

La “terapia familiare breve evoluta orientata alla soluzione” nel trattamento delle problematiche adolescenziali

Evolving Solution-Oriented Brief Family Therapy Approach with difficult adolescents

Annunziata Rizzi¹, Valeria Verraastro²

Riassunto

L'articolo presenta l'approccio della “terapia familiare breve evoluta orientata alla soluzione” nel trattamento delle problematiche adolescenziali. Tale approccio nasce dall'integrazione di tre indirizzi di terapia breve strategica: la “terapia breve focalizzata sul problema” dei teorici del Mental Research Institute (MRI), la “terapia breve focalizzata sulla soluzione” sviluppata da de Shazer e dai suoi colleghi e l'“approccio narrativo” di White.

Parole chiave

Terapia familiare breve evoluta orientata alla soluzione; adolescenti difficili

Abstract

The paper presents an Evolving Solution-Oriented Brief Family Therapy Approach with difficult adolescents. This approach is born from integration of three Brief Strategic Therapy models: the “Brief Problem-Focused Therapy” approach of the Mental Research Institute (MRI) theorists, the “Solution-Focused Brief Therapy” approach developed by de Shazer and his colleagues and the “Narrative Therapy” approach developed by Michael White.

Keywords

Evolving Solution-Oriented Brief Family Therapy Approach; difficult adolescents

Premesse

Gli adolescenti “difficili” rappresentano una sfida per qualsiasi operatore che, a vario titolo, si trova a dover rispondere ad esigenze trattamentali nei loro confronti. L'adolescenza si configura come un'età ricca di contraddizioni, un'età di transizione in cui il ragazzo è impegnato a consolidare l'immagine di sé in una rinnovata identità che integri i cambiamenti evolutivi. Il rimaneggiamento psichico proprio dell'adolescenza ruota attorno ad alcuni assi: incremento pulsionale, modificazioni somatiche, lavoro del lutto, riassetto difensivo, rielaborazione narcisistica, sistemi di idealizzazione, ricerca di identificazione, adesione al gruppo. Gli orientamenti teorici più attuali concordano nel proporre una concezione agantica dello sviluppo adolescenziale.

Secondo questa concezione, gli individui non sono meri organismi reattivi, plasmati dagli eventi ambientali o mossi da disposizioni innate. Sono piuttosto soggetti attivi in grado di autoregolarsi e riflettere su se stessi: la capacità di esercitare ampie forme di controllo sui processi di pensiero, sulle motivazioni, sull'affettività,

sull'azione, consente loro di essere artefici attivi del proprio ambiente e non semplici "prodotti"; consente perciò di influenzare la natura e il corso della propria esistenza.

La visione attiva dell'individuo è alla base dei modelli interazionisti e costruttivisti, in cui lo sviluppo non è spiegato né dall'accrescimento né dalle influenze ambientali, ma dall'interazione tra l'individuo e il suo ambiente: è il risultato dell'azione dell'individuo, intenzionale e diretta verso uno scopo, la quale ha l'obiettivo di adattare le mete e le potenzialità individuali alle richieste ed alle opportunità offerte dal contesto; tale azione non produce soltanto un cambiamento nell'individuo, ma anche nello stesso contesto di sviluppo.

In questa più ampia prospettiva, i comportamenti problematici non sono giudicati come una categoria sostanzialmente diversa da quella dei comportamenti "normali", né come il frutto deterministico di negative influenze ambientali inevitabili o di situazioni passate. Essi sono, al contrario, delle azioni che hanno un senso, vale a dire che svolgono delle funzioni precise nel processo di adattamento tra individuo e ambiente, in relazione sia ai compiti di sviluppo dell'adolescenza che alle diverse opportunità e richieste dei vari contesti di sviluppo. Azioni molto diverse, ad esempio comportamenti a rischio per la salute, da un lato, oppure comportamenti positivi, come esprimere un'opinione propria, dall'altro lato, possono soggettivamente svolgere la stessa funzione, vale a dire mostrare la propria indipendenza, autonomia, adultità.

La terapia strategica

All'interno del famoso progetto sullo studio della comunicazione, J. Haley e J. Weakland studiarono a lungo il tipo di comunicazione terapeutica di Milton H. Erickson. Mentre Bateson può essere considerato il padre teorico della prospettiva interazionale-sistemica in psicologia e in psichiatria, Erickson è il maestro cui rifarsi per le strategie di applicazione clinica e per la modifica in tempi brevi delle situazioni disfunzionali. Dall'iniziale incontro tra il gruppo del MRI di Palo Alto e M. Erickson si sono evoluti modelli differenti di intervento terapeutico strategico.

Il termine "terapia strategica" si deve a J. Haley: "Si parla di terapia strategica quando il terapeuta mantiene l'iniziativa su tutto quello che si verifica nel corso della terapia ed elabora una tecnica particolare per ogni singolo problema" (Haley, 1973: 1). Nel modo in cui Erickson lavorava era implicita l'idea che qualunque problema abbia una natura interpersonale: i modi in cui il paziente agisce con gli altri e questi agiscono con lui, producono il suo senso di difficoltà e le sue limitate modalità di comportamento. Data questa concezione, risolvere un problema della persona significa modificare le sue relazioni con gli altri e, in età evolutiva, all'interno della famiglia. Il cambiamento terapeutico non si produce come risultato di una maggiore consapevolezza (*insight*) delle "cause" del problema, della relazione tra il passato e il presente. Erickson creava una situazione che necessariamente richiedeva un nuovo comportamento, poiché l'uomo apprende solo tramite l'esperienza.

