiologica. Lo stile cognitivo perfezionistico di agire si esprime con: la necessità di essere efficiente, fare il più possibile, non perdere tempo, abbandono prematuro di compiti o impegni, incapacità di rilassarsi, l'utilizzo di un impegno superiore a quello necessario, fare l'impossibile. Lo stile perfezionistico è presente in Massimo, ma è relegato al suo mondo: conosce il computer in modo quasi maniacale, ma non sa programmare un pomeriggio di studi. La madre lamenta che il ragazzo, quando si tratta di fare dei compiti al computer, è capace di andare avanti per delle ore senza stancarsi, ottenendo anche degli ottimi risultati per accuratezza e completezza; il padre, con una punta d'orgoglio, afferma che Massimo, finché non ha terminato un gioco, non si stacca da esso, anche se dura un'intera giornata.

Il tic non è necessariamente associato all'ansia ed è spesso accompagnato a sensazioni di frustrazione o insoddisfazione connesse a situazioni sociali, luoghi, pensieri, eventi, stati d'animo che in qualche modo attivano i tic; in particolare, come già visto, essi sono attivati da sensazioni come il non sentirsi libero di agire, il sentirsi obbligato, o al timore di essere giudicato (O'Connor, 1994). I momenti di maggiore tensione nella giornata si collocano soprattutto al rientro dal lavoro della madre, quando chiede una collaborazione rispetto al tener in ordine la propria camera, al sistemare gli oggetti che Massimo ha sparpagliato in cucina e in salotto durante la sua assenza ecc.

Nel corso delle sedute, emergeva una sorta di ipercontrollo che gli impediva una certa scioltezza, sia nel movimento, sia nel pensiero. O'Connor (2002) individua nel non lasciarsi andare e l'eccessivo tentativo di controllo la causa dei tic; infatti nelle persone normali un comportamento vietato, quindi una azione inibita e non ripetuta nel tempo, porta a credere alle proprie capacità di controllo ed alla fiducia in se stessi mentre, nel Tourette la preparazione attiva a non compiere l'azione, porta paradossalmente ad enfatizzare esattamente ciò che non vorrebbe avvenisse, e quindi aumenta di fatto la possibilità che accada. Questo sovra-investimento e la necessità di controllo, alimentano ed incrementano la tensione e l'importanza di non effettuare i tic, e quindi rafforzano la paura di perdere di controllo, in analogia ai pazienti con DOC che interpretano e reagiscono al pensiero di poter commettere qualcosa come se questo equivalesse a compiere l'azione stessa. Per cui l'abitudine alla sensazione di tensione e l'aumentata tolleranza alla frustrazione e al divieto sono elementi essenziali nel programma di trattamento comportamentale e devono precedere una ristrutturazione cognitiva, perché alcuni dati evidenziano che l'esposizione

alla tensione motoria risulta efficace nel trattamento di questo disturbo (Verdellen et al., 2002).

I dati indicano che i Tourette presentano delle difficoltà nello spostamento dell'attenzione o nell'inibire una risposta inappropriata; tuttavia, poiché una alterata coordinazione attentiva può conseguire sia ad un deficit attentivo a sé stante sia ad un accumulo e mancato scarico di tensione che può a sua volta catalizzare l'attenzione, il deficit attentivo diviene la conseguenza del tic e non la causa: si spiega così la comorbidità con il disturbo attentivo, a sua volta causa della problema con la lettura.

Infine non va trascurato il fatto che Massimo è figlio di genitori separati e, come spesso accade in tali situazioni, si evidenziano due stili educativi molto diversi: la mamma tende ad essere più normativa, dà delle regole ed esige che vengano rispettate, mentre il papà è molto più lassista e delega alla madre il controllo del comportamento del figlio. Da ciò Massimo ha dedotto che la madre è cattiva e rigida mentre il papà è buono e flessibile, con la conseguenza che quanto non riesce ad ottenere dalla madre, che ha il suo affidamento, lo ottiene dal buon papà che gli lascia fare tutto ciò che desidera, compreso stare quattro o cinque ore a giocare col computer on line a "Call of Duty" di domenica pomeriggio. Al di là dell'immediato tornaconto, questa situazione alimenta una confusione che si traduce in un aumento dell'ansia dovuta alla mancanza di coerenza, quindi di punti di riferimento stabili.

Trattamento

A livello terapeutico, attualmente vi sono due le strategie ottimali:

- a) cognitiva, che dovrebbe mantenere bassa la tensione psicologica ordinando il modo di pensare e programmare il pensiero e l'azione, riducendo le preoccupazioni, le frustrazioni, controllando le fantasie, focalizzando l'attenzione su dimensioni ottimali, ecc.;
- b) comportamentale/psicofisiologica, che mira all'apprendimento di una maggiore consapevolezza sensoria, una riduzione della tensione muscolare e dell'attivazione fisica generale, un maggior controllo dei distretti muscolari interessati dai tic e dei muscoli in opposizione ad essi.

Con Massimo affrontiamo subito i tic: uno piuttosto evidente è costituito dallo strizzare gli occhi: dice che sente l'impulso di farlo, altrimenti gli vengono i nervi.

Come primo homework propongo l'automonitoraggio, allo scopo di ottenere da un lato informazioni relative ai tic all'esterno del setting, dall'altro rendere il ragazzo maggiormente consapevole di ciò che gli accade in quei momenti; lo invito quindi a prendere nota delle circostanze in cui insorgono i tic, la loro frequenza, durata, le emozioni e lo stato d'animo provato.

La seduta seguente arriva con un foglietto stropicciato, in cui ha annotato:
«Strizzo gli occhi spesso durante il giorno, quando sono a scuola. Ma anche quando sono a casa e la mamma mi fa arrabbiare perché dice che sto sempre davanti al computer.» Mi complimento con lui (lo rinforzo positivamente) per aver dato un'esauriente descrizione del tic che in questo momento della sua vita risulta più appariscente (e anche più fastidioso, dato che a scuola qualche compagno gli fa il verso))

Si affronta il problema senza indugi attraverso la *Pratica Massiva*, anche se la letteratura lo considera un trattamento di seconda scelta: chiedo a Massimo di eseguire deliberatamente il movimento ticcoso (in questo caso, lo strizzare degli occhi) nella maniera più realistica possibile per un minuto, quindi gli concedo un breve periodo di riposo. Secondo i fautori di tale pratica, il paziente, stanco di eseguire i movimenti, svilupperebbe una inibizione reattiva dei tic. In effetti noto che durante il resto della seduta ha un solo episodio ticcoso verso la fine, mentre in quella precedente ne aveva prodotto almeno una decina.

Quindi si passa al rilassamento: dato che il ragazzo tende a svalutare e a banalizzare tutto ciò che gli viene proposto, lo motivo alla *respirazione controllata*, evidenziando i benefici che essa comporta. Gli dico che una tensione elevata può essere mantenuta da una sovra-attivazione che non permette al muscolo di raggiungere la normale fase di rilassamento, ed il tic altro non è che una serie di fasi di contrazione-rilassamento della muscolatura che mirano a ridurre temporaneamente la tensione o alleviare una sensazione sgradevole, ma che invece mantengono la tensione (O'Connor, 2002).

Un'altra tecnica suggerita da Savron (2005) ne *La Sindrome dai Mille Tic*, consiste nella *focalizzazione*, suddivisa in due aspetti:

- focalizzazione mentale attentiva, nella quale il soggetto si impegna a mantenere l'attenzione su di un unico oggetto o sensazione, allontanando altre idee;
- focalizzazione diffusa in cui il soggetto cerca di mantenere l'attenzione su tutto ciò che lo circonda contemporaneamente, come se percepisse la totalità della realtà, senza porre attenzione a singoli elementi.

Mentre nella focalizzazione attentiva il ragazzo riesce con una certa facilità (lo stimolo è costituito da una figura geometrica solida), nella focalizzazione diffusa mostra tutta la sua distraibilità, ma viene comunque rinforzato per lo sforzo profuso. Gli raccomando di usare la Pratica Massiva, la respirazione controllata e la focalizzazione anche a casa e di fare almeno dieci minuti complessivi giornalieri di esercizi.

In una delle sedute successive si è affrontato un altro importante tic di Massimo: un'inclinazione improvvisa della testa verso la spalla per poi ritornare altrettanto velocemente nella posizione iniziale. Gli chiedo di descrivermi questo tic, partendo da ciò che lo precede:

antecedenti	tic	conseguenze
<i>Sento che devo assolutamente farlo, altrimenti sto male, mi vengono i nervi!</i>	<i>Come se avessi un elastico (boing!) che mi tira la testa di lato (a volte sento anche crack! ai muscoli del collo)</i>	<i>Mi sento meglio, sai come quando uno gli viene lo starnuto? , lo deve fare, no?</i>

Per far fronte a questo tic così fastidioso e imbarazzante (*“Sabato scorso ho incontrato un compagno di classe al cinema e mi ha salutato con questo movimento!”*) viene usato il *Controcondizionamento* (habit reversal training o abitudine opposta): è l'intervento considerato ad oggi più efficace, e consiste in una procedura composita che stimola il soggetto ad effettuare contrazioni muscolari antitetiche a quelle dei tic. Tale risposta competitiva è un esercizio costituito dalla contrazione isometrica dei muscoli che antagonizzano il movimento ticcoso durante l'emissione del tic o quando se ne avverte l'impulso, associata a fasi in cui il soggetto esegue volontariamente la contrazione degli antagonisti imitando lo stesso tic (Savron, 1995).

Massimo riconosce che questa tecnica è più difficoltosa della pratica massiva, ma ci mette impegno, anche se ogni tanto “gli scappa”.

Nell'incontro seguente mi ha riportato, con una certa soddisfazione, che in classe è riuscito a controllare il tic almeno una buona metà delle volte che gli veniva di farlo; naturalmente l'ho gratificato dicendogli che ero molto contento di ciò e ho cercato di rilanciare: ma tu come ti sei sentito? “Bah! così!”

Per motivare il ragazzo uso delle metafore ricavate dai videogame di guerra: dobbiamo sconfiggere il nemico (Tic La Carogna), e per fare ciò dobbiamo avere a disposizione un arsenale di armi efficaci, altrimenti la vinta su tutti i nostri più buoni propositi, quindi dobbiamo completare il pacchetto strategico con l'acquisto (acquisizione) di un'arma segreta che ti potrà essere utile anche per le ossessioni (la borsa della mamma, la tazza con la faccina ecc.) Questa arma letale si chiama *Esposizione e prevenzione della risposta*: di recente applicazione, si basa sullo stesso principio di trattamento del DOC ed al concetto di *habituation*, secondo il quale l'assenza del rinforzo (riduzione dell'ansia ad opera di un comportamento compulsivo o di evitamento) riduce progressivamente la tensione, e per abitudine, l'ansia; infatti, il soggetto viene esposto alla sensazione di dover effettuare il tic ed allenato a resistere alla necessità di effettuarlo (Hoogduin et al., 1997; Verdellen et al., 2002).

Si è fatto in seguito un percorso sul riconoscimento delle Emozioni, basato sul testo di Mario Di Pietro “L'ABC delle Mie Emozioni”: all'inizio appariva piuttosto scettico, nonostante gli esempi e le dimostrazioni, del fatto che i pensieri fossero importanti nel determinare le emozioni. Questo implicherebbe che avremmo la possibilità di controllare maggiormente i nostri stati d'animo e i conseguenti comportamenti, quindi una maggiore responsabilità, ma anche una maggiore libertà nella nostra vita!

Abbiamo affrontato il tema dei "Virus Mentali", efficace metafora per indicare: 1. Il Pretendere, 2. Il Dare interpretazioni sbagliate, 3. Lo Svalutare, 4. L'Ingigantire

Sono state affrontate alcune abilità sociali, come il presentarsi ai nuovi compagni di scuola, il saper partecipare correttamente ad una discussione, ma anche, in un'ottica assertiva, il saper fare delle critiche costruttive e saperle accettare, come difendersi dalle provocazioni e come saper dire di no.

Rispetto alla coprolalia, si è intervenuti attraverso il "linguaggio interiore", quale sistema efficace di autocontrollo.

È stato un campo difficile sul quale muoversi, data la difficoltà di Massimo nel calarsi nel role playing e accettare le metafore senza ricorrere allo scherzo o alla banalizzazione.

Sintesi delle sedute

Autunno 2009

Massimo dà la seguente descrizione di se stesso: "Sono un tipo tranquillo, un po' timido, che si arrabbia facilmente. Mi piace sparare coi fucili al bersaglio, attività che faccio assieme al papà. Mi piace la compagnia degli animali, cani e gatti in generale. Passo il tempo libero davanti al computer, mi piace ingaggiare sfide on line con giochi di guerra e strategia. Sono appassionato di Pokemon. Contrariamente ai miei coetanei, non mi piacciono auto, moto e calcio. Anche la mamma è una che tende ad arrabbiarsi molto, è rigida e pignola; mi rimprovera di passare troppo tempo davanti al PC e di essere molto disordinato. Papà è più simpatico e flessibile, condivide con me alcuni interessi, tra cui i Pokemon. Non mi piace leggere, specie dopo questa estate, in cui mia madre mia ha costretto a farlo con un libro noiosissimo, di quelli che piacciono a lei! La musica non mi interessa, non mi appassiona; ho giusto due o tre brani nel telefonino, ma poi basta".

Dice di non sapere a che servono gli strizzacervelli e nemmeno il motivo per il quale si trova a venire agli incontri. Si aspetta comunque di diventare più abile nella comunicazione: "Credo di non essere uno simpatico agli altri". Mi dice che l'impegno che ha profuso alle Medie è stato davvero scarso: "Tutta colpa di una professoressa d'italiano che faceva dei confronti con le altre classi: se sbagliavo era una vera tragedia, ma se anche andavo preparato non le andava bene nulla" (forte attribuzione esterna).

Si procede con la respirazione controllata: mi dice che gli sembra una gran stupidata (ma in realtà non usa questo termine), ma che ci proverà a farla anche a casa per dimostrarmi che non serve a niente!

Gli propongo la *terapia massiva* per il tic degli occhi: sembra stupito e divertito dal dover fare qualcosa che ha cercato con tutte le forze di evitare; naturalmente mi guarda come fossi matto! Per favorire un maggiore coinvolgimento, gli suggerisco di vedere il tic come un Pokemon cattivo, che gli sta impedendo di vivere la sua vita come vorrebbe: troviamo il nome di *oTic la Carognaö*. Sembra apprezzare e mi dice che la volta prossima tornerà con una carta che si immagina lo possa rappresentare:



(Diciamo che se lo immagina piuttosto bruttino!)

Vedo la madre: si sente colpevole della separazione e dei problemi che adesso ha Massimo: *oNon gli sono stata vicina in un periodo così importante della sua esistenza, stavo male fisicamente e pretendevo troppo da lui! ö* Le propongo una visione alternativa rispetto a quella autocolpevolizzante: lei ha semplicemente fatto delle scelte, che non vanno giudicate in quanto tali, specie se ne ha pagato le conseguenze, assumendosene la responsabilità. In quel periodo inoltre aveva l'attenuante costituita dalla malattia che ha dovuto affrontare con coraggio, quindi deve sentirsi orgogliosa per come è riuscita a venirne fuori!

Dice che il figlio è una persona sensibile che cerca di difendersi spesso con l'ironia, che non è però ben accetta dagli altri.

Dopo circa sei settimane la madre mi chiede cos'è stato fatto nelle sedute precedenti, poiché vede Max molto cambiato in questo periodo, più affettuoso ed espansivo nei suoi confronti, più desideroso di parlare. La rassicuro dicendole che non è solo merito di ciò che si è fatto nel trattamento, ma già l'aver intrapreso un percorso ed una certa fiducia in esso, ha probabilmente abbassato il livello d'ansia in Massimo. Il breve percorso sulle Emozioni, pur accettato con una certa riluttanza, è servito al ragazzo per comprendere il valore del riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri, oltre all'espressione delle stesse, in funzione della comprensione dei bisogni altrui e dell'esplicitazione dei propri.

Massimo mi dice che non ha più pensato al manico della tazza, che dapprima si è sforzato di non guardare, ma poi si è detto (*odialogo*

interioreö) che non poteva rovinarsi la vita per una stupidaggine del genere, che cosa poteva accadere di tanto terribile? (Mi sembra sinceroí)

Col tempo appare una nuova ossessione: in auto vuol montare sul sedile posteriore perché gli òdà sui nerviö che la mamma metta la sua borsa tra sé ed il posto del conducente. Un altro motivo è costituito dal deodorante che gli dà la nausea e non può aprire il finestrino perché la madre soffre di dolori cervicali. Ribadisco la necessità di acquisire sempre maggiore tolleranza alla frustrazione e, una volta accertatomi che abbia ben compreso, gli spiego come l'adulto affronti la frustrazione rispetto al bambino, chiedendogli dove si potrebbe collocare la sua posizione in questo momento. Con molta sincerità ammette che si sente molto più vicino alla modalità òbambinoö, dato che la minima difficoltà viene vista come òinsopportabileö. Quindi gli propongo un altro esercizio di *esposizione*, con il quale si renderà conto che non accadrà nulla di terribile con la borsa della mamma di mezzo, non morirà a causa degli effluvi del deodorante, ma al massimo dovrà sopportare un odore che non gli è molto gradito, non gli mancherà il respiro se non terrà aperto il finestrino, e dovrà tener conto che il tutto non dura che una ventina di minuti, il tempo di partire da casa ed arrivare allo studio.

La difficoltà di Massimo ad esprimere i propri bisogni viene messa in evidenza quando gli si propone òLa Lampada di Aladinoö: òImmagina di trovare nella cantina di casa una vecchia lampada e, strofinandola, esce il Genio che si propone di realizzare i tre desideri che esprimeraiö. Naturalmente, essendo un adolescente, sghignazza davanti alla metafora bambinesca, ma poi ci pensa su: òAndare in Giappone e diventare un programmatore dei giochi dei Pokemon!ö Poi rimane in silenzio per un bel poö di tempo, così provo a proporgli: non vorresti che i genitori tornassero assieme? òMahí tanto ormai ci sono abituato al fatto che vivano separati! E poi ci sarebbe il rischio che si coalizzassero per le regole, così, tutto sommatoí ö Non riesce ad esplicitare altri desideri, ma anche questa è una caratteristica del Tourette.

Un giorno è arrivato con un nuovo tic: sposta la mascella e soffia in su per spostarsi i capelli che tiene sugli occhi e gli danno fastidio. Mi dice che ultimamente la mamma lo stressa molto perché vorrebbe vederlo più spesso impegnato coi compiti, mentre quando torna a casa dal lavoro, lo trova a giocare col computer. Oltre a ciò, la madre lo chiama spesso per farsi aiutare nelle faccende domestiche, per mettere a posto la cameretta o fare il letto, così Massimo si trova costretto ad interrompere il gioco on line e questo ha come effetto delle frequenti litigate. Gli propongo di stilare con lei un patto: prima fa tutto ciò che la mamma gli richiede, quindi può mettersi a giocare senza che lei lo chiami in continuazione. Gli chiedo però di esprimere questo suo bisogno raccontando alla madre cosa prova quando viene interrotto in un'attività piacevole, cercando di comprendere il suo punto di vista e di non liquidare la faccenda con la scusa che la mamma lo interrompe perché non approva i videogame.

Vedo Massimo assieme alla madre: salta subito all'occhio come la relazione fra i due sia piuttosto problematica. Si accusano a vicenda, si interrompono continuamente, impedendo all'altro di esprimere il proprio parere fino in fondo, non sembra un rapporto madre-figlio, ma simmetrico e ciò rende la signora poco autorevole e credibile nelle sue rivendicazioni. Il problema più incalzante sembra costituito dal fatto che la madre tende ad assillare Massimo per i compiti a casa, simulando delle vere e proprie interrogazioni, esprimendo il suo disappunto quando non risponde esattamente ecc. Riconosco che il ragazzo, che adesso fa le superiori, è abbastanza grande da cavarsela da solo e prendersi delle responsabilità rispetto alla sua preparazione. Propongo ai due la seguente soluzione: la mamma non stresserà più il figlio per i compiti, e Massimo risponderà dei risultati scolastici. Qualora il rendimento non si mostrasse all'altezza delle aspettative, si ritornerà all'antico regime, con conseguente frustrazione da parte di entrambi, ma anche mia per aver proposto qualcosa che non era alla portata del ragazzo.

Il primo risultato dell'accordo sembra una maggiore tranquillità di Massimo: «Mi sento come in paradiso, niente stress... non mi sembra vero!» Gli ricordo che questo «paradiso» ha un suo prezzo: l'impegno sicuramente maggiore rispetto al passato ed una corretta programmazione dello studio. Massimo, tra l'altro, è seguito da un'altra psicologa in trattamento per la Dislessia ed ha fatto, questa estate, il corso sul «Metodo di Studio», che dovrebbe saper padroneggiare senza problemi.

Inverno 2009

Si cerca di monitorare l'andamento dei risultati scolastici, alla luce del patto stipulato con la madre; Massimo ritiene che siano buoni e che questo regime debba continuare. Mi dice che l'unico amico in questo momento è Denis, un coetaneo vicino di casa che condivide con lui la passione dei Pokemon. L'unico posto, al di fuori delle abitazioni dei genitori, in cui si è sentito a suo agio è stato «Mediaworld», un grande supermercato di elettronica ed informatica. Riconosce che il non condividere passioni comuni alla maggior parte degli adolescenti lo relega ad un isolamento quasi totale.

Vedo qualche minuto la mamma; mi riporta che ultimamente Massimo sembra entusiasta della scuola, ci tiene a fare i compiti e pare ottenere dei discreti risultati. Cerco di spingerlo ad uno sforzo maggiore per quanto riguarda la socializzazione, pensando a quali attività potrebbe intraprendere per iniziare ad uscire dall'isolamento, come ad esempio uno sport di gruppo, ma non vedo molto entusiasmo circa il «mettersi in gioco».

Riporta ancora contrasti con la mamma: «Non mi lascia mai terminare un discorso!» Gli propongo di esprimerle il disagio quando si trova in questa situazione, in modo assertivo e gli spiego come potrebbe essere la

manifestazione di un sentimento, accompagnata dalla proposta di un cambiamento sotto questo aspetto.

Dice che in classe se ne sta per conto suo ma, ciononostante, vi sono un paio di ragazzi che lo prendono in giro chiamandolo *õvitaminaö*, ma lui non sa darsi spiegazioni di questo nomignolo. Ne approfitto per introdurre il tema *õcome reagire alle provocazioniö*, ma mi accorgo che fa molta fatica a simbolizzare, rendendo difficile l'uso di esempi e metafore; banalizza e scherza su tutto, dicendo che sono cose ridicole, che se uno si comporta in modo assertivo fa la figura del *õpiriaö*, che la realtà è ben diversa da quella che credono gli adulti

Si lamenta perché la madre, a suo dire, lo sta sovraccaricando di lavori domestici: svuotare i bidoni dell'immondizia, prendere dalla cantina delle provviste, mettere a posto la stanza ecc. Gli dico che sono normali incombenze che hanno tutti i ragazzi del mondo, specie se vivono con un solo genitore: è impensabile pretendere di tornare a casa da scuola, fare un po' di compiti e poi mettersi a giocare tutto il giorno, pretendendo che il genitore (che lavora) non lo coinvolga in attività di aiuto. Dice che gli dà molto fastidio sentire il rumore dell'aspirapolvere; gli rispondo che, siccome non si può vivere in mezzo agli acari e la mamma è già brava a tenere la casa pulita, si deve rassegnare! *õMa a me dà molto fastidioí !ö* Lo invito a sperimentare l'esposizione alla frustrazione, come modo per superare questo fastidio che ha più aria di una fisima che di una reale esigenza. Gli ricordo che una delle differenze tra l'uomo e il bambino è costituita dal fatto che il primo dovrebbe (o almeno così si spera) avere una maggiore tolleranza alla frustrazione: vuoi diventare un vero uomo o rimanere per sempre un bambino capriccioso? Scegli !

Primavera 2010

Viene affrontato il tema dell'aggressività versus la passività: riconosce di essere spesso passivo per evitare *õrogneö* (così le definisce), ma spesso la sua aggressività si riversa sulla madre, specie quando interferisce sul suo (monotematico) tempo libero. Gli chiedo se è contento di essere così e lui risponde di non averci mai riflettuto. Allora allargo il giro, domandandogli se cambierebbe qualcosa di se stesso: *õBahí sto bene cosìí forse vorrei solo dimagrire un po'!ö* Sembra evidente come la preoccupazione degli adulti rispetto alla sua vita sociale non sia da lui condivisa o vissuta come un problema. Con la madre ci si mette d'accordo per proporgli un corso di judo: con aria annoiata dice che lo farà solo perché almeno la smettiamo di rompere!

Risultati raggiunti

I risultati migliori si sono riscontrati soprattutto nei tic: Massimo soffriva molto per la loro presenza e ce l'ha messa tutta per farli fuori. Qualcosa di suo ci ha messo anche per affrontare le ossessioni e i rituali, avendo accettato che l'esposizione alla frustrazione (quindi l'acquisizione della capacità di tollerarla) rappresentava un modo per diventare più uomini. Pur essendo molto scettico sulla parte relativa alle emozioni e alle abilità sociali, e avendo cercato in tutti i modi di sminuire gli interventi, ho avuto la certezza che qualche segno l'avessero lasciato nel momento in cui, dopo molta resistenza, ha accettato di iscriversi a scuola di Judo e a entrare nel gruppo parrocchiale del paese tanto per fare un po' di amicizia, riconoscendo che l'isolamento non lo lasciava indifferente come cercava di convincersi. In questa scelta ha avuto sicuramente un ruolo importante la consapevolezza di poter controllare i tic.

I genitori hanno riportato, oltre alla diminuzione significativa dei tic in numero e intensità, un miglioramento dal punto di vista comportamentale: lo hanno visto sempre meno scontroso e, ultimamente, con uno humor a volte di dubbio gusto, ma che è andato via via sostituendo l'eloquio scurrile di qualche tempo prima. Ma ciò che ha soddisfatto di più i genitori è stata la maggiore apertura del figlio alla vita sociale, seppure in misura inferiore rispetto a quanto si attendessero.

