

SGUARDI SENSIBILI AL MONDO DEL BAMBINO*Editoriale*

Il numero 44 della nostra rivista si occupa del bambino, osservandolo da più prospettive e punti di vista: clinici, terapeutici, di ricerca e inserito nella ricca trama del lavoro giudiziario.

Sono molti gli interrogativi latenti che ritroviamo trasversalmente tra i contributi proposti: per esempio il bambino deve essere considerato un soggetto attivo o passivo all'interno dei contesti nei quali cresce? Il suo potenziale evolutivo -inteso sia come capacità di resilienza, sia come aggregato di caratteristiche temperamentali e/o di funzionamento problematico- può avere un peso importante o residuale rispetto al progetto di trasformazione attraverso la cura o attraverso i naturali strumenti evolutivi della vita? E ancora il soggetto "leso" dal trauma, da una storia evolutiva dolorosamente disturbante è titolato per esprimere prospettive soggettive sulla sua posizione psichica e giuridica? O piuttosto l'atto curativo o l'atto di tutela a lui rivolto possono essere radicalmente delegati ad un mondo di adulti che guardano e operano da "fuori"? Sempre a questo riguardo quanto è possibile per l'operatore socio-sanitario, il giudice, il CTU, il clinico muoversi in questi campi senza farsi contaminare dal trauma che vede avvilluppati adulti e bambini in contesti ad alta complessità?

Quanto, come e quando può essere contattabile all'interno della cornice terapeutica (individuale, di gruppo) l'area traumatica incistata nella mente infantile secondo varie stratificazioni? Fino a dove, nei terreni impervi e dissestati il clinico si può spingere?

Senza offrire risposte sature gli autori ci accompagneranno in una possibile lettura di vertici di osservazione legati a questi interrogativi.

Apri questo volume la composita riflessione elaborata all'interno della giornata di studio ***Lo psicologo, il bambino e la famiglia nel mondo degli interventi giuridici***: partendo dalle significative trasformazioni avvenute nel territorio della Giustizia -frutto del continuo intersecarsi dei diversi saperi tra cui quello psicoanalitico- il gruppo di professionisti PsiBA che si occupa di consulenze giudiziarie ha cercato di avvicinare i contesti clinici e giuridici che vedono sempre più frequentemente il bambino posto al centro di territori relazionali estremamente multifaccettati e complessi. Nel tempo -e con l'acquisizione non solo delle nozioni legate alla ricerca sull'età evolutiva, ma anche attraverso una ragionata e sapiente esperienza diretta di comprensione delle caratteristiche di dis-funzionamento dei contesti familiari- si è pervenuti ad una rappresentazione del *soggetto di minore età come persona bisognosa di protezione, ma al contempo capace di occupare una posizione attiva e partecipata nelle decisioni che lo riguardano*.

In tale delicato ambito - ci ricorda **Luciana Cursio**- il costante confronto dialettico tra Giudice ed esperto consente di creare le necessarie condizioni per prospettare, nelle rispettive competenze un valido e mirato progetto trasformativo familiare volto a sostenere il migliore interesse dei figli.

Tale percorso, dovrà, in molti casi esser poi sostenuto da un attento lavoro di cura e accompagnamento da parte dei Servizi Pubblici il cui ruolo risulta essere sempre fondamentale, nonostante le limitazioni strutturali che ne vincolano il raggio di azione.

Sottolineando soprattutto la valenza dell'applicazione del metodo psicoanalitico **Ausilia Castelli e Brigida Zumbo** nel loro interventi dal titolo *Scorci trasformativi negli interventi valutativi di CTU riguardanti la contesa dei figli nelle separazioni giudiziarie e Innocenti suggestioni: la comunicazione implicita ed esplicita tra giudice e consulente all'interno del progetto trasformativo familiare* entrano direttamente nel merito del mettere in luce essenziali snodi individuali proprio nello svolgimento dell'impegnativo intervento valutativo del CTU, risposta peculiare al quesito posto dal Giudice.