La Terapia Breve Strategica, dalle prime esperienze di Erickson in poi, ha avuto una ramificata evoluzione connotata dalla maggiore enfasi data dagli autori dei tre fondamentali modelli ad alcune specifiche assunzioni o tecniche che ne hanno contraddistinto le caratteristiche. Il gruppo di Palo Alto ha posto la sua attenzione sul circolo vizioso di persistenza di un problema, alimentato dai tentativi di soluzione messi in atto dagli stessi portatori del disturbo, e, di conseguenza, sull'esigenza di intervenire con manovre tese a bloccare e ristrutturare le tentate soluzioni disfunzionali. Haley ha lavorato sulla direttività comunicativa del terapeuta e su come basare l'intervento sulla riorganizzazione dei giochi di potere nelle dinamiche comunicative e gerarchiche familiari. Il gruppo di Milwaukee di Steve de Shazer ha posto l'accento sulla costruzione di soluzioni attraverso le "eccezioni" al problema, indipendentemente dalle sue modalità di persistenza.

La "terapia familiare breve evoluta" nel trattamento degli adolescenti "difficili"

Il modello di terapia breve evoluta si focalizza sulle interazioni presenti tra i membri della famiglia e sulle loro storie attorno al problema, tralasciando le considerazioni sulla struttura familiare.

Esso nasce dall'integrazione di tre indirizzi di terapia sistemica breve: l'approccio di "terapia breve focalizzata sul problema" del Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1974), l'approccio di

“terapia breve focalizzata sulla soluzione” sviluppata da de Shazer e dai suoi colleghi di Milwaukee (de Shazer, 1986) e l'approccio narrativo di White (White, 1992).

Il modello evoluto-integrato consente di spostarsi liberamente dal “parlare del problema” al “parlare della soluzione” e viceversa, qualora questo modo di procedere si adatti meglio alle prospettive dei clienti.

Uno dei testi più interessanti che mostrano l'utilità pratica di un modello integrato nel trattamento di svariate problematiche adolescenziali è l'opera di Matthew D. Selekman “*Pathways to Change – Brief Therapy with Difficult Adolescents*” (2005).

La terapia familiare breve, elaborata da Selekman, trae importanti contributi dalle teorie di Seligman (1998), dal modello di cambiamento di Prochaska e di Di Clemente (1982), dalla teoria delle intelligenze multiple di Gardner (1983).

Gli adolescenti difficili e le loro famiglie possono costituire una sfida per ogni terapeuta per cui appare fondamentale la consapevolezza della necessità di questi indirizzi:

1) evitare l'uso di etichette; 2) aspettarsi che il cliente abbia la forza e le risorse per cambiare; 3) considerare la terapia come un rapporto di cooperazione all'interno del quale i clienti fissano gli obiettivi del trattamento; 4) scoprire cosa è piaciuto e cosa non è piaciuto ai clienti nelle precedenti esperienze di terapia; 5) dare agli adolescenti lo spazio di una seduta individuale per valutare i propri bisogni, obiettivi e aspettative; 6) coinvolgere attivamente collaboratori appartenenti a sistemi più ampi; 7) essere flessibili dal punto di vista terapeutico e improvvisare quando opportuno; 8) adeguare gli esperimenti terapeutici e gli interventi alla specifica fase del processo di cambiamento in cui ogni membro della famiglia si trova; 9) in ogni sessione, suscitare impressioni e opinioni di ogni membro sulla qualità della relazione terapeutica.

Nel corso della prima intervista con la famiglia il terapeuta deve svolgere quattro importanti attività terapeutiche.

1. Spiegare la configurazione della sessione: si chiariscono le fasi dell'intervista, l'utilità della videoregistrazione e dello specchio unidirezionale, la funzione del team.

2. Stabilire l'alleanza terapeutica: si inizia l'intervista invitando ogni membro a presentarsi, a raccontare riguardo lavoro, *hobby*, passioni, punti di forza. Questa indagine offre importanti informazioni riguardo l'area di intelligenza di ognuno (Gardner, 1983) ed eventuali risorse che potrebbero essere “irrigate” nel territorio del problema. In questa fase è importante utilizzare il linguaggio e il sistema di credenze del cliente. Se il livello di conflittualità è intenso, bisogna separare genitori e adolescente e lavorare separatamente con ogni sottogruppo.

