

INTERVENTI BREVI DI PSICOTERAPIA FAMILIARE IN SITUAZIONI DI CRISI

Armano E.*, Capuzzo W.**, Cavatorta C.*, Reverberi G.*

PREMESSA

Il modello teorico e clinico di riferimento concerne l'intervento psicoterapeutico breve condotto in un setting familiare ad indirizzo psicoanalitico.

Nella letteratura, questo tipo di approccio è stato usato elettivamente per la fascia di età 0-5 anni (M.E. Pozzi, 2004; Cramer, 1995; Lebovici, 1983; Lieberman, Weston e Pawl, 1991). Nelle fasi iniziali di sviluppo del bambino infatti è presente un elevato potenziale di cambiamento all'interno del sistema familiare, favorito da una serie di variabili (Capuzzo, De Stefanis, 2002):

-con la nascita di un figlio si vengono a creare rapporti nuovi o potenzialmente tali all'interno della famiglia;

-esiste nei genitori una plasticità in funzione del cambiamento difficilmente riscontrabili in altri momenti della vita;

-il bambino non ha ancora tratti di personalità strutturati come in età scolare;

-il nucleo familiare non è ancora fissato su un modello particolare ed è maggiormente suscettibile ai cambiamenti.

L'intervento familiare breve è indicato quando un figlio manifesta sintomi di disagio che la famiglia si trova in difficoltà a gestire (es. disturbi del sonno, dell'alimentazione, oppositività eccessiva, iperattività, problemi di separazione...). Nella sofferenza che il bambino manifesta sono coinvolte le persone che lo circondano e che si occupano di lui; i sintomi sono spesso di conseguenza indicativi di una disfunzione familiare o anche di una sofferenza della coppia coniugale.

Nel contesto clinico della psicoterapia familiare breve, è possibile ottenere la conquista di un cambiamento permanente nel rapporto genitori-figlio e, di conseguenza, un'attenuazione o scomparsa dei sintomi. In altri casi invece, dopo la conclusione dell'intervento, i genitori e/o il bambino possono essere motivati su indicazioni del terapeuta ad intraprendere una terapia individuale o di coppia.

“Genitorialità”

Nel nostro modello di intervento psicoterapeutico genitori-figli, il centro d'interesse principale risulta essere la complessa costellazione di conflitti, ansie, difese, idealizzazioni e modalità di relazione che concernono la genitorialità.

In accordo con Viviane Green (in Tsiantis, 1997), riteniamo la funzione genitoriale un aspetto della personalità che va distinto e considerato a sé stante: vi sono infatti adulti che presentano difficoltà manifeste in alcuni ambiti della loro vita e che, tuttavia, sono in grado di essere genitori “sufficientemente buoni”.

Considerata in sé stessa la genitorialità può essere definita come uno stato inserito in un processo di continua evoluzione nella vita dell'adulto. Una volta “diventati genitori”, resta infatti il compito di sperimentarne tutta la dinamicità, l'elasticità e l'apertura al cambiamento che procede parallela alla crescita del bambino. La famiglia infatti funziona come “un tutto all'interno del quale si realizza il processo evolutivo che porta l'individuo dalla nascita alla maturità” (Zavattini, 1985).

* Psicologhe, Psicoterapeute, Soci PSIBA

** Psicologa, Psicoterapeuta, Socio Fondatore PSIBA

Alla progressiva individuazione del bambino corrisponde nei genitori, in un ambiente sufficientemente buono, un parallelo processo di modulazione della distanza dai figli e di modificazione delle proprie funzioni. In questo senso i genitori, dopo un periodo iniziale di investimento affettivo di tipo narcisistico del figlio come parte di sé, dovrebbero successivamente riconoscerlo come separato e avente caratteristiche personali e distinte.

Questo lavoro dei genitori diviene gradualmente sempre più complesso e faticoso nelle varie fasi del ciclo di vita che implicano nei figli profondi cambiamenti e nei genitori corrispondenti ristrutturazioni di equilibri preesistenti (svezzamento, scolarizzazione, pubertà, ecc...), così come in situazioni di crisi dovute ad eventi perturbanti (nascita di fratelli, malattie, ecc...).

