

**L'APPLICAZIONE DELLA PSICOANALISI IN CONTESTI NON CONVENZIONALI. CONTRIBUTI DALLA
PSICOTERAPIA INFANTILE E DALLA TERAPIA CONGIUNTA BAMBINO-GENITORE**

Prof. S. Seligman¹

Apprezzo il lavoro di cui ho sentito parlare qui. Posso dire che l'interesse per la salute e il benessere dell'infanzia è un progetto internazionale e pare del tutto evidente che i problemi dell'inclusione e del sostegno sono simili nel vostro paese e nel mio, gli USA.

Certamente noi oggi sappiamo che operare interventi quanto più precoci possibile non è soltanto una questione etica, ma è anche socialmente efficiente, perché i guadagni sotto tutti i punti di vista, quello economico, quello del risparmio dei governi su interventi successivi e della produttività dei lavoratori e anche sotto il punto di vista educativo, sono accresciuti dall'intervento precoce. Adesso, in questo secolo, noi sappiamo cosa funziona, cosa riesce bene e sappiamo che ne beneficiano tutti, l'intera società.

In generale voglio sottolineare che abbiamo un problema politico, non scientifico. Dal punto di vista clinico e scientifico la situazione è chiara, sappiamo cosa fare.

Inoltre voglio dire che lavorare con famiglie sotto stress è difficile. Lavorando insieme dobbiamo sempre aver presente l'importanza del sostegno reciproco

Rifacendomi ad un articolo dedicato ad un modello integrato di salute mentale infantile e tecnica di intervento precoce, per prima cosa, parlerò della **relazione come protagonista, come "cliente" in un intervento precoce.**

Tradizionalmente, gli operatori in tutti i campi della salute e dello sviluppo hanno concepito i loro sforzi di trattamento in termini di individui. La persona, di qualsiasi età, era l'unità di intervento. Nei programmi tradizionali di intervento precoce, ai genitori venivano insegnate specifiche tecniche terapeutiche da parte di professionisti e si mostrava loro come metterle in pratica.

Fin dagli anni '80, il riconoscimento dell'importanza delle relazioni, in particolare della relazione bambino-genitore, ha trasformato la comprensione dello sviluppo. È emerso un consenso generale sul fatto che le relazioni sono al centro dell'organizzazione dello sviluppo precoce. Fin dall'inizio, i bambini e i loro genitori sono immersi in sistemi dinamici, interattivi e relazionali che integrano tutti i settori dello sviluppo.

Un positivo sviluppo emotivo è un requisito per un sano sviluppo fisico; lo sviluppo cognitivo, linguistico e motorio dipendono tutti da precoci esperienze di capacità di risposta amorevole da parte del *caregiver*. Queste esperienze di cura portano il bambino a sentirsi vitale, sicuro ed efficace tanto da sostenere l'esplorazione e la motivazione che sono essenziali per la crescita in tutti i settori. Allo stesso modo, i ricercatori dell'infanzia stanno accumulando prove sostanziali del fatto che la qualità delle relazioni genitore-bambino prefigura lo sviluppo successivo.

Nel complesso, questa nuova prospettiva ha influenzato l'impegno in programmi integrati di intervento precoce e ha spostato il fuoco dell'intervento dall'individuo al rapporto. Dato che il focus si sposta sul rapporto, anche la natura del lavoro subisce uno spostamento analogo. Nella pratica tradizionale di intervento precoce ci si concentra su un intervento diretto con il bambino, con un genitore che osserva in disparte o in un'altra stanza e

¹Membro dell'Associazione Psicoanalitica Americana e dell'Istituto Psicoanalitico di S. Francisco; Professore di Psichiatria per il Programma bambini-genitori della California University; Redattore Capo di *Psychoanalytic Dialogues*, Redattore di *Psychoanalytic Quarterly*.

istruzioni dirette al genitore per quanto riguarda interventi specifici che ci si aspetta egli metta in pratica con il bambino negli intervalli tra le sessioni di intervento. In un tradizionale centro di intervento precoce, in ambulatorio, per esempio, si possono vedere postazioni, stanze, spazi, create per i genitori e i loro bambini che si devono spostare all'interno di questo spazio, con un preciso approccio didattico alla fornitura di servizi. Al contrario, in un *setting* integrato di intervento precoce ad orientamento relazionale, la natura del lavoro è interpersonale. L'efficacia delle indicazioni didattiche o di sviluppo dipende dalla qualità del rapporto tra operatore e genitori. Operatori e genitori entrano in un processo di collaborazione per definire le esigenze del bambino e chiarire il significato del comportamento del bambino nel contesto della relazione.

Se abbiamo in mente una *normale* coppia bambino-genitore che interagisce, possiamo notare quanto è suggestivo questo rapporto genitore-bambino e quanto è forte dal punto di vista emozionale assistere a questo scambio. Prima madre e bambino sono in sincronia, poi quando perdono la sincronia il bambino sa che può tornare a recuperarla così funziona la normale comunicazione bambino-genitore: il bambino parla con i suoi gesti infantili, allora il genitore risponde, poi il bambino risponde a sua volta, un avanti e indietro di comunicazioni... Ecco perché sto parlando a nome di un approccio ad orientamento emotivo-relazionale.

