

IL SUPPORTO ALLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO IN COSTESTI TRAUMATICI: TRAUMI IRRISOLTI E MICRO-INTERAZIONI

Laura Sudati¹, Elena Pizzi², Rosangela Taulaigo³, Antonella Mincuzzi⁴, Anna Fazio⁵ e Sara Di Croce⁶

Questo contributo prende spunto dal lavoro presentato al congresso dell'Associazione Italiana della Salute Mentale Infantile (AISMI) tenutosi a Padova a dicembre 2017.

Considerato il titolo del convegno, "*L'esperienza relazionale del corpo nello sviluppo e in psicopatologia*", ci è sembrato interessante proporre il contributo del gruppo di lavoro PSIBA che si occupa della discussione teorico-clinica sulla terapia congiunta genitore-bambino. L'obiettivo che il gruppo di supervisione promuove, è quello di formare uno sguardo capace di analizzare, a livello macro e microanalitico, le interazioni tra i membri della famiglia e di individuare strumenti più efficaci per decodificare i segnali e per regolare gli scambi relazionali, al fine di migliorare reciprocamente la comunicazione, la cooperazione, l'ascolto, l'espressione degli stati emotivi: un lavoro che permette alla mente del genitore e del bambino di trovare e sostenere spazi per il pensiero e per il significato.

Nel nostro Istituto è in atto già da tempo l'utilizzo di una metodologia di intervento congiunto a breve e a lungo termine su nuclei familiari, che riguarda la consultazione e la terapia del bambino al di sotto dei 6 anni di età (Capuzzo, 2000; Capuzzo e Pizzi, 2002). Tale setting viene utilizzato, oltre tale range di età, in condizioni caratterizzate da una particolare complessità, (esperienze traumatiche, gravi patologie, grave conflittualità della coppia genitoriale, situazioni di adozione, situazioni di lutto per la morte di un genitore, etc.) in cui il sostegno della funzione riflessiva genitoriale, delle capacità di vicinanza emotiva, di sintonizzazione, di riparazione risulta fondamentale per la risoluzione del disagio del bambino e della sua famiglia (Lieberman, 2004; Fraiberg, 1999).

Tra gli psicoterapeuti infantili che si rivolgono allo studio del lavoro con genitori e bambini c'è sempre più un interesse rivolto alla complessa questione di "*che cosa*" cerchiamo di cambiare e di "*come*" questo cambiamento vada innescato (Barrows, 2003). Rispetto al *che cosa* Barrows (2003) individua tre aree principali come obiettivi per il cambiamento: (1) lo stato mentale dei genitori; (2) lo stato mentale del bambino; (3) la relazione tra il genitore ed il bambino.

A partire da queste considerazioni che aprono un dibattito rispetto all'efficacia dei diversi approcci e tipologie di interventi, negli ultimi anni il nostro gruppo di lavoro ha incontrato e si è aperto alla conoscenza e formazione dell'approccio proposto dal Prof. George Downing della Video Intervention Therapy (VIT, 2010).

La Video Intervention Therapy (VIT)

La VIT è un metodo che, nel percorso di supporto psicologico, suggerisce di lavorare attraverso l'ausilio della videoregistrazione come parte integrante del trattamento. Si tratta di una tecnica evidence based di intervento che si sviluppa a partire dai più attuali contributi della ricerca sullo sviluppo infantile (Beebe, Lachman, 2014; Stern, 1998; 2004; Tronick, 2008; 2009).

La VIT, integrando elementi sia della terapia psicodinamica sia della terapia cognitivo-comportamentale, si propone di modificare precisi schemi di interazione, costituendo così uno strumento di intervento concreto e puntuale.

In generale si basa sull'utilizzo di registrazioni video di brevi momenti di interazione quotidiana che il clinico visiona insieme ad uno o più degli attori allo scopo di suggerire spazi di riflessione sull'osservato e quindi possibilità di cambiamento nelle modalità di interazione.

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA.

² Pediatra, Psicoterapeuta, Socio e Coordinatore del Comitato Scientifico PsiBA, Docente e Supervisore della Scuola dell'Istituto.

³ Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA, Docente e Supervisore della Scuola dell'Istituto, Presidente della Associazione Onlus *Leparolefannocose*.

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA, Docente e Supervisore della Scuola dell'Istituto.

⁵ Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA, Docente e Supervisore della Scuola dell'Istituto.

⁶ Psicologa, Psicoterapeuta, Socio PsiBA.

Per quanto concerne il materiale video, due sono le opzioni all'interno del percorso di presa in carico psicologica.

Il clinico può:

- proporre al nucleo familiare la videoregistrazione di un momento di interazione libero dentro la stanza del colloquio. In questo caso il clinico si deve attrezzare con una videocamera che posiziona all'interno della stanza, la attiva ed esce dalla stanza, lasciando genitore e bambino liberi di interagire per 10-15 minuti.
- Proporre al nucleo familiare di riprendere con l'ausilio di un supporto tecnologico (I-pad, videocamera, telefono, etc) 10-15 minuti di interazione libera nella propria stanza o in una situazione che i genitori ritengono possa essere utile per osservare le dinamiche relazionali.