3. Valutare la fase del processo di cambiamento in cui si trovano i vari membri della famiglia: i precontemplatori sono inviati in terapia da altri; si tratta di adolescenti trascinati dai loro genitori o di adolescenti e/o famiglie inviati dalle agenzie di controllo sociale. Con utenti precontemplatori, i cosiddetti “visitatori”, sono tre le strategie più utili: a) empatizzare con l'adolescente e/o la sua famiglia riguardo il fatto di essere costretto alla terapia; b) astenersi dal chiedere un cambiamento immediato; c) accettare di lavorare su qualunque obiettivo essi propongano, anche se diverso da quello definito dall'invio. Esempi di domande utilizzabili con questi utenti sono: “Quale pensa sia il motivo che ha fatto credere a X che lei abbia bisogno di una consulenza?”; “Cosa pensa che X dovrebbe vedere per convincersi che lei non ha più bisogno di venire qui?”; “Lei ha già incontrato molti terapeuti. In che cosa hanno fallito con lei che è importante che io sappia?”. Nel fare tali domande potrebbe essere strategico assumere una posizione *one-down*, usando il cosiddetto “approccio di Colombo”. E' bene inoltre che il terapeuta si complimenti con i membri della famiglia per qualsiasi comportamento positivo reperisca, anche solo per il fatto di essere lì in quel momento. A volte appare opportuno per agganciare un adolescente particolarmente recalcitrante, che il terapeuta separi se stesso dall'agenzia inviante e crei l'alleanza reperendo insieme a lui strategie per “togliersi di dosso” il controllo indesiderato. Gli utenti contemplatori, cosiddetti “richiedenti”, solitamente genitori o altri adulti coinvolti e raramente un adolescente, sono consapevoli dell'esistenza di un problema ma sono bloccati nel meccanismo delle tentate soluzioni e non si considerano parte del processo di cambiamento. Due strategie molto utili in questo caso sono i *compiti di osservazione* (de Shazer, 1988) e la *scala di bilanciamento decisionale* (Prochaska *et al.*, 1994). La prima strategia prevede che i genitori osservino attentamente su base quotidiana nel corso di una settimana alcuni passi incoraggianti compiuti dall'adolescente verso la soluzione del problema. Un esempio di consegna del compito potrebbe essere: “Mi piacerebbe che lei tirasse fuori la sua lente di ingrandimento immaginaria per avere un quadro più completo della situazione in casa. Nel corso della settimana prossima lei dovrebbe notare tutte quelle volte che suo figlio sta facendo qualcosa che lei vorrebbe lui fa-

cesse. Osservi tutte quelle cose positive e ne prenda nota”. Dopodiché il terapeuta potrebbe usare una metafora e dire: “Sa, i problemi sono come le sabbie mobili, più pensiamo a loro, più ci lagniamo e più ci agitiamo per loro e più ne siamo ingoiati. Adesso bisogna uscire dalle sabbie mobili e osservare cosa c’è fuori”. La scala di bilanciamento decisionale consiste nel far compilare ai genitori un elenco dei vantaggi e degli svantaggi di continuare ad assumere le soluzioni tentate. Se è l’adolescente contemplatore a compilarlo, bilancerà costi e benefici del comportamento problematico.

Gli utenti nella fase di *determinazione* hanno piena consapevolezza del problema e sono pronti a mettere in atto comportamenti finalizzati alla soluzione. Anche in questo caso si tratta più spesso di genitori ma può trattarsi anche di adolescenti soprattutto se il terapeuta ha negoziato un’interessante meta di trattamento.

Altri utenti infine si trovano già nella fase di *mantenimento* e possono essere aiutati a consolidare il cambiamento ed evitare eventuali ricadute. E’ importante tenere a mente che i singoli membri della famiglia possono trovarsi in fasi diverse del processo di cambiamento per cui può essere necessario adattare individualmente gli interventi.

4. Porre domande che si adattino progressivamente agli stili di risposta della famiglia:

- Le *pretreatment change questions* mirano ad individuare eventuali miglioramenti del problema avvenuti nell’intervallo tra la prima telefonata per l’appuntamento e la prima sessione di terapia. Un esempio è: “Ha notato che cosa è migliorato da quando ha telefonato?”. Queste domande possono indurre l’idea che qualcosa di positivo sia già avvenuto e possono generare una positiva profezia che si autoavvera.
- Le *why now? questions* sono utilizzabili se la famiglia non riporta cambiamenti di pretrattamento. In questo caso il terapeuta non chiederà qual è il problema bensì “Cosa gradirebbe cambiare ora?” oppure “che cosa la porta qui proprio ora?”. Se la risposta porta alla luce un lungo elenco di cose negative, il terapeuta deve parcellizzare il problema chiedendo “Cosa gradirebbe cambiare per primo?”.
- Le *solution building questions* orientano sul reperimento di eccezioni intese come modelli utili di comportamento, credenze, sentimenti che hanno aiutato il cliente a contrastare in qualche circostanza il problema. Un esempio può essere: “Mi ha dato un quadro abbastanza buono del problema ma, per avere un quadro più completo riguardo quello che bisogna fare, ho bisogno di sapere: quando non accade il problema, cosa accade invece?”.
- Le *unique account questions* e le *redescription questions* sono state elaborate da White per aiutare le famiglie a riscrivere nuove storie su di loro e sulle relazioni che contraddicono le storie dominanti saturate dal problema.
- Le *presuppositional questions* sono utilizzate per amplificare le eccezioni e i cambiamenti di pretrattamento. Esempi sono: “Come saprà quando non dovrà venire più qui?”; “Se dovesse mostrarmi una videoregistrazione di come le cose saranno la settimana prossima, cosa vedremmo?”; “Se dovesse guardare nella mia palla di cristallo immaginaria, cosa vedrebbe accadere di diverso da qui ad una settimana?”.
- La *miracle question sequence* è stata sviluppata da de Shazer ed è particolarmente utile per suscitare le mete di trattamento ed una descrizione particolareggiata della situazione senza il problema: “Supponiamo che stanotte, mentre siete a casa addormentati, accada un miracolo e questo problema sia risolto. Come sapreste che il miracolo è accaduto? Che cosa sarebbe diverso?”. Il terapeuta chiederà poi: “Sono curioso: qualche pezzo del miracolo accade già?”.
- Le *coping sequence* mirano ad affrontare il pessimismo di alcune famiglie che non rispondono bene alla *miracle question*. Il terapeuta chiederà: “Come mai le cose non sono peggiori?”; “Cosa fate per non permettere a questa situazione di essere peggiore?”; “Cosa si potrà fare perché ciò accada più spesso?”.
- Le *scaling questions* sono utili per assicurare una misurazione quantitativa del problema della famiglia al momento e del livello al quale vorrebbero trovarsi la settimana successiva. Una volta che la famiglia ha identificato la situazione del problema su una scala da 1 a 10 (essendo 10 la situazione migliore), il terapeuta negozia con i genitori e l’adolescente cosa dovranno fare nella settimana successiva per ottenere un punto in più sulla scala. Quindi, tramite queste domande, si possono stabilire mete iniziali e realistiche per la terapia. Nel caso in cui l’adolescente e i genitori non siano d’accordo sulla meta di trattamento reciproca, bisogna stabilire mete separate e diversi progetti di lavoro. Le *scaling questions* possono essere usate anche per ottenere la cooperazione dell’adolescente: egli potrà scalare un comportamento fastidioso dei genitori nei suoi confronti e negoziare sui comportamenti che potrebbero far ottenere un punto in più sulla scala. Con situa-