Da queste premesse affronterò il tema della **valutazione e pianificazione di un intervento**. Gli operatori che utilizzano un modello integrato cominciano sviluppando un rapporto di lavoro con la famiglia. Essi valutano il modo migliore per aiutare ogni famiglia in base alle sue esigenze specifiche; fondare un tono collaborativo per la valutazione è considerato essenziale. Le domande ritenute utili per impostare il tono della relazione sono:

- "E' meglio che sia un operatore singolo o principale ad avviare la relazione, piuttosto che più operatori?"
- "Come sviluppare una comprensione condivisa delle percezioni che la famiglia ha del bambino?"
- "Come sviluppare un linguaggio comune per parlare del bambino, della famiglia, e del lavoro che stanno per intraprendere con l'operatore?"

Prima di andare avanti, genitori e operatori dovrebbero accordarsi sull'utilità delle valutazioni formali prese in considerazione e su come saranno utilizzate, sia dall'operatore sia da altre persone all'interno del servizio. Il piano per l'utilizzo di valutazioni formali sarà sviluppato in comune, con una descrizione dei bisogni e degli obiettivi per il bambino, sviluppati nel contesto dei processi della famiglia. Per esempio, una madre *single* che da sola cresce quattro bambini potrebbe essere più concentrata sullo sviluppo dell'autonomia del suo bambino rispetto ad una famiglia adottiva allargata con un solo bambino.

Nel complesso i *caregiver* primari sono visti in termini di relazione con il bambino, e viceversa. Ad esempio in famiglie con bambini con gravi disabilità dello sviluppo che richiedono un'attenzione eccezionale il fatto che il genitore tenda ad instaurare rapporti caratterizzati da iperprotettività e dipendenza può essere un punto di forza, sia dal punto di vista dei bisogni del bambino, sia nella relazione di lavoro con gli operatori che dovranno fornire ai genitori orientamenti dettagliati sulla gestione del bambino.

Le differenze individuali di sviluppo di un bambino sono definite con un lavoro comune, passando in rassegna le percezioni *giuste o sbagliate* dei genitori circa il bambino. Gli

obiettivi dell'intervento sono stabiliti a partire dalla collaborazione tra genitori e operatori come accordi di interazione diadica.

L'attenzione non è posta sulla diagnosi della condizione del bambino o sui limiti del genitore. Al contrario, questo lavoro è immerso nelle reali interazioni di vita tra i membri della famiglia. L'operatore è testimone dell'interazione bambino-genitore, con tutte le relative emozioni amplificate del momento. Come Selma Fraiberg ha osservato, gli operatori non parlano del bambino mentre lui dorme nell'altra stanza, con tutta la distanza di una cronaca relativa al passato: gli interventi affrontano i sentimenti prima che questi si trasformino in ricordi e vengano mutati dal passar del tempo.

In un approccio ad orientamento relazionale, la modalità del lavoro passa da interventi definiti indirizzati ad un modello deficitario di sviluppo ad un focus sui micro-eventi di interazione nella vita quotidiana, che sostengono lo sviluppo in ambiti diversi. Si cerca di sostenere il rapporto emotivo fra *caregiver* e bambino ogniqualvolta sia possibile. Per esempio, ad un bambino che non ha sviluppato il sorriso sociale reciproco non si vuole "insegnare" a sorridere associando una stimolazione del sistema nervoso centrale con un invito al sorriso. Piuttosto, si prendono in considerazione l'osservazione di bambino e genitore e le discussioni circa la natura della loro interazione e i sentimenti dei genitori verso l'assenza del sorriso. In una famiglia, questo processo con l'operatore ha rivelato un modello in cui la madre si sentiva ferita e delusa quando i suoi sorrisi non erano ricambiati, e allora lei si allontanava dal bambino. L'operatore è stato in grado di osservare un tempo di risposta generalmente lento nel bambino e si è chiesto cosa sarebbe successo se la madre avesse mantenuto il contatto in attesa che il bambino elaborasse la comunicazione. La madre ha avuto bisogno del sostegno dell'operatore per riuscire ad aspettare con calma, senza confondere il bambino con ulteriori parole, movimenti, o richieste. Quando la madre ha aspettato, il sorriso posticipato del bambino le ha fatto venire le lacrime agli occhi e le ha fatto comprendere che alla base del problema del bambino c'era la *velocità* di elaborazione e non un rifiuto interpersonale.

Rispetto al **primo contatto con la famiglia e a come costruire l'alleanza di lavoro** ci vuole coraggio emotivo e apertura di cuore da parte dei genitori per avviare un processo di intervento con professionisti che si occupino del loro bambino.

I genitori di bambini disabili e i genitori immigrati sono particolarmente vulnerabili, sia dal punto di vista emotivo, sia da quello pratico. Gli operatori devono rispettare le difficoltà dei genitori per tutto il processo di valutazione, chiedendosi che cosa possono offrire ai genitori, cosa il genitore è pronto a sentire da loro e quale sia il modo più efficace e utile per fornire assistenza. Da questo punto di vista, la qualità del primo contatto interpersonale iniziale è fondamentale, perché fonda le sensazioni che la famiglia avrà in tutti i futuri contatti con i professionisti che l'aiutano.

Lo scopo principale della sessione iniziale è quello di costruire un'alleanza di lavoro con la famiglia. Questa è l'occasione per dare ai genitori conferma della loro importanza fondamentale per il bambino; questo fatto potrebbe essere stato offuscato dalla serie di interventi urgenti, necessari per la prima sopravvivenza del bambino. È importante che gli operatori diano ai genitori la sensazione di essere compresi e invitati a prender parte ad un processo di vera collaborazione.

Quindi il colloquio iniziale richiede tempo e una ricerca aperta.