Successivamente il video viene consegnato al clinico che lo guarda in autonomia. Tale visione è necessaria per poter consentire al clinico di selezionare brevi momenti significativi dell'interazione che possano fungere come stimolo di riflessione. La tecnica prevede che l'intervento avvenga all'interno della seduta tramite degli step. E' importante sottolineare come non necessariamente all'interno di un singolo colloquio vengano realizzati tutti questi passaggi: l'intervento va calibrato in relazione alla singola situazione. La realizzazione di tutti gli step avviene in un contesto ottimale e all'interno di un clima di alleanza di lavoro consolidato.

Sintetizziamo ora a titolo esemplificativo i diversi passi da percorrere:

- 1) si mostra una parte del video. Si sollecita il paziente a condividere le proprie osservazioni e reazioni al video. Se lo scambio sembra essere produttivo se ne discute ancora;
- 2) si ritorna al video e si mostrano uno o più eventi positivi o pattern di interazione positivi. Il clinico spiega le caratteristiche positive dell'interazione in quel frammento di video. Segue una discussione che accolga le riflessioni personali dei genitori;
- 3) si mostra un pattern negativo. Generalmente se ne seleziona solo uno; se si individuano due pattern che sono strettamente connessi tra di loro si possono mostrare entrambi insieme. In questa fase è importante fare molta attenzione nel mantenere un approccio supportivo e nel cogliere i vissuti emotivi di chi osserva il video. L'utilizzo di un linguaggio semplice e condiviso può agevolare i genitori a soffermarsi sulle dinamiche relazionali o personali più conflittuali e dolorose;
- 4) si esplorano i pattern negativi in maniera più approfondita utilizzando la tecnica che pare più appropriata; diversi possono essere i punti verso cui indirizzare la riflessione: la mentalizzazione, i processi cognitivi, il passato, le emozioni, l'organizzazione del corpo, etc.
- 5) si termina l'esplorazione dei pattern negativi focalizzandosi su un comportamento osservato e discusso che potrebbe essere oggetto di cambiamento nella quotidianità;
- 6) si valuta insieme al paziente se proseguire il lavoro di riflessione sul medesimo video nell'incontro successivo oppure se effettuare un nuovo video su cui poter effettuare nuove osservazioni.

Come descritto nella procedura a step, la V.I.T. si pone l'obiettivo di iniziare a lavorare sulle risorse dei genitori, focalizzando l'attenzione sui modelli di interazione positiva. In questo modo i genitori acquisiscono una maggiore consapevolezza dei comportamenti interattivi funzionali al benessere del bambino che devono essere sostenuti ed ampliati. In un momento successivo, quando si sono rinforzate buone intuizioni osservative e un primo sguardo verso la capacità di mentalizzazione, il lavoro si indirizza verso gli aspetti disfunzionali dell'interazione.

Il video, essendo uno strumento che offre immagini del soggetto in azione, consente al clinico di poter calibrare il proprio lavoro a più livelli, a seconda delle capacità emotive e cognitive del paziente in quel preciso momento su quella specifica situazione.

Un esempio. Se la mamma porta in colloquio la fatica nella gestione delle regole nella quotidianità con il bambino e il clinico ha la sensazione che possa avere più effetto andare ad osservare insieme alla mamma la precisa situazione piuttosto che rimanere unicamente su un piano di riflessione verbale, può venire proposto alla mamma di videoregistrare un momento di gioco libero in cui pone delle regole al bambino nella quotidianità oppure si invita a svolgere un'attività di gioco nella stanza di colloquio che viene direttamente videoregistrata.

Dopo la registrazione, durante la visione del video, il clinico si pone in due diverse prospettive osservative: come osservatore esterno, in una posizione tale da poter indirizzare il proprio sguardo verso la famiglia che vede il "film" e, contemporaneamente, come osservatore che analizza la videoregistrazione. Il terapeuta

mostra brevi frammenti del video, li ferma, si pone in ascolto di commenti spontanei e accoglie le riflessioni della famiglia. Successivamente sollecita il focus su che cosa è accaduto in quella specifica situazione. Inoltre si individuano insieme delle strategie alternative. *“Queste domande spesso stimolano la discussione tra i caregiver e il terapeuta su ciò che i membri della famiglia hanno visto sullo schermo, che cosa ha significato per loro, come si sono sentiti rispetto a ciò che hanno visto, come pensano si siano sentiti i loro bambini e come si sono sentiti loro stessi come genitori. Sebbene il focus iniziale della terapia sia sul presente, le riflessioni dei caregiver sulle proprie esperienze di cure genitoriali passate spesso introducono una discussione relativa a come il passato possa influenzare il presente* (Sameroff, McDonough e Rosenblum, 2006).

Frequenza

Il video può essere utilizzato un'unica volta all'interno del percorso di supporto oppure si possono utilizzare video differenti in maniera sequenziale (con frequenza da definire a seconda della situazione specifica), in modo da cogliere eventuali cambiamenti nello stile relazionale dei genitori e del bambino dopo il confronto con il clinico.

