

Trattamento Psicologico Indiretto in Età Evolutiva e Adolescenza

Premessa

Per trattamento psicologico indiretto si intende una metodologia clinica utilizzata in psicologia senza la presenza diretta del portatore del sintomo o del disturbo ma con la presenza di almeno un familiare significativo.

In psicologia emotocognitiva le forme di trattamento indiretto mirano a scardinare i processi di comunicazione e comportamento ridondanti all'interno di un sistema di riferimento che potrebbero essere alla base del mantenimento di un sintomo, una psicopatologia, un problema. Le tecniche di trattamento indiretto si sono rivelate le più efficaci nella maggior parte dei casi di gravi disturbi di personalità, dove la persona non riconosce pienamente l'esistenza di un problema o comunque rifiuta una terapia psicologica e nei casi di interventi in infanzia e adolescenza.

In questa sede affronteremo l'applicazione delle forme terapeutiche indirette rivolte all'età evolutiva. L'intervento diretto su un bambino od un adolescente spesso si rivela dannoso per il soggetto e potrebbe aggravare una situazione psicopatologica anziché migliorarla. Nei nostri studi capita spesso che problematiche di un bambino siano in realtà da considerarsi iatrogene. A volte l'intervento di cura sul minore è quindi uno dei responsabili del mantenimento e dell'aggravamento della patologia quando si tratta di disturbi o problematiche di natura psicologica. L'intervento indiretto è efficace per quasi ogni forma psicopatologica in età evolutiva, dal disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) ai tic, dai disturbi della condotta alle problematiche di apprendimento, dall'ansia e dalle fobie fino ai disturbi della nutrizione, nonché tutte le problematiche legate all'attività scolastica.

In altri contesti clinici, soprattutto di tipo medico-psichiatrico, si sta assistendo ad un abbassamento dell'età in cui vengono somministrati farmaci. La somministrazione di uno psicofarmaco, stando alla nostra casistica clinica, si è rivelata una delle forme più gravi di mantenimento della maggior parte delle sintomatologie, sia in età adulta che, soprattutto, in età evolutiva. Un bambino che viene considerato malato si comporterà da malato. Nella maggior parte dei casi gli interventi psicologici in età evolutiva, in assenza di condizioni mediche generali in grado di giustificare una sintomatologia, permettono oggi la remissione di quasi ogni forma psicopatologica, senza uso di farmaci e soprattutto senza inserire un bambino od un adolescente in un contesto di cura.

I trattamenti psicologici indiretti rispondono inoltre ad un'esigenza fondamentale che i familiari di un minore che evidenzia delle problematiche hanno, quello di fornire strategie di comunicazione e di comportamento per poter rispondere in modo adeguato a situazioni che, nella maggior parte dei casi, sfuggono dal controllo e dalle proprie capacità di intervento. I genitori si sentono spesso impotenti di fronte ad un problema e chiedono costantemente cosa possono fare per aiutare il proprio figlio, come si possono comportare.

Molti genitori che si rivolgono presso i nostri studi di psicologia emotocognitiva dichiarano di essersi già rivolti ad istituti di neuropsichiatria però senza ottenere un successo terapeutico e, soprattutto, dichiarano che alcuni professionisti della salute colpevolizzano i genitori.

Ricordiamo che un genitore che desidera la salute del proprio figlio agisce sempre nel giusto. Di fronte ad un problema, però, non è importante se l'azione sia giusta o sbagliata, ciò che importa allo psicologo è se il tipo di comunicazione ed il tipo di comportamento abbiano funzionato, questo perché quando un atteggiamento od una cura non funzionano abbiamo riscontrato che in realtà possono peggiorare la situazione.

Oggi esiste quindi una nuova possibilità efficace di terapia in età evolutiva e adolescenza che mira a scardinare il loop disfunzionale che sostiene un sintomo, un disturbo mentale od una problematica psicologica o psico-sociale ed è il trattamento psicologico indiretto.