Gli operatori riescono meglio ad acquisire una percezione dell'esperienza provata dalla famiglia quando pongono domande facilitanti e che richiedono una elaborazione, piuttosto che domande a cui rispondere con sì / no o domande con indicazioni di età e tappe. L'atmosfera emotiva delle interazioni familiari emerge quando i genitori sono invitati a portare esempi concreti circa le informazioni sullo sviluppo del bambino. Ad esempio, un padre, preoccupato per il rapporto del figlio con lui, riporta che il suo bambino è molto amichevole. Nel colloquio, egli chiarisce la sua preoccupazione con un esempio: il figlio sembra essere idiosincriticamente amichevole nei confronti di un vicino di casa a cui sorride, ma che può vedere solo attraverso la finestra. Questo stesso bambino non saluta il suo papà al ritorno dal lavoro, né cerca un genitore quando cade o si fa male. In questa situazione, i sentimenti di delusione e di rifiuto provati dal padre influenzano le sue posizioni verso suo figlio e verso l'intervento e devono essere presi in considerazione nel comunicare e pianificare il lavoro con entrambi. Altrimenti, il lavoro continua sulla base di un fraintendimento.

Apparentemente, il carico di lavoro è maggiore per noi, ma sul lungo termine funziona molto meglio, perché siamo collegati col genitore.

Piuttosto che fare affidamento su questionari evolutivi o semplici domande volte a suscitare ricordi spesso distorti dall'ansia e dal tempo, gli operatori dovrebbero incoraggiare i genitori a lasciare che le loro storie si rivelino con tutta l'emozione amplificata connessa alla rivisitazione di eventi difficili o traumatici. In questo modo, gli operatori vengono a conoscere l'esperienza interiore dei membri della famiglia. Ciò può guidare i professionisti nella costruzione di rapporti con la famiglia che consentono al lavoro comune di procedere. Quando i genitori sperimentano se stessi come collaboratori degli operatori sono meno propensi a sentirsi impotenti o invasi e più inclini a sentire che il rapporto di lavoro sarà flessibile e rispondente alle loro aspettative.

Parlando della **formulazione del caso come processo relazionale** l'obiettivo dei colloqui clinici non è raccogliere dati oggettivi, ma creare una relazione personale attraverso cui l'osservatore può suscitare e osservare nella famiglia una serie di funzionamenti sulla base dei quali si può comprendere il problema e progettare un piano comune per risolverlo. Ciò che si apprende sul bambino e sulla famiglia è un quadro o un resoconto che viene costruito nel corso di un attivo scambio dinamico tra familiari e valutatore.

Può essere molto utile esplicitare questo obiettivo del processo di valutazione alla famiglia. Io dico spesso ai genitori che l'obiettivo centrale della fase di valutazione è quello di creare un senso di squadra, a vantaggio del bambino; dico che vorrei arrivare al punto in cui la famiglia e io vediamo lo stesso bambino; al fine di sottolineare questo, così come per raccogliere informazioni, pongo domande esplicite riguardo questi obiettivi durante lo svolgimento del processo. Chiedo: "Che sensazione avete riguardo a questo?", "Vi sembra che vada bene?", "C'è qualcosa che sto facendo che non è di aiuto per voi?".

Usare un linguaggio quotidiano è essenziale.

Davvero questi racconti sono particolarmente importanti perché sono radicati nell'esperienza diretta e in evoluzione della valutazione e sono spesso sostenuti da effetti positivi, sia sullo stato emotivo dei bambini sia su quello dei genitori e ancora sui dettagli osservabili dell'intervento e sulla complessiva interazione bambino-genitore. Il progresso nella formulazione dell'intervento e la relazione terapeutica in evoluzione possono rafforzarsi a vicenda. Più i genitori si sentono coinvolti, più sentono di essere partner collaborativi nella

valutazione, più saranno in grado di abbracciare il processo di trattamento. Invece di sentirsi accusati, invasi o impotenti è più probabile che i genitori si sentano ottimisti.

Il pensiero del genitore, sia sul bambino sia sul processo di trattamento, deve avere un ruolo centrale. Anche se questi effetti variano a seconda della personalità dei genitori, è più probabile che ne risulti un generale senso di efficacia, che può contribuire al progresso complessivo dell'intervento, qualsiasi siano gli obiettivi.

In tali condizioni congeniali, lo sforzo di valutazione sarà uno dei cardini del processo di svolgimento dell'intervento.

Questo è particolarmente importante nel lavoro con bambini e genitori in cui le cose hanno cominciato ad andare male, perché queste situazioni sono spesso caratterizzate da un assorbimento di tutti in un vortice di emozioni forti e spesso dolorose. Per lo più, l'interessamento calmo ma coinvolto e riflessivo della squadra di intervento spesso serve a interrompere, o almeno ad attenuare, tali "tempeste di fuoco" emotive, in modo da creare spazio per almeno un po' di pensiero riflessivo. Questo a volte può portare a qualche riduzione immediata della sofferenza e, a volte, a soluzioni nuove e più progressive. In certa misura, l'inizio dell'intervento di per sé può offrire qualche speranza, sia nella promessa di una soluzione basata sulla competenza ed esperienza dell'operatore, sia attraverso l'evocazione e l'amplificazione di un qualunque residuo di relazione utile sana si trovi nel mondo interiore dei genitori.

Un esempio da un intervento multimodale con una madre e il suo bambino, che aveva ipersensibilità di origine neurologica ai nuovi stimoli, può illustrare i complessi effetti di tali processi. Anche se chi pratica interventi precoci può non avere sempre accesso a tutti gli aspetti del passato dei genitori, tali fattori costituiscono sempre un *background* implicito e spesso si presentano in modo esplicito.