Paola Ortolan nel suo apporto *Il ruolo del Giudice nel procedimento di separazione e divorzio. La CTU. Quadro normativo e aspetti sostanziali* ben chiarisce i vincoli e gli obiettivi del mandato richiesto, nonché la procedura legale che fa da sfondo e cornice importante al lavoro stesso del professionista della CTU.

Maria Cristina Canziani successivamente integra il precedente intervento dando esplicite coordinate su *I procedimenti ablativi della responsabilità genitoriale di competenza del Tribunale per i minorenni: la collaborazione con i CTU e i Servizi Territoriali* e **Cristina Calle**, in *Un dialogo lungo un secolo tra psicoanalisi e giustizia* arricchisce il dibattito, collocando anche storicamente l'evolversi di un intervento di collaborazione fra psicologi che espletano le CTU e la giustizia.

Nella seconda parte della giornata **l'applicazione del metodo psicoanalitico nel contesto giudiziario e nei Servizi Pubblici** diviene il filo rosso degli interventi che assumono una valenza più operativa. Così **Sonia Cavenaghi**, ne *La valutazione del CTU: riflessioni sul metodo* ci traghetta verso riflessioni in merito alla relazione peritale scritta, resoconto da restituire al Giudice, con piena consapevolezza che la scelta "dei frammenti" riportati possa significativamente cambiare, proprio come un caleidoscopio, a seconda della posizione dell'occhio che lo esplora.

Monica Fumagalli e Roberta Vitali nella riflessione a due voci sui *Servizi Pubblici Territoriali e l'Unità Tutela Minori* rispetto alle prassi, potenzialità e limiti sottolineano come il nostro lavoro di psicoterapeuti, superando il rischio delle zone persecutorie dell'intervento, possa anche strutturarsi come un'esperienza relazionale di natura potenzialmente trasformativa, dando forma alla ricerca di una propria specificità che possa permettere all'operatore e alle famiglie di riuscire a "resistere ed esistere" anche in condizioni difficili. *"I tempi, le risorse e i pazienti cambiano....la domanda da porsi diventa allora se noi siamo capaci di cambiare il nostro modo di lavorare, pur tenendo fede ai nostri principi guida di fondo. Siamo capaci di usare la flessibilità per stemperare la rigidità dei sistemi istituzionali in cui lavoriamo per poter salvare e ridefinire aree possibili di lavoro clinico? Siamo capaci di fare quelle operazioni che paiono un po' impossibili e che noi di fatto -nel lavoro terapeutico- chiediamo costantemente ai nostri paziente di fare?....pensiamo a pazienti che devono convivere con situazioni ambientali disastrose, con genitori con gravi patologie, con storie di vita da cui pare impossibile disingaggiarsi...."*

Proprio partendo dall'esperienza di queste stesse condizioni di difficile trattabilità clinica in ambito ospedaliero e nei Servizi di Tutela Minori **Alessandro Ziche, Cinzia Naibo, Gabriele Previtali, Marta Colciago e Serena Pinto** -nel loro approfondimento su *Identità da tutelare: ri-animare e nutrire la mente di fronte al trauma-* raccontano della loro prospettiva teorico-applicativa nel trattamento di soggetti in età evolutiva traumatizzati, seguiti con presa in carico psicoterapica per alcuni anni.

Enucleando diverse premesse su come il trauma, con gli elementi di mortificazione che porta inevitabilmente con sé, altera lo sviluppo dell'identità gli autori pongono in evidenza la concettualizzazione secondo cui in situazioni di questo tipo diviene necessario attivare "un correttivo

concreto nel setting”, proprio a fronte della “concretezza del gesto traumatico”. “A differenza di una psicoterapia con casistica tradizionale queste situazioni cliniche richiedono di attrezzarsi diversamente, per poter anticipare delle interpretazioni; bisogna “pre-sintonizzare l’ambiente” con prescrizioni concrete (declinazione degli spazi protetti, tempi, ecc.) e questo risulta un compito non così consueto per gli psicoterapeuti, specie di formazione psicoanalitica”.