zioni più croniche e famiglie particolarmente pessimiste si può usare una scala completamente negativa da -10 (situazione peggiore) a -1 (situazione migliore).

- Le *percentage questions* aiutano, come le precedenti a misurare quantitativamente la percentuale di influenza del problema e il progresso attraverso il corso della terapia.
- La *pessimistic sequence* viene utilizzata quando la famiglia reagisce in maniera ancora pessimistica alla *coping sequence*. In questo caso il terapeuta potrà chiedere: “Cosa pensa accadrà se le cose non miglioreranno?” – “E poi cosa?” – “Chi soffrirà di più?” – “Alcuni genitori al vostro posto avrebbero gettato la spugna da molto tempo. Cosa vi trattiene dal farlo?”.
- Le *externalizing questions* (White, 1992) aiutano con le famiglie che non rispondono alle domande orientate alla soluzione; esse spostano il *focus* dall’adolescente, ristrutturando e oggettivando il problema.
- Le *future-oriented questions* aiutano a costruire un futuro di padronanza (*mastery*) e di successo. Ad esempio si potrà chiedere: “Se dovesse mostrarmi una videoregistrazione della sua famiglia dopo aver completato la terapia con successo, che cambiamenti osserveremmo sul video?”
- La *problem-tracking sequence* si usa quando il terapeuta ha esaurito le possibilità col modello soluzione-diretto. Il *focus* dell’intervista si sposta sul problema e l’obiettivo diviene alterare la percezione della famiglia riguardo il problema stesso (ristrutturazione) e disgregare le sequenze di interazione che lo mantengono. Le domande che localizzano il problema suscitano una descrizione particolareggiata dei modelli circolari d’interazione che perpetuano il problema, attraverso l’utilizzo della metafora della videoregistrazione. Un esempio può essere: “Se lei dovesse mostrarmi una videoregistrazione di come si svolgono le cose quando si presenta il problema, cosa vedremmo?”. Dopo aver individuato il modello ricorsivo, il terapeuta utilizza lo schema del disegno-intervento per disgregarlo immaginando una versione modificata.
- Le *conversational questions* sono domande aperte poste da un terapeuta in posizione *one-down*. Esse possono aiutare a svelare segreti di famiglia o cose non ancora dette. Esempi sono: “Se io lavorassi con un’altra famiglia come la sua, che consiglio mi darebbe per aiutarla?”; “Se ci fosse una domanda che sperava io facessi, quale sarebbe?”; “Prima che lei entrasse qui per la prima volta, c’era qualcosa di cui lei non avrebbe voluto parlare?”.
- Le *consolidating questions* sono utili per amplificare i cambiamenti di pre-trattamento e per rinforzare i cambiamenti che accadono nella seconda sessione e nelle successive. Esempi sono: “Cosa dovrà continuare a fare per mantenere questo cambiamento?”; “Cosa dovrebbe fare per tornare indietro?”; “Cosa ha imparato dalla sua ricaduta che si propone di usare la prossima volta che si scontrerà con una situazione stressante simile?”; “Se io la invitassi al mio prossimo *parent-group* come ospite relatore, che consiglio darebbe ai genitori?”