Se lo stato di genitore quindi implica una perpetua mutazione legata al corrispondente processo di crescita dei figli, l'esercizio della genitorialità necessita in aggiunta una funzione riflessiva rispetto a tale percorso.

Queste premesse e la sperimentazione nella pratica clinica, hanno portato il nostro gruppo di lavoro nel tempo ad estendere la fascia di età fino a comprendere l'età scolare e, in alcuni casi, anche l'adolescenza. Abbiamo infatti verificato che le situazioni di crisi attivano la possibilità di modificare i comportamenti e le dinamiche relazionali durante tutto il ciclo di vita. La flessibilità che queste situazioni presentano è connessa sia alla possibilità di attivare, riattivare o affinare la suddetta capacità riflessiva genitoriale, sia a quella che Cramer (1989) definisce "forza positiva", ovvero il bisogno del genitore di creare una relazione fondamentalmente sana con il proprio bambino.

Questi sono i presupposti su cui si fonda l'intervento familiare breve ed è proprio la focalizzazione sugli aspetti più sani della funzione genitoriale che consente di ottenere risultati anche duraturi e profondi in periodi di tempo così limitati. Tale focalizzazione si riflette, a livello di tecnica, nell'attivazione da parte dei terapeuti di una serie di processi di "districamento" dalle precedenti identificazioni rispetto alla genitorialità e dalle proiezioni provenienti da altre parti della personalità. Tali proiezioni, generalmente, sono evidenziabili fin dal primo incontro con la famiglia e consentono la messa in moto o la riattivazione della funzione riflessiva genitoriale cui abbiamo accennato.

La maggior parte dei genitori, che cerca aiuto per le difficoltà che incontra con i figli, preferisce concentrare l'attenzione sul bambino anche se spesso all'origine del sintomo evidenziato ci possono essere problemi personali o coniugali e/o disfunzioni intergenerazionali.

Citiamo a titolo esemplificativo il caso di Elisa, una bambina di 11anni, che viene portata in consultazione su richiesta della madre, preoccupata per le frequenti nausee e i malesseri legati all'alimentazione. Nell'ultimo periodo Elisa ha riferito la sensazione di essere osservata dall'occhio di Dio.

Già nel primo colloquio emerge una situazione di grave conflittualità di coppia che aveva portato i genitori a scegliere di fare i "separati in casa".

Tale scelta, dettata dal timore di traumatizzare la figlia, era stata vissuta a sua volta dalla madre durante l'infanzia, con i genitori che continuavano a litigare senza mai prendere la decisione definitiva di separarsi. La stessa madre della signora le aveva rinfacciato di non essersi separata per evitare che lei soffrisse. Con Elisa la coppia genitoriale continuava a ripetere lo stesso modello familiare, senza esserne consapevole. Nella fase di restituzione i genitori sono rimasti estremamente colpiti dalla verbalizzazione di tale parallelismo.

Concetto di "crisi"

La crisi che una famiglia attraversa può essere utilizzata in consultazione come momento favorevole per produrre un cambiamento nelle dinamiche relazionali genitori-figli diventate disfunzionali.

La richiesta avviene, infatti, sempre in un momento di crisi, cioè quando il sistema interno di equilibrio si rompe nella sua omeostasi. E' importante tenere presente, come dice Racamier (1986), che "l'intervento psicoterapeutico è richiesto e ricercato dagli interessati, in una prima fase della crisi, nel tentativo di ritrovare la situazione di equilibrio anteriore e quindi non esattamente per affrontare completamente e a fondo la crisi".

Il presupposto di partenza è che la crisi costituisca il terreno, inevitabile e potenzialmente evolutivo, da attraversare per arrivare ad un nuovo equilibrio.