La necessità per i curanti stessi di attrezzarsi e proteggersi di fronte a realtà psichiche tanto intrusive quanto coinvolgenti implica, oltre ad un’importante capacità di lavorare sul proprio controtransfert traumatico, un grande lavoro di coordinamento dell’ambiente intorno al bambino, ambiente anche intessuto di istituzioni, operatori, interlocutori esterni al nucleo familiare di provenienza dei piccoli. Inoltre, gli autori osservano, il trauma non può essere affrontato in solitudine: così nel loro modello di lavoro prevedono il ricorso al “Tandem”. *“Il “Tandem” è costituito da due psicoterapeuti che lavorano in coppia (un’equipe): il primo starà in stanza con il paziente, senza essere “saturato” dalla realtà e dalle comunicazioni di rete, il secondo lavorerà “fuori dalla stanza” e non dovrà essere gravato dalla relazione terapeutica, nessun contatto per lui con il paziente. Chi sta in stanza lavorerà e interpreterà rispetto agli strumenti consueti del nostro lavoro. Chi sta “fuori dalla stanza” lavorerà e interpreterà il Caregiver, cioè il progetto di tutela e le sue azioni, secondo le letture psicologiche e psicomodinamiche del caso e con particolare attenzione alla realtà”. [...] “La funzione del Tandem dovrebbe essere rivolta a promuovere, nel tempo, un atteggiamento prudente e specifico di lettura delle comunicazioni di realtà del bambino o verso il bambino che si sintonizzi sulla dialettica mondo interno-mondo esterno”.*

In un altro contesto di approfondimento presentiamo i contributi che hanno composto la giornata di studio ***I luoghi dello sguardo***, viaggio attraverso le stanze dello sguardo, attraverso la molteplicità di luoghi dove si costruisce la pratica psicoanalitica, a testimonianza della sorprendente flessibilità del metodo. Un viaggio attraverso i diversi soggetti e oggetti dell’analisi, dai bambini agli adulti, dall’individuo al gruppo, alla ricerca dell’implicito, del non detto, del conosciuto non pensato, per contattare le più profonde regioni della mente.

Sei riflessioni, a cavallo tra teoria e clinica, rimandano, da vertici differenti, al tentativo di offrire al paziente le condizioni per la costruzione del suo guardare, per generare una molteplicità di dimensioni dell’esperienza sulle tracce della conoscenza mai esaustiva della natura umana.

Nell’intervento *Uno sguardo verso la relazione implicita. Esperienze di vicinanza per approssimazione* **P. Brambilla, M. Colciago, A. Fazio, A. Mincuzzi, E. Pizzi, C. Pucci, R. Taulaigo e S. Zenoni** partono dalla considerazione che *“nelle sedute di psicoterapia con bambini, i processi comunicativi, gli scambi interattivi, le regolazioni intersoggettive avvengono in modo continuo, imprevedibile e creativamente improvvisato attraverso brevi ed imprecise mosse relazionali e canali espressivi multipli simultanei verbali e non, che configurano un dialogo complesso costituito da parole, azioni, affetti, direzioni”.* Concentrandosi sullo studio della conoscenza implicita della relazione terapeutica, approfondiscono il momento presente della seduta, intendendolo come inclusivo di tutti quei piccoli movimenti che creano la negoziazione e la messa a punto del campo intersoggettivo in cui paziente e terapeuta esplorano e verificano le informazioni provenienti dallo stato mentale dell’altro, alla luce del proprio. Nei casi clinici presentati, di fronte a *“frammenti comunicativi che sembrano provenire da un mondo lontano, a movimenti impetuosi e frenetici o a gesti minuziosi”*, emerge come l’attenzione dello psicoterapeuta solo in parte possa rivolgersi *“al contenuto, mentre più frequentemente si debba orientare verso la forma, la sequenza,*

il ritmo, la sintonia”.