Follow up

Ho incontrato Massimo dopo circa quattro mesi: persiste la polemica con la madre (sta facendo il suo lavoro di adolescente) ma, per sua stessa ammissione, si sente più contento rispetto al passato. Gli piace frequentare judo e ammette, seppur a denti stretti, che molte cose che ha appreso (compresa la respirazione) gli stanno tornando utili. E i tic? *Ogni tanto vengono fuori, solo che adesso so cosa farei soprattutto quando ci sono gli altri !* È stato promosso al secondo anno della scuola professionale, e si è ripromesso che per tutta l'estate non toccherà un libro, con grande disappunto della madre.

Bibliografia

- AA. VV. (1996), *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson Editore, Milano, Parigi, Barcellona
- Toso E. (2008), *Il Potere Terapeutico dell'Esposizione*, Ecomind Editore, Salerno.

- Savron G. (2005), *La Sindrome dai Mille Tic: il Disturbo di Gilles De La Tourette*, Caleidoscopio Italiano n° 25, Medical System Editore, Genova.
- Schwartz J. (1997), *Il Cervello Bloccato. Come liberarsi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo*, Longanesi & C. Editore, Milano.
- Galeazzi A. e Meazzini P. (a cura di) (2004), *Mente e Comportamento*, Giunti, Firenze.
- Andrews G. et al.(2006), *Trattamento dei Disturbi d'Ansia (Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo)*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Di Pietro M. (2004), *ABC delle Mie Emozioni*, Erickson Editore, Trento.
- Di Pietro M., Dacomo M. (2007), *Giochi e Attività sulle Emozioni*, Erickson Editore, Trento.

6. LA SFRENATA PASSIONE DI ALDO PER I VIDEOGIOCHI

Invio e motivo della richiesta

Aldo era in trattamento neuropsicologico con una collega a seguito di una diagnosi di ADHD (Disturbo dell'Attenzione con Iperattività/Impulsività), formulata da uno studio privato. Le sedute riabilitative proseguivano con molta difficoltà a causa dell'oppositività messa in atto dal bambino nei confronti della terapeuta, fino al giorno in cui Aldo ebbe una crisi di tipo dissociativo, con tremori e profonda agitazione, davanti allo schermo del computer utilizzato per il trattamento attraverso dei software. Messa al corrente dell'accaduto, i genitori ammettevano che, essendo il figlio molto vivace e incontrollabile, l'unico modo per tenerlo tranquillo era di lasciarlo per molte ore della giornata davanti alla Playstation a giocare.

Descrizione del caso

Il bambino aveva una vera e propria ossessione per i videogame, in particolare per GTA (Grand Theft Auto) St. Andreas, un gioco particolarmente violento e sconsigliato ai minori di 16 anni, in quanto propone situazioni come rapine, omicidi e stupri, con l'importante aspetto identificativo col protagonista che deve, per ottenere punteggi elevati, compiere azioni delittuose e sfuggire alla polizia.

La psicologa che seguiva Aldo nel trattamento riabilitativo raccontava di preoccupanti segnali che potevano ricondursi al fenomeno definito "videofissazione" (causato da una prolungata esposizione ad un videogame) facilitatore dell'abbattimento delle barriere razionali che separano il virtuale dal reale, con la conseguenza di condurre il soggetto in una pericolosa forma di depersonalizzazione. Infatti, oltre a ricondurre ogni immagine, proposta per la riabilitazione, ad analogie del gioco ("Quest'auto è niente rispetto alla mia Vyper col N.O.S.!", "Vi faccio fuori, brutti bastardi di piedi piatti!"), ne imitava in continuazione i suoni e i dialoghi: "Vi faccio fuori, brutti bastardi di piedi piatti!", come non si fosse mai staccato dal videogame.

Assessment

- **Storia personale**

Aldo è un bambino di dieci anni che sta frequentando la quarta elementare.

Vive con i genitori e con la sorella minore (6 anni). La famiglia è benestante, essendo il padre un piccolo imprenditore a capo di una florida impresa di costruzioni, mentre la madre è casalinga.

Appare più piccolo in statura rispetto alla media della sua età; un suo cruccio è costituito dal fatto che i compagni di classe lo chiamano ònanettoö.

Sin dalla scuola materna ha manifestato segni di irrequietezza motoria, e una certa aggressività nel gioco: doveva vincere ad ogni costo, altrimenti si arrabbiava al punto di picchiare i compagni.

Le cose non sono migliorate con l'ingresso alle elementari: in un ambiente maggiormente strutturato, Aldo non riusciva a stare seduto per più di dieci minuti, chiacchierava in continuazione e interveniva a sproposito durante le spiegazioni della maestra. Adesso che si trova in quarta, sembra essersi un po' calmato sotto il profilo dell'operatività, ma la sua incapacità di starsene zitto rende il lavoro dell'insegnante piuttosto difficile e procura al bambino diverse punizioni che lui, ma anche i genitori, percepiscono come ingiuste.

Ultimamente si è reso protagonista di alcuni episodi di bullismo nei confronti di alunni di seconda e terza; in effetti, essendo dotato di un certo carisma, si pone spesso come leader, e non sempre in positivo.

Un suo passatempo sono le costruzioni con i òLegoö con i quali, a detta della madre, riesce a fare dei lavori anche molto complicati.

È molto dotato in disegno, con una sicurezza nel tratto paragonabile ad un adolescente. Suona la chitarra elettrica, attività piuttosto inusuale per un bambino della sua età. Ma la sua vera grande passione è costituita da ciò che è diventato il suo problema: il videogioco. Da grande vorrebbe fare l'artista (pittore o musicista). Salta da un discorso all'altro con una velocità incredibile, fa molta fatica a rimanere seduto, interrompe quando inizia a parlare, sembra che la sua attenzione sia attirata da tutto, insomma potrebbe essere il prototipo del bambino DDAI e, coerentemente col profilo, è anche dotato di spiccata intelligenza e simpatia.

• Storia del problema

Aldo ha iniziato la sua òcarrieraö intorno ai sette anni col Nintendo DS, per divenire sempre più abile e passare dagli innocenti òSuper Mario Brosö ai più sofisticati giochi d'azione con la Playstation, come òMonster Hunterö o òAssassin's Creedö, per finire con il famigerato GTA St. Andreas.



Pareva che i genitori fossero inconsapevoli del pericolo costituito dall'esposizione del figlio in particolare a quegli giochi (notare le età consigliate), che comunque poteva reperire anche a casa di amici coi quali condivideva la passione per la Playstation. I genitori si sono accorti che il videogame assorbiva una grande quantità di tempo, ma hanno iniziato a preoccuparsi quando il rendimento scolastico, già non eccelso, ha subito un forte calo a un paio di mesi dall'inizio delle lezioni.

Un episodio, tanto grave quanto significativo, è avvenuto un paio di mesi prima quando Aldo, per impossessarsi di un videogioco in un supermercato, ha convinto un bambino di due anni meno di lui a rubarlo, nascondendolo sotto il giubbotto; entrambi però non hanno fatto i conti con il dispositivo antitaccheggio che ha attivato l'allarme appena hanno cercato di svignarsela. Convocati i genitori dalla dirigenza, i due se la sono cavata con una ramanzina, data la loro età e la benevolenza del direttore che ha preferito non segnalare l'accaduto alle autorità competenti. I genitori dei due furfantelli, anziché cogliere l'occasione per dare loro una lezione che li preservasse da future tentazioni, non hanno trovato niente di meglio che giustificare il proprio pargolo ritenendolo vittima dell'altro cattivo: «Mio figlio non farebbe mai una cosa del genere!»

- **Strumenti d'indagine psicodiagnostica**

SCREENING PER DIPENDENZA DA VIDEOGIOCHI

1. I videogiochi sono il mio interesse maggiore o prevalente;
2. Dedico al gioco più tempo che posso;
3. Giocare migliora il mio umore e, se sono ansioso, mi fa stare più calmo;
4. Il gioco mi dà sensazioni particolari e uniche;
5. Il gioco prolungato mi crea problemi con gli altri, amici e familiari;
6. Mi rendo conto che vorrei diminuire il tempo dedicato al gioco, ma quando ci provo sto peggio.

Quattro o più risposte positive configurano un rapporto problematico con i videogiochi e suggeriscono un'ipotesi di approfondimento diagnostico.

Tratto dal sito: www.italiasalute.leonardo.it e adattato.

Aldo ha risposto positivamente ai primi cinque item.

Al bambino è stato somministrato il ***Culture-Free Self-Esteem Inventory For Children***, Form AD di J. Battle, Department of Psychology, University of Alberta, Canada (adattamento di P.E. Tressoldi).

Il questionario di autostima si basa su quattro componenti, nei quali Aldo ha ottenuto il seguente punteggio:

A (valutazione generale di se stesso): pp 8

R (valutazione delle proprie relazioni interpersonali): pp 9

S (valutazione del proprio stato emotivo): pp 6

C (valutazione del proprio comportamento): pp6

Il cut off è dato a 6 per ogni area, mentre complessivamente a 24.

Come si può notare, risulta un'elevata valutazione generale di se stesso e delle proprie relazioni interpersonali, e una buona valutazione per quanto riguarda il proprio stato emotivo e il proprio comportamento. Quindi l'autostima si pone su di un piano soddisfacente.

Diversamente nel **QUID-B, Questionario sulle Idee Irrazionali dei Bambini** (di Di Pietro M., adatt. a cura di P. E. Tressoldi), il punteggio di 120 (cut off = 90) denotava un'accentuata irrazionalità.

• Ipotesi diagnostica

Va tenuto conto che Aldo ha una diagnosi di Disturbo dell'Attenzione/Iperattività, quindi il problema della dipendenza da videogiochi potrebbe in qualche modo inserirsi in quella *fragilità autoregolativa* già ampiamente riconosciuta nel disturbo, anche se ormai da tempo la American Medical Association (AMA) sta esercitando una forte pressione affinché la Dipendenza da Videogame venga annoverata come categoria a sé stante nella prossima edizione del DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali). E' tuttora in corso un acceso dibattito in questo senso, poiché molti specialisti ritengono che non si possa parlare di vera e propria *dipendenza*, bensì di un *abuso* dovuto a discontrollo degli impulsi, seppur limitato alla compulsione al gioco.

Per *dipendenza* si intende una alterazione del comportamento che da semplice e comune abitudine diventa una ricerca esagerata e patologica del

piacere attraverso mezzi o sostanze o comportamenti che sfociano nella condizione patologica. La persona dipendente perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine.

Le principali conseguenze (dato che di *sintomi*, per il momento, non è opportuno parlare) dovute alla **Videogame-Addiction** possono riguardare:

- *Difficoltà scolastiche* (scarsa attenzione, concentrazione, difficoltà di apprendimento ecc.) Aldo ha un DDAI (Disturbo dell'Attenzione con Iperattività/Impulsività) che compromette seriamente il suo rendimento scolastico; il dedicare un tempo esagerato al videogame ne ha sicuramente peggiorato il quadro generale.
- *Compromissione dei rapporti sociali* (isolamento, litigi per accaparrarsi i videogames, rapporti incentrati, specie in riferimento ai giochi di ruolo, sulla comunicazione virtuale). Aldo è un bambino estroverso e, a detta dei genitori, ha sempre avuto molti amici; ultimamente però, a conferma del sintomo, i rapporti si sono ridotti e selezionati, ricercando soprattutto quei ragazzini che condividono con lui uno smisurato interesse per i videogiochi.
- *Disturbi del sonno, dell'alimentazione o dell'umore*. La madre lamenta una insistenza del bambino a rimanere sveglio fino a tardi, ovviamente per giocare, con conseguente difficoltà di addormentamento: comprensibilmente il risveglio risulta molto difficoltoso. In più di qualche occasione i genitori l'hanno colto davanti allo schermo con il piatto o con un panino; comunque i pasti sono consumati in fretta perché per lui è tempo sottratto al gioco.
- *Problematiche psichiche di carattere dissociativo, riduzione della facoltà di critica o scollamento dalla realtà*. Le tante ore passate a giocare possono creare una frattura tra il mondo reale e quello virtuale, allo stesso modo, specie in adolescenza, si può compromettere il sano sviluppo dell'identità. Non occorre soffermarsi ulteriormente su quanto riportato sopra.
- *Problematiche astinenziali quando il soggetto non può giocare* (ricorrenti pensieri riferiti al gioco, irrequietezza, disforia ecc..). Il bambino ha avuto delle reazioni aggressive, tentando addirittura di picchiare la madre, quando quest'ultima ha provato a sottrargli la Playstation a causa dello scarso impegno scolastico. Inoltre il bambino è molto più irritabile rispetto al passato, con esplosioni di aggressività (per motivi anche banali) di cui è soprattutto la sorellina a farne le spese.
- *Tendenza a compiere azioni illecite (per es. bullismo) o a mentire per procurarsi i soldi per i videogiochi*. Oltre al riferito episodio del supermercato, i genitori riportano la misteriosa sparizione di piccole somme di denaro dalla borsetta della madre, in concomitanza ad altrettanto misteriose apparizioni di nuovi videogiochi, che Aldo ha giustificato come

prestati da parte di amici. Evidentemente i giochi comprati dai genitori, che pure non gli hanno mai lesinato, non bastavano più.

- *Tendenza a trascurare altri interessi* (sport, amicizie, hobby ecc.) In effetti il gioco per il bambino è divenuto talmente pervasivo da assorbire quasi tutto il tempo e solo ultimamente, quando inevitabilmente ha dovuto rinunciarvi, ha riscoperto altri interessi che per mesi sono stati trascurati.

Restituzione

I genitori sono apparsi molto preoccupati rispetto al precipitare degli eventi, ma anche rammaricati di non aver saputo prevenire la situazione; il padre tende a essere colpevolizzante nei confronti della moglie che, essendo a casa tutto il giorno, avrebbe dovuto accorgersi anzitempo di quanto stava accadendo. La prima decisione, presa in comune accordo, è stata quella di bandire per almeno un mese i videogiochi dalla vita del bambino, fornendogli delle spiegazioni adeguate; contemporaneamente si sarebbero cercate delle alternative che sostituissero il suo naturale bisogno di giocare. In seguito, dato per illusorio che Aldo potesse rimanere in astinenza per un tempo protratto, si concordano degli accorgimenti che i genitori si impegneranno a mettere in pratica, basati sulle indicazioni di Alonso-Fernandez (1999, op. cit.) La prima norma è quantitativa e riguarda il tempo impiegato nell'uso del videogioco, al quale si consiglia di non rivolgere una pratica quotidiana stabile e comunque mai superiore ad un'ora circa. Nel caso dei bambini le regole sul tempo da dedicare ai giochi devono divenire abitudini supervisionate dagli adulti, con pochissime e brevi eccezioni, soprattutto nei giorni festivi in cui è più facile perdere il controllo del tempo speso a giocare virtualmente. Una seconda regola riguarda la qualità del consumo, ossia la necessità di effettuare, come buona abitudine, delle brevi e frequenti pause da fare almeno ogni dieci minuti circa. La terza regola concerne la necessità di trascorrere solo una parte del tempo libero giocando ai videogames, lasciando spazio anche ad altre attività *reali e sociali*, come lo sport e gli incontri con amici. In tal modo, si prevengono sia i problemi legati alla sedentarietà sia l'isolamento sociale. Estremamente importante è la regola che scoraggia sempre la possibilità di rinunciare a svolgere attività fondamentali in una giornata, come dormire, mangiare, lavarsi, studiare o lavorare; al contrario, è meglio subordinare l'uso del videogioco allo svolgimento o al completamento di tali attività (come rinforzo positivo o premio). Altrettanto utile è favorire l'utilizzo dei videogiochi in sfide con amici o con la sorella, in modo da rendere il gioco uno strumento di socializzazione, piuttosto che di isolamento. In ogni caso, è sempre importante che i genitori non lascino stabilire ad Aldo i tempi, le modalità e gli argomenti dei videogiochi. In particolare, per ciò che concerne le tematiche dei giochi, è consigliabile valutare bene i contenuti dei

videogames acquistati, evitando sempre sfide violente o eccessivamente competitive. La regola migliore rimane sempre la prevenzione che si fonda su buone abitudini e su poche deroghe, senza eccessi di controllo né eccessiva fiducia in un' autonomia che, una volta instaurato un comportamento di abuso o dipendenza, diviene difficile rivalutare.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

Aldo è obbligato alla terapia, quindi con lui sarà necessario motivarlo cercando nel suo mondo gli stimoli per farlo lavorare in modo efficace, pensando che, se anche si riesce ad ottenere una buona compliance, non è detto che vi sia necessariamente una generalizzazione dei comportamenti, come spesso accade con i bambini che soffrono di DDAI.

Ma ciò che mi preoccupa maggiormente sono i genitori, dei quali appaiono subito evidenti le dinamiche relazionali: il padre tende a essere particolarmente aggressivo e svalutante nei confronti della moglie, molto ansiosa, impulsiva e sottomessa. Non vi è coerenza educativa: il padre a volte dà delle regole o delle punizioni che la madre puntualmente toglie o ridimensiona, con la scusa che le fa pena il bambino, fraintendendo lo scopo educativo delle conseguenze, come fossero *cattiverie* contrapposte al *voler bene*, rappresentato dal lassismo. Inoltre, anche se Aldo finisce per accettare la punizione, questa viene decurtata non appena il bambino inizia a patteggiare, promettendo di essere obbediente, con l'effetto di apprendimento di uno stile manipolatorio. Messi in guardia di fronte ai rischi educativi di tali contraddizioni, i genitori appaiono piuttosto sorpresi e confusi, si guardano spesso e si rinfacciano accuse. Chiedo loro se tali modalità relazionali le pongono in atto anche davanti ad Aldo e ammettono che effettivamente capita spesso che il figlio assista a battibecchi anche accesi, ma che poi finiscono per rappacificarsi. Raccomando loro di risolvere i loro conflitti fuori dagli occhi e dalle orecchie di Aldo, mettendoli in guardia sulle angosce abbandoniche che i litigi fra i genitori suscitano nei figli in generale. Loro paiono accogliere con una certa gratitudine tali suggerimenti, anche se il lavoro con questi genitori dovrebbe essere inserito in un progetto di più ampio respiro, come ad esempio un Parent Training, che consiglio caldamente alla coppia.

Aspettative di trattamento

I genitori si affidano con molta fiducia al progetto terapeutico, che prevede un primo momento dedicato alla metacognizione e autoregolazione delle risposte emotive e un secondo improntato all'acquisizione di abilità sociali.

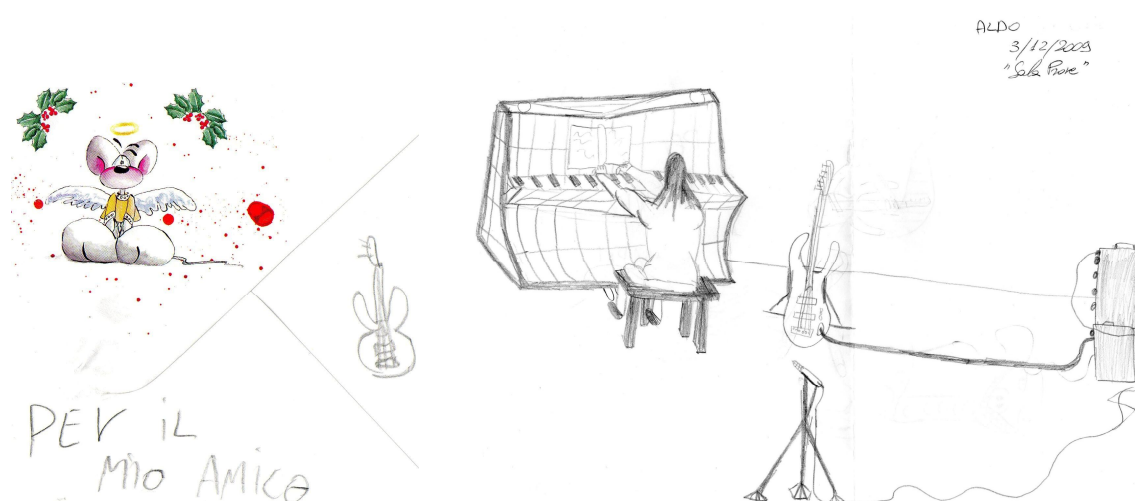
Questo progetto, che non vuole essere sostitutivo del trattamento neuropsicologico del DDAI (che comunque Aldo dovrà riprendere), ma in qualche modo trasversale, poiché risponde alle linee guida orientate al benessere del bambino impulsivo e, per questo motivo, con problemi nella sfera sociale. I genitori non vedono a rischio quest'ultima, poiché l'aggressività del figlio con i pari (ma anche con quelli più piccoli) è stata sempre vista come un suo modo di *sfarsi valere*: un'attenta analisi delle conseguenze comportamentali di Aldo li ha fatti ricredere, ammettendo di essere stati eccessivamente giustificatori nei suoi confronti.

Interazione terapeutica

Dopo un paio di sedute, la madre mi ha riferito che Aldo è contento di venire in terapia perché ha *trovato un amico che sa parlare di cose importanti, senza fare la predica come gli altri adulti*, e perché *anche lui suona la chitarra elettrica*!

Effettivamente pare che con Aldo ci sia una buona alleanza terapeutica e che lui ce la stia mettendo tutta per ottenere la mia approvazione; il problema semmai sta nella generalizzazione degli apprendimenti, che necessita anche di capacità metacognitive non ancora del tutto sviluppate nei bambini di questa età.

In ogni seduta mi porta, come *segno di amicizia*, un disegno: è dotato di una tecnica assolutamente al di sopra della media ed in questo viene riconosciuto e gratificato anche dalle maestre.



Concettualizzazione del caso

L'attività ludica da sempre include aspetti psicologici di fondamentale importanza: stimola la formazione della personalità, l'apprendimento di regole e l'integrazione sociale, consentendo alla mente di imparare e

perfezionare abilità mentali quali l'immaginazione, la percezione sensoriale, la capacità di distinguere realtà e finzione, la capacità di confrontarsi e comunicare, l'assunzione di ruoli. Con l'avvento della tecnologia e l'affermarsi del videogame, il ruolo sociale si sta spostando verso una fruizione del gioco fondamentalmente a tre livelli: un primo strettamente solitario (il più diffuso e pericoloso), un secondo assieme ad un partner (tutte le console vengono vendute con due joypad), un terzo di condivisione culturale di informazioni relative a giochi-cult, strategie, punteggi e quant'altro, con una più vasta schiera di conoscenti, spesso conosciuti sul web. Riferendoci al caso di Aldo, possiamo vedere come operi su tutti e tre i livelli; rispetto al terzo, appartenendo a una famiglia benestante e potendosi permettere tutta una serie di gadget costosi, dalle console più sofisticate alle ultime novità in fatto di giochi, ovviamente si trova in una posizione da leader, suscitando invidia e ammirazione dei coetanei.

Un fenomeno negativo che si è potuto osservare nel bambino è stato quello definito *videofissazione*, ossia la prolungata esposizione a un videogame, senza pause e completamente assorbito dal gioco, che ha portato alla caduta delle barriere razionali che filtrano i contenuti dei videogiochi. Il tempo speso a giocare virtualmente, crescendo sproporzionatamente, ha finito per togliere spazi, oltre che ad ogni attività fisica, anche alle attività connesse all'apprendimento scolastico che vengono praticate velocemente, con scarsa applicazione e con una stanchezza mentale e spesso visiva (il bambino lamenta frequenti emicranie). D'altro canto un rapporto disturbato con il videogioco finisce per sostituire facilmente e completamente ogni altro tipo di relazione sociale, favorendo uno stato di isolamento e di individualismo che dispone all'introversione, limita l'apprendimento di utili abilità sociali, creando spesso problemi anche nei rapporti con i familiari. Nei bambini e ragazzi con videodipendenza uno dei comportamenti che compare frequentemente è quello di *litigare ripetutamente con fratelli, sorelle e altri coetanei per aggiudicarsi più tempo davanti al videogioco*. Rispetto a ciò, abbiamo visto come i rapporti con la sorella più piccola siano tesi più che altro per una facile irritabilità di Aldo che sfoga la sua aggressività accumulata col gioco, ma anche gli episodi di bullismo lasciano intendere come il ruolo di *boss* non sia che una trasposizione nella vita reale di un personaggio *vincente* nella realtà virtuale. Keith Bakker, direttore della struttura "Smith & Jones Addition Consultants", in una recente intervista trasmessa da una TV americana, ha affermato di avere dei dati, che verranno presto pubblicati, in cui vi è una forte correlazione tra videogame basati sulla uccisione di persone e un aumento dell'aggressività nei ragazzi che trascorrono più di due ore al giorno su questi giochi; nella *lista nera*, che comprende una cinquantina di titoli, compare anche il famigerato GTA St. Andreas.

Una riflessione a parte merita la questione della comorbidità con il DDAI: vi sono opinioni contrastanti in merito a presunti rapporti di causa-effetto tra abuso di videogiochi e disturbo dell'attenzione. Gli stessi genitori, al corrente delle caratteristiche del DDAI, si sono stupiti per come Aldo riesca a passare delle ore davanti allo schermo a fare delle cose anche complicate, che richiedono notevoli abilità di concentrazione; l'equivoco è dato dal fatto che nel videogioco è lo stimolo a catturare l'attenzione, contrariamente a quanto avviene nella realtà, nella quale occorre uno sforzo cosciente per annullare gli elementi distrattori, concentrarsi su di un target preciso (*attenzione focalizzata*) e mantenere questo stato nel tempo (*attenzione sostenuta*). Le stesse caratteristiche di disregolazione cognitiva, emotiva e, di conseguenza, comportamentale, rendono il bambino con DDAI un soggetto ideale della videogame-addiction, ma è anche probabile (e su ciò occorrerà fare degli studi) che il videoabuso peggiori inevitabilmente quegli aspetti di fragilità in chi già soffre di disturbo dell'attenzione.

Trattamento

All'inizio del trattamento si fanno degli esercizi per aiutare Aldo a essere meno impulsivo: ad esempio, vorrebbe parlare in continuazione, saltando da un argomento all'altro, con un grande dispendio di energie (ma anche di tempo che deve essere dedicato al trattamento). A parte il non riuscire a terminare un discorso, vi è anche una mancanza di collegamento che renda il suo parlare finalizzato, specchio di una confusione mentale che lo rende particolarmente esagitato.