Quando è necessario separare i genitori dall’adolescente si possono usare strategie diverse nei due sottogruppi. Nel corso dell’incontro con i genitori si esplorano le passate e le presenti tentate soluzioni, si negozia una meta di trattamento separata e si indirizzano alcune loro aspettative o preoccupazioni. Mentre si esplorano le soluzioni tentate si può chiedere: “C’è stata una cosa qualunque che lei ha sperimentato in passato con suo figlio e che ha funzionato con un altro problema, che possiamo usare ora?”; “C’è stato qualcosa che lei ha pensato di sperimentare con suo figlio ma che secondo lei non avrebbe funzionato?”; “C’è stato qualcosa che lei ha sperimentato in passato con i suoi altri figli, quando stavano avendo difficoltà simili, che sembrò funzionare?”. Queste domande stimolano la creatività dei genitori attraverso un processo di *brainstorming*. Nel corso dell’incontro con l’adolescente, si agisce per aumentare l’alleanza, stabilire mete di trattamento separate, negoziare la meta di trattamento proposta dai genitori, offrire spazio per il racconto delle esperienze vissute in famiglia. Tuttavia l’obiettivo principale è scoprire ciò che l’adolescente vorrebbe cambiare dei suoi genitori tramite il terapeuta. Questi gli chiederà se c’è qualche diritto che potrebbe difendere per lui davanti ai suoi genitori o se c’è qualche comportamento fastidioso dei genitori che lui vorrebbe cambiare. La domanda conversazionale “Come posso esserti utile?”, può aprire la porta dell’adolescente affinché identifichi proprie mete ed aspettative.

Dopo circa 40 minuti di intervista il terapeuta e la famiglia si spostano nella stanza al di là dello specchio, mentre il *team* si trasferisce nella stanza di consultazione per avviare le sue riflessioni su ciò che è emerso. La famiglia riceve così un importante *feedback* e, successivamente, discute assieme al terapeuta su ciò che è stato detto dal *team*. Nell’ultima fase il terapeuta si unisce al *team* per “confezionare” i complimenti da por-

gere in ogni caso alla famiglia e gli esperimenti terapeutici da svolgere nella settimana successiva, eccezion fatta per gli utenti ancora precontemplatori.

Gli esperimenti della prima sessione di terapia sono:

- *Compito a formula fissa*: consiste nel chiedere al cliente di osservare fino alla prossima seduta tutto quello che accadrà di positivo che vorrebbe diventasse persistente.
- *Compito del “come se”*: se la famiglia non reperisce eccezioni si raccomanda di far finta che il miracolo sia accaduto. I genitori vengono invitati a scegliere due giorni alla settimana in cui comportarsi come se il miracolo immaginato dal loro figlio adolescente fosse accaduto e poi notare la sua reazione.
- *Fare qualcosa di diverso*: il terapeuta spiega ai genitori che il loro figlio può ormai prevedere tutte le loro mosse, per cui hanno bisogno di essere meno prevedibili. Poi dirà loro: “Da qui alla prossima volta che ci vedremo, vorrei che ognuno di voi facesse qualcosa di diverso, non importa se sarà strano, basta che sia diverso”.
- *Compito di predizione*: si utilizza nel caso in cui le eccezioni riportate accadono spontaneamente e non sono intenzionali. Il cliente viene invitato a predire la sera prima se l'indomani si verificherà il problema, oppure a che livello esso sarà nella scala. Questo compito può indurre una profezia positiva che si autoavvera.
- *Quello che funziona usalo di più*: si usa quando la famiglia riporta eccezioni intenzionali.

Alla seconda sessione di terapia, la famiglia potrà riferire quattro situazioni differenti come esiti del primo incontro: la situazione è migliorata, esistono opinioni diverse riguardo i risultati, la situazione è rimasta invariata, la situazione è peggiorata. In questi casi il terapeuta utilizza le tipologie di domande più adatte e prescrive diversi esercizi terapeutici da svolgere nella settimana successiva.

Selekman (2005) propone 17 diversi esperimenti e strategie di *team* utilizzabili nella seconda e nelle successive sessioni di terapia.

1. *Secret surprise*: l'adolescente sceglie due comportamenti, da mettere in atto nella settimana successiva, che possano sorprendere positivamente i genitori. Questi ultimi, d'altro canto, sono invitati ad utilizzare le loro lenti di ingrandimento immaginarie e provare a identificare quali siano le sorprese messe in atto dal figlio. Questo esperimento è utilizzabile nelle famiglie che si presentano in sessione con opinioni diverse riguardo ai risultati ottenuti e con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza interpersonale.
2. *Solution enhancement experiment*: l'adolescente viene istruito dal terapeuta come segue: “Vorrei che nella prossima settimana tu facessi attenzione a tutte quelle cose diverse che farai per evitare la tentazione di [usando il linguaggio del paziente si fa riferimento al problema]”. E' opportuno che alcuni adolescenti siano motivati ad appuntare quotidianamente tali comportamenti. Questo esperimento può essere usato nelle famiglie che hanno opinioni diverse riguardo ai risultati ottenuti e con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza logico-matematica (questi possono anche fare dei grafici sull'andamento settimanale del problema).
3. *Creating your own superhero cartoon character*: l'adolescente è invitato a disegnare il proprio problema come un supercattivo dei fumetti, a dargli un nome, a spiegare quali siano i suoi superpoteri e armi magiche. Dopodiché l'adolescente disegna se stesso come un supereroe dotato di armi magiche straordinarie per combattere il supercattivo. L'adolescente scrive poi i dialoghi tra il fumetto supercattivo e il fumetto supereroe. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e in famiglie che riferiscono una situazione immutata o peggiorata.
4. *Strengths-in-action project*: l'adolescente individua le sue maggiori risorse o punti di forza e, nel corso della settimana successiva, li mette in pratica a scuola e nei suoi contesti primari di socializzazione. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nelle aree d'intelligenza interpersonale, linguistica, fisico-cinestesica e logico-matematica e con famiglie che riferiscono una situazione immutata od opinioni diverse sui risultati ottenuti.
5. *Habit control ritual*: i membri della famiglia sono istruiti a continuare le cose diverse che possono fare per resistere al problema e impedire che aumenti ma non sono autorizzati a fare di più. Questo esperimento è usato con le famiglie che riportano una situazione invariata o un peggioramento e con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e interpersonale.
6. *Imaginary time machine*: si invita l'adolescente e gli altri membri della famiglia ad intraprendere un viaggio su una macchina del tempo immaginaria che può condurre in qualunque luogo e tempo desiderato.