Terapia Indiretta in Età Evolutiva e Adolescenza

L'intervento psicologico di tipo indiretto può essere considerato lo strumento clinico di riferimento principale nella terapia, attraverso il colloquio psicologico, di sintomatologie, disturbi mentali, disagi e problematiche dell'area evolutiva.

Il trattamento indiretto, nell'infanzia e nell'adolescenza, è un tipo di intervento psicologico che prevede solo il coinvolgimento di uno o più membri adulti significativi della famiglia, i quali rappresentano la risorsa principale per un agire un cambiamento, in genere in tempi molto brevi, e per ripristinare una situazione di benessere del minore e contemporaneamente tutto il sistema familiare.

La presenza dei figli in età evolutiva ed adolescenza non è prevista per due motivi principali:

1. evitare che il bambino o l'adolescente si senta malato, inadeguato o senta di rappresentare il "problema" che preoccupa la famiglia e che causa il malessere dei genitori e/o dei fratelli;
2. favorire un intervento efficace e breve, in quanto per la risoluzione del problema è importante modificare i processi di comportamento e comunicazione messi in atto dal sistema familiare per far fronte al problema e che, come la famiglia ha potuto constatare, non hanno prodotto effettivi risultati.

La specificità dell'intervento clinico indiretto è focalizzare l'attenzione clinica sul sistema di riferimento che ha richiesto l'intervento, cioè la famiglia. L'intervento, quindi, prende in considerazione il sistema di riferimento "famiglia" ed i propri costituenti (genitori, figli, ecc.) e l'ambiente di vita del contesto familiare.

Il grande impegno che il bambino fa per crescere, dalla nascita fino all'adolescenza, è costellato da momenti di instabilità e di incertezze, questo processo non riguarda solo il bambino ma coinvolge la famiglia come sistema di riferimento.

I cambiamenti dovuti alle diverse fasi evolutive possono verificarsi a vari livelli, in fasi diverse, e in aree diverse (fisiche, cognitive, affettive, relazionali, scolastiche, ecc.).

I problemi possono insorgere quando l'ambiente ha difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti dovuti ai processi di crescita, e a favorire i movimenti di autonomia ed indipendenza dei figli sin dai primi anni di età.

Questo processo ampio ed articolato può portare, a volte, il bambino ad agire in modo disorganizzato e le reazioni stesse del sistema di riferimento possono essere, a loro volta disorganizzate, o organizzate in modo rigido e disfunzionale. Questo in genere non avviene per colpa della famiglia che agisce per il bene del figlio ma per una reazione automatica ad una situazione imprevista che richiede un rapido adattamento. Quando i livelli di tensione nel soggetto sono significativamente elevati possono manifestarsi diversi sintomi come: disturbi somatici, enuresi, tic, balbuzie, fobie, forme di autolesionismo (mangiarsi le unghie, strapparsi i capelli come nella tricotillomania, mordersi le labbra), disturbi alimentari e della nutrizione, incubi notturni, oppure tendenza all'aggressività, all'isolamento, all'irrequietezza, senso di inadeguatezza, apatia, difficoltà a socializzare, tendenza alla svalorizzazione, inibizione emotiva, inibizione cognitiva, ecc.

Altri sintomi rilevabili sono scarso rendimento scolastico, rifiuto della scuola, rifiuto delle regole, comportamento oppositivo, tendenza a dire bugie, piccoli furti e così via.

I sintomi che si manifestano nell'infanzia e nell'adolescenza potrebbero essere di natura transitoria. La focalizzazione dell'attenzione del sistema su un sintomo che potrebbe essere transitorio tende alla cronizzazione del sintomo stesso portando anche a gravi forme psicopatologiche. L'attenzione al sintomo si innesca attraverso processi specifici di comportamento e comunicazione di tutto il sistema che mira a risolvere, al più presto, una situazione che spaventa e preoccupa. I processi attentivi possono evidenziarsi sia con il cercare di spiegare o far capire al proprio figlio la situazione, sia nel tentativo di controllare una reazione involontaria dell'organismo, sia attraverso il fare finta di nulla, sia nel cercare di spronare il bambino od il ragazzo, sia nelle opere di convincimento, ecc.