Claudia Pini nel suo lavoro *Lo sguardo ferito: un contributo dell'Infant Research alla clinica adulta* riprende in mano alcuni costrutti teorici, facendoci osservare che *“l'integrazione della conoscenza che deriva dall'Infant Research con la teoria psicoanalitica, continua a presentare una sfida significativa, mettendo a confronto i dati osservativi ed empirici dell'una con i dati più soggettivi dell'altra”*. Evidenziando un interessante parallelismo tra le funzioni che si attivano nell'Infant Observation e quelle che si organizzano in seduta -anche nel trattamento di pazienti adulti- l'autrice ci porta a rivalutare il ruolo delle comunicazioni che si realizzano in un registro che è oltre il verbale e che, con un'esperienza di pura osservazione, facilita *“l'analista nell'ascolto delle risonanze del materiale offerto, in una sorta di sensoriale anticipazione controtransferale”*. *“Lo sguardo precede il pensiero e, in seduta col paziente, a tratti deve esserne libero per poter essere sano. La nascita della mente passa attraverso il primato dei sensi, nell'incontro con l'altro: la madre, l'analista. Il lavoro del sogno trasforma poi i percetti in pensieri, affetti e configurazioni emotive, ma ciò che osserviamo e ciò che percepiamo con gli altri sensi credo debba essere in qualche modo assaporato, per dare tempo agli stati del Sé del paziente di dispiegarsi attraverso tutti i mezzi espressivi a sua disposizione e per permettere all'analista di fare esperienza degli stati del Sé del paziente prima di formulare pensieri utilmente condivisibili”*.

M. Bonomi, L. De la Pierre, C. De Stefanis, E. Pizzi, T. Pozzetti, C. Rossari, F. Villa e F. Mosca in *Nascita prematura: uno sguardo sulla relazione genitore-bambino attraverso la valutazione di interazioni videoregistrate. Il video come frattale* ci riportano gli esiti di una loro ricerca-intervento operata sullo studio delle videoregistrazioni di interazioni di gioco precoci (a 2 e a 3 anni) genitore-bambino in contesti di nascita prematura e non. La microanalisi delle interazioni, infatti, è uno strumento che permette di mettere a fuoco non solo l'organizzazione funzionale del singolo individuo ma del *sistema bambino-figura di accudimento*, consentendo di osservare e conoscere in che modo aspetti focali (scambi interattivi), agiti e vissuti, promuovono o impediscono lo sviluppo delle competenze relazionali e cognitive del bambino.

“L'origine della vita psichica individuale è un campo transindividuale, rappresentato dalla matrice genitore-bambino. Nell'esperienza del bambino si andranno a stratificare delle configurazioni peculiari di sé e dell'altro che danno forma ed organizzano il mondo soggettivo della persona. Queste strutture d'interazione sono schemi ricorrenti che il bambino impara a riconoscere, prevedere e ricordare e che, mano a mano che si ripetono, diventano "strutture generalizzate" (Beebe, Lachmann e Jaffe, 1997; Stern, 1995). Queste configurazioni si presentano come principi organizzatori (Stolorow, Atwood e Brandchaft, 1994) che, in modo preriflessivo, vengono messi in campo nell'incontro in continui reciproci processi di co-creatività e di rimodellamento.” Lo studio microanalitico condotto dai colleghi non ha rilevato differenze statisticamente rilevanti tra gruppo preermine e gruppo di controllo, ma ha evidenziato la natura specifica di alcune peculiarità *“o "stati attrattori", ovvero dei pattern interattivi più stabili: "il luogo in cui il sistema preferisce sostare" (Boston Change Process Study Group, 2010)”* che evidenziano come possa esser più complicato per i genitori e i bambini prematuri operare in termini di riparazione dei momenti di rottura interattiva (disgiunzioni normative versus divergenze nella corrispondenza).