Nataly era distrutta dal fatto che sua figlia diveniva inconsolabile ogniqualvolta la lasciava con una babysitter. Durante la psicoterapia bambino-genitore Nataly realizzò di esser stata lasciata a piangere fino ad addormentarsi quand'era piccola, anche se all'inizio del processo di valutazione non se lo ricordava. Chiarire il ruolo dell'ipersensibilità di origine neurologica della figlia rese Nataly libera di pensare più emotivamente ai suoi primi ricordi di abbandono; la sua emotività si è liberata perché stava cominciando a fidarsi del team degli specialisti. Una volta che questi processi sinergici cominciarono a svilupparsi, il terapeuta e Nataly furono in grado di aggiungere una strategia comportamentale per aumentare gradualmente il tempo che la figlia passava con nuovi caregiver, con incrementi molto gradualmente. Ne conseguì un processo di intervento efficace, grazie alla sinergia fra passato del genitore, la difficoltà costitutiva del bambino e la relazione con il terapeuta. Gli incontri iniziali, quindi, forniscono la base da cui l'essenziale relazione di lavoro può procedere; il successo di tutti gli interventi si fonda sulla qualità dei rapporti genitori-operatori, anche quando la relazione stessa non è il centro focale dell'intervento.

Stabilire un retroterra fondamentale di empatia, reciprocità e sostegno, nel maggior grado possibile, migliorerà la qualità dei colloqui iniziali come anche di qualsiasi successiva terapia verrà proposta. I genitori sono più propensi a collaborare e dare informazioni su se stessi e i loro bambini quando si sentono sicuri ed accettati. Allo stesso tempo, i punti di forza della famiglia hanno maggiori probabilità di emergere in un'atmosfera congeniale, che consentirà una valutazione più completa e fornirà una base dalla quale qualsiasi intervento successivo potrà procedere.

Creare e mantenere la relazione di lavoro può avere diretti effetti terapeutici. Una prescrizione di intervento precoce può essere particolarmente dura per famiglie che sono già in sofferenza, lasciandole con la sensazione di essere sempre più isolate, messe da parte e inferiori ad altre famiglie. Senza l'attenzione a tali questioni, i genitori sono suscettibili di vivere un accresciuto senso di colpa, umiliazione e impotenza; questa è una trappola speciale nel lavoro con i genitori di bambini molto piccoli, la cui identità è talmente intrecciata con i ruoli genitoriali che li lascia particolarmente vulnerabili a tali sentimenti.

È anche un problema tipico nelle famiglie di immigrati e con bambini con problemi psicologici, che pure tendono a sentirsi degli *outsider* e in generale sono emotivamente vulnerabili.

In alternativa, impostare un tono accogliente e tollerante nei colloqui iniziali può offrire qualche sollievo da tali emozioni tormentose; gli effetti diretti di una relazione di lavoro positiva sono più pervasivi di quanto spesso si riconosce. Quando i professionisti comunicano la loro comprensione dell'importanza centrale dei genitori, spesso si può osservare un guadagno immediato. Complessivamente, la prospettiva di un buon rapporto terapeutico con un professionista può migliorare la sensazione di essere compresi e sostenuti, e questo, a sua volta, porta ad interventi più efficaci nel trattamento.

In uno dei video riportati si vede una madre con la figlia di 3 mesi che distoglie lo sguardo dalla genitrice. Il primo bambino di questa madre è morto di sindrome di morte in culla e questa bambina ha ipersensibilità agli stimoli sensoriali. Si vede bene che la bambina distoglie lo sguardo e mentre la madre sta cercando di richiamare la sua attenzione, la piccola guarda la telecamera, sta male. La madre cerca di attirare nuovamente la sua attenzione, ma quando la madre la tira su, la bambina si volta a sinistra.

Ora vi parlo dell'intervento che, in questo caso, abbiamo attuato e che ha avuto una buona riuscita. Il terapeuta aveva due strategie di intervento. La sensazione era che quando la madre guardava la bambina vedesse il figlio che aveva perduto. Lo vedeva attraverso il suo mondo interiore. Allo stesso tempo era molto desiderosa di trovare un contatto con la bambina presente. La bambina era molto desiderata e al tempo stesso la sua perdita era profondamente temuta. Al tempo stesso la bambina era sensibile al fatto che la madre la guardasse stando molto vicino alla sua faccia. Questo intensificava il distoglimento dello sguardo da parte della bambina e di conseguenza la madre stava male, come se stesse di nuovo perdendo un figlio. Il terapeuta ha aiutato la madre a riconoscere il figlio perduto interiore e allo stesso tempo ha incoraggiato la madre a lasciare alla bambina più distanza e ad essere più paziente. Col tempo la bambina ha smesso di distogliere lo sguardo e nella madre si è creato un mondo interiore diverso. E dopo qualche tempo sono state in grado di instaurare un contatto.

Non molti casi vanno così bene. Questo caso esemplifica molto bene l'interazione tra elementi emotivi e difficoltà costituzionali del bambino.

Rispetto invece all'**home visiting** è bene riconoscere che, quando possibile, una famiglia dovrebbe essere vista in contesti significativi, anche a casa, dove il bambino ha la possibilità di essere al suo meglio e i familiari hanno più probabilità di attivarsi in modelli tipici di cura e di interazione. Come sapete, le visite a casa offrono numerosi vantaggi, anche se presentano una serie di problemi logistici e di tecnici. In molti casi non c'è altro modo per raggiungere le famiglie che hanno più bisogno di trattamento, e in casi anche meno impegnativi, i vantaggi dell'*home visiting* sono abbastanza sostanziali.