Una crisi può essere conseguente ad un evento traumatico ed eccezionale (es. ospedalizzazioni, separazioni coniugali, lutti, incidenti) oppure può essere fisiologica cioè propria della vita stessa (es. nascita di un figlio, adolescenza, menopausa, conflitti di coppia). Racamier (1986) definisce la crisi "un processo specifico e globale di cambiamento consecutivo alla rottura di un equilibrio anteriore e con un risultato più o meno aleatorio".

In tutti i fenomeni di crisi vi è pertanto lo scontro-incontro tra una realtà esterna visibile e sensibile e una realtà interna inconscia.

RIFLESSIONI SULLA TECNICA

Vengono effettuate di norma cinque sedute, di cui la prima è con chi richiede l'intervento, preferibilmente la coppia genitoriale oppure il singolo genitore. In quest'ultimo caso occorrerà però verificare la disponibilità del partner "assente", per l'impossibilità a procedere in un intervento familiare senza il consenso e la presenza di entrambi i genitori.

Il primo colloquio consente una decodifica della richiesta ed una comprensione della "vera" domanda che viene fatta.

Spesso, infatti, si tende erroneamente ad andare oltre alle richieste di un genitore che chiede "solo" di essere un buon genitore senza, per questo, dover mettere in discussione il suo essere adulto.

La prima seduta

La prima seduta di osservazione familiare coinvolge tutti i componenti della famiglia, oltre al "paziente designato".

Questa seduta familiare è una vera sorpresa, uno scenario inaspettato per quanto i genitori abbiano già anticipato richiesta e storia dei figli. Il bambino, nella prospettiva della Fraiberg (1975), deve essere visto, non solo narrato perché la sua effettiva presenza innesca una spinta al cambiamento. Stern (1995) descrive lo stesso fenomeno nella costellazione materna. La presenza del bambino si rivela un potente catalizzatore di transfert capace di portare in superficie l'amore, l'odio, i conflitti... Egli riesce a far capire, anche senza parlare, ciò che sperimenta e il suo personale contributo di agente in quella configurazione.

Viene portato un bambino che è "un miscuglio di ciò che è veramente e di come viene visto e vissuto attraverso la lente delle proiezioni e della confusione dei genitori con la propria infanzia" (E.M. Pozzi, 2003).

E' stato essenziale a volte coinvolgere, in alcune sedute familiari (iniziali e di follow-up), anche persone esterne alla famiglia nucleare direttamente coinvolte o delegate nella cura dei figli (es. baby sitter, nonni).

Per quei genitori che sono troppo scissi e si sentono in colpa, danneggiati o vulnerabili, non essendo in grado di guardare se stessi, portare in prima seduta il problema del bambino e le difficoltà del rapporto con lui può rappresentare una valvola di sicurezza. Solo in un secondo momento è possibile decidere se mantenere tale assetto o concentrarsi solo sui membri direttamente sofferenti.

Esemplificativa a questo proposito è la situazione della famiglia di Erica, bambina di nove anni, arrivata in consultazione per un'improvvisa fobia scolare. La bambina, unicogenita, non aveva mai presentato precedentemente alcuna problematica evolutiva ed aveva un rendimento scolastico brillante. La madre, particolarmente sensibile e in psicoterapia individuale, aveva un padre paziente

psichiatrico. Il marito, di quindici anni più grande, ha svolto un ruolo fondamentale per la signora, aiutandola ad uscire dalla famiglia d'origine. La coppia si presenta come sintonica e coesa nella preoccupazione per i sintomi della figlia.

Nella prima seduta familiare Erica rappresenta la propria famiglia, disegnandosi più grande dei suoi genitori che tiene per mano. Alla richiesta della psicoterapeuta circa il motivo per cui quella bambina, così grande, non voleva andare a scuola, Erica dice che la bambina teme di non ritrovare a casa la madre (indicando la propria madre con il dito). Successivamente, in un colloquio individuale con la signora, emergerà la presenza di una nuova relazione sentimentale ed il desiderio di separarsi, ostacolato dalla paura di perdere la bambina. In questo caso, la prima seduta familiare ha permesso un repentino disvelamento di una realtà concreta e apparentemente scollegata con il sintomo della figlia.