Nell'intervento *“Il valore di ogni sguardo: la seduta familiare come strumento elettivo per la valutazione diagnostica e l'intervento terapeutico”* **Wally Capuzzo e Claudia Cavatorta** propongono alcune riflessioni cliniche a partire da un trattamento breve condotto secondo il modello familiare per un disturbo del sonno in un bambini di 2 anni e 9 mesi. Attraverso lo svolgersi delle

sedute familiari le autrici evidenziano come grazie ad interventi supportivi e di rispecchiamento è possibile introdurre piccoli elementi focali su cui i membri familiari riescono gradatamente ma rapidamente a riorganizzarsi, revisionando le rappresentazioni di sé. *“L’intervento breve familiare si caratterizza non tanto per la durata, dato che il numero di sedute può essere più o meno diluito nel corso del tempo, ma per il livello in cui si pone nella relazione, livello in cui i terapeuti devono capire il profondo, ma toccare principalmente il qui ed ora e comunicare solo ciò che serve. Non c’è confine netto tra diagnosi, restituzione e intervento; gli interventi, che possono avvenire già nel corso delle primissime sedute, passano spesso attraverso quelle che Racamier (1986) chiamava azioni parlanti, ossia “interpretazioni agite che devono essere precedute da interpretazioni nella mente del terapeuta”*, che servono a valutare il grado di mobilità e modificabilità delle relazioni”.

Guardare per vedere: l'avventura dello sguardo condiviso è un approfondimento in cui **Fabrizia Alliora e Sonia Cavenaghi** ci presentano il prezioso modello di lavoro di valutazione 0-5 che viene abitualmente condotto nella loro équipe multidisciplinare presso la Uonpia del Policlinico di Milano. Il Centro Diurno Diagnostico Piccoli è un progetto di lavoro con finalità di inquadramento diagnostico, rivolto a gruppi di bambini in età 0-5 con ipotesi di Disturbo di Sviluppo (disturbi di linguaggio, della relazione, ritardi psicomotori, ritardi mentali, spettro autistico) e, mettendo in campo un attivo coinvolgimento della famiglia, mira ad offrire una risposta tempestiva sia dal punto di vista diagnostico (funzionamento del bambino e sua modificabilità) sia terapeutico/trasformativo (interventi messi in atto con il bambino e della trasmissione di competenze alla famiglia e al contesto di vita). *“L’équipe si pone come obiettivo di lavorare sulla complessità attraverso la costruzione di una visione condivisa. L’osservazione condivisa, lo specchio (unidirezionale dietro al quale i genitori possono osservare i propri bambini insieme gli operatori), il gruppo diventano in quest’ottica tre strumenti (o contenitori, o momenti) che consentono di arrivare, attraverso il modello, ai concetti cardine sopra esposti: Complessità, Concordanza, Visione Condivisa, Comprensione, Prospettiva Trasformativa. Il coinvolgimento diretto del genitore in tutto il percorso diagnostico, dall’osservazione diretta dietro lo specchio unidirezionale, alla partecipazione ai gruppi dei genitori, all’osservazione condivisa con gli operatori, l’educatrice e il pediatra (insieme dietro lo specchio a osservare lo stesso momento) ha come implicito assunto di base il tentativo di mettere insieme le diverse rappresentazioni del bambino (rappresentazioni del genitore, dell’insegnante, dell’operatore, del pediatra) per lavorare su una visione comune e condivisa”*. Sia nella stanza che nel gruppo-genitori gli operatori funzionano come *catalizzatori delle capacità genitoriali*: accogliendo le preoccupazioni espresse e inespresse (*funzione spugna*) allargano la loro *capienza emotiva*, preconditione necessaria per poter svolgere la stessa funzione di rêverie che i genitori svolgono verso i loro bambini. In questo modello risulta poi fondamentale anche che l’équipe ricavi uno spazio di condivisione, proprio perché nel lavorare con bambini così piccoli emergono in modo centrale emozioni molto primitive, comunicazioni pre-verbali e non verbali che possono risultare destabilizzanti e disorientanti anche per l’operatore, se non inserite in una più ampia cornice di senso che sostenga poi i genitori verso un’iniziale processo elaborativo.

Nell’ultimo intervento della giornata di studio sui Luoghi dello Sguardo *Occhio che contiene, mente che dà un senso nel gruppo clinico di bambini* **Velia Bianchi Ranci, Maria Iole Colombini e Antonella Sada** presentano un modello di lavoro condotto attraverso gruppi clinici con bambini, utilizzati come strumento per aiutare i bambini, affetti da una patologia cronica ad utilizzare meglio le loro risorse evolutive.