Le visite a casa consentono di accedere ad informazioni altrimenti non disponibili sulla vita delle famiglie e rassicurano i genitori sul fatto che le necessità che arrivano con la nascita e la crescita di un bambino saranno comprese sul piano pratico. I genitori dei bambini, e specialmente i genitori immigrati, spesso si sentono isolati a casa. In molti casi, i genitori stanno così male che andare ad un appuntamento clinico è già di per sé una fonte di tensione. A volte, solo attraverso l'osservazione diretta il terapeuta può dimostrare di comprendere veramente quanto sia vissuta come difficile la situazione pratica, psicologica e socio-economica di una famiglia; questo è particolarmente vero nei casi con una storia di profonda insicurezza interpersonale e delusione e in cui le azioni, piuttosto che le parole, sono state i più importanti vettori di significato.

Le visite a casa hanno il vantaggio evidente di consentire all'operatore di sperimentare la vita che il bambino vive. Ad esempio se lo stereo e la TV sono accesi contemporaneamente in una famiglia con un bambino che è ipersensibile ai suoni o alle immagini, l'operatore è *dolorosamente* consapevole del problema di fornire un intervento ottimale per il bambino. Se un operatore osserva un padre che è poco presente nella vita del bambino, che lo investe in un turbine momentaneo di interazione per poi scomparire rapidamente com'è apparso la disapprovazione iniziale dell'operatore potrebbe trasformarsi in *compassione*, una volta osservato che il padre viene e va in tre diverse uniformi per tre diversi lavori, nei suoi sforzi per provvedere a suo figlio.

Accanto a questi vantaggi, tuttavia, ci sono una serie di sfide particolari. Le visite domiciliari possono essere imprevedibili e ipersollecitanti. Sono anche più problematiche per noi. Per gli operatori che vanno a casa sarà difficile trovare un modo agevole per mantenere il loro status professionale, adeguandosi contemporaneamente al ritmo della vita domestica. Anche per l'operatore più flessibile e dotato, può essere una sfida astenersi dal giudizio e mantenere apertura mentale entrando in una casa con musica assordante, *soap opera* in TV, un fortissimo odore di vecchia lettiera per gatti o una vetrinetta con armi esposte (almeno negli Stati Uniti). L'operatore a questo punto si assume il compito di adeguarsi, lasciando alla famiglia l'agio del suo ambiente naturale. Questo inverte la posizione in cui di solito si trovano i genitori, quando si sentono intrappolati in un ambiente clinico, in territorio straniero, con la necessità di fare i conti con una cultura straniera.

Non c'è la solita *routine* ambulatoriale per strutturare le azioni del medico. I ruoli sono invertiti anche per quanto riguarda le questioni culturali, perché il professionista gioca in casa della famiglia. Possiamo imparare una bella lezione di empatia quando siamo noi a essere disorientati.

Quando l'operatore lascia l'ufficio o la clinica per diventare operatore nel soggiorno o nella cucina della famiglia deve definire il suo ruolo e anche quello della famiglia. L'operatore diventa un ospite professionista, diverso da un amico, perché egli non parla liberamente della propria vita, ma mantiene l'attenzione sulla famiglia e sul bambino. Ciò non vuole suggerire un modello psicoterapeutico tradizionale in cui l'operatore mantiene una posizione distante, che potrebbe essere interpretata come indifferenza. La voce dell'operatore è la voce della saggezza compassionevole, della cura e della saggezza professionale. Quando non è possibile organizzare regolari visite a casa, è bene prendere in considerazione la possibilità di inserire una o due visite nel piano di valutazione. Anche quando le visite domiciliari sono interamente precluse a causa di vincoli organizzativi, della sensibilità della famiglia riguardo alle condizioni abitative o della distanza geografica dal centro clinico, "l'osservazione naturalistica" non dovrebbe essere del tutto abbandonata. Il centro può essere

impostato con un po' di atmosfera dell'ambiente domestico, con il terapeuta che segue la famiglia in misura superiore a quella tradizionale del colloquio clinico tipico. Quando le visite a domicilio sono state integrate nella procedura di valutazione, la visita clinica comunque deve essere sempre offerta come alternativa, sia per i colloqui iniziali sia nel corso del trattamento. Anche quando i genitori non sono d'accordo su una visita a domicilio, probabilmente apprezzeranno l'offerta.

Rispetto al **ruolo dell'operatore** è bene sottolineare come la sua capacità di empatia e di accettazione gli/le permetta di utilizzare pure le reazioni negative dei genitori, insieme con la loro considerazione positiva del lavoro, per soddisfare al meglio le loro specifiche speranze o aspettative.

Mi preme sottolineare quanto è importante che gli operatori siano consapevoli dei propri sentimenti e reazioni. Dobbiamo imparare ad usare le nostre reazioni per dare forma alla relazione. Se non teniamo conto dell'interpretazione soggettiva che i genitori danno dei nostri sforzi, gli obiettivi del nostro intervento potrebbero non avere significato per la famiglia. Allo stesso modo, suggerimenti corretti ed istruzioni possono essere accolte con interesse cortese e accordo superficiale, ma senza seguito efficace.

Invece gli operatori dovrebbero essere disposti a tollerare la vasta gamma di reazioni e sentimenti negativi dei genitori verso di loro, accettando che abbiano per il lavoro lo stesso valore dei sentimenti positivi.