Possibili controindicazioni

La proposta del video può sollecitare nel genitore dei vissuti di vergogna rispetto al farsi riprendere e dubbi sulla possibile non autenticità del proprio agire. Gli studi effettuati in materia dimostrano come non ci sia alcun effetto di alterazione della prestazione interattiva. Inoltre l'unica controindicazione che viene esplicitamente data rispetto all'utilizzo della V.I.T riguarda il non applicarla in situazioni dove il sintomo o il trauma sia connesso alla presenza di un video (es. pornografia, abuso con ripresa video etc.).

Utilizzo

La V.I.T. è uno strumento clinico che può essere inserito nel percorso dei colloqui che già il clinico svolge con il genitore come strumento aggiuntivo di supporto alla relazione genitore-bambino.

Può altresì essere utilizzato come strumento di ricerca. Il video stesso, infatti, può essere osservato da un ricercatore che focalizzandosi sulla qualità dell'interazione può dare una “valutazione” rispetto all'evoluzione della qualità dell'interazione nel tempo. Gli studi effettuati sino ad ora (Sudati, Miscioscia, Porreca, Zoccatelli, Scuri e Simonelli, 2018) si avvalgono della codifica attraverso lo strumento Emotional Availability Scales⁷ (EAS – Biringen, 2008).

Utilizzo del video in particolari contesti. Un esempio clinico

Quando il lavoro clinico si svolge in contesti dove la qualità della relazione genitore-bambino è connotata da aspetti traumatici e il tempo della presa in carico è determinato a priori (pensiamo ad esempio alle situazioni di presa in carico presso i servizi pubblici o il percorso presso strutture comunitarie), risulta necessario apportare modifiche rispetto all'intervento "classico" utilizzato in situazioni definite da un accesso spontaneo e meno strutturato e da condizioni psicopatologiche intrafamiliari caratterizzate da minor complessità. In particolare l'esperienza che qui presentiamo si contestualizza nell'ambito del trattamento residenziale terapeutico-riabilitativo per soggetti, con figli, che presentano problematiche di dipendenza da sostanze.

Attraverso l'esemplificazione clinica vorremmo provare a sviluppare una riflessione rispetto all'utilità che può avere l'utilizzo del video in percorsi di supporto alla relazione genitore-bambino in questi particolari contesti.

Alessandra è una mamma di 35 anni che risiede in Comunità con i suoi due figli: Paola di 2 anni e Matteo di 3 anni. Quando la terapeuta li incontra sono circa cinque mesi che vivono in questa struttura. Alessandra è molto magra, ha un sguardo penetrante come se si dovesse aggrappare all'altro. Sembra essere molto timorosa e sospettosa del giudizio altrui; presenta molte resistenze ad incontrare la terapeuta per la prima volta da sola, vorrebbe già portare con sé i bambini.

⁷ Le Emotional Availability Scales sono uno strumento osservativo che mira a valutare la disponibilità emotiva diadica, ovvero la capacità di condivisione affettiva all'interno della diade adulto-bambino. Le EAS comprendono sei dimensioni, quattro relative all'adulto (sensibilità, strutturazione, nonintrusività, nonostilità) e due relative al bambino (responsività, coinvolgimento) e permettono quindi di giungere ad una valutazione globale della specifica relazione adulto-bambino.

La storia di Alessandra.

Inizia a descrivere la propria storia dicendo che il rapporto con la propria madre è ed è sempre stato soffocante. Dichiarò di non essere mai riuscita a tagliare definitivamente il cordone ombelicale. Ricorda di essere sempre stata una bambina adeguata, una ragazza contraria all'utilizzo di droghe, alcool: aiutava gli amici a smettere. All'età di 19 anni decide di lasciare la propria famiglia di origine per andare a vivere con un ragazzo, di cui si è innamorata, di qualche anno più grande di lei. In concomitanza all'uscita dal nucleo familiare inizia ad avere disturbi alimentari: riferisce anoressia con condotte restrittive. In seguito ad un drastico calo ponderale viene ricoverata per qualche mese in una clinica per disturbi alimentari. Nonostante la difficile situazione ed il profondo disagio, Alessandra prosegue il rapporto con il proprio compagno con il quale, pur in presenza di liti e aggressioni fisiche, decide di sposarsi. Non si è mai rivolta al Pronto Soccorso e non ne ha mai parlato con i propri genitori che non hanno mai accettato la sua relazione con questo ragazzo. Alessandra fatica molto a lasciarsi andare nei rapporti sessuali, si avvicina quindi all'utilizzo dell'alcool come elemento facilitatore che consente una disinibizione in questo ambito e il riappacificamento con il compagno. Dopo un anno e mezzo di matrimonio, in seguito ad un'ennesima discussione terminata in violenza fisica, Alessandra decide di abbandonare il tetto coniugale per rientrare presso la propria famiglia d'origine. La disperazione prende però il sopravvento che porta al succedersi nei mesi di tre episodi di tentato suicidio (agiti autolesivi) cui si alternano ricoveri presso il reparto di psichiatria. Durante l'ultimo ricovero, conosce l'attuale compagno Roberto, padre dei figli.

Roberto si trova presso la struttura ospedaliera per una diagnosi mista di disturbo di dipendenza con concomitanza di deliri paranoidei e crisi allucinatorie; è in attesa di scontare una pena detentiva per agiti aggressivi.