Uno dei comportamenti più comuni, ad esempio, di fronte ad un disturbo dell'alimentazione come l'anoressia nervosa in adolescenza, o il rifiuto del cibo nei bambini, è quello di cercare di invogliare il proprio figlio a mangiare, controllare se abbia mangiato oppure continuare a preparare cibo o ad apparecchiare. Questo comportamento genera spesso un tensione che, in psicologia emotocognitiva, definiamo sintomo-specifica. Essendo il sintomo un tentativo autonomo dell'organismo di riduzione delle tensioni centrali e periferiche, l'incremento di tensione genera l'incremento della condotta disfunzionale. Si crea un conflitto intrasistemico tra una tendenza autonoma dell'organismo e la tendenza volontaria del contesto antagonista a quella dell'organismo stesso. Presto tali tentativi di risolvere un problema falliscono fino a far sperimentare alla famiglia la sensazione di incapacità e di impotenza nell'aiutare il proprio figlio.

Lo psicologo deve sempre tenere in considerazione la natura transitoria di alcune problematiche riducendo i comportamenti del sistema di riferimento che generano incremento tensivo. Un'altra variabile che lo psicologo dovrà valutare è relativa alla continuità e alla discontinuità dello sviluppo, in quanto, data la complessa interazione tra fattori di ordine bio-psico-sociale che influenzano il processo evolutivo, può accadere che alla maturazione fisiologica non corrisponda una maturazione cognitiva e psicologica, come è comune nella fase adolescenziale.

Cosa significa tenere conto di questi aspetti? Significa fondamentalmente riuscire ad evitare che un problema diventi il fattore intorno a cui si organizza il sistema preoccupato di ristabilire una condizione di "normalità". Significa evitare la cronicizzazione di una problematica potenzialmente transitoria in un vero e proprio disturbo mentale.

Un sintomo non va né sottovalutato né sopravvalutato, ma definito nelle sue giuste proporzioni.

Nell'infanzia e nell'adolescenza il manifestarsi di un problema mette in atto dei tentativi di soluzione autonoma di tutto il sistema, che, come molte famiglie possono valutare in modo autonomo, non sempre risultano efficaci ovvero in grado di risolvere il problema. Questo non significa che un problema non sia risolvibile in tempi brevi o che sia grave, significa che non è stata applicata una metodologia adatta per quello specifico problema. Lo psicologo offre proprio al sistema strategie in grado di portare, in tempi brevi, un sintomo od un problema a remissione.

Una difficoltà produce, nel sistema, un tentativo autonomo di soluzione che, se non funziona, può essere controproducente e si può trasformare in un problema di proporzioni più ampie, anche molto gravi.

I problemi psicologici che coinvolgono il contesto familiare si formano spesso sulla base delle reazioni messe in atto sia dal minore che dal sistema per cercare di risolvere il problema stesso. Il disagio diventa così causato non tanto dal problema in

sé, quanto dal modo in cui si sta cercando di risolverlo. Si innesca un processo ridondante, un circuito chiuso, che in psicologia emotocognitiva definiamo *loop disfunzionale* (Baranello, 2006), che non si riesce a scardinare. Lo psicologo interviene proprio su tale loop disfunzionale valutando, per ogni caso specifico, le variabili che sostengono il loop. Si definisce quindi un intervento *ad hoc* in grado di scardinare i processi disfunzionali agendo sui sistemi antagonisti che generano gli stati di tensione che stanno mantenendo la sintomatologia od il problema. In questo modo si utilizzano le stesse risorse dell'organismo e del sistema ripristinando un normale e sano processo di funzionamento. Di fatto la maggior parte dei processi disfunzionali risultano reversibili.

Il rischio maggiore al quale una famiglia può andare incontro è che un problema possa trasformarsi in un profondo disagio e successivamente in una forma psicopatologica grave. Questo accade quando il problema si mantiene, si stabilizza e si amplifica in seguito alla messa in atto di azioni (comprese forme di cura) perpetuate nel tempo nonostante non abbiamo avuto reali effetti nel miglioramento della situazione. Ricordiamo che quando una comunicazione, un comportamento od una forma di cura non funzionano, potrebbero essere proprio i fattori che mantengono o che potrebbero aggravare un problema.

