



SOCIETÀ ITALIANA DI RICERCA
E TERAPIA SISTEMICA (SIRTS)



UOC di Psicologia clinica

in collaborazione con



CONVEGNO NAZIONALE

DAR VOCE AI BAMBINI NEI PERCORSI DI CURA FAMILIARE *COME, QUANDO, PERCHÉ*

26-27 novembre 2010

SALA CONFERENZE
OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO

Via Pio II°, 3 - Milano

La **SIRTS**, che quest'anno compie i suoi 25 anni di attività, organizza questo Convegno Nazionale a Milano per offrire un'occasione d'incontro che, a partire dall'ottica sistemica e dai percorsi familiari, attivi un dibattito sulle esperienze in atto, sui modelli possibili, sulle esperienze in atto e su percorsi innovativi da sperimentare nelle modalità di prendersi cura dei bambini.



INFORMAZIONI E ISCRIZIONI:

www.sirts.org - dott_ursini@yahoo.it - Tel.: 02.55011673 - Fax: 02.58102472

Iscrizioni Operatori Ospedale San Carlo Borromeo

Rivolgersi all'UOC di Psicologia Clinica
seg.psicologia@sancarlo.mi.it - Tel.: 02.40222832

Accreditamento ECM richiesto per medici e psicologi

CON IL PATROCINIO DI



Lo spazio intersoggettivo della genitorialità nei disturbi bipolari tra mitologie e medicalizzazione

Germana Agnetti* Martine Vallarino**

Negli ultimi trent'anni è definitivamente tramontata l'idea di poter trovare la matrice in grado di spiegare lo sviluppo dei disturbi mentali, sia rispetto a variabili biologiche, che psicologiche. Parallelamente una serie di studi ha messo in evidenza l'importanza dei fattori di rischio e di protezione nella genesi e nell'evoluzione di questi disturbi.

La conoscenza di questi fattori è di grande interesse per sviluppare strategie preventive o comunque capaci di influenzare favorevolmente il decorso del disturbo.

Tra i maggiori fattori di rischio in ambito psicosociale troviamo l'abuso, l'esperienze disfunzionali nella famiglia, difficoltà nei pattern di attaccamento, oltre ad altri fattori macrosociali quali l'esclusione e la mancanza di coesione sociale.

I figli di persone con disturbi mentali hanno maggiore probabilità di soffrirne essi stessi e in modo più serio e precoce. Un intervento preventivo dovrà quindi essere rivolto alle famiglie, tenendo conto sia dei fattori di rischio sia dei fattori protettivi che aumentano la resilienza dei figli.

In questa presentazione ci focalizzeremo sulle problematiche inerenti il disturbo bipolare: quali sono i fattori di rischio specifici per i figli e quali le strategie che si possono mettere in campo per favorire uno spazio intersoggettivo che diventi fattore protettivo.

A tal fine prenderemo in considerazione sia la letteratura scientifica sull'argomento e le testimonianze di figli di persone con disturbo bipolare, sia esemplificazioni che provengono dall'esperienza clinica.

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

Du Rocher Schudlich Td, Youngstrom Ea, Calabrese Jr, Findling R (2008) The Role of family functioning in bipolar disorder in families. *J Abnorm Child Psychol* 36:849–863.

Jones Sh, Bentall Rp (2008) A Review of potential cognitive and environmental risk markers in children of bipolar parents. *Clinical Psychology Review* Volume 28, Issue 7: 1083-1095.

* *Co-direttore Scuola di Psicoterapia IRIS. Progetto Enbrec*

** *Unità di Epidemiologia e psichiatria sociale Mario Negri. Progetto Enbrec*

Titolo dell'intervento: Gruppi di sostegno alla crescita in età evolutiva

Dott.ssa Daniela Borsari, Dott.ssa Martina Bergomi.

La relazione riporta l'esperienza (svolta a partire dal 2005) di n. 6 gruppi di sostegno alla crescita condotti con i metodi attivi e rivolti ad un totale di n. 30 preadolescenti nell'ambito del Centro di Psicologia del Bambino e dell'Adolescente / Consultorio Familiare Integrato dell'ASL di Milano, Distretto 3.