I figli

La gravidanza di Matteo arriva inaspettata. I pareri medici ritenevano improbabile una fertilità per la lunga amenorrea scaturita dalla drastica diminuzione di peso. Durante la gravidanza Alessandra sospende l'assunzione di farmaci (stabilizzatore dell'umore, antipsicotico, un medicinale usato per la dipendenza dall'alcool). Descrive un rapporto simbiotico/esclusivo con il figlio: *“è stato la mia salvezza”*.

Inaspettatamente quando Matteo ha appena 3 mesi rimane incinta di Paola. La notizia della gravidanza porta con sé il tracollo della situazione familiare. Il marito non accetta la notizia e sprofonda nell'utilizzo di alcool e gioco di azzardo. Alessandra cade in uno stato depressivo profondo nonostante continui ad occuparsi di figlio, casa e lavoro. Dopo tre mesi dalla nascita della secondogenita il contesto non è più sostenibile per Alessandra, che ricorre nuovamente all'abuso di alcool.

La situazione viene a conoscenza dei Servizi Sociali che intervengono collocando i minori presso i nonni materni in attesa di un Decreto del Tribunale dei Minorenni. Alessandra vive la separazione dai figli e l'affido ai propri genitori, con cui permane un rapporto conflittuale, come un grande fallimento come donna e come madre. Questa situazione la porta pochi mesi dopo, in occasione di una lite con il compagno, a tentare nuovamente il suicidio. Si getta dalla finestra della propria abitazione; ne esce quasi illesa, con fratture ad una gamba e trauma cranico.

Segue, dopo sei mesi dalla separazione dai bambini, l'inserimento in Comunità con il ricongiungimento madre-bambini; il padre segue un percorso territoriale al fine di poter mantenere l'occupazione lavorativa.

Il primogenito Matteo

Alessandra riconosce di avere un rapporto preferenziale con Matteo: lo descrive come fosse un prolungamento di sé. Fatica ad accettare e sostenere la separazione da lui. Matteo ha sofferto di balbuzie nel periodo in cui ha vissuto a casa dei nonni: ripeteva la prima parte della parola rappresentando con questo sintomo, un blocco e una fragilità di natura emotiva. Matteo pare essere un bambino molto insicuro, prima di rispondere alle domande dell'adulto guarda la madre come a ricercare in lei un riferimento e una conferma. La madre tende a trattarlo come un bambino molto più piccolo della sua età. Matteo richiede alla madre un'attenzione esclusiva, è molto geloso della sorellina e numerosi sono i momenti in cui i due fratelli interagiscono in modo conflittuale.

Le educatrici sono molto preoccupate per questo bambino perché riferiscono che in diversi momenti rimane a fissare, per un lasso di tempo prolungato, un punto con uno sguardo nel vuoto. La madre stessa riferisce in colloquio di essere preoccupata per il figlio perché talvolta lo ritrova assorto, mentre fissa un punto immobile e non risponde ai suoi richiami.

La secondogenita Paola

Paola, da quando è entrata in Comunità, ha sofferto di stipsi che ha richiesto numerose visite mediche. Il sintomo perdura per diversi mesi con lacerazione dell'ano e continua presenza di sangue nelle feci. Accanto a questo disturbo la bimba mostra di digrignare frequentemente i denti in qualsiasi momento della giornata.

Alessandra

Nel colloquio di conoscenza con Alessandra la terapeuta ha la sensazione di un contatto adesivo, Alessandra si aggrappa con lo sguardo, sembra prendere le parole come oro colato. Riferisce di essere "*una persona che si fa molte paranoie, pensa molto, forse troppo*". Sembra avere delle buone intuizioni rispetto a come relazionarsi ai figli, ma appare presentare un'enorme fatica a tradurre i pensieri in azioni. Da una parte non vorrebbe separarsi dal figlio maggiore e vorrebbe tenerlo piccolo; dall'altra è pervasa dal senso di colpa nei confronti dello scarso attaccamento e investimento affettivo che ha nei confronti della secondogenita.

Al termine degli incontri comunica alla terapeuta una sensazione di fragilità estrema, come se si potesse sgretolare da un momento all'altro. Sembra -e lo dichiara anche verbalmente- che i suoi bambini costituiscano tutta la sua vita e che per loro sarebbe disposta a tutto.

Che cosa ha motivato il cambiamento di setting?

La complessità della situazione richiede un lento e graduale processo di costruzione dell'alleanza di lavoro. Per circa sei mesi la terapeuta si trova a cambiare più volte il focus dell'intervento, cercando di accogliere le preoccupazioni della madre, mantenendo al contempo un setting stabile, con frequenza settimanale, che prevede l'alternarsi di sedute congiunte madre-bambini con sedute individuali con la sola madre.