Le azioni ed i comportamenti vanno sempre a confermare la percezione. Se il figlio viene percepito malato ci si comporterà come se lo fosse e questo comportamento conferma la malattia.

Un figlio considerato psicotico verrà trattato da psicotico anche se qualora non lo fosse. A volte una diagnosi attribuita da un professionista della salute potrebbe essere accettata passivamente e quindi la famiglia ed i sistemi di cura, tenderebbero a rapportarsi più con il disturbo che con il minore come persona potenzialmente sana. Questo, dalla nostra casistica clinica, risulta molto spesso patogenetico. Purtroppo a molti minori vengono attribuite diagnosi basandosi soltanto sulla fenomenologia dei propri comportamenti senza una valutazione globale del funzionamento e dei processi ridondanti di mantenimento sintomatologico.

Un figlio considerato iperattivo verrà trattato da iperattivo, ovvero la famiglia metterà in atto comportamenti per ridurre l'iperattività, che, sfortunatamente, in genere non funzionano. Il fatto che non funzionino genera nella famiglia la preoccupazione che si possa trattare di un problema grave e di una malattia. Si inizia così un iter interminabile di cure neuropsichiatriche che potrebbero durare anni senza che si evidenzino un reale miglioramento ovvero una remissione dei sintomi. A questo punto la famiglia pensa che il problema sia cronico e che il proprio figlio dovrà essere sempre sostenuto da cure farmacologiche. Spesso si ricorre a comunità o cooperative che sostengano la situazione, ecc.

E se il problema fosse stato transitorio? Se fosse generato da una modalità di reazione ai primi sintomi disfunzionale? Se la premessa fosse sbagliata? Questa purtroppo è la genesi della maggior parte dei disturbi. Problemi potenzialmente transitori che vengono trattati come problemi cronici. Grazie alle innovazioni teoriche della psicologia emotocognitiva che ha spostato l'attenzione dal sintomo come problema a sintomo come soluzione tensiva oggi abbiamo riscontri incredibili nella remissione della maggior parte delle forme psicopatologiche in età evolutiva e adolescenza grazie agli interventi psicologici indiretti.

Questo perché i processi di comunicazione e di comportamento tendono a confermare anche nel figlio la percezione di essere malato. E' un fenomeno noto da tempo agli psicologi come "profezia che si autoavvera".

Il sistema si organizza non intorno al figlio in quanto tale, ma intorno al figlio in quanto portatore di un sintomo o di un problema, quindi non solo Mario, ma "Mario

che non mangia" - "Mario che bagna il letto la notte" - "Mario che è un bambino o ragazzo fragile ed insicuro" - "Mario che va male a scuola" - "Mario che è diventato aggressivo e non ubbidisce più" - "Mario che non riesce a stare fermo ne a casa ne a scuola" - "Mario che ha un tic" ecc. Ogni cosa che lo riguarda viene fatta in funzione di "Mario che....." Il problema diventa la lente attraverso la quale viene visto Mario, scotomizzando le sue risorse e potenzialità presenti.

Questo tipo di organizzazione immette il sistema familiare in quel loop disfunzionale di cui abbiamo accennato, ovvero un processo circolare e ridondante, che può generare interazioni familiari rigide e potenzialmente patogenetiche che possono mettere a rischio la salute di uno o più componenti e, ovviamente, dell'intero sistema di riferimento.

La soluzione adottata genera una sofferenza che non origina più dal problema primario, ma da quello che viene fatto nel tentativo di risolvere il problema stesso; la psicologia emotocognitiva definisce questo tipo di sofferenza come secondaria (Baranello, 2006) rispetto alla sofferenza primaria (ibidem) intesa come una reazione automatica dell'organismo prodotta da una situazione, un'esperienza o un sintomo. I tentativi psico-sociali di risolvere la sofferenza primaria che non riescono a raggiungere il loro scopo, ma falliscono in modo costante, aggravano la situazione rappresentando il problema sul quale focalizzare l'intervento psicologico.