Si prosegue con l'auto osservazione di tali comportamenti e il riconoscimento della loro disfunzionalità. Quindi si abbassa il livello di attivazione ricorrendo alla respirazione controllata, come suggerito da S. Johnson in *Strategie e Strumenti di Psicoterapia* (op. cit.)

Si fanno delle riflessioni che permettono al ragazzino di interpretare i propri risultati in base all'impegno e alle strategie messe in atto e non in base alla fortuna o alla responsabilità degli altri. Questo processo di ricerca delle cause dei propri risultati viene chiamato *attribuzione*, spiegando che si tratta di un pensiero che viene innescato automaticamente in molte situazioni quotidiane, nel momento in cui ci chiediamo le ragioni di un determinato evento. Ritengo opportuno questo tipo di lavoro con Aldo poiché attribuire alle proprie incapacità l'insuccesso scolastico ha un impatto decisamente diverso rispetto al fatto di dover pensare di non aver dedicato abbastanza tempo allo studio o non aver utilizzato una metodica funzionale: nel primo caso vi è il rischio che sviluppi una bassa autostima, nel secondo sarà stimolato ad applicarsi con maggiore impegno.

Un'altra modalità con la quale cerco di guidare Aldo verso l'acquisizione di un pensiero più riflessivo e strategico si concretizza in una tecnica chiamata *autoistruzioni verbali*, in cui gli insegno a sviluppare il dialogo interiore per

affrontare le situazioni difficili che si presentano quotidianamente a casa, a scuola e con gli amici. Gli dico che solitamente noi tutti siamo guidati, nei nostri comportamenti, da pensieri che molto spesso si esprimono in un dialogo interiore; i bambini con DDAI fanno più fatica a causa dell'impulsività, che va vista come una nemica da sconfiggere.

Si inizia quindi un percorso, basato sul testo di Di Pietro *ABC delle mie Emozioni*, orientato al riconoscimento delle emozioni fondamentali: l'idea di base è che, per riuscire a cambiare ciò che non va, dobbiamo cercare di non lasciarci vincere dalle nostre emozioni, trovando una via di mezzo tra il soffocarle e il farsi dominare da esse. Attraverso il role playing, lo invito a comunicare emozioni e sentimenti, mostrando come questo ci consenta di dire ciò che si prova o si pensa, senza offendere o creare disagio nell'altro. Quindi col metodo ABC si mettono in relazione pensieri, emozioni e comportamenti, sempre usando un linguaggio comprensibile a un bambino di dieci anni: la *grande scoperta* consiste nel fatto che, *modificando i pensieri, possiamo modificare le emozioni e i conseguenti comportamenti!* Vengono poi affrontati i cosiddetti *virus mentali*, cioè quei ricorrenti pensieri che causano emozioni spiacevoli, quali il Pretendere, il Dare Interpretazioni Sbagliate, lo Svalutare, l'Ingigantire e il Generalizzare: occorre trovare degli esempi da avvenimenti reali della sua vita, altrimenti si rischia di essere didattici e poco terapeutici. Si passa quindi alla correzione di pensieri negativi, cercando di conquistare la *giusta* visione delle cose: un compagno di classe, che pensava fosse un amico, non l'ha invitato alla festa di compleanno; il primo pensiero (impulsivo) di Aldo è stato: *Gliela farò pagare, non è giusto! Quando compirò gli anni non lo inviterò alla festa, così impara!* Il cambiamento di questo pensiero, che fa provare ad Aldo rabbia e delusione, in uno che lo faccia sentire solo un po' dispiaciuto, può diventare: *Mi dispiace che non mi abbia invitato, ma avrà avuto le sue ragioni! quando lo incontrerò gli dirò che mi sarebbe piaciuto partecipare alla sua festa!* Questa trasformazione avviene proprio con il dialogo interiore.

La seduta seguente si affronta l'importante tema della *tolleranza della frustrazione*, facendo una rapida carrellata delle situazioni che più creano disagio o fastidio nella quotidianità di Aldo: fare i compiti, rinunciare a giocare col Nintendo, non ottenere subito quel videogioco che ha il vicino di casa ecc. Sempre attraverso il dialogo interiore, lo invito a sopportare un po' di disagio aspettando due o tre minuti prima di concedersi qualcosa di piacevole o prima di interrompere un'attività sgradevole: diventa un esercizio da fare anche a casa, avvertendolo che ciò lo aiuterà a diventare sempre più *uomo*.

Si è poi fatto un percorso dedicato all'assertività, sempre ritagliato sulle sue esigenze e capacità. Alla domanda di Aldo: *Ma come faccio a sapere come devo comportarmi con gli altri?* ho risposto: trattando gli altri come

vorresti che gli altri ti trattassero; hai il diritto di esprimere le tue idee, ma anche la responsabilità di farlo senza offendere gli altri.

Altri temi affrontati nell'ottica assertiva sono stati: il chiedere in modo non aggressivo ciò che si desidera (ma non pretenderlo), il saper dire di no senza ferire chi riceve il rifiuto, come reagire alle critiche, accettare i propri errori e quelli degli altri, fare e ricevere complimenti.

Ma l'argomento che più ha appassionato Aldo è stato *come comportarsi quando gli altri sono un problema*: prendendo spunto dal suo tormento di essere preso in giro costantemente da alcuni compagni di classe, si attua una serie di role playing, allo scopo di definire quali possono essere i modi più efficaci per far fronte alle provocazioni. Alla fine si giunge a questa conclusione (guidata): *non puoi controllare il comportamento di quelli che ti prendono in giro, ma puoi controllare ciò che pensi e ciò che fai quando vieni preso in giro!*

Poi abbiamo affrontato l'importante tema dell'unicità della persona: non devi per forza essere uguale agli altri, tu puoi essere diverso ed essere lo stesso una persona che vale! Sei bravo a disegnare, diventerai un ottimo chitarrista (se ti eserciterai), nessuno fa le costruzioni col Lego come te!

Abbiamo terminato il trattamento col *problem solving*, sempre utilizzando le autoistruzioni verbali, scandendo le cinque fasi sequenziali:

1. Riconoscere il problema;
2. Generare soluzioni alternative;
3. Valutare l'efficacia di ciascuna soluzione;
4. Pianificare la procedura per risolvere il problema;
5. Verificare la qualità del risultato ottenuto.

Sintesi delle sedute

I tempi, dato che Aldo aveva già iniziato il percorso riabilitativo neuropsicologico, dovevano necessariamente essere stretti per permetterne una ripresa entro breve, per non vanificare i risultati fin lì ottenuti e per non oberare ulteriormente la famiglia dal punto di vista economico: il trattamento con me doveva terminare con le feste natalizie.

Ecco come racconta la sua esperienza Aldo dopo un mese di trattamento: *«Ero come drogato, non potevo farne a meno, ma ormai è un mese che non gioco! penso di essere guarito!»* Fuori dal tunnel, insomma! Gli faccio notare che, a parte GTA St. Andreas e Assassin's Creed, assolutamente inadatti alla sua età e del tutto discutibili anche per un adulto, si tratta sempre di usare le cose con misura: se lui si fosse (o meglio, l'avessero) limitato, probabilmente non sarebbe stata necessaria la terapia d'urto costituita dall'assoluta proibizione. Gli chiedo se ha voglia di giocare ancora, lui sgrana gli occhi: *«Siiiiiii! Ma si può?»* In effetti, uno dei grandi argomenti di conversazione tra i ragazzini della sua età è costituito proprio

dai videogame, così dice che ultimamente si sente un po' tagliato fuori, anche se ho il sospetto che i genitori sicuramente hanno fatto sparire Playstation, X-Box, Nintendo DS e compagnia bella, ma nessuno lo può controllare quando si reca a casa degli amici e lì. Lo sguardo furbetto e vispo di Aldo ha poco a che spartire con quello dell'astinente in craving! Gli dico quindi che provi intanto a chiedere alla mamma se può giocare una mezz'oretta al massimo, ovviamente con Super Mario Bros.

Nella seduta seguente, la mamma mi dice che l'ha fatto giocare con la Playstation, ma dopo una mezz'oretta s'è stancato e non gliel'ha più chiesta per tutta la settimana.

Nel gioco della *“Lampada di Aladino”* esprime tre desideri: 1. avere un altro fratellino (*“così ci posso giocare assieme”*) 2. una bella chitarra elettrica bianca con un grande amplificatore come ho visto in un film come si chiama? beh, uno-che-suonava-coi-denti l'anno americano!



3. un modellino di camion per trasportare la ghiaia.

Alla quarta seduta (29/10/09) la mamma afferma di vedere il proprio figlio migliorato nel comportamento, grazie all'autoregolazione effettuata attraverso il *“dialogo interiore”*, sembra *“più calmo e ubbidiente”*. Dico alla signora che forse è un po' presto per sbilanciarsi in una valutazione, anche se l'effetto placebo di quando s'intraprende un percorso di cura è di fatto dimostrato sperimentalmente.

La settimana dopo mi ha raccontato che ad Halloween, vestito da *“Scream”* era arrivato alle mani col suo compagno Nicolas (vestito da zombie) che l'aveva spinto, dimostrando così una certa difficoltà nel generalizzare quanto appreso circa la *risposta alla provocazione*.

Mi racconta che una volta gli è molto dispiaciuto che la mamma, arrabbiata con lui perché si rifiutava di fare i compiti, abbia dato via un videogioco (*“Nintendo”*) in cui il compito consisteva nell'accudire un cane: *“Mi sono sentito triste come se mi avessero portato via il mio cucciolo vero”* o a dimostrazione di come l'uso di videogiochi possa portare a uno slittamento del piano di realtà, con ricadute non indifferenti anche sul piano emotivo.

Col passare del tempo, i problemi relativi al DDAI e la conseguente ricaduta sugli apprendimenti scolastici permangono anche se è migliorata la gestione comportamentale del bambino. I genitori concordano su questa osservazione, ammettendo di essere stati troppo precipitosi nelle loro aspettative

miracolistiche circa il trattamento, fuorviati dalla speranza di trovare in fretta la soluzione di un problema che richiede molto più lavoro e tempi più lunghi di quelli da loro immaginati.

A metà novembre con Aldo si affronta il tema dei pensieri quali attivatori delle emozioni e, di conseguenza, dei comportamenti, secondo lo schema A-B-C; dopo aver fatto degli esempi, lo invito a trovarne degli altri, possibilmente riferiti alla sua esperienza: il risultato è buono, anche se il passaggio «cambiando i pensieri possono cambiare i comportamenti» risulta, nella logica della proprietà transitiva, piuttosto difficoltoso.

L'aspetto più critico che emerge dalle sedute è dato dalla sua incontenibile logorrea, sostenuta da un «pensiero tangenziale» che deve essere spesso contenuto, pena una perdita di tempo considerevole. Ci siamo messi d'accordo su un «Arresto del Pensiero» esterno: quando «esce dal seminato» faccio un cenno con la mano e dico «Stop!». Dopo un po' di volte, non è nemmeno più necessario il prompt vocale: lo abituo così a rimanere centrato nel discorso che deve necessariamente avere una conclusione. Lo invito a trasporre questa tecnica anche a scuola dove, dopo pochi minuti, la sua mente si stacca dall'argomento della lezione per girovagare in luoghi più interessanti, ma poco proficui. Per ottenere questo, ma anche per fissare gli apprendimenti di tecniche proposte, viene usato il «role playing», fino a che non sono certo che sia in grado di padroneggiare la situazione.

Verso la fine di novembre mi dice che a scuola comincia ad essere più bravo e a prendere dei bei voti; coerentemente con quanto detto ai genitori, lo rinforzo ma gli rimando che il lavoro che stiamo facendo assieme è solo una parte e che quella più impegnativa, che gli garantirà risultati certi e duraturi, sarà quella che verrà ripresa dalla mia collega in gennaio. A questo proposito mi faccio promettere «solennemente» che «si impegnerà al massimo»: lui furbescamente aggiunge che ora è cambiato e che si sente molto più tranquillo rispetto al passato.

La volta seguente mi porta, oltre al disegno, un bigliettino natalizio (*«per gli auguri in anticipo»*), dicendomi che ha una cosa bella e una brutta da raccontarmi.



Quella bella è che a Natale suonerà la chitarra elettrica alla recita; la brutta è che i suoi genitori spesso litigano e lui non sa che fare affinché smettano. Gli chiedo di riconoscere in lui le emozioni che ha imparato; in questo caso «paura» che finiscano per lasciarsi e abbandonarlo, «rabbia» perché quando

lui litiga con la sorellina i genitori lo sgridano mentre loro se ne dicono di tutti i colori, òtristezzaö perché gli piacerebbe che si volessero sempre beneí Lo invito ad esprimere queste emozioni direttamente ai genitori, in modo che si rendano conto di quello che lui prova.

Affrontiamo anche il tema della òTolleranza della Frustrazioneö; ci mette un poø anche solo a pronunciare la parola òfrustrazioneö, ma ne comprende appieno il significato e riconosce in se stesso una bassa capacità di sopportarla, confermata dal breve test inserito nel capitolo dedicato a questo argomento.

Casualmente esce quello che per lui è un problema: non sopporta di mangiare il formaggio e a scuola tentano sempre di convincerlo che si tratti solo di una fisima e che non gli piace solo perché non løha mai mangiato! Gli dico che anchøio ho lo stesso problema, che løho avuto anche alla sua età e che lo comprendo perché gli altri non riescono a rendersi conto quanto schifo ci facciaí Lo vedo molto sollevato dal fatto di non essere løunico e di non essere òsbagliatoö. Mi racconta che løanno scorso una maestra løha minacciato che, se avesse vomitato, gli avrebbe fatto mangiare il vomito! Lo tranquillizzo dicendogli che forse la maestra voleva solo scherzareí

Gli insegno la respirazione addominale da farsi quando si sente particolarmente irrequieto o agitato.

Løacquisizione di strumenti prosegue con òcome rispondere alle critiche senza offendersi e come riuscire a farle senza che løaltro si offendaö, quindi con òcome fare e ricevere complimentiö, allo scopo di ampliare il bagaglio di abilità sociali.

Nelløultimo incontro con Aldo (17/12), invito la madre a curare løaspetto legato alla socializzazione, con løinserimento del figlio in qualche attività sportiva. Facciamo un ripasso di quanto imparato e Aldo pare aver assimilato in maniera più che sufficiente quanto propostogli, pur con i limiti dati dalløetà e dalla sua precaria capacità attentiva.

Risultati raggiunti

Adesso Aldo riesce a padroneggiare un lessico emotivo che gli permette di riconoscere, esprimere, condividere e gestire sentimenti ed emozioni molto di più rispetto al passato. Adesso è anche più consapevole che non è necessario dire tutto quello che passa per la testa e che la comunicazione deve avere un significato per chi la trasmette ma anche per chi la riceve. La madre riporta di vederlo a volte sul divano mentre sta facendo la respirazione controllata, specie quando litiga con la sorella! Ma il risultato più significativo riguarda un uso più contenuto dei videogame, non più di unøora al giorno e con giochi adatti alla sua età: gli ho suggerito òGT Legendsö, corse di vetture sport e prototipi degli anniø60 (con cognizione di causa, dato che ce løho anchøio nel mio computerí)

Follow up

Ho rivisto Aldo a marzo dell'anno seguente: è sempre il solito fiume in piena, con mille cose da raccontare in contemporanea! A scuola sta andando meglio dell'anno scorso (*õle maestre mi dicono che sembro un altro!ö*), anche se un occhio un po' tumefatto (*õsono caduto in ricreazione!ö*) mi fa sospettare che non metta del tutto in pratica le tecniche assertive con i compagni.

I genitori hanno espresso soddisfazione per il lavoro svolto, anche se si rammaricano che al trattamento neuropsicologico per il DDAI il bambino è molto meno collaborativo. Rispondo che era inevitabile, data anche la natura del materiale riabilitativo, molto meno gratificante di un percorso sulle emozioni e le abilità sociali, ma Aldo adesso ha capito cosa vuol dire tollerare la frustrazione, pur facendo ancora fatica a pronunciarla!

Bibliografia

- Di Pietro M. (2004), *ABC delle Mie Emozioni*, Erickson Editore, Trento.
- Di Pietro M., Dacomo M. (2007), *Giochi e Attività sulle Emozioni*, Erickson Editore, Trento.
- Mongardini C. (1989), *Saggio sul Gioco*, Franco Angeli, Milano.
- Singer D.G., Singer I.L. (1995), *Nel regno del possibile. Gioco infantile, creatività e sviluppo dell'immaginazione*, Giunti, Firenze.
- Alonso-Fernandez Francisco (1999), *La dipendenza dal gioco. In õLe altre drogheö*, EUR, Roma.
- Tressoldi P. e Vio C (1996), *Diagnosi dei Disturbi dell'Apprendimento Scolastico*, Erickson Editore, Trento.
- Marzocchi G. M. (2003), *Bambini Disattenti e Iperattivi*, Il Mulino, Bologna.
- Di Pietro M., Dacomo M. (2005), *Fanno i bulli, ce l'hanno con me!*, Erickson Editore, Trento.
- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, Mc Graw-Hill, Milano.

7. ADA SI STRAPPA I CAPELLI

Invio e motivo della richiesta

I genitori di Ada si sono rivolti allo studio su suggerimento del medico di base il quale, visitata la ragazza ed escluso un'origine organica del disturbo, ha raccomandato il ricorso ad un trattamento di tipo psicologico.

Descrizione del caso

La madre aveva notato un preoccupante diradamento dei capelli nella zona parieto-occipitale della figlia. Al momento della pulizia della sua camera, raccoglieva una quantità abnorme di capelli dal pavimento. Inizialmente pensava a una caduta causata dallo stress scolastico, ma la ragazza, dopo aver cercato di camuffare la zona dello strappo con foulard e pettinature particolari, ha preferito raccontare la verità: da un po' di tempo si strappava i capelli, mentre si trovava a studiare, in modo inconsapevole.

Assessment

- **Storia personale**

Ada è una ragazza di 17 anni, con dei lineamenti tipicamente meridionali, leggermente soprappeso. I suoi genitori sono due insegnanti di Francese che si sono trasferiti al nord dalla Sicilia per motivi di lavoro.

Sta frequentando il terzo anno di un istituto professionale con indirizzo turistico, con risultati da lei definiti "abbastanza buoni"; tale valutazione non è però condivisa dai genitori che nutrono delle alte aspettative e ritengono che si stia impegnando molto poco rispetto alle sue potenzialità.

L'anno scorso Ada ha perso la nonna paterna cui era molto affezionata. Dopo qualche mese si è lasciata col fidanzato a causa, a suo dire, di contrasti con i genitori.

Frequenta un gruppo di scoutismo con molta dedizione in termini di tempo ed energie, pratica tennis, danza, ginnastica aerobica e ultimamente un corso di autodifesa. Si definisce molto appassionata di musica, apprezza tutti i generi, dalla classica al rap. Inoltre le piace leggere e disegnare e colorare modelli di vestiti.

Fa del volontariato presso un istituto religioso della zona, aiutando nei compiti i ragazzini extracomunitari.

Preferisce amicizie maschili, anche se ammette che sono spesso conflittuali; con le femmine tende invece ad avere solo rapporti superficiali, trovandosi spesso in competizione con loro.

Dichiara senza problemi i suoi valori: *“Voglio aiutare e far felici gli altri, mi sento bene quando faccio questo!”* Racconta di aver fatto del volontariato a Roma alla Mensa dei Poveri, grazie a un’iniziativa della parrocchia, e tale esperienza l’ha *“profondamente segnata”*.

La sua idea di felicità è *“gioia di vivere, sentirsi leggeri e puri di cuore”*.

Da grande vorrebbe aprire un’agenzia di viaggi e fare l’animatrice nei villaggi turistici.

Si ricorda che alle Elementari era scontrosa ed antipatica, prepotente, voleva avere sempre ragione, era disubbidiente con la maestra. Picchiava anche i maschi che la facevano arrabbiare: si ricorda di un episodio in cui stava giocando con le figurine ed ha girato il braccio ad un compagno in seguito ad un litigio, facendogli molto male. Alle Medie le cose sono molto cambiate: le botte adesso le prendeva lei e pensava che gli altri l’avessero presa di mira. Meglio alle scuole superiori, coincidenti con l’ingresso negli scout e a un nuovo periodo della sua vita, con la scoperta della sua *“vocazione alla prosocialità”*.

Ritiene di essere una ragazza estremamente orgogliosa (sin troppo) e che le sia rimasta addosso un po’ della prepotenza del passato. Afferma di non sopportare le persone deboli o passive nelle relazioni; per tale motivo non ha più frequentato un amico che aveva queste caratteristiche.

Con la sorella minore il rapporto adesso è buono, ma è stato caratterizzato in passato da gelosia e rivalità: *“Ci ricattavamo a vicenda!”* Vorrebbe che lei adesso si confidasse di più, le chiedesse consigli, ma la vede molto presa dall’abbigliamento e dalle marche costose, che non si può permettere.

• Storia del problema

Ha iniziato a strapparsi i capelli nel maggio dell’anno scorso; Ada afferma di non esserne consapevole nel momento dell’atto, ma di rendersene conto subito dopo, provando un senso di colpa e proponendosi di non farlo più.

Dice di non averne mai parlato con nessuno, anche se le sarebbe piaciuto confidarsi con un’amica di cui però non si fidava molto, avendo la fama di non saper tenere per sé i segreti.

All’inizio non dava molto peso alla faccenda, ma ha iniziato a preoccuparsi allorché la madre, pulendo il pavimento, ha raccolto una quantità preoccupante di capelli, inizialmente attribuita a perdita stagionale o a stress. Le zone più bersagliate sono la parte sinistra della nuca e la sommità del capo. Succede con una frequenza di tre o quattro volte la settimana, ed il momento più *“a rischio”* si colloca durante lo studio. Qualche volta ha strappato anche mentre, distesa sul letto, stava ascoltando musica con gli auricolari.

- **Analisi Funzionale**

Ada ha fornito numerosi esempi; qui sotto viene mostrata una situazione standard:

Situazione	Pensieri prima dello strappo	Pensieri durante lo strappo	Pensieri dopo lo strappo
<i>Sto studiando Matematica</i>	<i>Troppo difficile, non ce la farò mai!</i>	<i>Se mi impegno, magari c'è qualche speranza</i>	<i>Però anche stavolta non sono riuscita a resistere alla tentazione di strappare, sono proprio una debole!</i>
	Emozioni	Emozioni	Emozioni
	Forte ansia, preoccupazione	Ansia moderata, fiducia, sollievo	Rabbia, delusione

- **Strumenti d'indagine psicodiagnostica**

Ad Ada è stato somministrato il **CBA 2.0** (Cognitive Behavioural Assessment, di Bertolotti, Michielin et al.)

Scheda	Test	Omissioni	Punt. Grezzo	Punti Z	Percentile
Scheda 2	<i>S.T.A.I. X1</i>	0	32	-0,81	25-25
Scheda 3	<i>S.T.A.I. X2</i>	0	47	0,42	65-65
Scheda 5	<i>E.P.Q./R - E</i>	0	11	1,07	75-85
	<i>E.P.Q./R - N</i>	0	9	0,61	65-70
	<i>E.P.Q./R - P</i>	0	2	-1,00	40-55
	<i>E.P.Q./R - L</i>	0	3	-1,70	03-03
Scheda 6	<i>Q.P.F./R</i>	0	49	0,03	65-65
Scheda 7	<i>I.P. ó F</i>	0	50	-0,84	10-10
	<i>I.P. ó PH</i>	0	0	-0,98	01-05
	<i>I.P. ó I</i>	0	13	-0,59	10-10

	<i>I.P. ó 2</i>	0	11	-1,28	<i>10-10</i>
	<i>I.P. ó 3</i>	0	12	0,03	<i>45-45</i>
	<i>I.P. ó 4</i>	0	0	-1,08	<i>01-03</i>
	<i>I.P. ó 5</i>	0	10	0,30	<i>45-50</i>
Scheda 8	<i>Q.D.</i>	0	7	0,52	<i>65-70</i>
Scheda 9	<i>M.O.C.Q./R</i>	0	3	-0,74	<i>20-25</i>
	<i>M.O.C.Q./R - 1</i>	0	2	-0,33	<i>40-50</i>
	<i>M.O.C.Q./R - 2</i>	0	1	-0,72	<i>20-35</i>
	<i>M.O.C.Q./R - 3</i>	0	1	-0,23	<i>30-50</i>
Sch. 10	<i>S.T.A.I. X1 - R</i>	0	15	-0,70	<i>45-50</i>
	<i>S.T.A.I. DIFF</i>	0	0	0.47	<i>75-80</i>
Indice	<i>S.T.A.I. ACC</i>	0	0	appropriato	
Indice	<i>INDICE IR</i>	0	6	appropriato	

L'elevazione della scala EPQR-E mostra una certa impulsività e socievolezza.

Aspetti rilevanti sono dati da frequenti mal di testa, ma anche da un'alimentazione irregolare, con pasti fuori orario e un nervosismo che le chiude lo stomaco.

Ada riferisce di dormire poco e male.

Dichiara episodi di bere eccessivo ed ebbrezza (ma solo in compagnia).

Fra le esperienze negative annovera un brutto anno scolastico e l'aver lasciato il ragazzo per motivi familiari.

Ammette come *problema psicologico* lo strapparsi i capelli, con inizio intorno alla primavera del 2007; gli inconvenienti derivati sono dati dal non poter sciogliere i capelli in pubblico e il non poter recarsi dalla parrucchiera, a causa dell'imbarazzo.

Allo scopo di verificare la presenza di eventuali pensieri ossessivi, ho ritenuto opportuno procedere alla somministrazione del *Padua Inventory* (Sanavio, 1988):

SCALE	<u>Punteggio GREZZO</u>	<u>Punti Z</u>
INSUFFICIENTE CONTROLLO DEI PENSIERI	15	-0,86
LAVAGGI E PAURA DI CONTAMINAZIONE	9	-0,89
CONTROLLI RIPETUTI E SUPERFLUI	6	-0,81
PAURA DI PERDERE IL CONTROLLO	0	-0,93
PUNTEGGIO TOTALE	43	-0,94

Come si può notare, non emergono punteggi critici nelle quattro aree considerate.