Pian piano i fantasmi del passato cominciano ad emergere nella stanza di terapia. Il tempo è tiranno, ad Alessandra rimangono ancora cinque mesi di programma residenziale dopodiché dovrà rientrare presso la propria abitazione con il compagno. Numerose sono le perplessità della terapeuta a riguardo. Alessandra stessa porta in colloquio le preoccupazioni relative al fatto che il padre ha seguito con discontinuità il percorso territoriale, è ancora molto fragile. Teme che il ricongiungimento con i figli possa compromettere l'equilibrio precario che nel frattempo il padre ha cercato di costruirsi. Iniziano ad aprirsi le esperienze a casa nel week-end che espongono Alessandra ad un confronto con la realtà: il compagno ha uno stile educativo molto diverso. Quando Alessandra è a casa appare fragile, assecondando le decisioni del compagno. Questo atteggiamento di remissività ha delle ricadute significative sui figli che, al ritorno in Comunità, manifestano il proprio disagio. Sente che tutto il lavoro fatto corre il rischio di essere gettato al vento.

Alla luce di tutti questi elementi e della profonda fragilità che Alessandra presenta, la terapeuta sente la necessità di rinforzare Alessandra che troppo spesso tende a svalutarsi e a non riconoscere le proprie competenze genitoriali. Rimangono ormai pochi mesi di percorso, il video potrebbe essere un valido alleato.

Il percorso con la VIT

Come sopra accennato l'inserimento della VIT richiede una modifica del setting che si è andato così strutturando di settimana in settimana: videoregistrazione dell'interazione madre-bambini; osservazione del video alla presenza della sola madre; incontro madre-bambini; colloquio individuale con la madre. Considerata l'utilità che la madre stessa rinviene nell'utilizzo del video si è cercato di mantenere la sessione di video con frequenza mensile, cadenza che può subire delle modifiche a seconda dell'evoluzione del processo di elaborazione e di benessere dei minori.

A livello schematico è utile sintetizzare gli obiettivi prefissi dalla terapeuta rispetto all'inserimento del video nel percorso di supporto alla relazione madre-bambini.

- Valorizzare gli schemi "positivi" dell'interazione rinforzando ed estendendo la funzione genitoriale
- Sostenere la madre nel percepire gli schemi interattivi disfunzionali
- Favorire il processo di mentalizzazione
- Migliorare la qualità dell'interazione madre-bambini

Cercheremo ore di sintetizzare le osservazioni effettuate all'interno del percorso con la VIT.

(1) Organizzazione spaziale.

Riteniamo come l'aver potuto osservare il proprio sé in azione alla presenza della terapeuta abbia permesso alla madre di riconoscere i propri pattern "positivi", ma anche accedere alla percezione dei pattern disfunzionali. Esemplicativa a tal proposito è l'evoluzione dell'organizzazione spaziale negli incontri

congiunti madre-bambini. Nei primi colloqui la madre, seduta a terra insieme ai figli, si trovava spesso con volto, busto e bacino rivolti verso il figlio maggiore che -a sua volta- presentava volto, bacino e busto rivolti verso lei; la figlia minore veniva così esclusa dal “triangolo interattivo”. Si è osservato insieme alla madre come la propria disposizione spaziale fosse un importante segnale di disponibilità/indisponibilità all'interazione nei confronti di ciascun figlio. La terapeuta ha deciso di mostrare alla madre alcuni spezzoni di video che ritraggono tale situazione di esclusione della figlia minore dall'interazione. A partire dall'osservazione si è provato ad approfondire con la madre cosa la portasse ad assumere un'attitudine così diversa nei confronti dei due figli. Come sopra accennato, già dai primi colloqui di conoscenza, la madre riferisce un investimento profondo nell'interazione con il primogenito. La relazione con la figlia minore è segnata, invece, da attribuzioni negative: il suo arrivo ha comportato il tracollo del legame coniugale, la ricaduta nell'abuso di alcool, il tentato suicidio. La madre descrive tutti questi fattori, li riconosce ma non è riuscita a realizzare una loro adeguata elaborazione. Il semplice riavvicinamento nel contesto comunitario con i propri figli non ha permesso di rassicurare la madre e affrancarla dai sensi di colpa. Le ferite bruciano ancora in modo intenso. L'interazione quotidiana con questa figlia riporta a galla continuamente nella madre un vissuto di inadeguatezza e di fallimento: un vissuto che si radica profondamente nella relazione con la propria madre. A partire dall'osservazione di questi frammenti di video scaturiscono riflessioni e pensieri della madre in merito a tali vissuti.

Insieme terapeuta e madre dopo alcuni mesi ritornano ad osservare la disposizione spaziale di madre e figli durante l'interazione. Nel video si osservano momenti in cui la madre rivolge la propria attenzione a entrambi i figli, i quali a loro volta si rivolgono verso la madre coinvolgendosi in un'attività condivisa. Si potrebbe pensare che tale cambiamento possa essere il risultato di un apprendimento a livello comportamentale; l'osservazione globale del cambiamento del clima nelle sedute congiunte madre-bambini ci fa ipotizzare invece come il video sia stato un valido alleato in tale processo di cambiamento nello stile interattivo-relazionale del nucleo familiare.