Questa esperienza è nata dalla necessità di trovare una risposta appropriata ai bisogni di un'utenza in età preadolescenziale, eterogenea dal punto di vista dell'afferenza (spontanea o su invio di scuola, pediatra, Tribunale per i Minorenni e Ordinario) e da quello della sintomatologia (difficoltà di relazione con adulti e/o con i pari, difficoltà scolastiche, disturbi d'ansia, disturbi del sonno), ma accomunata dalla presenza di relazioni familiari molto problematiche, tali in molti casi da portare all'indicazione di una terapia familiare, non sempre però accolta.

L'utilizzo del gruppo condotto con metodi attivi come strumento di lavoro viene incontro alle necessità e alle caratteristiche del particolare tipo di utenza: il setting di gruppo permette ai membri di sperimentarsi dal vivo nella relazione, godendo dell'apporto della relazione tra pari e del rispecchiamento reciproco; i metodi attivi permettono l'integrazione della dimensione verbale con altre forme di esperienza e di conoscenza della realtà (sensoriale, corporea, emotiva, affettiva), favorendo un coinvolgimento globale dei soggetti partecipanti, mobilitando affetti ed emozioni e facilitandone l'espressione.

Nell'intervento, verrà esplicitato l'essere "in continua evoluzione" di questa esperienza: si è verificato infatti un passaggio, nel corso degli anni di attuazione, da un intervento principalmente basato su un'ottica di cura ad uno di prevenzione secondaria, finalizzato al potenziamento delle risorse individuali e al sostegno delle naturali spinte evolutive.

Questo cambiamento di prospettiva si è rivelato particolarmente importante nelle situazioni in cui la famiglia o gli adulti di riferimento non potevano essere una risorsa sufficiente per sostenere il minore nel percorso evolutivo.

La PAS: sindrome individuale o patologia familiare?

Giovanni Battista Camerini

Richard Gardner, psichiatra infantile e forense, coniò il termine "*Parental Alienation Syndrome*" (noto con l'acronimo "PAS" e tradotto in italiano con il termine "*Sindrome di Alienazione Genitoriale*" – Gulotta, Cavedon e Liberatore, 2008) per designare il disturbo psicopatologico dei soggetti in età evolutiva e che costituisce una "risposta distintiva" del sistema familiare sottoposto al trauma della separazione. La PAS è dovuta a due fattori concomitanti. Il primo è la "programmazione" o "indottrinamento" di un genitore ai danni dell'altro; comportamento definito come "alienante". Il secondo fattore, che costituisce la principale manifestazione della PAS, è l'allineamento col genitore più amato (il genitore programmatore, che fa il lavaggio del cervello, o che induce la PAS) da parte dei figli, i quali si dimostrano personalmente coinvolti in una campagna di denigrazione -che non ha concrete giustificazioni, né è sostenuta da elementi realistici- nei confronti dell'altro genitore, che viene allontanato e rifiutato (il genitore "alienato", denigrato, la vittima, o il bersaglio). La finalità è quella di escluderlo dalla loro vita. Le madri sono genitori alienanti molto più frequentemente di quanto lo siano i padri. Naturalmente è fondamentale il ruolo svolto anche da tutti coloro, familiari e non, che si schierano dalla parte del genitore alienante.

Normalmente, il genitore bersaglio ha avuto un rapporto affettuoso con il figlio, o una minima carenza nelle sue capacità genitoriali. Il marchio caratteristico della PAS è l'esagerazione di difetti marginali e di minime mancanze. Risulta però comunque importante, nella costruzione di questo fenomeno, il comportamento assunto dal genitore alienato il quale spesso, come le sue reazioni, può giungere a rafforzare l'atteggiamento rifiutante del figlio e la sua opposta alleanza: attaccando simmetricamente l'altro genitore, oppure allontanandosi ulteriormente o, all'inverso, assumendo attitudini inutilmente autoritarie e normative (Cavedon e Magro, 2010).