In altre situazioni, quello che emerge in prima seduta è una realtà legata a dinamiche relazionali interne, appartenenti alla storia individuale dei genitori. E' il caso di Stefania, bambina di tre anni inviata da una collega in quanto figlia di una paziente psichiatrica, seguita fin dall'adolescenza con un trattamento psicoterapico e farmacologico.

Il padre, con a sua volta una madre schizofrenica, ha sempre rappresentato una figura positiva di riferimento per la moglie e la figlia, che tende a iperproteggere. Stefania ha svolto nel tempo un ruolo protettivo nei confronti della madre, dalla quale viene inconsapevolmente utilizzata per difendersi dai propri deliri persecutori. La collega che aveva inviato la famiglia aveva indicato che i genitori necessitavano un supporto nel percorso di separazione e individuazione della figlia. Stefania, inizialmente e per lungo tempo, non permette ai genitori di allontanarsi dalla stanza manifestando apertamente di non voler rinunciare alla propria posizione privilegiata.

I terapeuti e i genitori

La tecnica utilizzata nel nostro tipo d'intervento prevede nello specifico la collaborazione di due terapeuti. La presenza di due conduttori permette infatti di mantenere l'attenzione su tutti i membri della famiglia, per osservare le varie dinamiche con un grado maggiore di libertà. Lo "sguardo" dei terapeuti ha una forte valenza di contenimento, permettendo anche al genitore la condivisione dell'ansia e la certezza che c'è uno spazio per sé, pur restando il bambino e le sue problematiche al centro di un'attenta osservazione. Potersi muovere rispetto a più vertici (genitori, un solo partner, figli, un singolo bambino, ecc...) sia nell'osservazione che nelle verbalizzazioni permette di compiere interventi mirati, mantenendo sempre una reciproca sintonia.

Oltre a ciò, la presenza di due terapeuti consente ai genitori di potersi identificare con una coppia al lavoro, con funzioni differenziate e complementari. Ciò risulta importante dal momento che è assai frequente nelle famiglie in difficoltà la presenza di una scarsa differenziazione tra i genitori, o in quanto svolgono funzioni sovrapponibili, per lo più di tipo "materno" in senso patologico (tese cioè ad ostacolare il processo di differenziazione del figlio), o in quanto uno dei due genitori viene estromesso sulla base di una collusione fra i coniugi. La negazione delle differenze -tra i sessi e le generazioni- sono elementi molto spesso riscontrabili nelle famiglie dove vi è una condizione di immobilità nel processo di crescita sia da parte dei genitori che da parte dei figli; questi ultimi entrano in uno stato di empassa nell'attesa che si rimetta in moto il percorso evolutivo della genitorialità. E' il caso di Matteo che rifiuta il cibo, la cui madre si colpevolizza perché non si sente adeguata mentre il padre si atteggia da "fratellone", alleandosi con il bambino.

Nel corso delle sedute con questa famiglia assistiamo progressivamente ad una riappropriazione, da parte della signora, del proprio spazio e del proprio ruolo di madre e ad una ridefinizione del padre nel suo ruolo genitoriale e di partner nella coppia. Questa ristrutturazione dei ruoli ha permesso a Matteo, che in consultazione aveva messo in scena il suo sentirsi pari al padre, di riprendere il proprio posto di bambino, simbolicamente manifestato attraverso la possibilità di giocare in modo più spontaneo e adeguato alla sua età.

Infine, la presenza di due psicoterapeuti ci ha permesso negli ultimi tempi di apportare ulteriori modifiche al setting. E' stato utile in alcune occasioni che uno dei due terapeuti, durante la seduta

familiare, potesse allontanarsi dalla stanza con il singolo genitore o con entrambi per poter approfondire alcune tematiche sulle quali era necessario non coinvolgere i figli. Questa modificazione del setting permette inoltre di valutare il livello di attaccamento dei figli rispetto ai due genitori e le diverse modalità relazionali messe in atto in assenza di uno o di entrambi.