Si è poi proceduto alla somministrazione della **SIB** (Scale for Interpersonal Behaviour) di W.Arrindell et al.:

	Manife- stazione di sentimenti negativi		Espressione e gestione limiti personali		Assertività di iniziativa		Assertività positiva		Assertività generale	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
Punti grezzi	23	17	9	22	16	21	18	15	66	75
Punti T	61	44	42	56	55	57	59	41	57	49

D = dimensione del Disagio

F = dimensione della Frequenza

Manifestazione di sentimenti negativi: la ragazza, con una certa frequenza, mostra molto disagio quando desidera dire a una persona che ciò che sta facendo la infastidisce, ma anche quando deve rifiutare qualcosa a una persona autorevole o importante per lei.

Espressione e gestione di limiti personali: Ada prova frequentemente un disagio abbastanza contenuto quando si tratta di ammettere apertamente che ha sbagliato o che le critiche a lei rivolte sono adeguate.

Assertività d'iniziativa: prova frequentemente un certo disagio quando è necessario iniziare una conversazione con una persona non conosciuta, raccontare qualcosa di fronte agli altri, esprimere una propria opinione in presenza di persone autorevoli o un'opinione contraria a quella della persona con cui sta parlando.

Assertività positiva: prova frequentemente un disagio abbastanza contenuto quando si trova a fare o a ricevere complimenti.

- **Ipotesi diagnostica**

Ada soffre di **Tricotillomania** (dal greco: capello-strappo-pazzia), classificata nel DSM (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*) IV-TR (2000) all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati (categoria diagnostica residua).

I criteri diagnostici relativi alla Tricotillomania sono:

CRITERIO A: il soggetto si strappa in modo cronico e ripetitivo i capelli, con conseguente perdita notevole degli stessi.

CRITERIO B: il soggetto avverte un aumento del senso di tensione subito prima dello strappo o quando cerca di resistere all'impulso.

CRITERIO C: il soggetto esperisce un senso di sollievo o di piacere e gratificazione associato alla messa in atto del comportamento.

CRITERIO D: Lo strappo non è causato da malattie mediche, quali infiammazioni cutanee o altre condizioni dermatologiche, o da altri disturbi mentali, ad esempio come risposta ad un delirio o ad un'allucinazione.

CRITERIO E: Tale disturbo causa disagio clinicamente significativo e compromissione sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento.

Il problema di Ada rientra pienamente nei primi quattro criteri mentre, ad una prima raccolta anamnestica, non appaiono compromesse l'area scolastica (non per questo motivo, almeno) e tanto meno quella sociale. Vedremo in seguito come questo ultimo ambito in realtà presenti delle criticità, peraltro già rilevate nella SIB.

La sotto-categoria cui sembra appartenere il disturbo della ragazza è lo **automatic-habitual pulling**, caratterizzata da uno strappo che avviene senza consapevolezza. È lo stile predominante dei pazienti (circa i 3/4) quando sono annoiati o stanno svolgendo attività sedentarie o contemplative, quali leggere, studiare, parlare al telefono, guidare ecc. È importante effettuare una distinzione dal **focused pulling**, in cui l'attenzione del soggetto è focalizzata sull'atto dello strappare, che lo distrae da azioni necessarie per altri compiti, e che ha affinità fenomenologiche con i rituali di simmetria del Disturbo Ossessivo Compulsivo, escluso in Ada attraverso la somministrazione del Padua Inventory (*vedi sotto*). Ma vi sono due aspetti di questa ultima categoria che rientrano nel quadro del disturbo: il primo riguarda un aumento della tensione prima dello strappo o quando cerca di resistere all'impulso, il secondo riguarda l'azione intesa come strategia disfunzionale attuata per far fronte a emozioni spiacevoli. Christenson e Crow (1996) affermano che è quasi impossibile reperire una sotto-categoria pura, mentre è molto più frequente trovare delle caratteristiche trasversali ad entrambe.

Restituzione

Ada aveva già sentito parlare di tricotillomania, ma la sua grande preoccupazione era data dal pensiero, suggeritole dalla nonna, che in poco tempo sarebbe diventata del tutto calva! Quando l'ho rassicurata sull'infondatezza di tale diceria, aggiungendo che condivideva questo problema con un numero di ragazze ben maggiore di quanto pensasse e, soprattutto, che si poteva lavorare bene per porvi rimedio, l'espressione imbronciata si è tramutata in un sorriso. Ho presentato alla ragazza e alla madre, essendo Ada minorenni, il programma terapeutico di intervento cognitivo-comportamentale integrato, suddiviso in quattro fasi, descritto più avanti.

Ho raccomandato alla ragazza la massima collaborazione rispetto all'esecuzione degli homework, mai come in questo caso necessari per superare il problema.

Motivazione ed ostacoli al trattamento

Ada all'inizio è apparsa piuttosto diffidente, e ha ammesso di venire in terapia perché spinta dai genitori.

In diverse occasioni non ha eseguito gli homework assegnati. Come spesso succede agli inviati in terapia da altre persone (di solito i genitori), tendeva a sottovalutare l'importanza del lavoro a casa, aspettandosi che fosse sufficiente recarsi una volta alla settimana dallo psicologo per risolvere i problemi, assimilando la psicoterapia ad una palestra o a un corso di karate. Ogni volta ho ribadito la necessità di una motivazione più profonda ad uscire dal problema, insinuando il dubbio che, rimanendoci dentro, si hanno dei vantaggi secondari ai quali è difficile rinunciare, più o meno consapevolmente.

Aspettative di trattamento

La madre, di istruzione superiore, si era preventivamente informata rispetto ai vari trattamenti e aveva scelto questa struttura con l'esplicita richiesta di un intervento efficace e limitato nel tempo, avendo lei avuto in passato un'esperienza deludente, della quale però non ha voluto fornire informazioni. Ada, dal canto suo, sembrava non nutrire molte speranze nel trattamento e, almeno in presenza della madre, assumeva un atteggiamento improntato alla rassegnazione.

Interazione terapeutica

C'è voluto un po' di tempo prima di conquistare la fiducia di Ada, che non ha mai nascosto una certa difficoltà a rapportarsi con figure maschili adulte, assimilandole al padre: *omi sento sempre giudicatai !ö*

Significativo un episodio accaduto all'inizio del trattamento, quando le ho chiesto di mostrarmi le zone critiche del cuoio capelluto, e lei mi ha supplicato di non farlo, poiché quella settimana aveva strappato molto. Le ho risposto che rispettavo questa sua richiesta, ma che la prossima volta sarebbe stato necessario farsi un'idea dell'entità del problema e che, evitando di affrontarlo, non si risolveva. Quando le ho chiesto se si fidava di me, lei mi ha risposto che la cosa migliore delle sedute, a prescindere da quello che sarebbe stato il risultato, era il sentirsi libera di esprimersi senza che qualcuno le facesse la predica o le dicesse che quello che pensava era sbagliato.

In seguito, su mia specifica richiesta, è arrivata a portarmi i capelli strappati, conservati in una scatola, anche se la madre nutriva perplessità sul fatto che effettivamente fossero tutti.

Concettualizzazione del caso

Mansueto (1997) ha elaborato un modello che può essere applicato al caso di Ada. Vengono innanzitutto individuati:

- 1) Stimoli condizionati inducenti lo strappo, che possono essere suddivisi in stimoli esterni, costituiti da luoghi, quali la scrivania o il letto, in cui la ragazza studia, e stimoli interni, costituiti da stati emozionali, nel nostro caso ansie e preoccupazioni.
- 2) Stimoli discriminativi facilitanti o inibenti lo strappo, anche in questo caso suddivisi in esterni, come l'assenza di altre persone, e interni, costituiti dagli impulsi, dalle posture o dalle cognizioni impostate al catastrofismo.
- 3) Comportamenti associati allo strappo dei capelli nella preparazione, durante, e comportamenti successivi allo strappo: una volta strappato il capello, Ada lo tiene tra le dita e lo liscia, partendo dalla radice. Il numero varia da un singolo capello a diversi, fino a costituire un ciuffetto.
- 4) Conseguenze dello strappo dei capelli, che possono essere rinforzanti (emozioni positive, riduzione del disagio e dell'ansia) o aversive (stati emozionali indesiderati, senso di fallimento e vergogna).

La letteratura evidenzia come possano essere associati allo strappo dei capelli numerosi stati affettivi, oltre alla tensione (quali noia, ansia, rabbia, imbarazzo o disagio, depressione o frustrazione), che non sono inclusi nei criteri diagnostici per la tricotillomania. L'esordio piuttosto tardivo, in concomitanza a recenti eventi importanti nella vita di Ada, fanno propendere per una lettura multidimensionale del disturbo, sul quale convergono cause

legate alla crescita, all'ambiente scolastico, alle amicizie, ai problemi di carattere sentimentale, al lutto, ma anche alla costruzione di una tormentata identità, che deve passare inevitabilmente per una separazione-individuazione dal mondo familiare. Ma la famiglia di Ada si sta sfasciando sotto i suoi occhi attenti, provocandole un grande dolore: così ha fatto di tutto (parole sue) per tenere uniti mamma e papà, fino ad *ammalarsi* per sottrarre energia ed attenzioni al conflitto genitoriale; in un'ottica sistemica, si direbbe che Ada è diventata un *simbolo* di una patologia relazionale, che si mantiene allo scopo di unire la coppia in un progetto di *guarigione*.

Va poi considerata la presenza di un *pensiero perfezionistico* che porta Ada a pretendere molto da se stessa, salvo poi autopunirsi qualora non venga raggiunto l'obiettivo (sempre piuttosto elevato) che si è preposta; ne deriva un rischioso pensiero dicotomico che la porta a non accontentarsi mai e a rifiutare anche risultati tutt'altro che disprezzabili, con la conseguenza di una profonda frustrazione.

Infine si nota una ambivalenza, tipicamente adolescenziale, nel suo voler dedicarsi agli altri ma mal sopportando la persona passiva (e lei sotto certi aspetti lo è), nel ricercare le amicizie salvo poi trovarsi in difficoltà a mettersi in gioco nelle relazioni (mal sopportando le critiche), nella sua preferenza della compagnia maschile, vedendo nelle femmine principalmente delle rivali.

Trattamento

Il riferimento teorico è costituito dal modello di Mansueto et al. (1999), dal quale è derivato il ***Trattamento Cognitivo Comportamentale Integrato***, caratterizzato dalla possibilità di produrre un intervento individualizzato e flessibile. Tale trattamento si sviluppa lungo quattro fasi:

1) La prima fase è costituita dall'assessment e dall'analisi funzionale che forniscono un quadro che illustra tutti i fattori (comportamentali, cognitivi, ambientali, sensoriali o emozionali) ritenuti centrali nella patologia.

Mi accordo così con Ada per la compilazione di schede nelle quali si indica la situazione (antecedente), i pensieri che precedono lo strappo, quelli durante e quelli che seguono, a strappo avvenuto. Con una leggera vena polemica, Ada mi chiede la ragione di ciò; le rispondo che si rende necessario per comprendere i pensieri che sottendono alle emozioni, per arrivare ai comportamenti, e le conseguenze di questi. In ogni situazione vi sono degli antecedenti che possono essere rilevati per comprendere come poi si svilupperà un certo comportamento, fornendo delle indicazioni utili a modificarlo, qualora fosse necessario; questo argomento sembra particolarmente interessarla: *«Quindi lei mi vorrebbe quindi dire che le persone possono cambiare?»*

2) La seconda fase è dedicata ad identificare le modalità coinvolte nel comportamento di strappo, che vengono distinte in interne (cognitiva, emotiva, motoria, sensoriale) ed esterna (ambientale). Ada strappa solo in concomitanza allo studio, quando i pensieri sono particolarmente ansiogeni. Nel momento dello strappo, ma anche della sua preparazione, si nota un miglioramento del tono dell'umore attraverso dei pensieri più realistici e positivi, quindi l'associazione "strappo-sto meglio" (rinforzo positivo) diviene un esempio di condizionamento. Diviene importante quindi agire su di un piano di ristrutturazione cognitiva, giocando d'anticipo sul pensiero negativo. Importante anche l'aspetto ambientale: la ragazza non strappa in presenza di altre persone (quando studia in compagnia), per due possibili motivi: da un lato la vergogna, dall'altro la sicurezza che l'altra persona può trasmettere, anche solo con la propria presenza, fungendo da "ansiolitico".

3) La terza fase è costituita dall'attuazione di strategie di trattamento:

a) **Cognitive**: dopo aver introdotto il modello A-B-C di Ellis, nel quale viene sottolineata l'importanza dei pensieri rispetto alle emozioni e ai comportamenti, con Ada si attua una ristrutturazione cognitiva soprattutto rispetto ai pensieri catastrofici, numerosi e di forte intensità a ridosso di interrogazioni o verifiche scritte, cioè in tutte quelle occasioni in cui si sente oggetto di valutazione. In questo periodo è in ansia per la simulazione della "prova d'esame"; quando si trova in queste situazioni, ammette di essere più esposta al rischio di "strappo". Una grande preoccupazione è costituita dal fatto che teme di non saper ricordare ciò che studia. Il pensiero disfunzionale: *"non ce la farò, andrà tutto storto!"*, derivato da una regola: *"devo assolutamente riuscirci, altrimenti la delusione di un fallimento sarebbe insopportabile!"*, basato su di un assunto di fondo: *"gli altri, compresi i genitori, penserebbero che non valgo niente se fallissi!"*, viene messo in discussione. Vengono proposti dei pensieri funzionali alternativi, in sostituzione di quelli ansiogeni: *"non posso confondere le probabilità con la possibilità: se mi sono preparata, le probabilità di un buon voto sono nettamente superiori a quelle di un fallimento! preferirei prendere un buon voto ma, se ciò non accadesse, potrei capire che cosa non ha funzionato e riprovarci! comunque saprei affrontare la situazione! un fallimento è solo un obiettivo fallito, non la mia persona!"* Un altro pensiero disfunzionale che viene attaccato è quello "dicotomico", ovvero il pensare in termini di "tutto o nulla", derivato da un atteggiamento perfezionistico; si fa una rapida disamina dei vantaggi e degli svantaggi di questo modo di pensare, arrivando alla conclusione che a volte diviene più pragmatico e adattivo l'accontentarsi di fare bene il proprio lavoro, senza protendersi verso una perfezione che finisce per allontanare l'obiettivo, a causa di continue revisioni o ripensamenti.

Alla ragazza viene insegnato l'uso di *autoistruzioni* attraverso il *dialogo interiore*, come guida per superare le risposte emotive o improntate all'impulsività. Il dialogo interiore ha anche lo scopo di autorassicurazione

sul fatto che si sta lavorando affinché il comportamento cessi in breve tempo, allontanando quell'aura di sfiducia che ha caratterizzato lo stato d'animo col quale la ragazza ha intrapreso il trattamento.

b) **Emotive:** vengono proposte tecniche di autoregolazione quali la respirazione controllata diaframmatica e il Rilassamento Muscolare Progressivo, come indicato da Johnson in *Strategie e Strumenti di Psicoterapia* (op. cit.), con l'invito ad esercitarsi bene a casa.

Ada afferma che a lei non piace esternare le emozioni, nemmeno con gli amici più intimi. Non distingue tra "emozione" e "sentimento"; sulla base della distinzione fra la prima, contrassegnata dall'intensità e della brevità, e il secondo, caratterizzato da un tempo più lungo e da un'attivazione fisiologica meno acuta, la invito a osservarsi, con lo scopo di riconoscere in sé le emozioni e i sentimenti fondamentali. Quindi viene guidata all'espressione delle emozioni e infine alla loro gestione.

Viene condotto un training assertivo, che vede Ada interessata e impaziente di collaudare le tecniche apprese, accompagnato dall'acquisizione dell'algoritmo del problem solving, focalizzato sulle difficoltà organizzative nell'affrontare lo studio.

c) **Comportamentali:** si costruisce una scheda di automonitoraggio, atto ad incrementare la consapevolezza di Ada nel momento in cui dà inizio al procedimento di strappo in maniera meccanica e automatica. Il passo successivo è costituito dall'*esposizione con prevenzione della risposta*, inizialmente con un periodo molto breve (circa tre minuti) per poi aumentare gradualmente il tempo che intercorre tra l'impulso dello strappo all'azione effettiva. Questa tecnica ha avuto un buon risultato quando la ragazza è riuscita a passare circa venti minuti senza strappare, *dimenticandosi* di farlo: ciò le ha procurato un grande sollievo, constatando che poteva resistere a qualcosa che riteneva inevitabile, *più forte di me*.

Sempre allo scopo di aumentare la consapevolezza del gesto di strappare, si è proceduto al *controllo dello stimolo*. In primo luogo si è prescritto ad Ada l'uso di un foulard, ben stretto attorno ai capelli: il cercarli sarebbe inevitabilmente passato attraverso il suo spostamento. In seguito si è raccomandato l'uso di guanti di lana, specialmente quando si coricava, rendendo così difficoltoso, se non impossibile, il movimento fine.

Ambientali: dato che Ada non strappa in presenza di altre persone, viene incoraggiato lo studio assieme ad un'amica, con un duplice scopo: da un lato prevenire lo strappo, dall'altro, più semplicemente, abbassare l'ansia attraverso la verifica della propria preparazione, sicuramente più adeguata di quanto pensasse.

4) **La quarta e ultima fase** prevede le necessarie valutazioni relative al trattamento e alle eventuali modifiche, sulla base dei risultati ottenuti fino a questo momento. I risultati emersi dalle valutazioni portano quindi a decidere se continuare con le strategie impiegate, se modificarne alcuni aspetti, se tornare alle prime fasi per aggiungere nuove tecniche a quelle al

momento utilizzate o se abbandonarle in favore di nuove. Nel caso di Ada, le tecniche proposte si sono rivelate efficaci, seppur accettate in modo diverso dalla paziente.

Alla fine, come previsto da Mansueto, si affronta il tema della *Prevenzione della Ricadute*. Diviene importante per Ada riconoscere i segni premonitori di un'incipiente ricaduta (ansia, l'avvicinarsi di una valutazione, pensieri pessimistici ecc.) e i fattori scatenanti che più frequentemente la provocano (delusioni, responsabilità stimate troppo gravose ecc.), al fine di ricorrere rapidamente all'utilizzo di strategie preventive. In più di un'occasione ho rassicurato Ada che un'eventuale ricaduta non indicava che il suo disturbo era tornato con la stessa gravità di prima, né che ci sarebbero voluti gli stessi sforzi e lo stesso tempo impiegati la volta precedente. L'analisi funzionale, di cui ormai è divenuta esperta, le avrebbe consentito di osservare se il problema si sarebbe riproposto secondo le modalità precedenti o con modalità inedite.

Affinché Ada accettasse come valide le strategie di trattamento, gli è stato spiegato il razionale sottostante, data anche la sua naturale curiosità rispetto al loro senso.

È stata infine programmata per tempo la cessazione della terapia, una volta raggiunti gli obiettivi e mantenuti per un tempo ritenuto accettabile per entrambi. Ci siamo accordati per un periodo di incontri a cadenza quindicinale, per poi terminare con due sedute a cadenza mensile.

Sintesi delle sedute

Mi racconta che i rapporti a casa sono sempre piuttosto tesi a causa della scuola: *“Ai miei genitori importa solo la scuola, non mi chiedono di altro, per esempio degli scout, pur sapendo quanto ci tengo!”* A tavola, quando potrebbe essere un momento per scambiarsi delle idee, condividere delle esperienze, si finisce per parlare solo di scuola, come se nella vita non esistesse *nient'altro!* Non ne posso più! Per i miei genitori, dovrei passare tutto il mio tempo sui libri, ma non fa per me questo! Le chiedo di immaginare per un attimo di avere vicino il papà, seduto sulla sedia accanto alla sua, e di dirgli senza paura quello che da tempo vorrebbe esprimere. *“Papà, capisco che la scuola sia la tua vita ed anche la tua passione, ma per me non è la stessa cosa!”* Ti ricordi quando il mese scorso ho fatto quella porticina alla recita degli scout? Ero convinta di aver fatto qualcosa di bello, ma mi hai gelato quando hai detto che ho fatto una parte da stupida! Perché per te valgo solo se porto a casa un bel voto? Dice che la mamma è diversa, lei si è complimentata per la performance. Le chiedo se il papà ha lo stesso comportamento anche con la sorella minore; Ada dice che è molto diverso con lei, diventa più scherzoso, ci gioca assieme e le dà

sempre ragione. Le chiedo da 1 a 100 quanta rabbia le causa ciò: 90/100! Ammette però di essere spesso scontrosa ed antipatica con lui e spesso a cena si presenta con le cuffiette nelle orecchie appositamente per isolarsi, suscitando le ire di entrambi i genitori. Le faccio notare come questo atteggiamento inneschi un circolo vizioso: molto meglio imparare delle tecniche di comunicazione efficace, senza aspettarsi che sia l'adulto a prendere l'iniziativa (anche se sarebbe auspicabile).

In una seduta in cui incontro prima la mamma per fare il punto della situazione, mi dice, con tono piuttosto allarmato, che Ada non dorme la notte e vede in lei una grande ansia rispetto a certe materie che la terrorizzano. Azzardo l'ipotesi che si sia creato un clima ansiogeno rispetto ai risultati scolastici della figlia, ma la madre risponde che è il suo stile in tutto ciò che affronta. Aggiunge che è permalosissima e reagisce con aggressività anche ad osservazioni insignificanti. Secondo la madre, è stata lei a rompere il rapporto col suo ragazzo, raccontando in giro che doveva badare alla sorella più piccola, dato che i genitori non andavano d'accordo.

In una seduta successiva, Ada ammette tutta la sua difficoltà nel far fronte alle delusioni. Le chiedo di farmi degli esempi recenti: racconta che, cambiando il livello di responsabilità con gli scout, sono cambiate le persone (adesso sono della sua età, mentre prima erano più giovani) e questo la porta ad essere più autonoma nelle decisioni, ma le provoca disagio e sofferenza. Un'altra delusione avvenuta poco tempo fa, riguarda il suo ex ragazzo: lui avrebbe voluto che il loro rapporto si fosse mantenuto su binari solamente di amicizia, mentre lei avrebbe desiderato rimettersi insieme, formalizzando così un impegno per il futuro.

A differenza delle ragazze della sua età, che cambiano spesso acconciatura, Ada tiene sempre i capelli molto raccolti, avvalendosi di cerchietti, forcine anche appariscenti: l'effetto è quello di uno schiacciamento che la fa sembrare più anziana. Le chiedo se ha consapevolezza di ciò e lei, tra le lacrime, confessa che vuole uscire da questa situazione anche per sentirsi più libera di pettinarsi come vuole, perché così non si piace proprio e a volte mangia dal nervoso tutto ciò che trova in frigo, specie se in quel momento non c'è nessuno in casa. Le rimando che questa sua confidenza è molto importante, poiché dimostra consapevolezza di aver innescato un circolo vizioso che si può spezzare agendo alla radice psicologica del problema.

In un'altra seduta mi racconta di aver studiato per due giorni consecutivi a casa di un'amica e si è resa conto che in questo frangente non ha mai strappato.

Ada esprime la sua preoccupazione di non essere ammessa agli esami: *«Ho sbagliato ed è giusto che paghi! non avevo più voglia di studiare, poi ho capito che dovevo farlo per me!»* E' dunque passata da una motivazione estrinseca (vado a scuola per fare un favore ai miei genitori) ad una intrinseca (vado a scuola per costruirmi una professionalità da spendere nel

mondo del lavoro): le restituisco la positività di tale conquista, che potrebbe realmente costituire una svolta nella sua vita, non solo scolastica.

Facciamo assieme l'Analisi Funzionale dei comportamenti descritti. Oggi appare molto positiva ed ammette che, nonostante sia partita titubante, adesso è contenta di venire in terapia e le sembra di essere migliorata. Afferma di aver usato foulard e guanti per il controllo dello stimolo.

Mi dice che sta anche lavorando sulla permalosità, anche se le scoccia molto che gli altri si accorgano che lei se la prende (ma anche questo è un segnale che la permalosità è ancora viva in lei).

Nella seduta seguente arriva molto contenta per aver preso un 10 all'esame di Educazione Fisica. È evidente il suo perfezionismo che la porta a cercare di avere sempre il massimo, ma così facendo dà una soddisfazione al papà, suo malgrado, creandole una dissonanza cognitiva non indifferente. Il suo umore adesso è automisurato, attraverso l'analogo visivo, in 80/100 mentre ieri, pensando all'esame, era 10/100, mostrando come l'ansia viri in senso depressivo, essendo accompagnata da pensieri catastrofici (non ce la farò, fallirò e tutti saranno delusi da me ecc.) Riferisce di aver anche pianto a scuola, temendo di aver fatto prendere un brutto voto alla compagna che aveva copiato da lei un compito. Cerco di ristrutturare: hai costretto tu la tua compagna a copiare da te o è stata una sua libera scelta? Nel secondo caso lei si prederà la sua responsabilità e tu non ti devi sentire colpevole, dato che hai cercato di fare del tuo meglio!

Si affronta il tema delle critiche: come saperle accettare quando sono costruttive e come difenderci da esse quando sono palesemente distruttive.

Mi dice che le fa rabbia la sua incapacità a dire no quando le viene chiesto qualcosa, perché teme che l'altra persona la giudichi un egoista; le dico che l'incapacità di dire no è passività e non può essere venduta come generosità. Fa molta fatica accettare ciò, poiché va contro i principi di abnegazione e immolazione nei confronti dell'altro, sui quali sta fondando la propria identità.

Facciamo role playing sulla capacità di dire no, cominciando dalla variante disco rotto per finire con il no empatico; dice che lo metterà in pratica non appena se ne presenterà l'occasione.

Ritorna dopo tre settimane di vacanza: è stata al mare in tenda con le sue amiche, si è molto divertita e, con una punta d'orgoglio mi dice che in tutto questo periodo non ha mai strappato. Mi complimento con lei e le faccio notare che l'atto adesso è sotto il dominio della sua consapevolezza.