Una volta arrivati a destinazione descrivono dettagliatamente tutto ciò che vedono, sentono, percepiscono e le persone che incontrano. Se qualcuno incontra un personaggio ammirato, deve invitarlo a salire sulla macchina del tempo per discutere con gli altri membri riguardo possibili soluzioni del problema. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e con famiglie che riportano una situazione invariata, peggiorata od opinioni diverse riguardo i risultati ottenuti.

7. *Invisible family invention*: l'adolescente è invitato a pensare e descrivere un attrezzo o una macchina dalla quale possano trarre beneficio i membri della famiglia. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e logico-matematica e con famiglie che riportano una situazione invariata, peggiorata od opinioni diverse riguardo i risultati ottenuti.

8. *Famous guest consultant experiment*: si invita ogni membro della famiglia a scrivere su un foglio due o tre nomi di personaggi famosi particolarmente ammirati. Ogni componente immagina poi quali possano essere le idee creative proposte da questi personaggi riguardo il problema. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e interpersonale e con famiglie che riportano una situazione immutata o peggiorata.

9. *My family story mural*: l'adolescente è invitato a disegnare su un cartellone la storia della propria famiglia e la situazione attuale. Dopodiché l'adolescente individua quali cambiamenti ritiene opportuno realizzare. La famiglia è invitata a riflettere sul disegno del ragazzo. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e intrapersonale e con famiglie che riportano una situazione invariata, peggiorata oppure opinioni diverse riguardo i risultati ottenuti.

10. *Imaginary feelings X-ray machine*: l'adolescente si sdraia in terra su un grande foglio bianco e poi sceglie un membro della famiglia che tracci il bordo del suo corpo. Dopodiché il terapeuta invita l'adolescente ad immaginare di possedere una macchina a raggi X capace di radiografare i sentimenti contenuti nel suo corpo. L'adolescente disegna quindi, dentro il bordo già tracciato, le sue emozioni e la zona dove sono situate. Quando la radiografia dei sentimenti è completata l'adolescente racconta la loro storia. Questo esperimento è utile con adolescenti sofferenti per disturbi psicosomatici e che incontrano notevole difficoltà nell'espressione dei sentimenti. E' indicato per coloro i quali appaiono dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e intrapersonale e riportano una situazione invariata o peggiorata.

11. *My extraordinary newspaper headline*: l'adolescente è invitato a chiudere gli occhi e a immaginare di leggere tre anni dopo la prima pagina di un importante giornale nel quale compare un titolo riguardante un'azione straordinaria da lui compiuta. L'adolescente scrive su un foglio il titolo e un breve articolo, descrivendo nei particolari il suo gesto eroico, i passi compiuti per attuarlo, le capacità utilizzate. Questo esperimento è utile nei casi di adolescenti gravemente depressi o traumatizzati, dotati nell'area dell'intelligenza linguistica, visuo-spaziale e interpersonale e con famiglie che riportano una situazione invariata o peggiorata.

12. *Adolescent's mentoring their parents*: l'adolescente è motivato ad utilizzare la sua abilità in una particolare area, insegnando qualcosa ad uno o entrambi i suoi genitori. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza interpersonale e con famiglie che riportano una situazione invariata, peggiorata oppure opinioni diverse riguardo i risultati ottenuti.

13. *Interviewing the problem*: in questo esperimento il terapeuta interpreta il ruolo di un *reporter* che intervista il problema, interpretato dall'adolescente. Quest'ultimo si sforza di guardare il mondo con gli occhi del problema, riportando la sua storia e le sue motivazioni. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e fisico-cinestesica e con famiglie che riportano una situazione invariata o peggiorata.

14. *Visualizing movies of success*: l'adolescente è invitato a chiudere gli occhi e a cercare nel suo passato una situazione in cui ha svolto con particolare efficacia qualche compito o attività. Questa visualizzazione motivante può essere usata come strategia di *coping* di fronte alla tentazione del problema. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza visuo-spaziale e fisico-cinestesica e con famiglie che riportano una situazione invariata, peggiorata oppure opinioni diverse riguardo i risultati ottenuti.

15. *Therapeutic letter*: in aggiunta alla lettera di gratitudine (Seligman, 2002, 2003) può essere usata la lettera terapeutica per agganciare un importante membro della famiglia o per effettuare cambiamenti nei sistemi allargati in cui si manifesta il problema. Questo esperimento può essere utilizzato con le famiglie che riferiscono una situazione invariata o peggiorata.