E' utile a questo punto una breve riflessione sulla relazione genitori e terapeuti. Le difficoltà dei figli implicano per i genitori non solo una forte dose di angoscia, ma anche l'aprirsi di una ferita narcisistica unita al senso di colpa, in quanto quasi sempre è presente (a livello più o meno consapevole) il pensiero di essere responsabili del malessere del figlio.

La relazione tra genitori e terapeuti è pertanto caratterizzata da ambivalenza: da una parte il desiderio di essere aiutati e di affidarsi, dall'altra il peso e l'ansia del giudizio del proprio fallimento.

In questo contesto, gli interventi di psicoterapia breve si sono rivelati di grande utilità nell'affrontare e limitare due possibili rischi insiti nelle richieste di aiuto pervenute.

Il primo riguarda l'eccessiva idealizzazione dei terapeuti, che divengono gli "aggiustafigli", innescando una dinamica relazionale tale per cui i genitori si sentono ancora più impotenti e privi di risorse da riattivare, portando a reazioni più o meno consapevoli di rabbia e ostilità nei confronti dei terapeuti.

Il secondo rischio che l'intervento familiare riduce è quello di assumere come pazienti i genitori venuti in consultazione per i problemi dei figli. Già Anna Freud (1969) aveva sottolineato come i pazienti adulti con figli abbiano una grandissima parte di personalità che non è minimamente coinvolta nel ruolo genitoriale assunto.

Nella terapia familiare breve, occuparsi selettivamente della funzione genitoriale permette al padre e alla madre di riacquistare fiducia nelle proprie risorse, che sono sostenute e rese evidenti dalla presenza dei terapeuti e anche condivise dall'intera famiglia nel medesimo momento.

Restituzione: ascolto empatico, azioni parlanti e enactment

Questo tipo di intervento consente ai genitori di osservare e comprendere una modalità di ascolto empatico che potrà rivelarsi successivamente molto utile anche a loro. Come infatti ha messo in evidenza Senise (1990), allo psicoterapeuta viene richiesta la capacità di identificarsi contemporaneamente con il figlio di cui i genitori parlano e con i genitori che parlano di lui, attraverso un movimento identificatorio bipolare che deve tenere conto all'unisono delle difficoltà dei genitori e di quelle dei figli. Questo movimento doppio viene sperimentato contemporaneamente da tutti i membri della famiglia ed ha la funzione di aiutare genitori e figli a riconoscere ciò che è proprio e ciò che appartiene ad altri componenti del nucleo. Tale processo favorisce spesso il rientro di proiezioni confusive sempre presenti all'inizio della consultazione.

E' necessario però restituire solo ciò che il genitore è in grado di recepire, abbandonando l'idea onnipotente di mettere in gioco tutto ciò che si è colto. Dopo essere giunti a capire che il disagio del figlio è prevalentemente reattivo ad una situazione esterna e non è stato ancora internalizzato, è possibile ridare competenze ad entrambi i poli della diade genitoriale. Intendiamo, a questo proposito, il processo di disvelamento dei fantasmi della propria storia proiettati sul figlio, che permette la riappropriazione della funzione genitoriale positiva senza un'interpretazione del profondo. Il terapeuta, infatti, deve essere in grado di tenere dentro di sé la comprensione dei processi inconsci usando un'interpretazione a volte più agita che verbalizzata, che si concretizza in ciò che viene definito *azione parlante*¹ (Racamier, 1986).

In questo tipo di intervento familiare, non c'è un netto confine tra diagnosi, restituzione ed intervento. Già in corso di valutazione vengono effettuati interventi verbali ed azioni parlanti per verificare la flessibilità e la modificabilità delle relazioni familiari.

¹ Azione parlante: "interpretazione agita che deve essere preceduta da una interpretazione nella mente del terapeuta; è necessaria nei casi di forte crisi dove l'amalgama tra angoscia, conflitto ed elementi di realtà è particolarmente solida".

Spesso questi interventi prendono l'abbrivio da una situazione specifica che si realizza durante le sedute e che riguarda una specifica forma di *enactment*² (inteso come comunicazione inconscia che mette in scena la problematica relazionale sperimentata attivamente da due o più membri della famiglia), che viene prontamente utilizzata dai terapeuti.