La conflittualità che contraddistingueva il rapporto col padre adesso si è estesa anche alla madre, che ha cercato di boicottare fino all'ultimo momento la vacanza di Ada, rinfacciandole che a casa non fa praticamente nulla e che non se la meritava, dato l'impegno dimostrato durante l'anno scolastico. La ragazza accusa i genitori di avere una mentalità retrograda (tipicamente meridionale, l'ha definita), perciò limitano molto le uscite serali, paventando pericoli di ogni genere, ma soprattutto *hanno la fissa dei*

maschiö e cercano di öproteggerlaö: öMa alla fine quello che gli interessa è di non far brutte figure con la genteí !ö

Un giorno arriva allo studio con gli occhi gonfi di pianto: öNon ne posso più, i miei genitori continuano a litigare! Preferirei vederli divisi piuttosto che continuare in queste condizioni! Se ne dicono di tutti i colori e vengono fuori robe vecchie, si rinfacciano misfatti dei parenti, torti subiti, di tutto e di più! Quando si recano in Sicilia a trovare i parenti, ognuno se ne sta coi propri, neanche fossero separati! Si offendono reciprocamente a Natale, a Pasqua e perfino il giorno del mio compleanno! Come potrei nutrire affetto verso due che litigano come minimo una volta al giorno, che irrompono nella mia camera dicendo: *sai lui (o lei) che ha fatto? Hai sentito cos'ha detto?* Come volessero che io prendessi posizione per l'uno o per l'altra! Facevano così anche quando ero piccola e a volte ho l'impressione di essere costretta io a far loro da genitoreí !ö Mi raccomanda di non parlare con i genitori del suo sfogo, teme che possano rinfacciarle di aver messo in piazza i öpanni sporchiö.

Poi mi dice che ha lasciato il fidanzato perché i suoi erano contrari a questo rapporto e temeva che continuarlo avesse acuito i contrasti già alti all'interno della famiglia: öAlmeno avevano un motivo in meno per litigare!ö Dopo un po' ci ha ripensato, ma ormai era tardi perché lui nel frattempo si era consolato fra le braccia di un'altra. Le dico che in questo caso le ha giocato un brutto scherzo il *pensiero inferenziale*, che ha interpretato i litigi dei genitori come prodotti dal suo comportamento e dalle sue scelte, mentre la causa va cercata nei loro problemi relazionali che a lei sfuggono nella loro ragione d'essere.

Dopo quanto mi aveva raccontato Ada nell'ultima seduta, ho ritenuto opportuno vedere i genitori, promettendo alla ragazza che non avrei fatto cenno di quanto raccontatomi da lei. Ne ho approfittato per spiegare al papà, che vedevo per la prima volta, il percorso fatto con la figlia e le tecniche messe in campo per fronteggiare la tricotillomania. Spontaneamente il padre ammette che la situazione familiare è molto critica e, una volta che le figlie saranno più grandicelle, di comune accordo ognuno prenderà la propria strada. Colgo l'occasione al balzo per affermare che i continui litigi hanno arrecato un grande danno emotivo alla figlia e la tricotillomania non è altro che un sintomo di un disagio più profondo che nasce da molto lontano, da quando Ada ancora bambina non sopportava l'idea che i genitori si sarebbero potuti lasciare perché non si volevano più bene. Ada ha fatto di tutto per tenere unita la coppia, fino ad öammalarsiö per sottrarre energia ed attenzioni al conflitto, si è immolata sull'altare della famiglia come una vittima sacrificale. I genitori, con le lacrime agli occhi, accettano questa analisi ed ammettono di aver sospettato che dietro il disagio della figlia ci fosse una loro precisa responsabilità, ma faticavano ad accettare questo, preferendo pensare che il problema si sarebbe potuto risolvere mandando Ada in terapia, al fine di renderla più forte. Il padre si sente anche molto in

colpa per aver scoperto molto tardi che la figlia soffriva di dislessia; gli dico che i dislessici spesso compensano la loro difficoltà attraverso strategie che finiscono per avere un elevato costo sul fronte dell'energia (ottengono cioè il *minimo risultato col massimo sforzo*), con pesanti ricadute sull'autostima. Assieme quindi alla terapia è necessario un loro sforzo, come genitori, per valorizzare quanto di buono Ada sa fare, non limitando la sua esistenza all'interno dei risultati scolastici. Per i loro problemi, ho consigliato una terapia di coppia, qualora se la sentissero di fare un ultimo tentativo per salvare il loro rapporto e l'unità familiare.

Risultati raggiunti

Alla fine del trattamento sia Ada sia i genitori confermano una drastica diminuzione della frequenza e dell'intensità degli episodi di strappo. La ragazza in particolare si dichiara soddisfatta di essere riuscita a padroneggiare l'esposizione con prevenzione della risposta, nonostante la titubanza iniziale (pensavo fosse una cavolata, ma alla fine ho visto che funzionava! potrei anche aiutare Giulia a smettere di fumare!) Ma un risultato che ha ancor più galvanizzato Ada è stata la sua capacità, data per scontata l'impossibilità di cambiare la testa dei genitori, di mutare la sua reazione di fronte ai loro frequenti litigi, allontanandosi da improbabili sensi di colpa, costruendo giorno dopo giorno una propria resilienza e affinando sempre di più delle abilità di coping. La ragazza col tempo si è sentita più popolare (nel senso americano del termine) e cercata dalle amiche, ma anche dai maschi, man mano riusciva a essere meno permalosa e a non vedere nei rapporti una minaccia alla propria identità, bensì una salutare sfida a diventare sempre più competente nella comunicazione.

Follow up

A distanza di tre mesi, Ada dichiara di aver avuto due ricadute, una dopo una lite piuttosto accesa con il suo ex ragazzo (ma ci ho messo una croce sopra!) e un'altra volta prima di una verifica scritta di Inglese, in cui non si sentiva per niente preparata. Le ho ricordato quanto detto sulle ricadute e lei: infatti, non l'ho presa come una sconfitta, ma come una lezione che non potrò mai abbassare la guardia! Per il resto, continuano le litigate in famiglia tra i genitori, ma Ada dice che non può rovinarsi le giornate per problemi che sono solo loro.

Bibliografia

- Johnson S. L. (1999), *Strategie e Strumenti di Psicoterapia*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Andrews G., Creamer M. e Al. (2006), *Trattamento dei Disturbi d'Ansia (Guide per il clinico e Manuali per chi soffre del disturbo)*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- AA. VV. (1996) *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson Editore, Milano, Parigi, Barcellona.
- Meazzini P. (2000), *L'Insegnante di Qualità*, Giunti, Firenze.
- Toso E. (2008), *Il Potere Terapeutico dell'Esposizione*, Ecomind, Salerno.

8. PARENT TRAINING CON I BAMBINI DDAI

1. Definizione di DDAI

Il DDAI è un acronimo della lingua italiana per definire il «Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività», più noto in ambito internazionale con la sigla ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). È un problema che si manifesta in età evolutiva e che può compromettere significativamente importanti aree dello sviluppo e dell'inserimento sociale. La percentuale della popolazione colpita oscilla tra il 3 ed il 5% fra gli individui in età scolare, con una netta prevalenza maschile.

Il DSM-IV caratterizza il disturbo con due gruppi di sintomi (o dimensioni psicopatologiche), costituiti dall'inattenzione e impulsività/iperattività. Questi sintomi vengono definiti *primari*, per distinguerli da quelli *secondari*, derivati dall'interazione tra le caratteristiche primarie del disturbo e l'ambiente circostante. I sintomi secondari possono essere considerati delle *conseguenze negative*, poiché l'inattenzione, l'impulsività e l'iperattività, da sole, possono non causare significative compromissioni funzionali. Queste difficoltà *secondarie* sono individuate in tre ambiti: scolastico (ma più tardi anche lavorativo), relazionale (con ricadute nella socializzazione) e autostima (compromessa dal fallimento nei due precedenti).

Secondo i criteri del DSM-IV, per una diagnosi di DDAI è necessario che i sintomi:

- si manifestino prima dei sette anni;
- abbiano una durata superiore ai sei mesi;
- siano pervasivi in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambiente di gioco);
- causino una significativa compromissione del funzionamento globale.

Vengono distinte tre forme cliniche di DDAI:

1. Prevalentemente inattentiva (almeno sei sintomi di inattenzione, ma meno di sei sintomi di iperattività/impulsività);
2. Prevalentemente iperattiva (almeno sei sintomi di iperattività/impulsività, ma meno di sei sintomi di inattenzione);
3. Combinata (almeno sei sintomi sia di iperattività-impulsività, sia di inattenzione).

Nel bambino si evidenzia una marcata *difficoltà di autoregolazione* che si può sintetizzare nella figura 1.

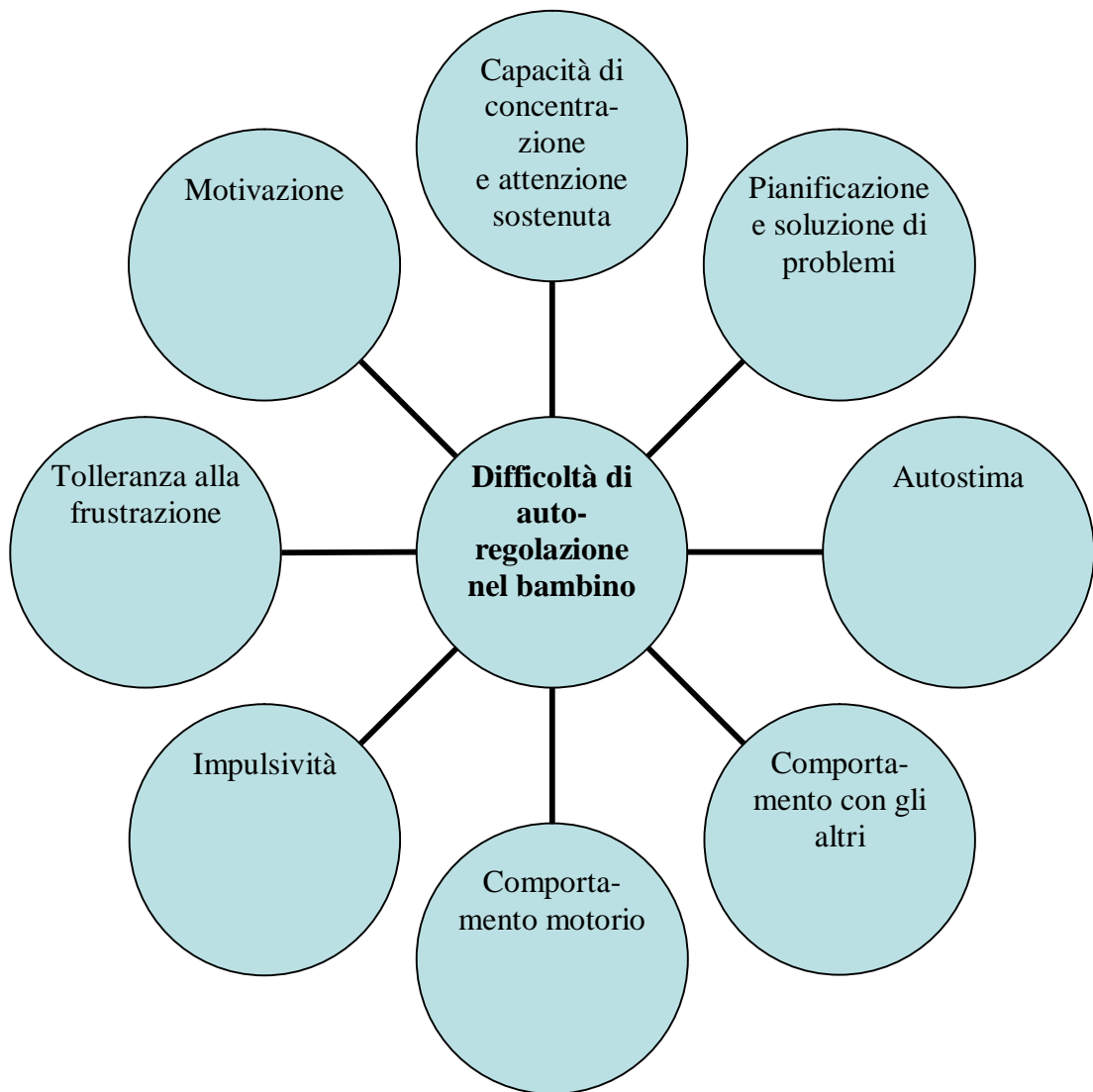


Figura 1: le macro aree in cui si manifestano le difficoltà di autoregolazione del bambino.

2. Ipotesi sulle cause

Come per altri disturbi mentali, anche in questo caso si sono fronteggiate due posizioni. Da un lato i sostenitori delle cause ambientali particolarmente svantaggiose, dall'altro i fautori dell'ipotesi neurobiologica. In realtà è più probabile che entrambi i fattori (psicosociali e neurobiologici) concorrano al

manifestarsi del DDAI, e che le cause ambientali, per molto tempo invocate come unica fonte del disturbo, da sole non possano costituire una convincente ipotesi eziopatogenetica. I fautori dell'origine organica sostengono che il DDAI sia espressione di un disturbo che coinvolge la corteccia prefrontale, i nuclei della base ed il cervelletto, e si manifesti come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. Negli ultimi dieci anni alcuni studi, fondati sulle tecniche di diagnostica per immagini, hanno evidenziato che la corteccia prefrontale, parte del cervelletto ed alcuni nuclei della base (nucleo caudato ed il globus pallidus) nei bambini con DDAI, risultano più piccoli di quelli dei bambini sani. Le aree cerebrali descritte sono deputate alla regolazione dell'attenzione, alla programmazione e al controllo del comportamento, all'inibizione delle risposte automatiche, alla capacità di resistenza alla distrazione, all'esecuzione motoria delle risposte ed alla percezione del tempo. A livello biochimico i sistemi neurotrasmettitoriali maggiormente coinvolti nel disturbo, per una disregolazione del loro funzionamento, sono quello dopaminergico e noradrenergico: infatti sostanze come il metilfenidato e l'atomoxetina, capaci di regolare i loro meccanismi d'azione, sono particolarmente efficaci nel contenimento dei sintomi DDAI.

Benché l'eziologia del disturbo sia verosimilmente multifattoriale, numerosi studi ne sottolineano la familiarità, soprattutto sul versante maschile. Gli studi condotti tra gemelli omozigoti hanno dimostrato che un individuo omozigote con DDAI ha circa l'80% di probabilità di avere il suo gemello con lo stesso disturbo, mentre nei dizigoti la possibilità scende al 35%. Come per altri disturbi psicopatologici, è verosimile che i fattori genetici determinino la predisposizione per il disturbo, mentre l'attivazione sia modulata anche da fattori ambientali.

3. Strumenti di valutazione, comorbidità e diagnosi differenziale

Non esistono test diagnostici specifici per questo disturbo; la diagnosi si basa sull'**osservazione clinica** e sulla raccolta d'informazioni fornite da fonti multiple e provenienti da diversi contesti: genitori, insegnanti, educatori. Per la raccolta di informazioni vengono spesso utilizzate **interviste semistrutturate** o **questionari**. Questi strumenti possono essere esclusivamente centrati sulla sintomatologia, oppure spaziare sui diversi ambiti psicopatologici, in modo da individuare possibili disturbi associati, quali potrebbero essere i disturbi dell'umore, d'ansia e della condotta.

Per gli aspetti inerenti alla diagnosi differenziale, va sottolineato che iperattività, impulsività e inattenzione non sono sintomi esclusivi del DDAI. Questi sintomi possono essere facilmente confusi con quelli tipici di altre condizioni, tra cui patologie caratterizzate da manifestazioni come irrequietezza, affaticabilità, difficoltà di concentrazione e di memoria,

irritabilità, presenti nel Disturbo d'Ansia, Disturbo dell'Umore, Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), Disturbo dell'Adattamento, ma anche esperienze personali e familiari particolarmente difficili.

In età evolutiva risulta difficile trovare un disturbo allo stato puro: la **comorbidità** (cioè la presenza di più disturbi simultaneamente) è un aspetto che il clinico deve sempre considerare, dato che oltre i 2/3 dei bambini con DDAI presenta un disturbo associato, e ciò può rendere difficoltosa la diagnosi. Le comorbidità più frequenti sono quelle con i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Disturbi d'Ansia e Disturbi Evolutivi della Coordinazione, ma soprattutto col Disturbo Oppositivo Provocatorio, con un'incidenza intorno al 40% dei casi. Il DOP presenta caratteristiche comportamentali di difficile gestione: comportamenti di sfida e ostilità (soprattutto nei confronti degli adulti), comportamenti provocatori nei confronti dei coetanei e utilizzo di un linguaggio esageratamente disinibito; da ciò si deduce la problematicità di interazione con un bambino che comprenda la doppia diagnosi DDAI + DOP. Per quanto riguarda il basso rendimento scolastico, rimane da definire se ciò possa essere secondario al DDAI o se accanto si possa trovare un Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), o ancora, se quest'ultimo possa essere una fonte di disagio talmente marcato e invalidante da causare comportamento iperattivo, inattenzione, facile distraibilità e rifiuto per le attività scolastiche. Conoscere la causa dei sintomi e la presenza di eventuali doppie diagnosi è fondamentale per la pianificazione di qualunque intervento di carattere educativo.

4. Decorso del DDAI

Poiché iperattività ed impulsività possono essere dovute anche ad un temperamento vivace del bambino, nonché a ritardo mentale, deficit sensoriali, a gravi problemi di interazione genitore-figlio, la definizione del disturbo in età prescolare diviene complessa; per questo motivo si tende a formulare una diagnosi in età precoce solo in presenza di livelli molto alti di iperattività e comportamenti aggressivi, tali da impedire adeguati rapporti con l'ambiente e gli altri bambini.

Il DDAI in **età prescolare** è contraddistinto dai seguenti aspetti:

- Marcata iperattività
- Sonno discontinuo ed agitato
- Aggressività
- Litigiosità
- Frequenti scoppi d'ira
- Oppositività
- Scarsa percezione del pericolo con presenza di frequenti incidenti.

Con l'ingresso nella scuola, si crea una situazione particolarmente sfavorevole per questi bambini, a causa della necessità di apprendere una serie di nuove abilità come lettura, scrittura, sistema numerico, con compiti che richiedono capacità di attenzione, organizzazione e mantenimento di uno sforzo prolungato. Inoltre la frustrazione conseguente alle richieste porta a comportamenti impulsivi, alla necessità di essere in continuo movimento, a difficoltà relazionali con adulti e compagni, oltre alla tendenza a sviluppare oppositività e provocatorietà.

Così un bambino con DDAI in **età scolare** presenta le seguenti caratteristiche:

- Evidente inattenzione, impulsività e iperattività
- Tendenza ad evitare compiti complessi e lunghi
- Difficoltà associate ai sintomi primari (difficoltà scolastiche)
- Aggressività
- Senso d'inadeguatezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità
- Relazioni sociali difficili.

L'età adolescenziale porta con sé la necessità di interiorizzare tensione ed inquietezza, a scapito dell'iperattività motoria; permane però l'inattenzione con conseguenze negative nelle capacità di organizzazione di studio o lavoro. La ricerca di nuovi stimoli, caratteristica dell'età infantile, ora si trasforma in continui cambiamenti nelle scelte di formazione professionale o d'inserimento lavorativo, mai realmente appaganti. La frequente ricerca di novità ed uno scarso senso del pericolo possono incentivare condotte a rischio, come abuso di sostanze o incidenti automobilistici, pratica di attività o sport estremi.

Nel ragazzo DDAI in **età adolescenziale** si possono notare:

- Evidente inattenzione
- Carente capacità di organizzazione e pianificazione
- Riduzione dell'iperattività
- Abuso di sostanze
- Problemi emotivi, comportamento aggressivo.

Nell'**età adulta**:

- Scarso successo scolastico e lavorativo
- Instabilità di inserimento sociale
- Comportamento antisociale e delinquenza.

5. Aspetti difunzionali

Nei bambini con DDAI la mancanza di inibizione e di autocontrollo compromette in modo variabile la gestione di risposte sia cognitive, sia comportamentali, causando alterazione o ritardo di particolari funzioni, e traducendosi in scarse capacità di organizzazione, di gestione dello sforzo e di autoregolazione. Ecco una rapida carrellata :

- A) Inadeguato funzionamento della **Memoria di Lavoro**. Ciò comporta compromissione nella capacità di tenere a mente gli eventi, nella capacità di retrospezione (ricordare lo scopo di un gioco o di un lavoro), di previsione (conoscenza di ciò che serve per raggiungere un obiettivo) e nella maturazione del senso del tempo. Ciò si traduce in pratica in frequenti inadempienze di impegni importanti: il bambino dimentica la data di consegna di un compito, scorda comunicazioni importanti tra scuola e famiglia, ecc.
- B) Assente o ritardata interiorizzazione del discorso autodiretto, che si esprime con la difficoltà di **autoregolazione** del comportamento ed a porsi domande senza ricorrere alla verbalizzazione. I bambini DDAI, non raggiungendo la capacità di interiorizzazione adeguata all'età, eccedono nelle verbalizzazioni e nel manifestare i propri comportamenti.
- C) La scarsa autoregolazione nel **controllo delle emozioni**, della motivazione e dell'attenzione, trova manifestazione nell'incapacità di frenare le reazioni immediate e nella difficoltà di controllare le risorse attentive durante lo svolgimento di compiti; inoltre ogni attività perde subito interesse a causa della scarsa motivazione ad eseguire compiti cognitivi complessi ed impegnativi. In situazioni frustranti, queste difficoltà portano il bambino a manifestare apertamente gran parte delle emozioni, talvolta con reazioni eccessive rispetto alla situazione.
- D) Difficoltà nello scomporre e ricomporre i comportamenti osservati, così da essere ricomposti in nuovi comportamenti finalizzati: da ciò conseguono significative difficoltà nella **pianificazione** del comportamento e della generalizzazione di schemi comportamentali utili nei diversi contesti di vita.

I recenti studi sulle **funzioni esecutive** hanno messo in luce che il problema dei bambini DDAI, relativamente all'ambito dell'attenzione, risiede nella difficoltà a mantenere l'interesse nei confronti dei lavori scolastici per il tempo necessario al loro svolgimento. Preferiscono orientare l'attenzione verso attività immediatamente gratificanti, evitando quelle che necessitano di un lavoro impegnativo per poter avere un riconoscimento ed approvazione finale; ciò porta alla continua ricerca di nuovi stimoli, interessanti e divertenti. Eppure, i ragazzi DDAI riescono a portare a termine i compiti quando sono seguiti individualmente da un tutor e se vengono aiutati a focalizzare e a mantenere l'attenzione: ciò dimostra che potenzialmente non

La capacità di prestare attenzione in termini assoluti. Se l'attenzione è autoregolata quindi, le prestazioni sono insufficienti; al contrario, l'**eteroregolazione** fa rientrare le performances nella norma.

6. Strategie educative per i genitori (Parent Training) e trattamento cognitivo-comportamentale

6.1 Aspetti tecnici e di organizzazione

Col termine **Parent Training** si intende *la proposta di interventi sistematici a favore dei genitori e/o della famiglia, tesi a trasmettere informazioni a proposito dell'educazione, o ad accrescere la consapevolezza e le abilità necessarie per gestire adeguatamente situazioni educative problematiche*. (Stefano D'Angela, *Il Genitore Competente*, Erip editrice, 1990)

Gli incontri previsti sono suddivisi in unità di lavoro. Ogni unità affronta un tema specifico e costituisce parte integrante di un percorso da compiere assieme ai genitori. È necessaria la condivisione, da parte dei genitori, delle scelte che indirizzano il percorso formativo; inoltre è importante venga sottolineata la possibilità di esprimere le difficoltà, da parte dei familiari, in modo che il disagio, la depressione e la rabbia possano stemperarsi durante gli incontri di gruppo.

L'unità di lavoro dovrebbe corrispondere ad un incontro di circa due ore; si sceglie la cadenza quindicinale poiché incontri settimanali sarebbero troppo ravvicinati per poter mettere in pratica quanto previsto dall'*homework* (compito per casa) e verificarne i risultati. Di contro, intervalli più lunghi rischierebbero di far perdere il senso del percorso, costringendo trainer e genitori a ripetizioni e rimandi.

Il programma formativo è possibile sia con singoli genitori, sia con un gruppo: nel primo caso si constata una più rigorosa applicazione delle tecniche e maggiore puntualità nella valutazione delle reazioni della famiglia alle proposte contenute nel training, nel secondo si rileva un maggior senso di sollievo dal senso di frustrazione e di isolamento che spesso vivono i genitori di bambini con difficoltà comportamentali.

Il numero ideale di partecipanti va da quattro a dieci: un numero inferiore farebbe perdere il senso del gruppo, un numero superiore impedirebbe ai genitori più introversi di dare il proprio contributo.

6.2 Gli incontri

Gli incontri sono strutturati in nove unità (con cadenza quindicinale) della durata di tre ore ciascuna, più due follow up a distanza di due e sei mesi.

Il Parent Training sotto descritto si svolge dal 13 gennaio al 19 maggio 2009, col primo follow up il 7 luglio e il secondo il 24 novembre.

Ad ogni incontro viene consegnato del materiale, comprendente il tema della serata e gli homework.

I conduttori degli incontri sono due: oltre al sottoscritto, vi è una psicologa che, oltre a coadiuvare nella conduzione, ha il compito di osservare e gestire le dinamiche di gruppo.

I partecipanti

Partecipano al Parent Training dieci coppie:

- Elisabetta e Mario, genitori di Alice, di nove anni, frequentante la quarta elementare. Alla bambina è stato diagnosticato un DDAI con dislessia. I genitori lamentano che le maestre non stanno applicando le misure compensative e dispensative previste dalla normativa sulla dislessia. Alice ha una sorella maggiore, Gaia, che ha undici anni.
- Alessandra e Valentino, genitori di Francesca, di nove anni, frequentante la quarta elementare. In comorbidità al DDAI, la bambina presenta un Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP). La coppia ammette di essere in grave difficoltà nella gestione comportamentale della figlia: *òle punizioni con lei non servono a nullaí ò* Francesca è figlia unica.
- Antonella e Paolo, genitori di Lucrezia, di dieci anni, che ha un fratello più piccolo (sette anni) e una sorella maggiore (dodici anni). Frequenta la quinta elementare. La bambina ha una diagnosi di DDAI e di Disturbo dell'Apprendimento. Descritta come molto impulsiva e litigiosa, spesso con i fratelli.
- Maila e Giorgio, genitori di Mattia, di otto anni, che frequenta la terza elementare. Mattia ha un DDAI, ma a scuola se la cava abbastanza bene; i problemi maggiori sono a casa, dove il bambino letteralmente si scatena, sia a livello motorio, sia a livello verbale, con parolacce ed espressioni che lasciano allibita la mamma.
- Daniela e Giuseppe, genitori di Andrea, otto anni, in terza elementare, con diagnosi DDAI. La signora è separata dal padre naturale del bambino e convive con il nuovo partner. Andrea non conosce regole e la madre ammette tutta la sua difficoltà a farsi ascoltare anche su minime cose, dal lavarsi i denti dopo mangiato all'andare a letto all'ora stabilita (*òEò un piccolo dittatore!ö*) La signora afferma di aver aderito al Parent Training mossa dalla disperazione, ma di non essere molto convinta che ciò porterà un reale cambiamento della situazione: *òè come il padre, è così di carattere,*

*fa quello che vuole!*ö ma, tutto sommato, non le dispiacerebbe che nella vita fosse *uno-che-si-impone sugli-altri*. Giuseppe afferma che verrà a qualche incontro ma poi, per motivi di lavoro, lascerà che sia la signora a continuare e ad aggiornarlo di volta in volta.