In un articolo -intitolato "Perché come ti senti ha importanza"- ho scritto: *È quasi impossibile rimanere distaccati quando si lavora con i bambini e le loro famiglie, e quando sei distaccato potresti essere meno efficace. ... Ma le nostre reazioni forti possono anche impedire il progresso dei nostri sforzi meglio intenzionati e tecnicamente più sofisticati. Perciò che queste risposte diventino ostacoli insuperabili o piuttosto fonti di conoscenza e di vitalità dipenderà dal modo in cui gestiamo le nostre reazioni a livello di pensiero e sentimento. Dobbiamo diventare consapevoli delle nostre reazioni e accettarle e usarle come dati di informazione, anche quando inizialmente sembrano negative o inadeguate.*

Questo vale anche quando non siamo psicoterapeuti.

Dobbiamo essere pronti a ricevere la possibile sfiducia e a rispondere in modo non difensivo. I genitori si chiedono veramente come gli operatori possano essere d'aiuto quando nessun altro ha le risposte o quando devono trarre un significato da risposte contrastanti o da risposte sbagliate. Aperti ad un profondo senso di tristezza e perdita, gli operatori possono invitare i genitori a dire loro quando stanno ponendo domande cui essi non si sentono in grado di rispondere o cui hanno già risposto troppe volte in passato. Se l'operatore risponde senza bisogno di auto-difesa e senza criticare il genitore, allora sarà nella posizione migliore per districare le percezioni che creano ostacoli nella relazione.

In altre parole la capacità di riflettere su se stesso da parte dell'operatore non è limitata al campo della salute mentale. In ogni disciplina, gli operatori sperimentano reazioni o risposte al di fuori delle loro aspettative. Imparare a non agire sull'onda delle proprie emozioni, ma a usare tali reazioni come informazioni utili ed elementi di conoscenza dell'esperienza interiore del genitore, aiuta l'operatore a sostenere l'empatia per la famiglia. Questo va a vantaggio del lavoro, attraverso il processo parallelo generato dall'esperienza dei genitori di sentirsi capiti e non puniti o criticati nei loro momenti di vulnerabilità. Gli operatori lavorano al meglio quando sono consapevoli delle proprie reazioni. Sia che queste reazioni siano positive o

negative, possono essere usate per dare forma all'intervento. Il lavoro clinico con bambini e genitori è tra i più suggestivi di tutti gli interventi di salute mentale. Nella prima infanzia sono in gioco le questioni psicologiche più basilari, e le comunicazioni affettive e non verbali sono predominanti, cosicché i terapeuti spesso rispondono con emozioni più dirette e meno mediate, rispetto ad altre situazioni. Inoltre, lo stato vulnerabile e dipendente del bambino, in combinazione con il senso di urgenza che spesso accompagna un intervento di salute mentale infantile, è particolarmente evocativo di emozione.

A volte, la reazione di un genitore ad un commento o ad un suggerimento fatto da un operatore coglie l'operatore di sorpresa. Questa reazione sorpresa è spesso un indizio che il genitore sta inconsciamente portando qualcosa di rivissuto dal suo passato nel momento attuale. Queste reazioni sono misteriose; sono allo stesso tempo autoprotettive e rivelatrici di preoccupazioni interiori. Spesso, i familiari non sono in grado di esprimere come si sentono, ma sono in grado di far sentire l'operatore così come loro si sentono. In tal modo, l'operatore può sentirsi intrappolato tra l'invito a partecipare alla preoccupazione e il messaggio di mantenere la distanza e può sperimentare interiormente una distorsione di quello stesso sentimento che ci si aspetta che comprenda. Questo può creare uno stato d'animo difficile e stancante. Spesso dobbiamo affrontare i nostri sentimenti verso gli sforzi dei clienti di autoprotettersi. Se l'operatore risponde ritraendosi o agendo senza riflettere in questi momenti inesplicabili, ne possono derivare regressioni nel processo dell'intervento.

Il concetto psicodinamico di controtransfert è utile qui. Il controtransfert è talvolta inteso come riferito a tutti i sentimenti che sorgono in un operatore nel corso del rapporto con la famiglia; altre volte a quelle reazioni che nascono specificatamente in risposta ai sentimenti della famiglia verso di te.

Invece di ritirarsi da questi sentimenti difficili o di reagire ad essi gli operatori possono ottenerne informazioni, imparando a monitorare le loro personali risposte interiori e a riflettere su esse. Fare questo è difficile, ma è prezioso e ripaga degli sforzi. Accettare le proprie reazioni e riflettere su di esse generalmente si rivelerà più utile che soccombere all'urgenza di sopprimerle e censurarle o di agire su di esse prematuramente. Quando possibile, bisognerebbe mettere regolarmente a disposizione come risorsa degli operatori in ogni campo una supervisione psicologicamente orientata. Questo migliorerebbe l'apprendimento circa l'uso del sé per far progredire l'alleanza di lavoro, specialmente nei momenti difficili del processo di intervento.

Vorrei dire che adesso, in California dove vivo, lo facciamo in molte agenzie e non pensavamo che fosse possibile, ma nel corso di dieci anni di speranza e di lavoro, la cultura è cambiata e il sostegno è arrivato.

Vorrei dire qualcosa anche sul **mondo interiore dei genitori**.