In pratica, è come se si materializzasse tra due o più componenti della famiglia una sequenza relazionale che frequentemente concretizza alcune evidenze cliniche che il terapeuta stava vagliando sulla base dell'osservazione, rendendole più facilmente elaborabili ed esplicitabili a tutti. Questa forma di enactment, una volta condivisa con la famiglia, provoca spesso molto stupore nel padre e nella madre, i quali non ritengono possibile poter "vedere" il proprio figlio realmente connesso con materiale inconscio o preconscious di uno o entrambi i genitori. In questo senso, lo svelamento e l'uso del materiale proveniente da questa forma di interazione è uno degli strumenti più utili sia nel consolidamento dell'alleanza terapeutica, sia nello sviluppo del lavoro successivo. A questo proposito accenniamo alla famiglia di Luca, un bambino di tre anni e mezzo primogenito di due, giunta in consultazione per un ritardo nello sviluppo del linguaggio e manierismi comportamentali del figlio. Dall'anamnesi familiare emerge che, quando Luca aveva diciotto mesi, la madre aveva affrontato un aborto spontaneo, cui era seguito un repentino trasferimento in un'altra città e una nuova gravidanza portata a termine con la nascita di un maschietto quando Luca aveva due anni e mezzo. Il lavoro svolto con la famiglia ha permesso ai genitori di rendersi conto dell'invischiamento delle difficoltà, effettivamente presenti, di Luca con l'elaborazione incompiuta del lutto per la perdita di quella che sarebbe dovuta diventare la secondogenita.

La mamma di Luca è stata capace di sostenere la riattivazione del proprio processo di lutto e parallelamente, insieme al marito, si è potuta "stupire" della ripresa di un linguaggio più adeguato all'età da parte del figlio.

Nel caso in cui invece si ipotizza che il disagio del minore sia ormai internalizzato e strutturato, si procede ad un approfondimento psicodiagnostico classico (colloqui, disegni, gioco, test), che viene effettuato da uno dei due psicoterapeuti individuato in precedenza. E' il caso della famiglia di Giorgio, un bambino di nove anni, cui era stato diagnosticato un disturbo iperattivo con conseguente prescrizione di un trattamento farmacologico sperimentale. Questa proposta di intervento aveva spaventato i genitori che hanno chiesto un parere ulteriore prima di decidere in merito.

Durante le sedute familiari il disturbo di Giorgio verrà riletto come reattivo ad una malattia neurologica cronica e debilitante della madre, insorta proprio con la nascita dei figli (la primogenita ha undici anni). La forte ansia dei genitori, relativamente ad una possibile patologia neuropsichiatrica del figlio e la presenza in quest'ultimo di difficoltà comportamentali e scolastiche, ha reso necessario un approfondimento psicodiagnostico classico, esitato in una psicoterapia individuale per Giorgio.

I comportamenti "iperattivi" di Giorgio sono apparsi dunque in relazione all'accumularsi di una tensione, inesprimibile attraverso altri canali, risalente ad un periodo molto precoce e mai elaborata, connessa ai momenti di acuzie del disturbo materno.

In una seduta del percorso individuale è stato necessario pertanto coinvolgere la madre perché Giorgio potesse finalmente esprimerle verbalmente le preoccupazioni sulla sua malattia. Attualmente, pur restando un bambino che privilegia il canale motorio per esprimere l'affettività, Giorgio è in grado di esercitare maggiore concentrazione ed autonomia nel suo percorso scolastico.

² Enactment: descritto per primo da T.J. Jacobs (1986), che gli attribuì la qualità di rappresentazione scenica di eventi psichici prodotti nella relazione dei due soggetti, paziente ed analista. Successivamente McLaughling (1991) focalizzò l'attenzione sui contributi specifici di ciascun componente della coppia analitica e ritenne che tale concetto si applica ad ogni componente dell'interazione, in particolare quella non verbale.