- Giovanna e Andrea, genitori di Filippo, di otto anni, terza elementare, con DDAI. Dichiarano di non avere grossi problemi con il bambino, ma di far fatica a contenerlo quando litiga (e succede spesso) con le sorelle più grandi (dieci e tredici anni): sembra che non si lasci sfuggire il minimo pretesto per venire alle mani o, nel migliore dei casi, dare inizio a una polemica senza fine.
- Giorgia e Fausto, genitori di Filippo, di nove anni, quarta elementare, con diagnosi DDAI. La coppia partecipa pur essendo separata da quattro anni. Il bambino vede regolarmente il padre mercoledì pomeriggio e nel week end. La madre ha tentato di dare delle regole, riguardanti il tempo per i compiti e i giochi, puntualmente disattese dall'ex marito, che lascia Filippo in una specie di anarchia, convinto che possa crescere in modo più libero da condizionamenti frustranti. Inutile dire che il bambino sta più volentieri col padre e ingaggia delle vere e proprie battaglie con la madre, specie quando arriva il momento dei compiti scolastici.
- Daniela e Stefano, genitori di Luca, dieci anni, quinta elementare, con diagnosi di DDAI e dislessia. Anche loro lamentano una scarsa sensibilità delle maestre che, a loro dire, sono poco preparate sia sul disturbo dell'attenzione, sia sulla dislessia, assumendo un atteggiamento eccessivamente punitivo che non fa che aumentare il senso di inadeguatezza del bambino. Luca comunque non sta mai fermo un attimo e ha trovato un buon canale di sfogo nel suonare la batteria.
- Nadia e Orlando, genitori di Marco, otto anni, terza elementare, con DDAI e dislessia. Ha una sorella di tre anni maggiore, all'opposto speculare: bravissima a scuola, ubbidiente, ordinata ecc. Marco ha grosse difficoltà scolastiche, è oppositivo, ma in compenso è un leader coi compagni di classe, creando non pochi problemi di gestione alle maestre. Contrariamente alla maggior parte dei suoi coetanei, è disinteressato ai videogiochi ed è appassionato di pesca, che pratica assieme al padre.
- Monica e Roberto, genitori di Annachiara, nove anni, in quarta elementare. La bambina non ha diagnosi di sorta, ma i genitori hanno aderito al Parent Training a causa delle difficoltà a imporre delle regole alla figlia che, specie nell'ultimo anno, è *in*trattabile, nervosa e, quando le si fa anche una piccola osservazione, si butta per terra e urla come un*demoniata!*ö A scuola ottiene ottimi risultati ed è molto ricercata dalle amiche. Anche in questo caso, emerge già dalla presentazione una mancanza di coerenza educativa, per la quale Annachiara riesce ad avere buon gioco su ogni tentativo d*imporsi* da parte dei genitori.

Nessuno dei bambini assume cura farmacologica a base di Metilfenidato.

PRIMA UNITÀ ovvero **Il problema**

Il primo incontro ha l'obiettivo di:

- *Informare i genitori sull'impostazione del lavoro di gruppo.*

Invito i genitori a presentarsi ed a raccontare alcune cose di sé: nome e cognome, età e classe frequentata dal figlio. Sottolineo vantaggi e svantaggi del lavoro di gruppo, con la possibilità di condividere esperienze, di sentirsi sostenuti dagli altri ma, di contro, minore spazio per le esigenze personali e discussioni meno centrate sui propri problemi, specie in un gruppo così numeroso.

- *Spiegare le caratteristiche del DDAI, cercando di usare un linguaggio comprensibile.*

Descrivo i sintomi primari e secondari del DDAI, evidenziandoli come manifestazioni di un sottostante deficit di autoregolazione; accenno alle cause del disturbo, spiegando che non si tratta di qualcosa che deve essere curato da medici e guarito esclusivamente con l'uso di medicine.

- *Raccogliere informazioni di base.*

Ai genitori vengono consegnati due questionari da compilare, in forma anonima:

- a) Il **Parent Sense of Competence (PSOC)** di Mash e Johnston (1989), tradotto in **Questionario del Senso di competenza dei Genitori** da Vio et al.
- b) La **SDAG** di Cornoldi et al. (1996), Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività.

- *Instaurare nel gruppo un clima positivo, di sostegno reciproco, di fiducia nel cambiamento.*

Spiego che si tratta di bambini che non sono meno intelligenti o dotati dei coetanei; vi è solo una maggiore difficoltà per loro a riflettere con calma sulle cose, mantenersi concentrati, scegliere il modo migliore per affrontare un problema.

- *Creare aspettative realistiche riguardo all'intervento.*

Il trattamento cognitivo-comportamentale non è una cura per il DDAI e i problemi sociali, emozionali, scolastici e comportamentali che ne derivano; realisticamente, offre ai genitori la possibilità di imparare nuove tecniche per affrontare le difficoltà legate al disturbo.

HOMEWORK:

I genitori hanno il compito di leggere nella dispensa le informazioni relative al DDAI, di scriversi in un foglio le osservazioni che ritengono opportune proporre nella serata successiva, o tematiche che desiderano affrontare relativamente a quanto proposto nella prima serata, oppure spiegazioni su qualcosa che non hanno capito o che ritengono poco chiaro.

SECONDA UNITA, ovvero "Prepararsi al cambiamento"

Il secondo incontro ha l'obiettivo di:

- *Eseguire una raccolta di informazioni rispetto ai comportamenti, pensieri ed attribuzioni dei genitori rispetto al figlio.*

Chiarisco il significato di **attribuzione**: di fronte ad un risultato, sia esso positivo o negativo, si cerca di individuarne la causa e la si attribuisce ad una persona, ad un evento o al caso; ciò serve a dare un senso a quanto accade nella vita ed ha una valenza fortemente adattiva all'ambiente circostante. Possiamo suddividere le attribuzioni in interne, riferite a se stessi, ed esterne, riferite all'azione di fattori diversi da sé; tra le due, solo le prime permettono il cambiamento e la responsabilità personale.

- *Valutare con i genitori l'obiettivo di tali pensieri ed attribuzioni, nonché l'utilità di talune risposte ai comportamenti del figlio.*
- *Proporre comportamenti e pensieri positivi, orientati alle difficoltà del bambino e al cambiamento.*

Esempi di attribuzioni positive possono essere: "Molti dei problemi di mio figlio sono al di fuori del suo controllo volontario", "non importa di chi siano le responsabilità, sono più importanti le soluzioni ai problemi".

Esempi di credenze e aspettative relative al figlio possono essere: "non posso pretendere che mio figlio sappia comportarsi in modo adeguato se io non glielo insegno", "Ho bisogno di apprezzare mio figlio così com'è. So che non è un genio a scuola, ma devo analizzare i suoi punti deboli e contemporaneamente i suoi punti forti".

Vengono passati in rassegna gli homework della serata precedente: Maila, la madre di Mattia, vorrebbe sapere se i farmaci per il DDAI hanno effetti collaterali così devastanti come si vocifera e se si possono evitare. Le viene risposto che la questione farmacologica è un ambito di discussione tuttora molto accesa nella comunità scientifica, con studiosi che difendono il farmaco e altri che ne sono contrari; una posizione più equilibrata vede il

farmaco come aiuto nei casi più gravi, laddove l'approccio psicoeducativo non risulti sufficiente, dato che qualsiasi disturbo non si colloca in una dicotomia tutto-niente, ma su un continuum che va dal lieve al grave, passando attraverso sfumature graduate. Antonella, madre di Lucrezia, vorrebbe sapere qualcosa sui cosiddetti *“bambini indaco”*. Rispondo che si tratta di una teoria pseudoscientifica, di origine statunitense, che vede nei bambini DDAI degli esseri soprannaturali che salveranno il mondo dalla catastrofe grazie ai loro poteri. Ogni genitore vede in realtà nel proprio figlio una *“creatura speciale”*, al di là di ogni suggestione new age, ma ciò che va tenuto conto è il *disagio* che un certo modo di agire provoca nel bambino e nell'ambiente, ed è a questo disagio che noi dobbiamo dare una risposta seria.

HOMEWORK:

Ai partecipanti vengono consegnate due schede:

- a) *Cosa penso di mio figlio*, nella quale vengono prese in esame le attribuzioni relative al bambino (es.: questo bambino è la causa di tutti i miei problemi familiari), attribuzioni relative a se stessi e agli altri e aspettative circa il trattamento.
- b) *Come mi comporto con mio figlio*, nella quale vengono passate in rassegna i comandi problematici (vaghi, in forma interrogativa ecc.), i mezzi inadeguati per controllare il comportamento, i rinforzi positivi non adeguati (prestare attenzione al figlio quando si comporta negativamente), e la disciplina inefficace (gridare, minacciare frequentemente ecc.)

La consegna riguarda il tentativo di cambiare le attribuzioni in senso più funzionale, nei confronti del proprio figlio, ma anche sul proprio modo di agire.

TERZA UNITÀ ovvero *“La complessità del problema”*

Il terzo incontro ha l'obiettivo di:

- *Ottenere, da parte dei genitori, una lista dei punti di forza e debolezza del figlio.*

Riflettere sulle qualità ed abilità del bambino è utile per quei genitori che spesso sono eccessivamente centrati sugli aspetti problematici del

comportamento del figlio. Viene introdotto l'importante concetto di **linguaggio operativo** nella descrizione dei comportamenti, cioè: evitare la genericità o il ricorso a valutazioni personali o moralistiche, attenendosi alla mera descrizione del fatto in sé.

- *Mettere in evidenza la stretta relazione fra le caratteristiche del bambino, dei genitori e delle situazioni contingenti.*

Dopo aver delineato i modi di pensare-agire dei genitori e le caratteristiche del bambino, si porta l'attenzione su quanto accade quando questi fattori entrano in relazione, costituendo l'interazione fra tali elementi il *luogo* dei comportamenti problematici del bambino, il quale non agisce in uno spazio vuoto.

- *Insegnare l'analisi della situazione problema, basata sull'identificazione degli antecedenti, del comportamento problema e delle conseguenze (fattori del comportamento)*

Ogni comportamento problematico del bambino è preceduta da eventi, definiti *antecedenti*, i quali causano determinate reazioni o situazioni (*conseguenze*). La definizione operativa del comportamento inadeguato aiuta i genitori a comprendere quali sequenze di eventi possono scatenare i problemi, consentendo di prevedere azioni indesiderate.

Un esempio :

Comportamento problema	Antecedenti	Comportamento	Conseguenze
Rifiutarsi di fare una cosa richiesta dal genitore	La camera è in disordine e la mamma chiede al bambino di aiutarla a riordinare	Il bambino risponde di non voler aiutare la mamma	La mamma si arrabbia e, dopo aver discusso col figlio, lo punisce

L'attenta osservazione delle conseguenze porta ad evidenziare modi utili o inutili di reazione al comportamento problematico del bambino, e ad individuare quali variabili possono rinforzare (e rendere così più probabile) tale comportamento. Un esempio classico è dato da un sistema familiare in cui esistano poche opportunità di interazione tra genitore e figlio: costui può provocare l'adulto per ottenerne l'attenzione, anche a costo di essere rimproverato, ma lo scopo (il papà mi ha dato retta) è raggiunto, ed è probabile che il bambino utilizzi ancora questa modalità in futuro. Se si

volesse sintetizzare attraverso uno slogan, potremmo affermare che: *una migliore comprensione delle situazioni fornisce maggiori strumenti per intervenire.*

Vengono discussi gli homework relativi alla serata precedente. Il dato più concordante riguarda le attribuzioni rispetto al bambino: forte è la preoccupazione che da grande diventi un irresponsabile, mentre vi è accettazione (se non addirittura rassegnazione) sul fatto che non riuscirà come gli altri a scuola. Stefano, padre di Luca, afferma: *“Sapere che mio figlio non diventerà un laureato e abbia delle difficoltà in una carriera lavorativa, per me e mi a moglie è stato un autentico lutto!”* Rispondo che non è assolutamente segnata la vita di suo figlio e che non possiamo permetterci un pensiero catastrofico, che finirebbe per generare la *profezia che si autoavvera*. Una rapida descrizione dell’*Effetto Rosenthal* (chiamato anche *“Effetto Pigmalione”*) esplicita il pericolo di predire un futuro pessimistico, rendendo molto difficile da un lato il cammino del figlio, dall’altro l’apporto co-terapeutico del genitore. È necessario quindi conoscere a fondo il problema e assumere un atteggiamento realistico, tenendo anche presente che il nostro modo di essere felici può non coincidere con quello che potranno essere le scelte dei nostri figli.

HOMEWORK:

Attraverso le schede consegnate ai partecipanti, viene suggerito di osservare dei comportamenti-problema e di eseguire l’analisi funzionale, distinguendo antecedenti, comportamenti e conseguenze. Viene fatto il paragone col chirurgo che, prima di intervenire, necessita di analisi cliniche per comprendere l’entità e la localizzazione di ciò che dovrà estirpare col bisturi. Viene poi proposta una lista che ha lo scopo di descrivere (in modo operativo) i punti di forza e di debolezza del figlio.

QUARTA UNITÀ, ovvero “Verso l’autoregolazione del bambino”

Il quarto incontro ha l’obiettivo di:

- *Sottolineare l’importanza di creare un ambiente prevedibile attorno al bambino attraverso regole familiari, le routine e la gestione del feedback.*

Allo scopo di evitare azioni dannose o situazioni minacciose, e mettere in atto condotte favorevoli, le persone usano l’*anticipazione*, ovvero la capacità

di prevedere ciò che accadrà in seguito ad un evento. Si tratta di qualcosa che non appartiene al repertorio comportamentale del bambino DDAI che, come abbiamo visto, tende a sottovalutare i pericoli o a compiere azioni senza prevederne le conseguenze. Premesso che spesso, nel modo scorretto di comportarsi del bambino con questo problema, non vi è intenzionalità di danneggiare o irritare gli altri, occorre aiutarlo creando intorno a lui un **ambiente prevedibile**. I passi per arrivare a ciò passano attraverso tre momenti:

- a) *offrire dei feedback al bambino*: occorre spiegare perché si è verificata una determinata conseguenza, in modo che comprenda i motivi per i quali è stato punito o premiato.
- b) *Instaurare delle routine*: la regolarità di scadenze prestabilite fornisce al bambino una sorta di supporto nella comprensione di quanto accade intorno a lui. Sapere in anticipo che domenica pomeriggio si va tutta la famiglia a fare un giro in bici, lo farà riflettere in anticipo che non potrà giocare alla Playstation con l'amico e lo contatterà per spostare la sfida ad un altro giorno, evitando così di trovarsi in situazioni conflittuali con i familiari. È importante sottolineare che questi bambini presentano carenza per quanto riguarda l'autonomia, perciò hanno bisogno di un aiuto esterno che li guidi nelle loro attività; questo aiuto dovrà poi col tempo attenuarsi fino a scomparire, come prevede la tecnica comportamentale del **fading**.

Riassumendo: *più routine ci sono, più la situazione diventa prevedibile per il bambino, e più strutturate e regolate sono le giornate, meno instabile sarà il suo comportamento.*

- c) *Stabilire delle regole*: queste non sono altro che mezzi utili a mettere ordine a tempi e luoghi delle azioni relative alla famiglia. Ciò aiuta il bambino a organizzare i propri spazi e tempi, oltre a sapere in anticipo quali azioni siano da considerarsi fuori dalle norme stabilite.
- *Introdurre l'uso di gratificazioni come rinforzo di azioni positive, non ancora consolidate nel repertorio comportamentale del bambino.*

Viene spiegato ai genitori il concetto di **rinforzo**, cioè *qualsiasi evento, oggetto, comportamento o situazione che favorisca la ri-comparsa di un'azione, alla quale il rinforzo stesso sia seguito come conseguenza*. È però necessario che il comportamento da rinforzare sia comunque già nel repertorio del bambino, anche se compare con una frequenza inferiore a quella desiderata dai genitori. Una volta scelto un comportamento da

rinforzare, occorre predisporre di un numero consistente di rinforzi da utilizzare, tenendo ben presente che non sempre ciò che sembra un rinforzo per un adulto lo è anche per un bambino. Come per le punizioni, anche il senso delle gratificazioni deve essere spiegato chiaramente al bambino.

- *Proporre il cosiddetto **“tempo privilegiato”**, nuova dimensione interattiva genitore-bambino.*

Viene proposto ai genitori di ritagliarsi circa dieci minuti al giorno per giocare col proprio figlio. Non è da considerarsi un'attività specifica e strutturata, ma solo una risorsa per alimentare una migliore qualità del rapporto genitore-bambino, spesso improntato alla conflittualità o al rimprovero costante.

Vengono presi in esame gli homework della seduta precedente. Alcuni partecipanti dicono di non avere avuto il tempo di svolgerli, altri di non aver rilevato dei comportamenti così critici da essere degni di nota, ma la maggior parte ha eseguito il compito correttamente, dimostrando di padroneggiare sufficientemente l'analisi funzionale di un comportamento.

Rispetto alla lista dei punti di forza del figlio, emergono frequenti riferimenti all'intelligenza veloce, alla facilità della battuta spiritosa, alla propensione alla musica, seppur non supportata da quella indispensabile disciplina che necessita lo studio di uno strumento. I punti di debolezza sono quelli classici: l'intolleranza alla frustrazione, l'impulsività, l'incostanza a mantenere un impegno, la frequente oppositività e una generale incapacità autoregolativa.

HOMEWORK:

Si chiede ai genitori di rendere esplicite alcune (poche) regole, attraverso l'uso di un tabellone, possibilmente costruito assieme al bambino, da sistemare in un luogo facilmente accessibile. Si invita a creare delle routine che rendano l'ambiente il più possibilmente prevedibile, con degli orari fissi per i pasti, lo studio, il tempo libero e il coricarsi. Attraverso una scheda denominata *Registro delle Azioni da Rinforzare*, si invita i partecipanti a premiare delle azioni positive del figlio e a osservarne le reazioni. Per arrivare a ciò è però necessario avere una lista di cose gradite al bambino, da usarsi come rinforzi positivi (premi).

Si ricorda infine di sperimentare il cosiddetto *tempo privilegiato* e di notare cosa succede nel bambino, ma anche in se stessi.

QUINTA UNITA, ovvero l'individuazione dei comportamenti-bersaglio su cui intervenire

Il quinto incontro ha l'obiettivo di:

- *Coadiuvare i genitori nell'individuazione, nel figlio, dei comportamenti non desiderati, supportata realisticamente su dati di fatto.*

Anche in questa occasione è assolutamente necessaria una descrizione operativa di ciò che può essere definito *comportamento problematico*, evitando l'insidia della genericità.

- *Incentivare la valutazione obiettiva delle azioni negative, differenziando la reazione dei genitori in base alla gravità dei comportamenti del figlio.*

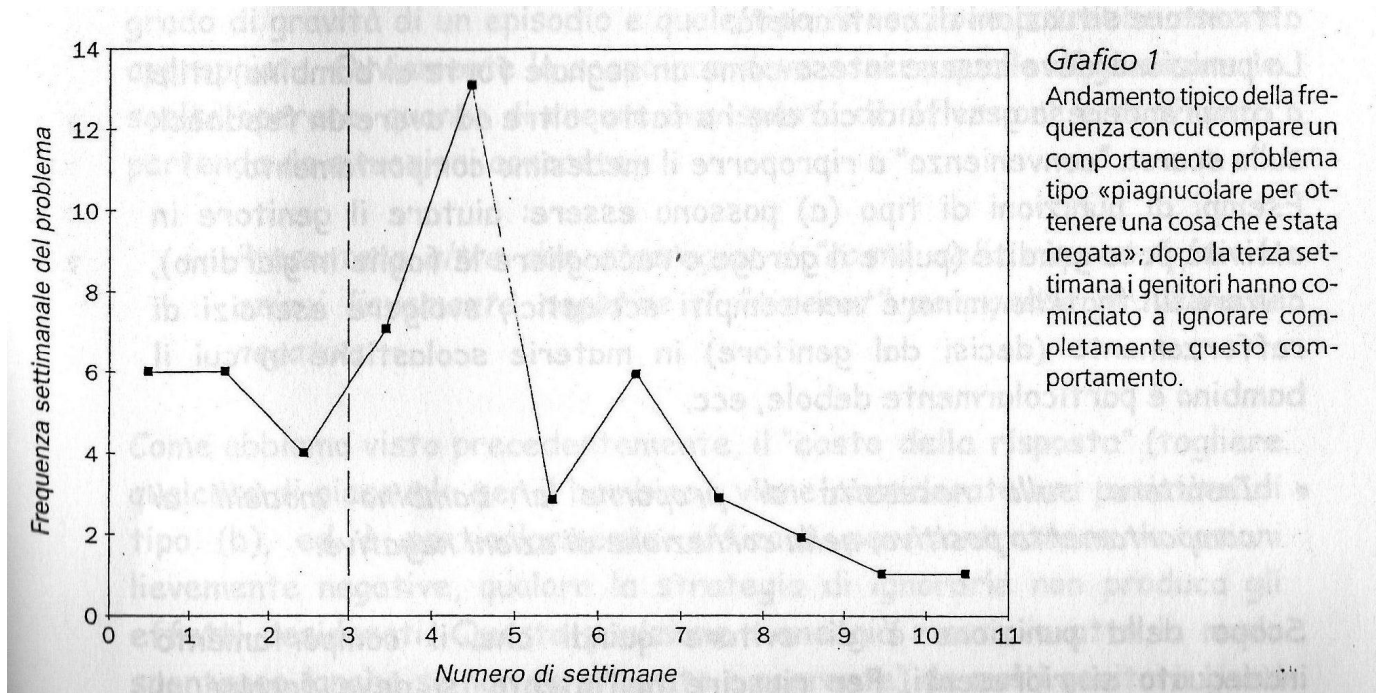
Viene spiegato ai genitori che non tutti i comportamenti problematici sono ugualmente gravi, suddividendoli in modo ponderato in *lievemente negativi*, disturbanti ma non lesivi (come fare i capricci, usare parolacce, prendere in giro gli altri ecc.) e *gravemente negativi*, cioè che possono causare un danno fisico o morale a persone e cose (rubare o rompere oggetti intenzionalmente, picchiare gli altri, fare delle cose che si riconoscono come pericolose ecc.) Ciò aiuta i genitori a riconoscere quali comportamenti del figlio stimolano una loro particolare irritazione, causando risposte aggressive poco costruttive.

- *Proporre due risposte alle azioni del bambino, ignorando i comportamenti lievemente negativi e punendo quelli gravi.*

Succede spesso che l'atteggiamento dei genitori manchi di costanza: a volte rimproverano il bambino, a volte no per la stessa azione, o addirittura in certe occasioni puniscono il figlio con una severità proporzionale più al grado di fastidio che questi ha loro procurato, che all'effettiva gravità degli eventi.

Quindi i comportamenti lievemente negativi possono essere affrontati decidendo di ignorarli ogni volta che si manifestano. Attenzione, però: il comportamento selezionato va sempre ignorato, anche quando diventa particolarmente disturbante poiché, se anche una sola volta il bambino otterrà di nuovo il risultato da lui desiderato assumendo la stessa condotta, il procedimento di estinzione perderà la sua efficacia. Ci si deve però aspettare che, una volta deciso di ignorare il comportamento indesiderato, vi sia una forte crescita della frequenza della sua comparsa, dovuta al fatto che il bambino, non ottenendo subito lo scopo, tenterà di mettere in atto ciò che nel passato ha avuto successo. Solo se il genitore manterrà il proprio proposito

con coerenza e tenacia, il bambino desisterà gradualmente di utilizzare una sequenza ormai inefficace (vedi grafico 1)



Una volta raggiunto lo scopo di diminuire il comportamento inadeguato, per aumentare l'efficacia del processo, il genitore dovrà fornire al figlio l'esempio di una modalità corretta da sostituire alla condotta negativa non più efficace.

- *Presentare in modo esaustivo il concetto di **punizione** e la sua opportunità di applicazione.*

Usando una descrizione di tipo operativo, possiamo definire la punizione come *qualsiasi conseguenza per il bambino che riduca la probabilità che si ripeta il comportamento a cui viene applicata*. Ovviamente la conseguenza di cui si parla deve essere spiacevole per il bambino. Vi è un certo grado di accordo, nella letteratura dedicata alla modificazione del comportamento, nel suddividere le punizioni in :

- punizioni di tipo (a): consistono nel sottoporre il bambino ad una situazione che si è appurata per lui spiacevole;
- punizioni di tipo (b): consistono nel togliere al bambino delle cose per lui piacevoli (a questa categoria appartengono il costo della risposta e la procedura di timeout).

Si chiarisce che l'approccio cognitivo-comportamentale rifiuta la punizione fisica, ritenendola una crudeltà inutile che assume il connotato di vendetta, efficace solo a scaricare la tensione accumulata dall'adulto. Oltretutto, il

rischio è rappresentato dal modellamento comportamentale del bambino in direzione di una modalità aggressiva di affrontare situazioni di contrarietà.

La punizione deve essere intesa come un segnale forte al bambino, utile a comprendere la gravità di ciò che ha fatto, oltre ad avere un feedback sulla scarsa opportunità a riproporre il medesimo comportamento.