Una forma specifica di difficoltà comporta la ripetizione del passato traumatico dei genitori in quanto esso viene rievocato dal bambino. Questo trauma può essere personale o sociale, come il trauma migratorio o un trauma legato a qualcosa di precedente l'immigrazione. La metafora molto citata di Selma Fraiberg (1975) dei "fantasmi nella *nursery*" si riferiva alla fagocitazione del bambino nei conflitti psicologici, emotivi e sociali irrisolti dei genitori. Ad esempio, il pianto di un bambino è di solito percepito come una richiesta di aiuto. Ma cosa succede quando questo pianto invece viene percepito come un'accusa al genitore di non

saper fare nulla di giusto? Un genitore che percepisce in questo modo il pianto del suo bambino, difficilmente sarà in grado di accudire il suo bambino quando sta male.

La psicoterapia tradizionale bambino-genitore originale è stata sviluppata per liberare i bambini da queste distorsioni. Questo processo non è sempre possibile, specialmente quando i nostri interventi sono legati a difficoltà sensoriali e motorie, ma anche quando non si riescono ad affrontare direttamente gli effetti del mondo interiore del genitore, è prezioso per ognuno di noi essere consapevole del fatto che il mondo interiore del genitore sta influenzando tutto quello che succede e influenza anche il modo in cui il genitore vede noi, in quanto persone che evocano il suo passato.

In alcune situazioni il contributo dei genitori alla difficoltà nel rapporto sorge come una specifica reazione ad un bambino particolarmente spiazzante o difficile. Questa situazione richiede sensibilità rispetto alla complessità della questione. Ad esempio, il bambino che non è in grado di suscitare cure parentali o di rispondere all'interesse del genitore nei suoi confronti può mettere in moto una serie di sentimenti nel genitore. Quando un bambino non sente, non vede, non può fare gesti le aspettative naturali del genitore sono disattese; il genitore si sente confuso, poco importante per il loro bambino e persino rifiutato. In queste situazioni, educare direttamente il genitore sui problemi dello sviluppo del bambino migliora raramente i problemi relazionali senza una forte attenzione terapeutica alle esperienze soggettive dei genitori di se stessi in relazione al bambino. Spesso, quando i genitori si sentono rifiutati e impotenti, si ritraggono dalle opportunità di interazione. Allo stesso modo, i bambini con particolari difficoltà possono ritrarsi facilmente a causa di queste stesse difficoltà e questo porta ad un'interruzione dell'interazione.

Ed ora una vignetta clinica.

Mariah aveva nove mesi quando la dott.ssa Janice, la sua terapeuta, incontrò la famiglia. Un neuropsichiatra infantile aveva comunicato ai genitori che la figlia avrebbe avuto problemi neurologici per tutta la vita, ma non si poteva prevedere in che grado questi avrebbero limitato il suo sviluppo. Questa impossibilità di prevedere il futuro spaventava i genitori, che in più erano preoccupati, nel presente, dalla mancanza di reattività della bambina. La signora Silver disse alla dott.ssa Janice *“Mariah sembra una pietra, non si accorge quando entro nella stanza o quando me ne vado, non guarda quando la chiamo, non sa neanche di avere un nome”*. La signora Silver teneva Mariah in braccio, in posizione eretta, con la testa della bambina appoggiata dolcemente sulla sua spalla, quando il bollitore in cucina cominciò a fischiare. La signora Silver passò Mariah alla terapeuta, chiedendole di tenerla un attimo, mentre preparava il tè. Non aspettandosi che questo passaggio di cura potesse essere notato dalla bambina, la madre la passò alla dottoressa come se fosse un oggetto inanimato - senza uno sguardo, senza anticipazione verbale, senza un contatto di congedo. Non avendo scelta la dott.ssa Janice prese la bambina in braccio e cercò di tenerla come faceva la madre. Allora notò qualcosa di stupefacente. Anche se Mariah non dava segnali visibili di rendersi conto che la madre aveva lasciato la stanza improvvisamente, né emetteva alcun suono di protesta, tuttavia diede un segnale di aver registrato un cambiamento significativo. Dato che la dott.ssa Janice la teneva con le mani intorno al busto, si accorse che il battito cardiaco della bambina accelerava rapidamente e continuò a farlo finché la madre rientrò nella stanza. La dott.ssa Janice disse alla madre che era certa che non solo Mariah aveva notato il suo andare e venire, ma che aveva anche dei forti sentimenti a riguardo e condivise con la signora Silver l'osservazione del battito cardiaco di Mariah; a quel punto la madre, sorpresa ed intenerita,

prese in braccio la bambina e la accarezzò e in lacrime le disse: “*Non sapevo come fare a capire che ti importasse di me; ora che lo so sono tanto contenta*”.

Questa è una storia notevole, è difficile da credere, ma è vera.

Gli operatori in tutti i campi possono aiutare i genitori a entrare in empatia con le doti uniche e le sensibilità speciali dei loro figli; piuttosto che ritirarsi e subire la delusione, i genitori possono essere aiutati a guadagnare resistenza e sostenere l'interazione, portando il bambino sempre più nel mondo sociale. Quando le caratteristiche innate del bambino inibiscono l'espressione di legami affettivi, i genitori spesso hanno difficoltà a percepire i segnali per i messaggi affettivi adeguati alla fase di sviluppo del bambino. Troppo spesso lo sviluppo sociale ed emotivo è poco considerato oppure la facilitazione dello sviluppo sociale è trascurata a causa di altri problemi evidenti dello sviluppo o necessità di salute. Questo aneddoto di Mariah illustra anche come un'esperienza normale di una madre che dà il suo bambino in braccio a qualcun altro, può essere osservata con attenzione nel momento in cui si verifica, per tutti gli indizi su come il bambino utilizza le capacità che ha di comunicare e come o perché il genitore può fraintendere la comunicazione. Quando questi fraintendimenti sviano la capacità dei genitori di mantenere una connessione empatica con il bambino, un buon intervento di salute mentale infantile può aiutare a reimpostare il rapporto.