CONCLUSIONI

Le sedute familiari mostrano ai genitori ciò che accade nella relazione quotidiana con i figli e danno voce, permettendo di mentalizzarle, alle emozioni e ai sentimenti connessi che spesso restano inespressi. I figli stessi, indipendentemente dall'età e con modalità di reazione differenti e soggettive, colgono il cambiamento di prospettiva che l'intervento psicoterapeutico breve propone. Nelle situazioni in cui non siamo in presenza di un disturbo già internalizzato, prendono quindi al volo l'occasione per liberarsi di un "fardello" di sofferenza e per riprendere il cammino interrotto.

Ci sembra significativo riportare, a proposito della fatica a sostenere la conflittualità dei genitori, la frase di Elisa (che abbiamo precedentemente già citato) rivolta ad una delle psicoterapeute: "...Devi dirlo ai miei genitori che io li sento quando urlano dopo avermi messo a dormire la sera".

La restituzione vera e propria viene effettuata in due momenti separati, uno più funzionale ai figli e l'altro più diretto ai genitori.

La verifica dell'efficacia dell'intervento e della permanenza dei cambiamenti raggiunti avviene attraverso un follow-up longitudinale.

Nella nostra esperienza clinica, abbiamo notato che, alla conclusione dell'intervento, si verificano due o più delle seguenti modificazioni:

- a) miglioramento sintomatico
- b) capacità di usare insight
- c) distinzione più netta dei ruoli genitoriali
- d) accesso ad emozioni e simboli.

Per concludere ci preme sottolineare un effetto secondario, ma non meno pregnante, di questa comunicazione condivisa che consiste nel permettere ai vari componenti della famiglia di raggiungere un vero "insight" sulla reale natura della propria crisi. Solo a partire da questo momento può iniziare il processo di lutto come perdita dell'idealizzazione dell'assetto precedente.

E' importante infatti, oltre ad evidenziare il disagio, restituire competenze e funzioni individuando ed alleandosi con le parti sane del genitore e del figlio per rimetterle in moto. Il "paziente designato" viene così sollevato dal peso di diventare sintomo del disagio e i genitori possono riprendere fiducia nelle loro competenze e capacità. Successivamente, in caso di altri momenti di empassé, i genitori e i figli saranno in grado di percepire maggiormente i propri bisogni e di chiedere aiuto non nell'emergenza ma con un tempismo più fisiologico, diminuendo così il rischio di un'involuzione della crisi.

BIBLIOGRAFIA

- Capuzzo W., De Stefanis C. (2002) Riflessioni sulla teoria della tecnica nella consultazione dei disturbi del sonno e dell'alimentazione nella prima infanzia in Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente art. Istituto n.16 luglio-dicembre 2002 pag. 51
- Capuzzo W., De Stefanis C. (2007) Disturbi del sonno: una psicoterapia breve con genitori e bambino; riflessioni sul caso clinico e sul modello d'intervento. In Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente n°25-26 genn.-dic. 2007 pag.19
- Cramer B. (1989) Professione bebè ed. Boringhieri
- Eiuger A. (1996) I due livelli del transfert nella terapia psicoanalitica di coppia. Interazioni 2 pp.59-72
- Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V. (1975) Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. In Fraiberg S. (a cura di) Clinical studies in infant mental health. Basic Books, New York 1980
- Freud A. (1969) Normalità e patologia ed. Feltrinelli
- Giannakoulas A., Gianotti A., (1985) L'approccio relazionale in neuropsichiatria infantile ed. Borla
- Marcoli A. (2003) Passaggi di vita ed. Mondadori
- Pozzi M.E. (2004) I disagi dei bambini da zero a cinque anni ed. Mondadori
- Racamier P.C., Taccani S. (1986) Il lavoro incerto ed. Del Cerro
- Stern D.N. (1995) La costellazione materna. Il trattamento psicoanalitico della coppia madre-bambino ed. Boringhieri
- Trombini E., a cura di (1999) Genitori e figli in consultazione ed. Quattroventi Urbino
- Tsiantis J., Boethius S.B., Hallerfors B., Horne A., Tischler L. (2000) Il lavoro con i genitori ed. Borla