16. *Therapeutic debite and splitting the team*: nella stanza di terapia il terapeuta si posiziona dalla parte di tutta la famiglia, un membro del *team* si posiziona dalla parte dell'adolescente, un altro dalla parte dei genitori e l'ultimo dalla parte del problema. I vari sottogruppi iniziano un dibattito in cui discutono i pro e i contro del cambiamento. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza fisico-cinestesica e con famiglie che riportano una situazione invariata o peggiorata.

17. *Peer reflecting team*: il terapeuta chiede ai genitori di ragazzi che hanno già risolto problemi simili a quello del cliente adolescente, l'autorizzazione alla loro partecipazione alla terapia. Dopo aver assistito da dietro lo specchio unidirezionale alla prima parte dell'intervista con la famiglia dell'adolescente, il *team* di pari si sposta nella stanza di consultazione e comincia a discutere su ciò che ha visto e ascoltato, proponendo delle idee di soluzione mentre la famiglia osserva e ascolta le loro riflessioni dall'altra parte dello specchio. Questo esperimento può essere usato con adolescenti dotati nell'area dell'intelligenza interpersonale e con famiglie che riportano una situazione invariata o peggiorata.

Selekman (2005) indica 10 strategie effettive di lavoro con adolescenti difficili utili per instaurare una relazione terapeutica cooperativa:

- *Humor e sorpresa*: gli adolescenti preferiscono terapeuti che hanno un buon senso dello *humor*, che sono scherzosi e che creano un clima terapeutico vivace. Spesso appare umoristico rispecchiare l'atteggiamento non verbale dell'adolescente. Altre volte il terapeuta può svelare esperienze simpatiche della propria adolescenza per normalizzare gli attuali conflitti del cliente adolescente.

- *Utilizzazione*: la strategia di relazione dell'utilizzazione fu sviluppata da Milton H. Erickson. Mentre stabiliva un rapporto con i suoi clienti Erickson ascoltava con attenzione per trovare specifici punti di forza e risorse, parole chiave del cliente, opinioni, temi e metafore che poteva utilizzare nelle conversazioni terapeutiche ed incanalare nelle aree del problema. Erickson credeva che i terapeuti dovessero permettere ai loro clienti di fare ciò che meglio sapevano fare, focalizzandosi sulle loro risorse e punti di forza.

- *Lavorando dall'altro lato della barricata*: è importante fornire all'adolescente una o più sessioni di terapia individuale. La sessione individuale può essere usata per avvicinarsi ulteriormente all'adolescente, negoziare sugli obiettivi dei genitori, stabilire un obiettivo separato, scoprire cosa lui o lei vorrebbero cambiare nell'atteggiamento dei genitori e mettere in luce i privilegi che lui o lei vorrebbero dai genitori. Il terapeuta può fare domande come: "Come posso esserti utile?"; "Cosa vorresti che cambiassi dei tuoi genitori?"; "C'è qualcosa per cui vorresti che io andassi a battermi con i tuoi genitori?". Questi tipi di domande aperte possono fornire al terapeuta preziose informazioni che possono essere utilizzate per negoziare un contratto *quid pro quo* con i genitori dell'adolescente. Lavorando dall'altro lato della barricata il terapeuta può rafforzare la sua alleanza terapeutica con l'adolescente e può essere un efficace negoziatore intergenerazionale per la famiglia. Quando si utilizza questa strategia è importante che il terapeuta si avvicini altrettanto ai genitori e dimostri il suo impegno nell'aiutarli a raggiungere i loro obiettivi con gli adolescenti.

- *Portare un amico*: alcuni adolescenti, sono più disposti ad aprirsi se uno dei loro migliori amici può accompagnarli alla seduta. Oggi, poiché il gruppo e gli amici intimi sono diventati in alcuni casi molto più importanti della loro stessa famiglia, per gli obiettivi del risultato e della relazione terapeutica può essere abbastanza vantaggioso cercare di assicurarsi un consenso scritto per coinvolgere gli amici più stretti dell'adolescente nelle sue sedute di terapia individuale o familiare. Oltre ad essere interessati e affezionati al cliente, questi amici possono offrire alcune idee nuove e alcune strategie creative di risoluzione del problema.

- *Usare l'adolescente come un consulente esperto*: gli adolescenti difficili che hanno avuto esperienze multiple di terapia sanno bene cosa i terapeuti dovrebbero e non dovrebbero fare con loro e con i loro genitori. Il terapeuta può chiedere all'adolescente individualmente o alla famiglia: "Hai visto molti terapeuti prima di me, cosa credi che abbiano frainteso, sottovalutato o sopravvalutato di te?"; "Cosa dovrebbe fare con te un nuovo terapeuta per fare la differenza?"; "Se io lavorassi con un adolescente proprio come te che consiglio mi daresti per aiutarlo?". Queste domande aperte invitano l'adolescente a raccontare la storia delle esperienze di terapia passate e trasmettono l'idea che la terapia è collaborativa.

- *Validazione ed empatia*: essere un buon ascoltatore, in sostanza validare i pensieri e i sentimenti ed essere vicino all'adolescente in maniera incondizionata, può aiutare il processo di guarigione.