La premessa teorica che guida le autrici rimanda al fatto che *“Nel gruppo clinico, come nell’esperienza terapeutica di tipo gruppale, per i bambini è, infatti, possibile tramite il gioco esteriorizzare, controllare e rendere digeribile, cioè far proprio e introiettare, trasformato, ciò che, nel gruppo viene agito (Boatti, 2004)”*. Il ricovero in ambienti di cura dove al bambino vengono a mancare gli abituali riferimenti, dove la manipolazione del corpo da parte di adulti sconosciuti e le terapie diventano invasive costituiscono aspetti dell’esperienza che possono facilmente assumere una coloritura traumatica, incidendo *“sulla sua percezione di continuità della linea della vita”*.

“Un bambino, non avendo ancora acquisito la capacità di distinguere chiaramente la realtà interna da quella esterna e, non essendo in grado di riconoscere ed integrare nella sua mente le percezioni corporee, può incorrere in una confusione tra dolore fisico e psichico, tra note sintomatiche, sofferenza e disagio”.

Nel progetto di intervento presentato dalle autrici è previsto un doppio livello di lavoro: il gruppo clinico con bambini affetti da diabete (dai 3 ai 10 anni) -promosso con l’obiettivo di aiutare i bambini malati ad esprimersi in gruppo in uno spazio transizionale dove vengono ascoltati da un adulto che può aiutarli a trasformare in qualcosa di pensabile ed esprimibile quanto non è ancora riconosciuto e pensato- e un gruppo con i genitori per la condivisione di problematiche comuni dove fosse favorita l’espressione di angosce, la percezione di impotenza per la malattia dei figli ed eventuali sentimenti di colpa, vissuti a livello inconscio.

Il tema dello sguardo terapeutico viene anche ripreso da **Rossana Dalla Stella** che ci ricorda quanto nel lavoro con i bambini sia fondamentale poter osservare prima e accogliere poi dentro di noi tutti gli affetti (secondo la loro qualità, intensità, meta) del piccolo paziente, perché *“il lavoro terapeutico include il paradosso di avere -ma pure di perdere- la speranza con l’idea che solo varcando questa soglia si adibisce un transito possibile, un processo trasformativo condizionato dalla relazione con qualcuno disposto ad accettare il dolore della verità e della conoscenza”*.

Nel suo articolo *Battaglie diurne e paure notturne in un bambino in età di latenza* l’autrice mira ad evidenziare la necessità, *“per il terapeuta, di confrontarsi con il proprio Sé impotente corrispondente a quello proiettato dal paziente, ma anche la necessità ulteriore di discriminarlo rispetto al senso di impotenza indotto diversamente dalla frustrazione di non restituire sollievo al paziente stesso”*.

Nella presentazione del suo caso -Alessio di 6 anni- Dalla Stella ci accompagna a “vedere” le progressive evoluzioni del piccolo che, partendo da un rigido registro difensivo di carattere maniacale attivato a fronte di profonde angosce abbandoniche (per la disgregazione familiare e l’allontanamento paterno), riesce nella relazione terapeutica ad attivare movimenti riparatori, arrivando gradatamente ad elaborare in modo meno traumatico i violenti vissuti di impotenza a lungo proiettati sulla terapeuta, stando in un’area depressiva. E’ proprio il tentativo della terapeuta di funzionare da *“catalizzatore per tutto ciò che non può ancora ospitare dentro di sé Alessio, mostrandogli più volte il bisogno di farmi sentire impaurita come lui”* a permettere un graduale riappropriazione delle sue istanze interne in una forma trasformabile. Così, allo sguardo interno di Alessio, possono definirsi nuovi scenari: *la forza* può non essere più solo *onnipotente* e la *debolezza* non deve per forza delinearli come *fragilità* o *impotenza*.

Buona lettura

Roberta Vitali