

## IL PROBLEMA DELLA COMMITTENZA NELLE PSICOTERAPIE INFANTILI

Il problema della committenza costituisce un nodo col quale inevitabilmente si ha a che fare nel trattamento di bambini, adolescenti o comunque di soggetti non autonomi riguardo al trattamento psicoterapeutico. È un nodo non eludibile in quanto sempre, o quasi sempre, il committente è una persona o un gruppo profondamente coinvolto nel mondo conflittuale del paziente.

Si aprono, in teoria, alcune possibilità:

1) una posizione rigida che esclude a priori l'introduzione di terzi nel setting terapeutico (1);

2) una posizione "allargata" che mira a coinvolgere, con o senza una vera e propria strutturazione della terapia quale "terapia della famiglia" (tipo Ackerman (2), Palazzoli-Selvini (3), etc.), altre persone significative;

3) una posizione intermedia volta a salvaguardare sia la validità del rapporto con il terapeuta sia la "solidarietà" dell'entourage nei confronti della terapia stessa (si confronti a questo proposito quanto precisa Adler nel capitolo "come parlare con i genitori" in "Psicologia del bambino difficile" (4)).

\* \* \*

Si vuole dare con questo lavoro un contributo al problema attraverso l'esemplificazione di due casi.

### *I CASO - Bambina di 9 anni d'età, figlia unica.*

La madre, estremamente protettiva, presenta frustrazioni personali legate ad un mancato sbocco professionale dei suoi studi (è laureata), motivato con l'incompatibilità degli impegni di madre e casalinga.

---

\* Specializzanda in Neuropsichiatria Infantile.

Padre, impiegato, sostanzialmente "assente" rispetto ai problemi familiari e comunque nettamente subordinato alla consorte.

La bambina viene portata all'osservazione per un più o meno improvviso "blocco" scolastico: sempre molto brava, avanti di un anno (a nove anni frequentava la quinta elementare), aveva iniziato a "non riuscire più a studiare" e, conseguentemente, a saltare giorni di scuola per l'impreparazione.

La bimba si presentava come una vera e propria piccola "macchina da studio", costruita, preparata e assistita dalla madre. Seguendo una logica difficilmente eludibile, alla prima sensibilizzazione nei confronti di altri aspetti della vita - amicizie, tempo libero, etc. - una simile impostazione non ha retto, concretizzandosi nel rifiuto scolastico descritto.

Il carattere della bambina si presentava con forti note di introversione, e vari aspetti denunciavano un massimo ricorso a meccanismi di tipo rimozionale. Spiccato il sentimento d'inferiorità, in particolare riferito al fatto che "gli altri facevano tante cose".

L'approccio psicoterapeutico non si presentava necessariamente arduo, dato anche il buon livello intellettuale della bimba, a patto di risolvere in modo soddisfacente il rapporto della terapia stessa con il committente (cioè la madre).

È stata scelta in questo caso la posizione definita come "intermedia", procedendo da un lato su un piano di rielaborazioni più profonde e più ampie, che aiutassero la bambina a riprendere una più sicura concezione di sé, non limitata al problema scuola, da un altro lato su un piano che tenesse conto della ripresa scolastica. Ciò per offrire alla madre quel tanto di gratificazione senza la quale si sarebbe contrapposta distruttivamente alla terapia stessa.

## II CASO

Il secondo caso presentato si riferisce a un'adolescente (12 anni - II media). Anch'essa figlia unica.

Padre vissuto assai male; descritto come prepotente, insensibile, brutto e grasso (significativamente, a livello di realtà, le caratteristiche somatiche non corrispondono).

Madre non vissuta di per sé in modo eccessivamente negativo, se non per il subordine al padre.

La ragazza presenta un problema di anoressia, giunto a un certo grado di gravità.

L'anoressia ha una risoluzione piuttosto rapida (circa 4 mesi di terapia ad una seduta settimanale), fondata in particolare sull'analisi dei rapporti col padre, essendo emerso il rifiuto del cibo quale rifiuto della sconvolgente ipotesi di diventare "grassa, brutta e sformata come il padre".

I problemi della committenza, fino a questo momento non avvertiti, si sono presentati proprio quando, risolto l'aspetto "sintomatologico alimentare", è emerso un problema profondo, alla famiglia sconosciuto. Vi era cioè un grosso problema di identificazione sessuale, con legame affettivo e fantasie sessuali nei confronti di una insegnante dell'anno scolastico precedente. Tali fantasie avevano acquisito una dinamica di tipo ossessivo ed erano diventate assai disturbanti per la paziente.

Questi problemi non potevano essere messi in comune con membri familiari e, d'altro canto, non potevano non essere trattati. In questo caso si è proceduto comunicando alla famiglia la necessità della prosecuzione della psicoterapia, ma escludendola recisamente e limitando il trattamento al soggetto.

\* \* \*

In conclusione si propone una certa duttilità nell'affrontare i rapporti con la persona o il gruppo committente, tenendo conto di alcuni fattori.

1) Autonomia psicologica e parziali carature d'indipendenza a livello di realtà del paziente stesso.

2) Potenziale intrusività e distruttività nei confronti della terapia da parte del o dei committenti.

3) Importanza, nell'ambito della conflittualità del paziente, dei conflitti facenti capo ai committenti reali o alla rielaborazione fantasmatica di essi.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) - KLEIN M.: "La psicoanalisi dei bambini". G. Martinelli, Firenze, 1969.
- (2) - ACKERMANN N.: "Psicodinamica della vita familiare". Boringhieri, 1968.
- (3) - PALAZZOLI SELVINI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: "Paradosso e controparadosso". Feltrinelli, 1975.
- (4) - ADLER A.: "Psicologia del bambino difficile". Newton Compton, 1976.