Esempi di punizioni di tipo (a) possono essere: aiutare il genitore in attività poco gradite (pulire il garage o raccogliere le foglie in giardino), aiutare il fratello minore nei compiti scolastici, svolgere esercizi di rafforzamento (decisi dal genitore) in materie scolastiche in cui il bambino è particolarmente debole, ecc.

- *Insistere sulla necessità di proporre al bambino modelli di comportamento positivo, nella correzione di azioni negative.*

Scopo della punizione è di evitare quindi che il comportamento inadeguato si ripresenti. Per riuscire nell'intento, si deve fornire al bambino un'alternativa comportamentale, individuando un'azione corretta da rinforzare che sia *incompatibile* con quella negativa. L'esempio classico è costituito dal bambino che ha rotto intenzionalmente un giocattolo di un amico; dopo avergli spiegato i motivi della punizione ed averlo invitato a non ripetere più quel gesto, lo si rinforza ogni volta che mostra di avere cura delle sue cose e di quelle delle altre persone.

Arriva il momento tanto atteso dai genitori: vengono fornite delle precise indicazioni su *cosa fare*. Qualcuno commenta che questi contenuti avrebbero dovuto essere posti all'inizio degli incontri, ma viene risposto che *adesso* è il momento giusto, dato che le punizioni hanno un senso solo se inserite in un programma educativo che comprenda l'analisi delle situazioni e il valore della gratificazione, ma in un *contesto* che dia senso al cambiamento.

Viene fatta una verifica dell'homework della seduta precedente: Daniela, madre di Andrea, ha fatto il tabellone con le regole assieme al figlio (peraltro molto riluttante) e tutto è andato bene per circa cinque-sei giorni poi, a fronte di un suo rifiuto riguardo l'acquisto di un nuovo videogioco, Andrea ha strappato il tabellone urlando che di quelle schifezze non voleva più saperne. Il commento della madre è stato: «Avete visto? Queste cose non funzionano con mio figlio, l'avevo detto io!» Chiedo quale sia stata la conseguenza di tale gesto, ma la signora mi dice che non gli ha dato nessuna punizione: «Tanto anche se gli tolgo la Playstation a lui non gliene importa nulla» Rispondo che i bambini sono abili a far credere ai genitori che la punizione da loro scelta è inefficace, in modo che non la usino più in futuro; per falsificare tale atteggiamento, basta paradossalmente aggiungere: «Beh, mi fa piacere sai che non te ne importi nulla, ultimamente ero

preoccupato del fatto che ci passavi un sacco di tempo! che ne dici se vendiamo tutto e compriamo, che ne so! una bella bici?ö

Il *tempo privilegiato* ha avuto un buon seguito: quasi tutti i genitori l'hanno attuato e hanno scoperto una nuova dimensione, libera da aspettative, polemiche o conflitti.

HOMEWORK:

Si richiede ai partecipanti di suddividere in un foglio i comportamenti *lievemente* da quelli *gravemente* negativi, osservati nel loro bambino, e di provare a reagire ignorando i primi e punendo i secondi, togliendo qualcosa di piacevole o sottoponendolo a una mansione a lui poco gradita. Verificare la reazione del bambino di fronte all'ignorare o alla punizione.

SESTA UNITAö ovvero öAcquisizione di nuove strategieö

Il sesto incontro ha l'obiettivo di:

- *Proporre una verifica sull'efficacia delle strategie educative proposte nel precedente incontro.*

In questo incontro chiedo ai genitori di fare qualche esempio riguardante comportamenti indesiderati dei loro figli, con una descrizione di tipo operativo, che tenga conto dei fatti e non delle interpretazioni, collegando le azioni del bambino alle loro reazioni da adulti. Poi chiedo di descrivere la reazione del bambino alle misure adottate dal genitore, per capire l'efficacia reale delle punizioni.

- *Ritornare sulla necessità di commisurare obiettivamente la reazione alla gravità dell'azione compiuta dal bambino.*

Si discute con il gruppo su come i genitori percepiscono il grado di gravità di un episodio e quale tipo di reazione potrebbe essere appropriata. Ovviamente lo scopo non è quello di giudicare le scelte operate, quanto di creare uno spunto di riflessione e confronto, partendo da situazioni concrete.

- *Presentare altre due strategie: il öcosto della rispostaö per le azioni lievemente negative il ötimeoutö per quelle gravemente negative.*

Come si è visto precedentemente, il **costo della risposta** (togliere qualcosa di piacevole per il bambino), viene considerata una punizione di tipo (b), ed è particolarmente efficace per contrastare le azioni lievemente negative, qualora la strategia di ignorarle non produca gli effetti desiderati. Questa punizione viene già messa in atto in modo spontaneo (anche se non strutturato e coerente) da molti genitori; basti pensare alle proibizioni di usare TV o computer per un certo tempo, oppure di uscire a giocare a pallone con gli amici ecc. Il problema sta nell'equità della punizione: una settimana senza TV per un bambino che ha fatto i capricci, oltre ad essere obiettivamente un provvedimento sproporzionato, risulta intuitivamente difficile verificarne l'applicazione. Un altro aspetto considerato è la trappola della *flessibilità*: appena il bambino comincia a comportarsi bene, viene quasi spontaneo, giusto per non sentirsi troppo rigidi, diminuire la pena, con il risultato di perdita di credibilità sia per la sanzione, sia per chi la commina.

Riassumendo, le regole generali di qualsiasi punizione sono:

- la punizione deve essere proporzionata alla gravità dell'azione;
- il bambino deve essere avvisato delle conseguenze della sua condotta;
- la punizione deve essere attuata, una volta minacciata;
- il genitore deve agire con fermezza, senza aggressività;
- al bambino devono essere spiegati bene i motivi per cui viene punito;
- occorre indicare con chiarezza qual è il comportamento positivo da adottare nel futuro.

Come è già stato accennato, l'ambito ideale dell'applicazione di questa strategia è costituito da comportamenti negativi non gravi, come quando il bambino non agisce al massimo del suo impegno, ad esempio quando si rifiuta di fare i compiti o piccole commissioni, quando disobbedisce o quando racconta bugie.

Un'altra strategia proposta in questo incontro è il **timeout**, efficace soprattutto nei comportamenti gravemente negativi, per esempio: disturbare qualcuno nonostante ripetuti richiami, colpire intenzionalmente un compagno o un animale, rifiutarsi con forza ad abbandonare una certa attività ecc. Risulta efficace la similitudine tratta dal basket: quando le cose stanno prendendo una piega non desiderata, l'allenatore chiama tempo radunando i suoi atleti, allo scopo di reimpostare in modo più efficace la squadra.

La procedura di **timeout** consiste nel far sedere il bambino su di una sedia, tranquillo e in silenzio, senza fare nulla per alcuni minuti. Si deve porre attenzione all'applicazione corretta:

1. Prima si avverte il bambino, in modo che possa desistere spontaneamente dall'azione indesiderata;

2. Se quanto previsto al punto (1) non avviene, il bambino viene portato sulla sedia e tenuto lì per il tempo stabilito; se il bambino interrompe la procedura, il tempo viene fatto ripartire da zero. Qualora reagisca in modo aggressivo o si rifiuti di stare seduto per il tempo stabilito, si commina una punizione di tipo (a) o (b), facendo ripartire il conteggio del tempo.

3. Se il bambino riesce a stare seduto per il tempo stabilito, si riformula la richiesta comportamentale corretta; se la risposta è positiva, il bambino viene rinforzato, altrimenti si ricomincia la procedura.

Nel mondo anglosassone, con tradizione comportamentista molto radicata, viene usata, come variante di *time-out*, qualora fallisse la procedura sopraindicata (quindi nei casi più difficili), una stanza controllata dall'adulto all'esterno, dove viene portato il bambino per un tempo stabilito: questa soluzione ha il vantaggio di non creare feedback per rilanciare in modo progressivo la sfida ed ha un'applicazione elettiva in ambito scolastico, privando il bambino della *platea*, costituita dal resto della classe, che funge da potente rinforzo.

- *Introdurre la gratificazione come mezzo di acquisizione di nuovi comportamenti positivi.*

Quindi la punizione si configura come *male necessario* in situazioni particolari, ma è altrettanto opportuno premiare le azioni positive che già appartengono al repertorio comportamentale del bambino, in modo che si presentino con sempre maggior frequenza. E' anche necessario insegnare al bambino comportamenti che spontaneamente non mette in atto. Dato per scontato che è impossibile rinforzare un'azione che non si manifesta mai, spetta al genitore insegnare al figlio una condotta, cercando di rinforzarlo in ogni suo piccolo successo. Per fare ciò, è importante che il genitore ponga di volta in volta, come azione da rinforzare, una meta realisticamente raggiungibile dal bambino.

Anche questa serata, come del resto quella precedente, sembra interessare molto i partecipanti. Paragono il Parent Training a una cassetta degli attrezzi: ad ogni incontro si aggiungono nuovi strumenti che non necessariamente devono essere subito applicati, ma una conoscenza approfondita di come funzionano e a cosa servono, metterà in grado la persona di decidere quando e come usarli. Nadia, la madre di Marco, dice che proverà immediatamente il *time-out*, specie quando il bambino le si rivolta contro e tenta di picchiarla; finora ha reagito assestandogli delle sberle, ma ha notato che lui usa a sua volta lo stesso sistema con la sorella maggiore. Le faccio notare come questo sia uno degli effetti deleteri delle punizioni fisiche: il genitore funge da modello di un comportamento che in

realità vorrebbe estinguerlo come può chiedere al figlio di non ricorrere alle mani, quando è egli stesso a dare l'esempio?

Rispetto all'homework della serata precedente, occorre dire che i migliori risultati si sono ottenuti ignorando i comportamenti lievemente negativi. Maila ha verificato che la tendenza di Mattia a dire parolacce è sensibilmente diminuita quando, anziché arrabbiarsi (e rinforzando il figlio sul proprio potere di regolare l'emozione dell'adulto), ha iniziato a ignorarlo; come previsto, il bambino non solo è rimasto stupito dalla reazione della mamma, ma in un primo momento ha addirittura rincarato la dose.

HOMework:

I partecipanti vengono invitati ad applicare, quando necessario, il *costo della risposta*, secondo il seguente schema:

Comportamento negativo	Comportamento sostitutivo	Privilegio tolto	Reazione del bambino
<i>(problema)</i>	<i>(il modo corretto di comportarsi)</i>	<i>(costo della risposta)</i>	<i>(alla punizione)</i>

I genitori vengono poi incoraggiati all'uso del timeout, qualora se ne presenti l'occasione.

Viene quindi proposto uno *schema di rinforzo* per azioni positive nuove, fornendo un esempio (1):

Comportamento	Mete parziali	Rinforzi	Dopo quanto tempo si cambia meta
Mettere a posto la camera	Sistemare le scarpe	Caramelle	Dopo 5 giorni consecutivi di azione corretta
	Sistemare scarpe e giochi	Cibo a piacere	Dopo 2 settimane
	Sistemare scarpe, giochi e libri sulla scrivania	Minuti in più di TV	Dopo 2 settimane
	Sistemare scarpe, giochi, libri sulla scrivania e attrezzature sportive	Attività di svago a piacere	Dopo 2 settimane
	Sistemare scarpe, giochi, libri sulla scrivania e attrezzature sportive e mettere a lavare la propria biancheria sporca	Permessi per uscire a giocare con gli amici	

(1) Esempio tratto dal testo: *Il Bambino con Deficit di Attenzione/Iperattività*, di Vio et al. (op. cit.)

SETTIMA UNITÀ ovvero *Prevenire il problema*

Il settimo incontro ha l'obiettivo di:

- *Riassumere il percorso sinora compiuto, dall'analisi delle situazioni alle tecniche della gestione comportamentale del bambino.*

Finora si è posto l'accento sulla possibilità di influire sul comportamento del bambino premiando o punendo le sue azioni; adesso è importante fare un salto di qualità, passando dalla gestione comportamentale a quella cognitiva, rispetto alla condotta del figlio.

- *Verificare l'efficacia dell'applicazione pratica delle strategie acquisite.*

A volte si corre il rischio di rinforzare o punire involontariamente delle azioni compiute dal bambino, a causa di una valutazione non precisa della situazione; un classico esempio è costituito dal ragazzino che, prima ancora di affrontare i compiti, si lamenta per la loro consistenza e viene prontamente soccorso da un adulto, ottenendo un premio (non voluto dai genitori) per una richiesta di aiuto inopportuna.

Se in un primo momento la comprensione delle situazioni problematiche era finalizzata alla gestione comportamentale del figlio, ora diventa importante per valutare e perfezionare *l'aspetto cognitivo* (legato ai pensieri e alla preparazione all'azione) del bambino.

- *Ribadire la necessità, da parte del genitore, di poter prevedere il prossimo manifestarsi di comportamenti problematici in base alla conoscenza degli **antecedenti**.*

L'analisi attenta delle situazioni, oltre ad indicare i rimedi alle azioni indesiderate del figlio, diventa utile per prevedere le sue azioni.

A questo proposito, i genitori sono invitati a compilare due tabelle (una per i comportamenti lievemente negativi e l'altra per quelli gravemente negativi) nelle quali devono descrivere antecedente, comportamento negativo, conseguenze e reazione del bambino; l'attenzione è ora posta sugli antecedenti e sulla reazione del bambino alle conseguenze dei genitori.

In ogni famiglia vi sono contingenze particolari che quasi inevitabilmente portano il bambino a manifestare comportamenti inadeguati; riconoscere queste situazioni, rende i genitori più abili ad intervenire in modo non punitivo sulle azioni inadeguate del figlio, a volte prevenendole. Ciò ha anche l'effetto benefico sulla percezione di competenza da parte del genitore, ponendolo in grado di valutare più serenamente come agire con il figlio.

- *Presentare la struttura di un piano d'azione utile a fronteggiare il comportamento negativo del bambino.*

Una volta presa coscienza delle sequenze che portano ad un comportamento inadeguato, il genitore deve essere in grado di *giocare d'anticipo*, modificando l'andamento degli avvenimenti.

L'applicazione di un piano efficace consente una modificazione comportamentale attiva, non solo reattiva alle azioni impostate dal bambino.

Di fronte ad una situazione problematica, il genitore può utilizzare un piano di soluzione suddiviso in cinque mosse, il cosiddetto *Algoritmo del **Problem Solving***:

1. Comprendere la natura del problema e formulare l'obiettivo da raggiungere;

2. Passare in rassegna più soluzioni possibili, anche se alcune possono apparire assurde;
3. Fissare l'attenzione e scegliere l'opzione;
4. Formulare un piano preciso e dettagliato per la messa in atto dell'opzione;
5. Verificare procedura e risultato. Qualora il problema non risultasse risolto, scegliere un'altra opzione da quelle scartate al punto 2.

All'inizio della serata serpeggia un po' di scetticismo rispetto alla possibilità che il proprio figlio impari un procedimento macchinoso (all'apparenza) come il Problem Solving. Giovanna, madre di Filippo, chiede se si può ulteriormente semplificare l'algoritmo, al fine di farlo comprendere meglio a suo figlio che ha solo otto anni. Le rispondo che intanto è opportuno che sia l'adulto a impararlo bene, e ciò avrà una ricaduta sicuramente positiva nella sua vita; se si ritiene che sia troppo difficoltoso e prematuro per il bambino, intanto, per preparare il terreno, è opportuno lavorare su quello che viene definito *pensiero consequenziale*, cioè la consapevolezza che ogni nostro comportamento ha una conseguenza, positiva o negativa.

Per quanto riguarda la verifica dell'homework precedente, i partecipanti hanno portato diversi esempi applicativi del costo della risposta: generalmente ha funzionato, pur permanendo l'atteggiamento di alcuni bambini che, come abbiamo già visto, tendono a minimizzare l'impatto che può avere su di loro la punizione. Quello che meraviglia di più Alessandra e Valentino è dato dal fatto che, nel momento in cui applicano il costo della risposta senza arrabbiarsi o alzare la voce, ottengono un migliore risultato sul piano dell'autorevolezza, spiazzando i bambini, fino ad allora più o meno consapevoli di avere potere sui genitori, nel momento in cui ne regolavano l'emotività.

Più difficoltoso del previsto è stata invece l'attuazione dello *schema di rinforzo*, per la complessità della scomposizione dell'obiettivo in mete parziali, ma col tempo e l'esercizio sicuramente diverrà molto più facile.

HOMEWORK:

I genitori vengono invitati ad allenarsi a scoprire gli antecedenti di un comportamento disfunzionale del figlio, allo scopo di prevenirne la comparsa, agendo d'anticipo. In secondo luogo, si incoraggia l'uso del Problem Solving qualora non solo si presenti un problema nella propria vita, ma anche in quella del figlio, iniziando così a insegnare un modo nuovo di porsi di fronte alle criticità, non più improntato alla risposta impulsiva.

OTTAVA UNITÀ, ovvero il genitore competente nella soluzione dei problemi

L'ottavo incontro ha l'obiettivo di:

- *Incentivare il genitore ad adottare un piano di soluzione di problemi, indicando al figlio un modello di comportamento corretto.*

Viene ripreso un concetto espresso all'inizio, cioè che il bambino con DDAI ha una grossa difficoltà di *autoregolazione*, quindi fatica a regolare le proprie azioni, adottando spesso un comportamento impulsivo e agendo in modo poco funzionale alla soluzione dei problemi.

Poiché la proposta di un nuovo modo di pensare può incontrare delle resistenze, sottolineo come la strategia non sia utile soltanto in caso di difficoltà a gestire il comportamento del figlio, ma in generale in tutte le occasioni in cui vi siano delle decisioni da prendere. Il padre, adottando questo stile, finisce per divenire un modello di comportamento corretto, guidando il figlio nel prendere confidenza con i punti del piano di soluzione, insegnandogli quindi a divenire lui stesso un buon solutore di problemi.

Quando il bambino affronterà il punto 2. del piano di soluzione, e cercherà di applicarlo, è necessario che l'adulto eviti di criticare le soluzioni indicate, poiché per il momento non è tanto importante l'adeguatezza delle proposte, quanto l'impegno nell'utilizzo sistematico di un piano. Solo in un secondo momento si potranno individuare le procedure corrette.

- *Presentare il piano dapprima sinteticamente, poi in modo analitico, fornendo esempi nell'uso quotidiano.*
- *Favorire l'apprendimento della strategia da parte del bambino.*

L'apprendimento della strategia da parte del bambino può dipendere da vari fattori, tra i quali: l'esatta comprensione dei passaggi, la possibilità di applicazione della strategia a situazioni reali, la guida dell'adulto, nonché le caratteristiche di ogni bambino. Poiché, da parte del genitore, si tratta di modificare il proprio modo di ragionare, al fine di essere un modello comportamentale, viene ribadito che ciò richiede un impegno costante in ogni occasione, una grande disponibilità a variare il proprio modo di porsi nei confronti del figlio, ma anche una buona dose di energia ed autocontrollo.

- *Individuare, da parte dei genitori, quali prerequisiti strategici siano ancora carenti nel bambino, al fine di supportarli.*

Occorre precisare come sia possibile definire *situazione problematica* non solo i momenti in cui ci si trova in difficoltà, ma anche quelle situazioni in cui sia necessario prendere una decisione riguardo al proprio operato, per esempio: la preparazione della cartella per il giorno dopo, chi invitare alla festa di compleanno ecc.

È inoltre utile, data la complessità del piano di soluzione, che venga utilizzata dal bambino la tecnica dell'*autoistruzione*.

- *Mettere in evidenza le opportunità fornite dall'uso di un piano nei bambini DDAI.*

I vantaggi dell'adottare questa strategia di pensiero sono numerosi e diventano un vero e proprio *ostile cognitivo* che non può non avere ricadute benefiche sugli aspetti pratici della vita scolastica, ma anche della vita quotidiana. Man mano che il bambino prende confidenza con la procedura, la guida dell'adulto diventerà sempre meno esplicita e diretta, in modo che raggiunga la completa autonomia (*öfadingö*).

Si riprende il discorso sul Problem Solving: i partecipanti, pur essendo di buona cultura, non ne avevano mai sentito parlare prima *døra*. Andrea, padre di Filippo, dice che, nel prendere decisioni, valutava pro e contro, ma si rende conto che è solo il terzo passaggio dell'*algoritmo*, e che conoscerlo gli ha aperto dei nuovi orizzonti anche nella quotidianità. Ed è proprio questo aspetto che viene sottolineato: sarà la nostra convinzione che ciò rappresenta una buona risposta ai problemi di ogni giorno a far sì che anche il bambino lo assuma come suo modo di procedere; un'*applicazione* meccanica o saltuaria non darebbe i benefici attesi. Monica, madre di Annachiara, dice che per la figlia il passaggio più difficoltoso è il primo, non riuscendo a focalizzare e definire il problema. Le rispondo che non a caso si dice che *öun problema ben impostato è già mezzo risoltoö*, e per questo bisogna esercitarsi molto, quasi come in un'*arte*. Qualcuno mi chiede la definizione di *öalgoritmoö*; chiarisco che si tratta di un procedimento che consente di ottenere un risultato atteso eseguendo, in un determinato ordine, un insieme di passi semplici corrispondenti ad azioni scelte solitamente da un insieme finito: paradossalmente, anche una ricetta di cucina potrebbe definirsi tale.

Anche l'*autoistruzione* suscita un buon interesse per le implicazioni nella vita di ognuno; Giorgia, madre di Filippo, ammette che l'*impulsività* è stata anche per lei un problema per lungo tempo, superato grazie al darsi delle istruzioni tramite il *ödialogo internoö*, che le ha permesso di valutare la situazione prima di dire la prima cosa le saltasse in mente, a scapito della propria vita sociale.

Per quanto riguarda l'homework della serata precedente, si è notata una certa difficoltà nel riconoscere gli antecedenti di un comportamento disfunzionale, ma la maggior parte dei genitori ha identificato nel momento dei compiti scolastici l'antecedente più "oggettivo", seguito da quello in cui si chiede al bambino di terminare il videogioco per mettersi a tavola; in terza posizione, la richiesta di coricarsi a un orario stabilito.

HOMework:

Viene suggerito ai partecipanti di fare da modello nella soluzione dei problemi e, nel caso di bambini troppo piccoli o non ancora pronti a questo nuovo modo di affrontarli, insegnare il *pensiero consequenziale*. Viene raccomandato di allentare gradualmente l'aiuto fino a quando il figlio sarà in grado di padroneggiare la tecnica in modo accettabile.

NONA UNITA' ovvero "Sintesi e bilancio del percorso"

Il nono incontro ha l'obiettivo di:

- *Fare un riassunto delle tecniche cognitivo-comportamentali imparate.*

È importante ripercorrere il cammino finora compiuto per vari motivi:

1. rivedere le tecniche proposte nei loro aspetti positivi e negativi, in base ai risultati ottenuti dai genitori nella loro applicazione;
2. la possibilità di discutere sui dubbi suscitati dall'applicazione di determinate tecniche;
3. confrontare le esperienze dei vari genitori;
4. offrire ai partecipanti una visione prospettica di quanto imparato, al fine di poterlo utilizzare al meglio nel futuro.

- *Riflettere sui cambiamenti ottenuti nel comportamento del bambino in relazione alle tecniche utilizzate, ed in quali ambiti.*

Occorre a questo punto distinguere i *cambiamenti micro* dai *cambiamenti macro*. Nella prima categoria possiamo includere i modi di agire rispetto al passato: il bambino fa meno storie per i compiti, mette in atto l'aggressività in minori occasioni ecc.; nella seconda sono individuate delle vere e proprie aree, come la capacità di attenzione e concentrazione, il comportamento motorio, l'autostima, il rispetto delle regole sociali ecc. (fig. 1). È molto probabile che i genitori riferiscano di cambiamenti riguardo la prima categoria, mentre è meno probabile che vi siano stati dei cambiamenti a livello macro, anche a causa del relativo poco tempo trascorso dall'inizio del

parent training. Le aree macro devono essere viste come obiettivi a lunga scadenza.

- *Individuare quei comportamenti indesiderati più resistenti al cambiamento e indicare nuove strategie da attuare.*

Sicuramente da parte dei genitori si sono manifestate delle difficoltà nella modificazione dei comportamenti del bambino, e delle situazioni di resistenza al cambiamento. Attraverso la tecnica di soluzione dei problemi, si cerca di individuare le situazioni irrisolte e di formulare piani di soluzione alternativi. È importante che l'elenco delle situazioni senza miglioramento non si riduca ad una sorta di lista delle sconfitte, assumendo invece la forma di un problema che i genitori sono adesso in grado di affrontare grazie alle abilità apprese nel parent training.

- *Descrivere un quadro realistico delle aspettative per il futuro.*

Deve essere fatta una riflessione su ciò che è cambiato e su ciò che potrebbe ancora migliorare in loro e nel figlio; ciò costituisce la base per individuare delle mete future positive. Possono esservi dei genitori che hanno rilevato solo poche ed instabili variazioni comportamentali; occorre contenere il loro scoraggiamento e mantenere alta la loro motivazione, data la casistica positiva che supporta tale intervento, l'unico che abbia dato e dia risultati scientificamente provati.

- *Ottenere una valutazione dei cambiamenti rilevati dai genitori in loro stessi e nel bambino (attraverso la compilazione di questionari)*

Ai genitori vengono riproposti i questionari somministrati al primo incontro, allo scopo di confrontare un pre e un post, indicatore di un eventuale cambiamento.

In generale, si può dire che il Parent Training ha avuto un buon gradimento da parte dei partecipanti, a parte Paolo e Antonella, che hanno vissuto il percorso come impostato in modo troppo tecnico, con poco spazio dedicato alle emozioni, e Daniela, che non ha cambiato idea rispetto all' inutilità di qualsiasi intervento nei confronti del figlio, reputando che vi sia un grosso distacco tra la teoria e la pratica: «Vorrei vedervi alle prese con Andrea, neanche voi riuscireste a farvi ascoltare!»