- *Autosvelamento (self-disclosure)*: è stato dimostrato che l'uso dell'autosvelamento è uno strumento terapeutico utile con gli adolescenti difficili. E' importantissimo che il materiale svelato da parte del terapeuta

ta si adatti al problema attuale del cliente adolescente. E' stato riportato che gli adolescenti preferiscono dei consulenti che hanno avuto esperienza da giovani con conflitti simili ai loro. Non tutti i terapeuti hanno vissuto periodi adolescenziali turbolenti nelle loro vite né hanno familiarità con i problemi di strada. Questi terapeuti possono usare se stessi in altri modi, facendo ricorso allo *humor*, raccontando storie, condividendo le loro reazioni strane o le loro idee assurde nel processo di interscambio con l'adolescente.

- *L'approccio di Colombo*: il detective della Tv Colombo può insegnare alcune abilità di relazione con alcuni dei clienti adolescenti più rudi. Colombo non ha difficoltà a far sì che il suo stile incompetente e un po' goffo venga mostrato ai potenziali sospetti. Gli piace fare riferimenti liberi a sua moglie mentre gli altri gli fanno capire che persona difficile da sopportare egli possa essere. Dunque, mentre si avvicina ad un potenziale sospetto, Colombo usa dei complimenti per ammorbidirlo ed empatizza con lui. Nel corso dell'intero processo di investigazione Colombo fa delle domande dalla posizione di uno che non sa e si presenta come una persona confusa su chi abbia commissionato l'omicidio e su come esso sia avvenuto. Questo atteggiamento mantiene i potenziali sospetti in bilico e qualche volta li porta ad aiutare Colombo a risolvere il crimine fornendogli elementi importanti o incriminandosi da soli in qualche modo.
- *Il tango a due passi*: molti degli adolescenti con problemi non sono neanche lontanamente interessati a dei consigli perché loro non credono di avere un problema. In ogni caso gli adulti che si relazionano con loro hanno problemi con il loro comportamento. Quindi, piuttosto che cercare di spingere l'adolescente a cambiare, è importante fare un tango a due passi: da un lato bisogna non infastidire l'adolescente con la spinta al cambiamento; dall'altro lato bisogna cominciare a far germogliare delle idee utili nella sua testa sui benefici del cambiamento.
- *Onorare e rispettare il silenzio*: i clienti silenziosi non sono recipienti passivi degli sforzi di aiutarli né tantomeno sono resistenti. Al contrario stanno valutando e decidendo con attenzione se possono o non possono fidarsi del terapeuta. L'atteggiamento silenzioso dell'adolescente ha bisogno dunque di essere compreso e rispettato.

Conclusioni

L'approccio strategico appare particolarmente indicato nel trattamento di adolescenti "difficili" e delle loro famiglie: "di fronte a pazienti non collaborativi o dichiaratamente oppositivi, i quali squalificano il terapeuta e non osservano deliberatamente le sue indicazioni, la modalità retorico-persuasoria dimostratasi efficace è quella che si basa sull'utilizzo della resistenza e sul ricorso a manovre e prescrizioni paradossali" (Nardone, 1997: 82).

L'approccio strategico consente, quindi, di utilizzare la forza della resistenza tipica di questi clienti contro il comportamento problematico. Inoltre, per la rilevanza assegnata all'azione, alla "esperienza emotiva correttiva" come strada maestra per il cambiamento, l'approccio strategico appare perfettamente compatibile con la tendenza all'azione tipica di ogni adolescente. L'approccio strategico consente, anzi prescrive, l'estrema flessibilità del terapeuta; sottolinea l'esigenza che egli sia in grado di compiere una complessa attività di *sartoring* nell'intervento, cucendo le tecniche terapeutiche come un abito addosso al paziente; evita irrigidimenti di *setting*, rendendo possibili interventi di cambiamento anche senza che il soggetto si accorga di stare cambiando (così come recita il detto cinese "solcare il mare all'insaputa del cielo"); evita l'etichettamento diagnostico, privilegiando le risorse dell'individuo in un'ottica di amplificazione di ciò che egli già fa di positivo per se stesso.

Questi presupposti metodologici appaiono tutti imprescindibili nella relazione terapeutica con l'adolescente. Infine l'ottica sistemica fondante l'approccio strategico consente di intervenire all'interno dei sistemi vitali dell'individuo, la scuola, il gruppo dei pari e soprattutto la famiglia. Quest'ultima appare il contesto privilegiato non solo della formazione e del mantenimento delle problematiche adolescenziali, ma anche del cambiamento.

Bibliografia

- de Shazer, S., 1986, *Chiavi per la soluzione in terapia breve*, Astrolabio, Roma.
- Gardner, H., 1983, *Multiple intelligences: the theory in practice*, Basic Books, New York.
- Haley, J., 1978, *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma.
- Nardone, G., Giannotti, E., Rocchi, R., 2001, *Modelli di famiglia. Conoscere e risolvere i problemi tra genitori e figli*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., 1982, "Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19.
- Selekman, M. D., 2005, *Pathways to Change: Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents*, Guilford Press, New York.
- Seligman, M. E. P., 2002, *Authentic happiness*, Free Press, New York.
- Seligman, M. E. P., 1998, *Learned optimism: How to change your mind and your life*, Pocket Books, New York.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1974, *Change: sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.
- White, M., 1992, *La terapia come narrazione*, Astrolabio, Roma.

¹ Istituto per lo Studio delle Psicoterapie, Roma

² Università di Cassino e del Lazio Meridionale