Anche se professionisti in altri campi potrebbero non essere in grado di prendere in considerazione tutte le questioni qui sollevate, essi sono spesso influenti in molti interventi precoci. Poiché il rapporto di lavoro è il luogo cruciale per l'intervento, esso fornisce anche dati essenziali. Poiché i rapporti dei genitori con gli operatori spesso rispecchiano i loro rapporti con i loro bambini osservare la relazione di intervento nella sua evoluzione può dare informazioni importanti sui genitori e sulla loro esperienza reciproca. La relazione terapeutica nel suo evolversi è sempre il riflesso di una complessa interazione tra realtà passate e presenti, interne ed esterne.

Questi temi sono stati ben illustrati in un intervento di salute mentale infantile con la famiglia di Jackson, un bambino con paralisi cerebrale, il cui principale adulto *caregiver* era la nonna, Harriet.

Sempre più spesso, la figlia di Harriet, Jennifer, aveva lasciato la cura di Jackson ad Harriet; questo comportamento di Jennifer era coerente con il suo modello generale di inaffidabilità e di risposte deludenti ai suoi genitori. Di fronte alle assenze di Jennifer Harriet faceva sempre maggiori sforzi per guadagnare la dedizione di sua figlia, facendole regali e aumentando le offerte di aiuto, con sacrificio personale. La nonna Harriet aveva recentemente riferito che sua madre l'aveva lasciata alle cure di una sua prozia quando il padre di Harriet morì, quando lei aveva 3 anni, per tornare a lavorare in un'altra città; anche se Harriet era sempre stata a conoscenza di questo fatto, sentiva poca emozione su come doveva essere stato. Il mio suggerimento che il rapporto di Harriet con Jennifer potesse aver evocato sentimenti simili fu ugualmente accolto con consenso, ma poca emozione. Ho annunciato che avrei perso una sessione successiva a causa di un impegno a parlare in una città lontana. Harriet cominciò l'incontro successivo domandando dettagli sull'intervento, augurandomi buona fortuna e dicendo che mia madre, che viveva nelle vicinanze della mia destinazione, doveva essere orgogliosa di me. Dopo aver ringraziato Harriet per le sue gentili parole mi sono domandato se Harriet non si stesse preparando alla mia assenza, dato che il nostro lavoro insieme era diventato molto importante per lei. Harriet convenne di nuovo senza particolare emozione che questo poteva essere vero. Allora mi sono chiesto se anche la

sua gentilezza potesse riflettere un modello di risposta ad una delusione interiore con sollecitudine, come con sua figlia e mi sono domandato se questo fosse per lei un modo per allontanarsi dall'anticipazione dolorosa del mancato incontro; ho anche aggiunto anche che con questo non intendevo svalutare i suoi auguri e la sua gentilezza. Per la prima volta, Harriet si mise a piangere.

Disse che sì, questo le sembrava vero e che si rendeva conto di come lei a volte davvero lavorasse molto, si stancasse molto senza accorgersene, per evitare quei sentimenti tristi. Si domandò se qualcosa di simile si verificasse anche con i suoi ricordi di quando suo padre morì e la madre si allontanò da lei. Questo portò ad un'ulteriore elaborazione dei sentimenti che permeavano quei primi anni e divenne più consapevole dei suoi modi di compensare la sua paura dell'abbandono e della delusione: compensava fornendo attenzione eccessiva, non poteva trattenersi dal fare continuamente cose per la figlia e il nipote.

In questo colloquio, ho utilizzato il modo di Harriet di relazionarsi a me come una fonte di informazione. Ho attinto alle sue esperienze del passato e a quelle attuali con il bambino e con la figlia. Stavo sviluppando il senso di un tema psicologico interiore che sembrava comune tra le relazioni con me, con il bambino, con la figlia e anche il suo passato.

Questo tipo di esplorazione può non essere sempre possibile in tutti gli interventi. Ne ho parlato perché questo tema emotivo è sempre coinvolto. Ed è importante capire, anche quando non stiamo lavorando così, che siamo sempre "perseguitati" da questo mondo interiore.

Inoltre, nella mia esperienza, i genitori di bambini molto piccoli sono più inclini a parlare del loro passato rispetto a genitori o a persone in qualsiasi altra fase della loro vita, perché la presenza del bambino suscita potenti emozioni.

Per concludere possiamo sostenere che, utilizzando le intuizioni provenienti dal campo della salute mentale infantile, gli operatori possono potenziare le loro relazioni con le famiglie in diversi modi. E' possibile creare un processo parallelo in modo che l'alleanza di lavoro con la famiglia crei un'esperienza emotivamente positiva per i genitori. Quando ciò funziona, la qualità di quel rapporto può essere d'aiuto e persino trasferita o passata in qualche misura nel loro rapporto con il bambino. Inoltre, possiamo diventare più consapevoli e aiutare le famiglie ad essere più consapevoli di quanto il passato sia connesso al presente, e di come l'esperienza emotiva influenzi la quotidianità del bambino; possiamo vedere come le famiglie possano trovarsi bloccate oppure riescano a trasformare i modelli ripetitivi di interazione. Inoltre possiamo imparare ad accogliere le nostre reazioni emotive, per usarle come fonte di informazione e cercare sostegno dai colleghi. In generale, vogliamo accrescere nei genitori un senso più flessibile e adattivo di se stessi e del loro bambino.