(2) Espressione del volto e tonalità della voce nella madre

Riteniamo inoltre che la VIT permetta l'attivazione di un processo di riflessione sugli stati del Sé e dell'altro. Promuove, quindi, un processo di mentalizzazione anche attraverso la rievocazione di alcuni aspetti del passato. E' noto come in situazioni caratterizzate da traumi irrisolti vi sia una carente funzione riflessiva che impedisce, in alcuni casi, di riconoscere e sintonizzarsi con i bisogni dell'altro. D'altra parte sappiamo come è attraverso un reciproco rispecchiamento con la madre che il bambino inizia a formarsi delle rappresentazioni protolinguistiche strutturate come narrazioni (Bruner, 1990).

E' importante quindi creare un contesto terapeutico che non si limiti a sostenere il genitore nella sua funzione ma permetta l'emergere di nuovi comportamenti e la costruzione di nuove rappresentazioni. Tra le rappresentazioni del genitore, quelle manifeste nell'interazione sono essenziali nel processo che influenza il bambino perché agiscono attraverso un canale diretto e continuo che si estrinseca nelle varie componenti del comportamento interattivo (sguardo, intonazione della voce, gesti, mimica facciale). L'intersoggettività, infatti, è un parametro del funzionamento mentale umano che non può essere disattivato. L'organizzazione del significato, inoltre, è implicita nel dialogo relazionale che viene agito e non richiede necessariamente un pensiero riflessivo o una verbalizzazione per essere, in qualche modo, conosciuto.

È fondamentale, pertanto, l'analisi dell'interazione al fine di comprendere l'azione delle rappresentazioni (ovvero il collegamento esistente tra la rappresentazione - a diversi livelli organizzativi di significato - e il comportamento). Esemplificativo è il fatto che la mamma, guardando il video, sia rimasta molto colpita dalla propria espressione del volto e dalla tonalità della propria voce, entrambe riconducibili ad un atteggiamento spaventato/spaventante nei momenti di conflitto con i figli. Questo l'ha portata spontaneamente, attraverso il sostegno della terapeuta, a rievocare la qualità della relazione con la propria madre e gli schemi relazionali impliciti messi in scena in questa specifica interazione.

L'espressione spaventata/spaventante non proviene solo da una perdita non elaborata, da un oggetto morto interno, ma da un oggetto traumaticamente disorganizzante che propone un paradosso irresolubile, diventando allo stesso tempo una fonte di paura e porto in cui trovare riparo. Si creano in tal modo rappresentazioni del Sé-con-l'altro molteplici, incompatibili e reciprocamente dissociate (vittima, salvatore, persecutore). Grazie ai lavori svolti da Main e Hesse (1992) sull'attaccamento disorganizzato sappiamo come vi sia un legame tra il comportamento spaventato/spaventante e questa tipologia di attaccamento nel bambino piccolo. Il comportamento spaventante può essere il prodotto di un trauma non elaborato nel passato dei genitori. Attraverso il loro comportamento spaventato/spaventante i genitori trasmettono, di generazione in

generazione, l'impatto di quel trauma ai figli: l'ombra di un "oggetto interno non assimilato" cade sul bambino, impedendo "il suo sviluppo come individuo nel suo proprio diritto, con una vita e una personalità sua propria (Barrows, 2003).

Pensiamo che nel percorso con Alessandra il vedere il Sé in azione abbia consentito:

- di ridurre la scissione, in parte sempre presente, tra il Sé soggettivo e il Sé oggettivo, rendendo più evidenti gli schemi di carattere procedurale ed affettivo con cui si affronta il mondo e consentendo l'accesso ad una loro riorganizzazione e modulazione;
- di promuovere attraverso vie analogiche, una connessione con la storia personale e familiare del genitore. Il gesto umano (compresa la mimica del viso, la voce), inteso come uno specchio corporeo dinamico delle emozioni è depositario di una memoria implicita analogica non verbale che viene evocata dalla visione del video e che può promuovere, attraverso il collegamento dei processi subsimbolici a immagini prototipiche, la possibilità di tradurre antichi schemi affettivi dissociati nella sfera del linguaggio (Bucci, 1997).

Ci riferiamo, in particolare, ad una espressione del volto della mamma molto perturbante che ha permesso l'emergenza del passato.

Porre l'attenzione sui microeventi interattivi, eventi relativamente piccoli e che presentano un'estensione temporale ridotta, permette non solo il cambiamento a livello locale, ma un cambiamento progressivo più ampio alla relazione genitore-bambino. Inoltre questa focalizzazione condivisa - "*Cosa trovi di importante in questa interazione?*" - sollecita nel genitore un primo sguardo verso la capacità di mentalizzare (comprendere lo stato del Sé e dell'altro), promuovendo nel bambino la crescita di nuove competenze e di nuovi significati (un nuovo sguardo sul mondo) e favorendo nel genitore stesso una possibile connessione con la storia personale (percepire il momento emergente che racchiude in Sé passato e presente). Nel lavoro genitore-bambino è molto importante dare ascolto anche all'esperienza infantile del genitore: è attraverso il bambino interno che si entra in contatto con il bambino esterno.