Questo processo dà origine a quello che la psicologia emotocognitiva definisce conflitto attuale, nel quale la sofferenza determinata dal tentativo autonomo del sistema di risolvere una tensione (ad esempio il sintomo del figlio) produce comportamenti in contrasto con il problema "apparente" (es. il sintomo). Questo genera tensione problema-specifica che viene risolta dal sistema attraverso il sintomo stesso.

In questa ottica si colloca la funzionalità e l'efficacia dell'intervento psicologico indiretto secondo l'approccio della psicologia emotocognitiva. I vecchi interventi di cura psicologica sul minore in genere non permettono una rapida e completa remissione del sintomo, sintomo che, come oggi sappiamo, è mantenuto da modalità disfunzionali di organizzazione sistemica.

La psicologia emotocognitiva spiega il comportamento messo in atto dalla famiglia per ridurre sintomi e problemi del figlio come la tendenza dell'individuo o della famiglia ad evitare la sofferenza primaria che il sintomo o, più in generale, la situazione, inevitabilmente causano. La sofferenza, concetto psicofisiologico e non retorico-filosofico, che comprende ansia, stati di tensione fisica e/o emotiva, frustrazione viene intesa dalla famiglia e dal soggetto come un'esperienza pericolosa, negativa che deve essere evitata a tutti i costi.

Evitare la sofferenza, o piuttosto tentare di evitarla, appare erroneamente la via più semplice da perseguire, quella logica. Ma il nostro organismo la produce in modo autonomo e involontario come normale conseguenza di un cambiamento con attribuzione di disfunzionalità.

La famiglia si trova nella condizione di tentare di evitare l'inevitabile, ossia annullare la sofferenza naturale che deriva dal disagio manifestato del figlio. In questo processo l'attenzione di tutto il sistema è puntata sul disagio e sui tentativi di risolverlo, questo processo conferma ed aggrava il sintomo stesso incrementando uno stato di sofferenza che definiamo secondaria, cioè legato al tentativo di risolvere l'inevitabile sofferenza primaria.

L'intensa preoccupazione genera una percezione distorta del problema, sviluppando una situazione di ansia anticipatoria che condiziona in modo negativo il presente nel tentativo di evitare un ipotetico problema che si potrebbe presentare in un futuro prossimo.

L'urgenza di fare qualcosa porta a "provarle tutte", rischiando di agire in modo confuso e sordinato, in questo modo la soluzione al problema è fittizia e transitoria, ossia legata al momento stesso.

Nel contesto familiare la ricerca di una soluzione immediata ad un disagio mostrato dal figlio, porta il genitore a fare quello che sembra essere più opportuno, in base alla percezione, sia del disagio che della realtà, ma che non necessariamente è adatta per il figlio.

In psicologia emotocognitiva si valuta ciò che funziona e ciò che non funziona indipendentemente dal fatto che il modo di porsi nei confronti del figlio sia giusto o sbagliato. Anzi l'atteggiamento di una famiglia che vuole il bene del proprio figlio sia sempre giusto ma quando il comportamento adottato risulta inefficace, occorre iniziare a pensare che forse il metodo non funziona, nonostante le buone intenzioni.

Lo psicologo deve ricordare che quando una famiglia afferma di averle provate tutte sostanzialmente si riferisce, focalizzando l'attenzione sui processi anziché sui contenuti, a tutti i modi per cercare di ridurre lo stato di disagio, il sintomo od il problema. Questo riflette il fatto che nell'insieme si è cercato di contrastare un'azione spontanea, seppure apparentemente disfunzionale, di un organismo o di un sistema generando di fatto tensioni sintomo-specifiche.

Tale spostamento del focus dell'intervento psicologico produce modificazioni di comportamento e comunicazione di tale portata che la sofferenza aspettata non si evidenzierà nei termini temuti anzi, modificando l'azione si modificherà sia la percezione del proprio figlio che il suo stato di salute.