Risultati raggiunti

Cut off:**14** (oltre questo punteggio vi sono alte probabilità di DDAI)

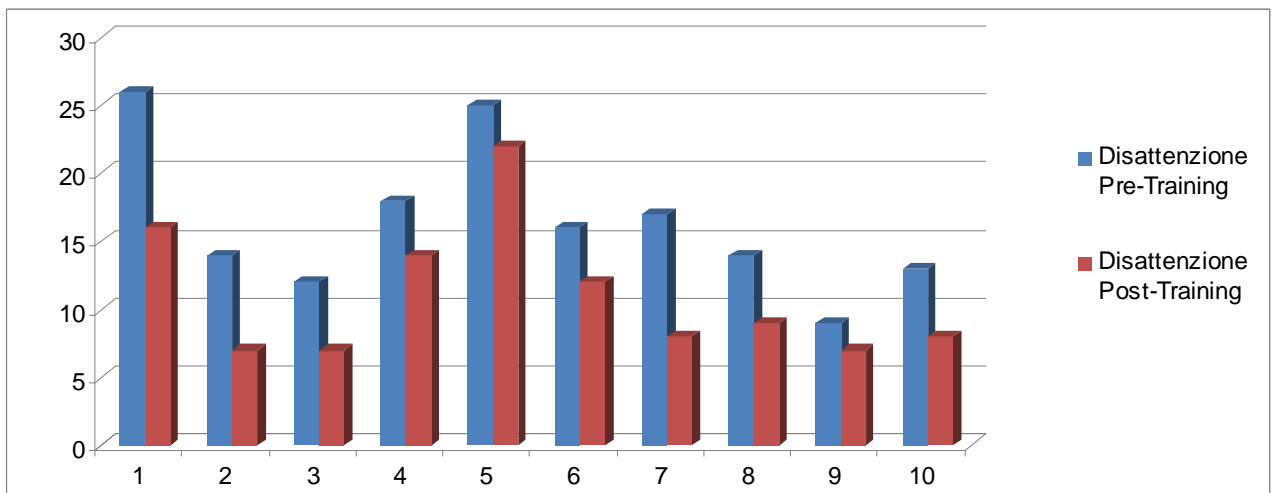
SDAG

N°	Pre-Training			Post-Training		
	Disattenzione Pre-Training	Iperattività Pre-Training	Totale Pre-Training	Disattenzione Post-Training	Iperattività Post-Training	Totale Post-Training
1	26	18	44	16	14	30
2	14	9	23	7	4	11
3	12	2	14	7	1	8
4	18	17	35	14	13	27
5	25	19	44	22	16	38
6	16	17	33	12	13	25
7	17	14	31	8	10	18
8	14	6	20	9	3	12
9	9	2	11	7	1	8
10	13	14	27	8	9	17

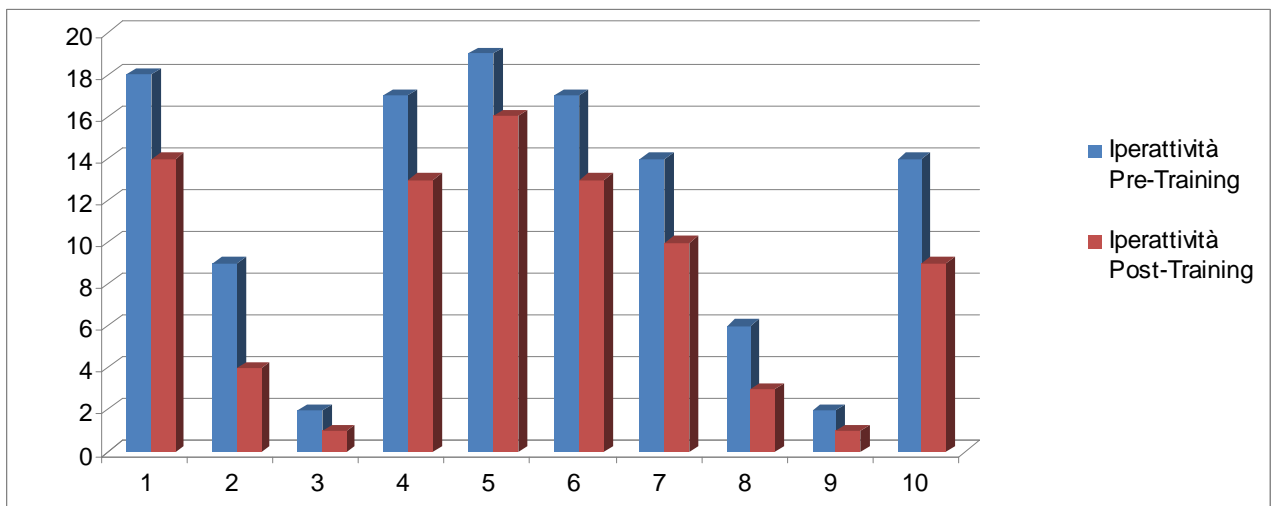
Senso di Competenza

N°	Pre-Training			Post-Training		
	Senso di Soddisfazione Pre-Training	Senso di Efficacia Pre-Training	Totale Pre-Training	Senso di Soddisfazione Post-Training	Senso di Efficacia Post-Training	Totale Post-Training
1	35	23	58	38	28	66
2	33	35	68	38	37	75
3	37	27	64	31	39	70
4	40	21	61	42	24	66
5	51	21	72	53	23	76
6	36	25	61	44	32	76
7	34	22	56	41	26	67
8	41	26	67	42	25	67
9	51	27	78	52	37	89
10	33	29	62	44	37	81
11	35	23	58	47	36	83
12	38	38	76	40	39	79
13	31	23	54	35	33	68
14	28	21	49	38	26	64
15	41	23	64	41	31	72
16	38	36	74	38	36	74
17	34	23	57	42	28	70
18	19	25	44	19	25	44
19	37	26	63	40	31	71
20	32	23	55	35	25	60

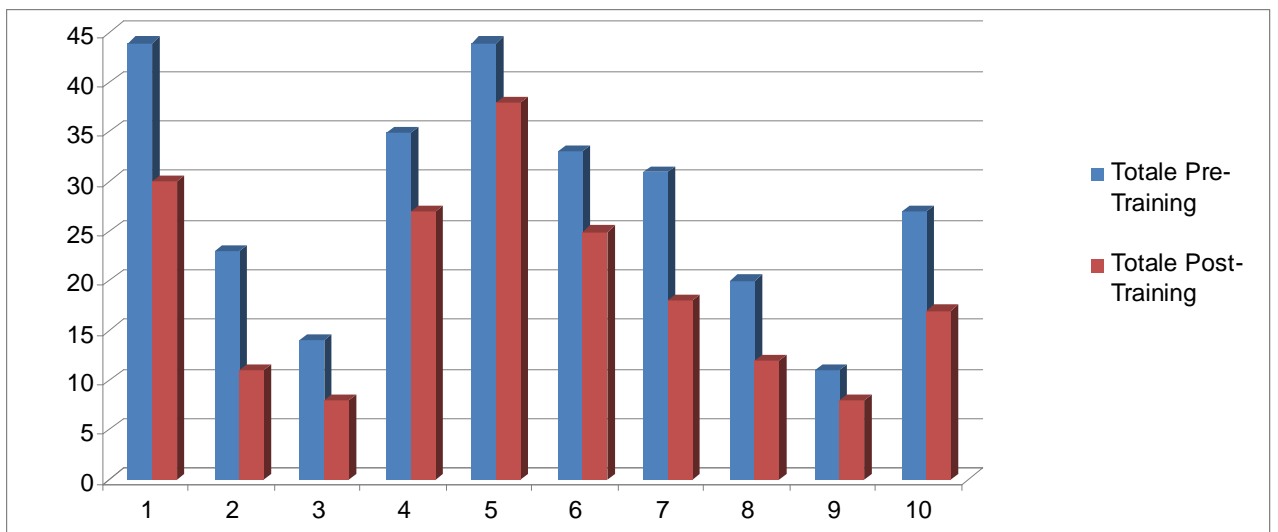
SDAG Disattenzione



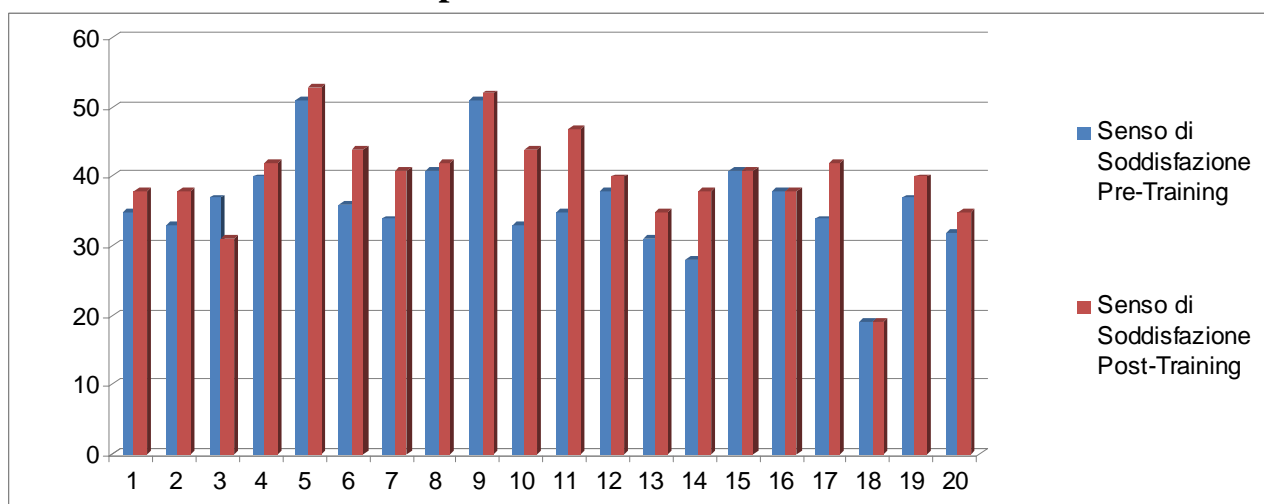
SDAG Iperattività



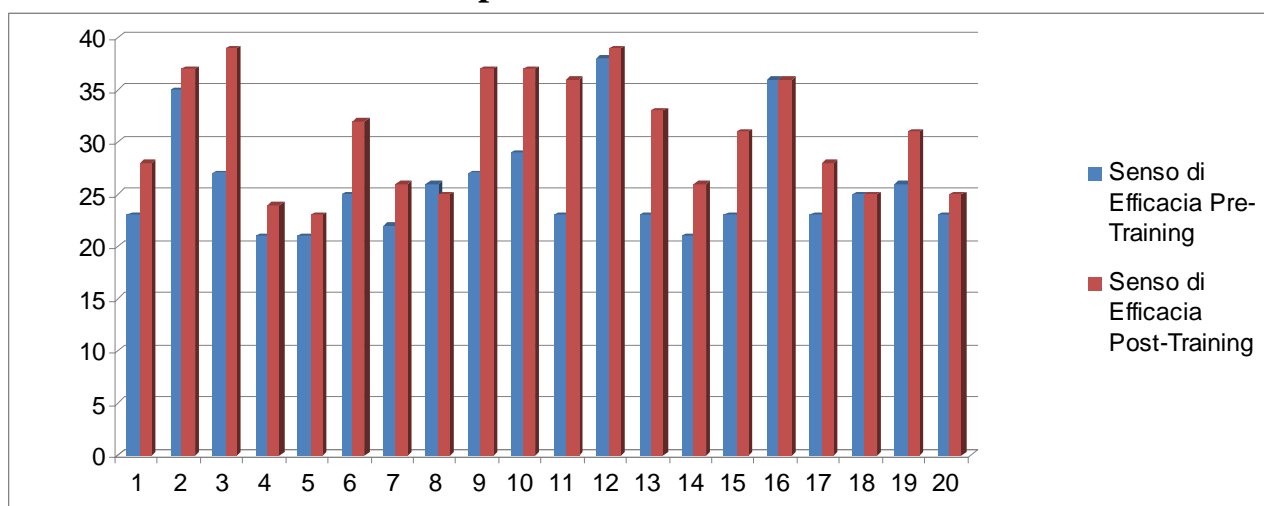
SDAG Totale



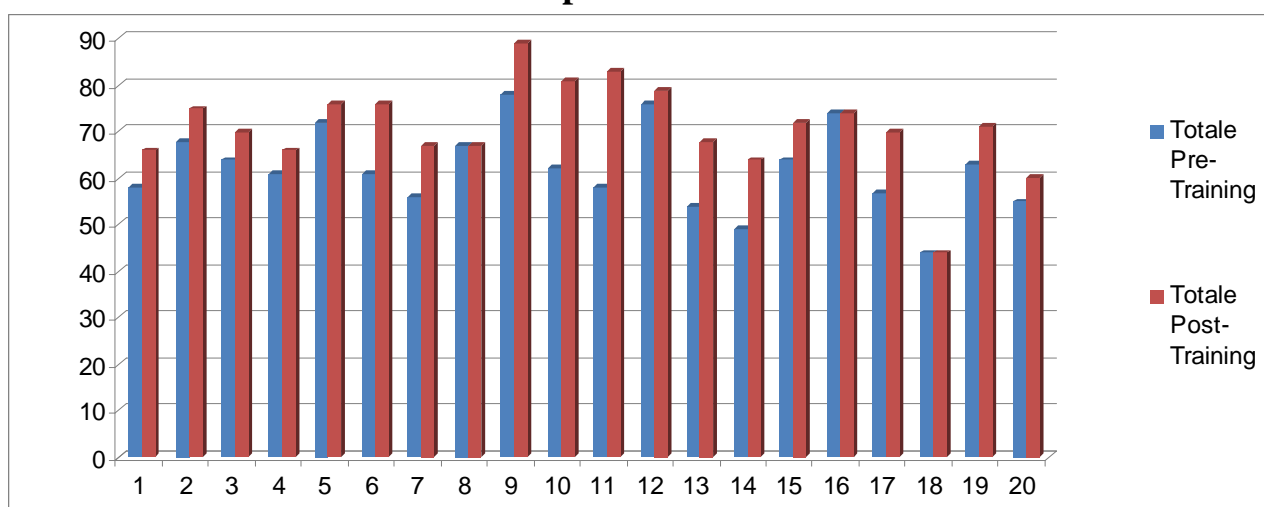
Senso di Competenza: senso di soddisfazione



Senso di Competenza: senso di efficacia



Senso di competenza: totale



Dati normativi del Questionario del Senso di Competenza dei Genitori

Intervalli dei punteggi	Soddisfazione	Efficacia
Ottimo	Oltre 45 punti	Oltre 32 punti
Buono	Da 40 a 44 punti	Da 26 a 30 punti
Sufficiente	Da 35 a 39 punti	Da 22 a 25 punti
Problematico	Da 31 a 35 punti	Da 19 a 22 punti
Inadeguato	Meno di 31 punti	Meno di 19 punti

Osservazioni relative ai questionari

Per quanto riguarda lo **SDAG**, si può notare una generale diminuzione sia della disattenzione, sia dell'iperattività, anche se due soggetti rimangono in un ambito di criticità (punteggio > 14).

Nel **Questionario del Senso di Competenza dei Genitori** si nota un incremento generale rispetto alla *soddisfazione*, tranne in un caso addirittura inferiore al pre-training, e due in parità pre-post. Stesso discorso per quanto riguarda l'*efficacia*. Questo miglioramento generale non va inteso però come *statisticamente significativo*.

Primo follow up

Dopo tre mesi si presentano i genitori di otto bambini su undici; gli assenti sono la coppia che accusava i conduttori di eccessivo tecnicismo e la madre che fin dall'inizio nutriva forti dubbi sull'efficacia del Parent Training. Come previsto, il percorso ha portato prevalentemente dei cambiamenti *micro*, specificati in comportamenti quali una minore oppositività al momento dei compiti, un minore ricorso all'aggressività e un generale aumento della tolleranza alla frustrazione. Complessivamente, i partecipanti hanno rilevato un significativo miglioramento nella qualità della vita, soprattutto dovuto a una migliore gestione della conflittualità.

Secondo follow up

Al secondo incontro di verifica, dopo sei mesi, si presentano i genitori di sei bambini. Nadia, madre di Marco, racconta di aver usato diverse volte il timeout con buoni risultati; per Alessandra, madre di Francesca, è stato sufficiente il costo della risposta per far diminuire i comportamenti oppositivi della bambina. Tutti i partecipanti dichiarano di aver beneficiato nell'instaurare delle routine e delle regole e nell'acquisizione di strumenti per la gestione dei comportamenti problematici, ma vi è una visione

concorde rispetto a un cambiamento in positivo anche nei genitori, frutto di un mettersi in gioco che prescinde il disturbo del figlio.

7. Intervento col bambino

L'intervento cognitivo-comportamentale ha come scopo primario quello di gestire il comportamento del bambino DDAI, attraverso l'uso corretto dei rinforzi e delle punizioni, nonché di fornirgli strategie metacognitive atte a gestire l'impulsività e l'inattenzione nel problem solving e nelle relazioni.

Gran parte delle difficoltà che il bambino DDAI si trova ad affrontare, a scuola ma anche in famiglia, derivano dalla sua scarsa capacità di autoregolazione. Come abbiamo già visto, ciò porta come conseguenza una diffusa problematicità, oltre agli aspetti critici e peculiari del disturbo (attenzione, impulsività ed iperattività), anche ad altre aree importanti nella vita del bambino, come i rapporti con gli altri, l'autostima, la capacità di risolvere i problemi, la tolleranza alla frustrazione e la motivazione (fig. 1).

Nell'intervento cognitivo-comportamentale le **autoistruzioni verbali**, diventando uno strumento atto a favorire il dialogo interno, hanno proprio lo scopo di promuovere l'**autoregolazione**. Le autoistruzioni verbali si possono definire uno schema di supporto per la soluzione di problemi a cinque fasi:

1. definizione del problema (che cosa devo fare?);
2. generazione di soluzioni alternative e valutazione delle conseguenze (considero tutte le possibilità che ho a disposizione);
3. fissazione dell'attenzione e scelta della soluzione;
4. crearsi un piano di attuazione della soluzione;
5. verifica del piano adottato (controllo la mia risposta e verifico se è quella giusta).

Si tratta di uno schema del tutto simile al piano di soluzione presentato agli adulti nel parent training, ma che deve essere adattato alle caratteristiche del bambino.

Anche in questo caso chi conduce il training col bambino, per favorire l'utilizzo delle autoistruzioni, esegue il **modeling**, cioè svolge delle attività con l'utilizzo delle cinque fasi, per mostrare come si procede correttamente. Il bambino viene invitato a verbalizzare e a ripetere ad alta voce le cinque fasi, con l'obiettivo che questa consuetudine diventi automatica e rievocata mentalmente sotto forma di **dialogo interno**.

Il training deve anche includere un percorso col bambino al riconoscimento, all'espressione ed alla gestione delle **emozioni**. Parallelamente a questo percorso, è opportuno guidare il bambino all'acquisizione delle **social skills** (abilità sociali) e favorire un percorso alla **prosocialità**.

8. Coinvolgimento della scuola

Un lavoro parallelo a quello con la famiglia deve essere svolto con la scuola, fornendo informazioni chiare sul DDAI, sulle sue diverse manifestazioni (impulsività, iperattività, inattenzione), al fine di evitare che gli insegnanti si costruiscano rappresentazioni erranee sul disturbo, con attribuzioni magari legate a difetti di personalità, di carattere, ad una situazione familiare problematica ecc.

8.1 Schema di approccio scolastico

L'approccio con la scuola si basa sui seguenti aspetti:

- a) raccogliere informazioni sul comportamento del bambino;
- b) stimolare i docenti alla compilazione di schede osservative sui comportamenti-problema;
- c) illustrare e spiegare i comportamenti del ragazzo (difficoltà attentive, impulsività, presenza più o meno rilevante di iperattività, facilità nella perdita del controllo);
- d) individuare l'eventuale presenza di sintomi secondari (difficoltà scolastiche, cattive relazioni con i coetanei);
- e) impostare la collaborazione con l'insegnante, evidenziando ciò che favorisce il bambino DDAI e quali situazioni lo penalizzano;
- f) evidenziare che imparare ad autocontrollarsi è un apprendimento come tutti gli altri.

8.2 Gli effetti del DDAI sull'apprendimento

Le scarse capacità di problem solving e di pianificazione, unite alla difficoltà di mantenere a lungo l'attenzione su di un compito, nonché la ricerca di sempre nuovi stimoli (spesso scollegati all'interesse per la materia scolastica), concorrono ad un complessivamente scarso risultato scolastico (o al di sotto del potenziale intellettuale, di solito elevato) del bambino DDAI. Le carenze più importanti possono essere rilevate nello svolgimento di compiti lunghi, in attività in cui entra in gioco l'attenzione divisa (ascoltare l'insegnante e contemporaneamente prendere appunti), nella comprensione e produzione del testo scritto, nello studio di materie da esporre oralmente in un momento successivo, infine nella soluzione di problemi matematici. Le cause vanno ricercate nell'inattenzione, nell'impulsività, nella difficoltà di pianificazione e di gestione dello sforzo, nella scarsa motivazione unita ad atteggiamenti oppositivo-provocatori.

8.3. L'opportunità di organizzare le attività didattiche in un ambiente strutturato e prevedibile

Una delle difficoltà presenti nel bambino con DDAI è la scarsa capacità di prevedere gli effetti del suo comportamento, perciò occorre chiarezza sulle conseguenze del suo agire e sulle regole da rispettare. Quanto più un ambiente è strutturato ed organizzato (quindi a significativa valenza contenitiva), tanto meno si favoriranno e si eliceranno i comportamenti disfunzionali, grazie alla prevedibilità che la routine intrinsecamente esprime, nonché alle conseguenze della mancata osservazione delle sue regole.

Per aiutare il bambino ad aumentare la capacità di prevedere le conseguenze del suo comportamento, è opportuno stabilire delle regole sia relazionali, sia di utilizzo dei materiali didattici. L'organizzazione di una routine dovrà tener conto anche del bisogno di novità del bambino iperattivo, inserendo nello schema (contenitore) dei contenuti stimolanti e vari. Altro aspetto importante è costituito dall'estensione delle modalità strutturate al tempo libero, coinvolgendo il bambino in attività fisiche atte a soddisfare il suo bisogno di movimento. E' altresì necessario fornire dei feedback positivi quando il bambino si comporta nel modo richiesto: il bambino con DDAI normalmente apprezza il complimento verbale. Qualora però vi sia comorbilità col DOP, meglio ricorrere a feedback non verbali, per non intaccare il suo ruolo "pubblico" che verrebbe "normalizzato" creandogli una dissonanza cognitiva (la paura di entrare nel "club dei bravi ragazzi"), e rialzando il tiro provocatorio.

La strutturazione scolastica necessita sia di routine, sia di regole: le prime costituiscono una sequenza temporale predefinita, quindi prevedibile (verrebbe da aggiungere "sicura"), le seconde indicano i comportamenti attesi. Se le prime sono delle risposte al "quando", le seconde lo sono al "come".

Esempi di routine utili possono essere: stabilire un'ora precisa per entrare in classe, indicare le attività della giornata (indicandone possibilmente i tempi di lavoro previsti), concordare delle pause da effettuare tutti i giorni alla stessa ora e, cosa importante ma spesso trascurata nei suoi effetti, accertarsi che tutti gli alunni abbiano preso nota dei compiti per casa.

Per quanto riguarda le regole, è importante la partecipazione attiva dei bambini nella loro "stesura", allo scopo di aumentare la loro motivazione al rispetto di esse. Funzionano di più se sono semplici, chiare (non generiche e vaghe), indicanti comportamenti positivi e non divieti, e che siano in numero ragionevolmente limitato.

La strutturazione infine necessita di un'organizzazione spaziale che prenda in considerazione la disposizione dei banchi, in modo che col bambino DDAI si possa avere un facile contatto oculare e fornire rapidamente dei feedback, possa essere facilmente raggiungibile sia per verificare il suo

lavoro, sia per intervenire e contenere fisicamente l'impulsività e/o l'iperattività. Occorre inoltre considerare la presenza di possibili distrattori all'interno dell'aula, come i cartelloni (da appendere solo quelli strettamente necessari al lavoro scolastico), la disposizione del cestino, l'orologio, armadi, librerie ecc. così da poterli organizzare in modo funzionale.

Bibliografia

- Cavolina P., Sanna G., Ancilletta B. e Zuddas A. (2005), *Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica dell'ADHD: sintesi, commenti e implicazioni cliniche nella pratica quotidiana*. In *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol. 1, n. 1, pp. 55 - 88. Supplemento al periodico *Difficoltà di Apprendimento*, Edizioni Erickson, Trento.
- Chiarenza G. A., Bianchi E. e Marzocchi G. M. (2006), *Linee guida SINPIA per il trattamento cognitivo-comportamentale del DDAI*. In *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol. 1, n. 2, pp. 177 ó 194. Supplemento al periodico *Difficoltà di Apprendimento*, Edizioni Erickson, Trento.
- Barkley R. A. e Bontos C. M. (2007), *Figli irrequieti. Come migliorarne il comportamento*, Armando Editore, Roma.
- Fedeli D. (2006), *La sindrome di Pierino*, Giunti Editore, Milano
- Gordon M. (2003), *Aiuto! ...sta arrivando mio fratello! í ovvero: come si vive insieme ad un bambino con l'ADHD*, Giuseppe De Nicola Editore. Napoli. Reperibile sul sito www.aifa.it.
- Vio et al. (1999), *Il Bambino con Deficit d'Attenzione/Iperattività*, Edizioni Erickson, Trento.
- Martin G. e Pear J. (2000), *Strategie e Tecniche per il Cambiamento*, McGraw ó Hill, Milano.
- Zuddas A., Ancilletta B., Sanna G. e Cavolina P. (2003), *Come ó funzionano i bambini con ADHD*. In R. Dø Errico (a cura di), *ADHD dalla clinica alla scuola alla famiglia*, Giuseppe De Nicola Editore, Napoli, pp. 43 ó 52. Reperibile sul sito www.aifa.it.
- Merati S., Valenti V. e Celi F. (2005), *Autocontrollo ed autoregolazione in Bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività: una ricerca sperimentale a soggetto singolo*, in *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, vol. 1, n. 1, pp. 27 ó 51. Supplemento al periodico *Difficoltà di Apprendimento*, Edizioni Erickson, Trento
- Sanna G. (maggio ó giugno 2007), *Corso on-line: Il Disturbo di Deficit dell'Attenzione con Iperattività*, organizzato dalla Erickson, Trento.

- Johnson S., *Strategie e strumenti di psicoterapia* (1999), Mc-Graw Hill, Milano
- Folgheraiter F. (1997), *Il bambino con problemi di comportamento*, Edizioni Erickson, Trento.