(3) *Preoccupazioni indirizzate ad aspetti corporei*

Infine abbiamo osservato come la VIT può aiutare a promuovere una connessione con le esperienze subsimboliche dissociate. Nel caso illustrato la terapeuta ha sostenuto la mamma nell'osservare i propri comportamenti di preoccupazione rispetto a manifestazioni di disagio somatico dei figli. Sappiamo come spesso le preoccupazioni sul corporeo sono rappresentative di un'aggressività repressa e difficilmente riconoscibile. L'osservazione insieme alla madre dei propri comportamenti ha aperto uno spazio di riconoscimento e di riflessione riguardante il proprio corpo infantile trascurato nella relazione primaria con la propria madre e ha creato la possibilità di un collegamento tra questa esperienza e il disturbo alimentare (anoressia con ricovero ospedaliero) espresso in adolescenza. Significativo come entrambi i figli presentassero all'ingresso in Comunità sintomatologie che coinvolgevano il corpo: il figlio maggiore presentava una balbuzie, la figlia minore una stipsi. Entrambi i sintomi erano associabili ad una difficoltà di gestione del proprio mondo affettivo che veniva risolta con una dinamica evacuativa o di controllo. Effettivamente gli aspetti relazionali su cui si è focalizzato principalmente l'intervento congiunto madre-bambini ha riguardato proprio la gestione di un aspetto di disregolazione nell'interazione che, con frequenza, esitava in opposività o in aperto conflitto.

Riflessioni cliniche sull'applicazione della VIT nel percorso di terapia congiunta genitore-bambino

Innanzitutto ci sembra doveroso sottolineare come, alla luce anche di quanto sinteticamente illustrato in merito all'approccio della VIT, si renda necessario di volta in volta valutare a seconda delle caratteristiche della situazione clinica l'adeguatezza della proposta dell'utilizzo del video come supporto all'intervento sulla relazione genitore-bambino. Si tratta di un metodo dall'indubbia efficacia ma che va contestualizzato.

Il cervello genitoriale (Parenting) è connesso prevalentemente con aree sottocorticali e sono esperienze che non sempre possono essere raccontate verbalmente a qualcuno, perché si esprimono attraverso canali non verbali.

Quindi per valutare la funzione genitoriale è importante vedere cosa fanno i genitori dal punto di vista comportamentale con i propri bambini: parole e azioni costituiscono, infatti, piani diversi e, nelle situazioni di cura, il comportamento, *ciò che si fa*, è predominante rispetto a *ciò che si pensa su ciò che si è fatto*.

Gli eventi dissociati non sono né vissuti come esperienza cosciente, né perduti, piuttosto non sono elaborabili con il pensiero, rimanendo non riconosciuti o misconosciuti dal *caregiver*.

Il non conoscere (condizione del genitore con difese dissociative) è intimamente legato alla capacità o meno di immaginare e mettere in atto nuovi modi di essere in dialogo con il bambino nella relazione genitore-bambino. Questi nuovi modi di essere in dialogo non stanno ad aspettare nell'inconscio per emergere una volta che la dissociazione sia stata risolta. Al contrario, sono i nuovi modi di essere in dialogo che 'formano' il ponte che risolve la tendenza alla dissociazione. Il 'fare' precede il 'conoscere' (Lyons-Ruth, 2012).

I nuovi modi del fare devono essere creati a partire da nuove forme del mettersi in relazione, la cui impalcatura viene fornita con l'interazione terapeutica.

Questo nostro modello di intervento in contesti traumatici (con sedute genitore-bambini, sedute con il genitore, analisi e visione congiunta del video) pone come uno dei suoi obiettivi principali trovare nuovi pattern di interazione più funzionali.

Aiutare il genitore a immaginare un modo di interagire con il bambino che permetta di gestire i sentimenti più dolorosi all'interno di un dialogo bi-personale offre una via d'uscita al dilemma del conoscere o non conoscere. Forse anche al dilemma inconsapevole del ricordare o non ricordare.

Attraverso la visione di alcune parti di gioco tra il genitore e il bambino, i membri della famiglia acquisiscono una maggiore consapevolezza dei comportamenti interattivi positivi importanti, che devono essere rinforzati, elaborati ed estesi, e di quelle interazioni meno piacevoli o inappropriate, che richiedono un ridirezionamento o un cambiamento. L'uso della videoregistrazione offre ai genitori l'opportunità di ascoltare più attentamente ciò che dicono al loro bambino e il modo in cui lo fanno.

"Conoscendo i punti di forza, pur riconoscendo i punti di vulnerabilità, i terapeuti forniscono alle figure di accudimento un «controllo della realtà» rispetto a quali cambiamenti sia necessario fare. Costruire su questi punti di forza, può infondere fiducia e stimolare i sentimenti di autostima necessari a costruire e a mantenere i cambiamenti sia personali, sia familiari, che sono fondamentali per proteggere e sostenere adeguatamente i loro bambini" (Mc Donough, 2006).

Conclusioni

Nella situazione clinica complessa qui presentata la signora Alessandra, grazie al focus sulle micro-interazioni, all'osservazione e alla riflessione su quanto il filmato proponeva, ha potuto accedere ad una migliore sintonizzazione con i tempi (pause/attese) e con gli stati interni dei propri figli, ad una regolazione interattiva più efficace, ad una possibilità iniziale di relazione triangolare (in uno scambio congiunto o in un'alternanza che metteva "tra parentesi" l'altro bambino, mantenendolo presente nella propria mente), ad un ridimensionamento delle comunicazioni di tipo spaventato/spaventante così presenti all'inizio del percorso.