I risultati del trattamento fino ad ora ottenuti confermano la teoria proposta dalla psicologia emotocognitiva. I genitori che sono stati in grado di modificare l'atteggiamento seguendo le prescrizioni fornite dallo psicologo hanno permesso al proprio figlio una riduzione rapida di sintomi, di comportamenti disfunzionali e di disturbi anche fenomenologicamente molto gravi. Lo sblocco della situazione generalmente avviene in tempi piuttosto brevi e deve risultare visibile.

Conclusioni

L'intervento psicologico per la risoluzione dei problemi e dei disagi che coinvolgono una famiglia passa attraverso la valutazione delle modalità che le persone che la compongono mettono in atto per fare fronte alle diverse situazioni legate al problema presentato.

Un adattamento funzionale nasce dalla possibilità di riconoscere quando un comportamento, pur giusto, non risulta efficace, e dalla capacità di sperimentare nuove soluzioni.

L'intervento indiretto, secondo l'approccio della psicologia emotocognitiva, è un metodo altamente efficace per la risoluzione dei disturbi che insorgono nell'infanzia e nell'adolescenza e delle più ricorrenti problematiche rilevabili nel rapporto genitori e figli e dei problemi scolastici e relazionali dei propri figli.

Ogni intervento per essere efficace deve essere adattato al sistema di riferimento.

Il trattamento indiretto non è soltanto un intervento sui genitori, ma un intervento *con* i genitori per il benessere del figlio e della famiglia nella sua complessità.

Con gli interventi su e con i genitori si organizza un sistema in senso funzionale che permette di risolvere sintomi e problemi anche di una sua specifica costituente.

La terapia indiretta, attraverso il colloquio psicologico, non ha come unico obiettivo il benessere del minore, ma anche, il benessere psicofisico del genitore.

L'obiettivo dell'intervento è, quindi, il benessere complessivo della famiglia, indipendentemente dalle cause che possono aver originato il problema, siano esse

riconducibili ad eventi particolari (nascita di un fratello, separazione, malattia, lutto, trasloco, inserimento scolastico, ecc.) che ad altre situazioni.

Questo tipo di intervento focalizza la propria attenzione sui processi bio-psico-sociali che sostengono, mantengono e potrebbero aggravare il problema. Grazie alle innovazioni teoriche e tecniche dell'approccio sistemico-relativista della psicologia emotocognitiva possiamo oggi affermare che il trattamento psicologico indiretto è la forma di trattamento d'elezione per la maggior parte dei sintomi, delle problematiche e dei disturbi in età evolutiva e adolescenza. Ricordiamo inoltre allo psicologo che per poter agire in forma indiretta è necessaria un'alta formazione ed esperienza nell'applicazione delle tecniche derivate di psicologia emotocognitiva. Un uso non corretto delle tecniche di intervento potrebbe compromettere l'alta efficacia della metodologia clinica.

Grazie ai metodi di controllo dell'efficacia razionale del trattamento, lo psicologo ad indirizzo di psicologia emotocognitiva, ha comunque a disposizione strumenti clinici per poter valutare costantemente l'applicazione efficace del colloquio psicologico.

La finalità del trattamento indiretto è l'organizzazione sistemica funzionale che si deve evidenziare, in tempi piuttosto brevi, nello sblocco "visibile" della situazione di disagio presentata.

Autore e fonte:

Maduli, L. (2007) - Trattamento psicologico indiretto in età evolutiva e adolescenza.

SRM Psicologia Rivista (www.psyreview.org).

Roma, 16 giugno 2007.

Bibliografia di Riferimento

▶ **Baranello, M.** (2006) I concetti di sofferenza primaria e sofferenza secondaria in psicologia emotocognitiva. *SRM Psicologia Rivista* (www.psyreview.org). Roma, 26 giugno 2006. [Articolo](#)

▶ **Baranello, M.** (2006) Psicologia emotocognitiva: il loop disfunzionale. *SRM Psicologia Rivista* (www.psyreview.org). Roma, 10 marzo 2006. [Articolo](#)