Dall'esperienza maturata siamo giunti a ritenere che l'integrazione tra il classico approccio psicodinamico di supporto alla relazione genitori-bambino e il video-intervento possa essere considerato un metodo efficace di lavoro, soprattutto in situazioni cliniche caratterizzate da traumi irrisolti. Pensiamo che per poter sostenere e promuovere un miglioramento della qualità della relazione genitori-bambino in contesti come questi sia fondamentale il lavoro sulle interazioni attuali che consente di promuovere, attraverso vie analogiche, una connessione con la storia personale e familiare del genitore. Citando Stern (1995) si tratta di riconnettere funzionalmente le rappresentazioni. In altre parole (Barrows, 2003) *"le rappresentazioni stesse rimangono immodificate, ma vengono disconnesse dal bambino (nel presente) e riconnesse alla loro fonte originale. Tale riconnessione può, in alcuni casi almeno, essere raggiunta in tempi relativamente brevi e può in effetti portare successivamente a connessioni alternative con oggetti interni più benigni"*.

In tal modo una "storia interiore" si accompagna alla storia rappresentata nel video. Come dimostra Fonagy (2001) con il concetto di funzione auto-riflessiva sappiamo che genitori che hanno avuto delle esperienze precoci molto carenti solo se riescono ad accedere alla capacità di riflettere su queste esperienze, creandovi intorno una narrazione coerente che riconosca l'impatto affettivo di questi loro vissuti, sono in grado di non trasmetterle alle generazioni successive.

Possiamo quindi ipotizzare che il vero potenziale nel lavoro con i genitori potrebbe situarsi nel sostenere lo sviluppo di una capacità auto-riflessiva nel genitore, preceduta ed accompagnata dalla scoperta di nuove modalità di stare con i propri figli e di nuovi significati emergenti nell'interazione: un intervento terapeutico che non si sofferma solo sulle rappresentazioni genitoriali (a diversi livelli di espressione) ma che, nello sguardo all'interazione, considera bambino e genitore come soggetti agenti, sensibili ai cambiamenti ed evocativamente attivi.

Bibliografia

- BARROWS P. (2003) Change in Parent-Infant Psychotherapy. *International Journal of Child Psychotherapy*, 29 (3), 283-300.
- BEEBE B. e LACHMAN F. (2014) *The Original of Attachment. Infant Research and Adult Treatment*, Taylor & Francis, Trad. It. *Le origini dell'attaccamento. Infant Research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.
- BIRINGEN Z. (2008) *Emotional Availability Scales IV Edition*.
- BRUNER J. (1990) *Acts o/Meaning*. Harvard University Press, Cambridge, MA. BURKE, K. (1945) *Grammar of Motives*. Prentice-Hall, New York.
- BUCCI W. (1997b) Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, (2), 151-172. Trad. It.: *Sintomi e simboli: la somatizzazione secondo la teoria del codice multiplo*.
- CAPUZZO W. (2000) L'intervento breve familiare, *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del bambino e dell'adolescente n° 12*.
- CAPUZZO W. e PIZZI E. (2002) Presentazione di una ricerca sui disturbi del sonno e dell'alimentazione nella prima infanzia. *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del bambino e dell'adolescente, n° 16*.
- DOWNING G. (2010) La video microanalisi nella terapia della copia madre-bambino *Ricerca psicoanalitica, 1, 9-18*.
- FONAGY P. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- FRAIBERG S. (1999) *Il sostegno allo sviluppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- LIEBERMAN A.F. (2004) La psicoterapia genitore bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell'infanzia e nella fanciullezza. Sameroff A.J., McDonough S.C. e Rosenblum K.L. (Eds.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems*, Guilford Press, New York. Trad. It *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- LYONS RUTH K. (2012) *Il trauma latente nel dialogo relazionale dell'infanzia*. Borla, Roma.
- MAIN M. e HESSE E. (1992) *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori*. In: Ammaniti M. e Stern D. (Eds), *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Roma.
- SAMEROFF, A.J, MCDONOUGH, S.C. e ROSENBLUM, k.L. (2006). *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna.
- SUDATI L., MISCIOSCIA M., PORRECA A., ZOCCATELLI G., SCURI M. e SIMONELLI A. (2018) Supporting adult-child relationships in the context of high risk parenting: the contribution of videofeedback intervention. *Infant Mental Health Journal*, 39 (1), 452.
- STERN D.N. (1995) *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
- STERN D. (1998) *Le interazione madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano.
- STERN D.N. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Trad. It. *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- TRONICK Ed (2008) *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina, Milano.
- TRONICK Ed (2009) La costruzione multilivello del significato e l'espansione diadica del modello della coscienza. Il flusso di significato emozionale, polimorfo e polisistemico, da (a cura di) D. Fosha D.J., Siegel M.F., Solomon W.W. Norton & Company, *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice* New York-London, Trad. It. *Attraversare le emozioni. Neuroscienze e psicologia dello sviluppo*, Mimesis, Milano-Udine, 2011.