Tre tipi di PAS sono stati descritti da Gardner: *lieve, moderato e grave*. Nel tipo lieve, l'avversione è relativamente superficiale ed il figlio collabora alle visite col genitore denigrato, ma si mostra a tratti ipercritico e mal disposto. Nel tipo moderato, l'alienazione è più profonda: il figlio appare più aggressivo ed irrispettoso e la campagna di denigrazione può essere quasi continua. Nel tipo grave, le visite al genitore alienato possono essere impedita da vissuti e intense manifestazioni di persecuzione/ostilità da parte del figlio. La gravità della PAS non dipende dall'intensità dell'indottrinamento impartito dal genitore alienante, bensì dal successo che egli ottiene da parte dei figli.

Gli otto sintomi primari della PAS sono i seguenti: *Campagna di denigrazione; Razionalizzazioni deboli, superficiali e assurde per giustificare il biasimo; Mancanza di ambivalenza; Il fenomeno del pensatore indipendente; Appoggio automatico al genitore alienante; Assenza di senso di colpa; Scenari presi a prestito; Estensione dell'ostilità alla famiglia allargata ed agli amici del genitore alienato*. La PAS non costituisce un "disturbo" psicopatologico individuale in senso stretto, ma piuttosto l'indicatore di un grave disfunzionamento familiare che coinvolge sia i genitori, sia i loro ascendenti, sia i figli, e va letta ed interpretata secondo una prospettiva sistemica e non "lineare" (Camerini, 2010). Considerata però la presenza di sufficienti "evidenze" circa la sua esistenza, riconosciuta da una ricca letteratura internazionale, è stato proposto il suo inserimento nelle prossime edizioni dei manuali DSM-V e ICD-11 (Bernet, 2010): probabilmente (e più opportunamente) non nell'Asse I bensì dell'Asse IV, tra i *Problemi relazionali*. Il suo radicamento rappresenta un grave fattore di rischio per lo sviluppo e rappresenta una forma di abuso psicologico (SINPIA, 2007).

Bernet W., *Parent Alienation. DSM-5, and ICD-11*. Springfield, Charles C. Thomas, 2010.

Camerini G.B., *Aspetti legislativi civilistici e psichiatrico forensi nei procedimenti riguardanti i minori*, in Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica (Trattato Italiano di Psichiatria, TIP)*. Milano, Masson, 2010.

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), *Linee guida in tema di abuso sui minori*. Trento, Erickson, 2007.

Gardner R., *The Parental Alienation Syndrome: A guide for mental health and legal professionals*. New York, Cresskill, Creative Therapeutics, 1992.

Gulotta G., Cavedon A., Liberatore M., *La sindrome da alienazione parentale (PAS). Lavaggio del cervello e programmazione dei figli in danno dell'altro genitore*. Milano, Giuffrè editore, 2008.

Cavedon A., Magro T., *Dalla separazione all'alienazione parentale*. Milano, Franco Angeli.

Bambini feriti e patologie dell'adulto.

Luigi Cancrini

La relazione inviterà a mettere a fuoco e porre l'attenzione sul funzionamento borderline di personalità come origine frequente di molteplici disturbi di personalità e condotte.

Partendo dal presupposto che vi è una “corrispondenza imperfetta” tra infanzia infelice e disturbo di personalità, i partecipanti saranno invitati a riflettere attentamente sul significato personale e profondo della specificità di ruolo attribuito a ognuno di questi bambini; bambini che, solo se vivono situazioni violente e crudeli sentendosi indifesi e profondamente soli, sono davvero infelici.

Le favole per bambini e tanti racconti sulla resilienza ci dimostrano che il bambino che non si sente solo, può affrontare e superare esperienze estremamente difficili senza danni gravi. La prova che qualcuno sia riuscito a non farlo sentire solo fino in fondo sta, a distanza di tempo e quando le circostanze lo consentono, nella relativa rapidità con cui egli riuscirà a sviluppare delle relazioni basate sull'affetto e sulla fiducia con degli altri “nuovi”.

La diagnosi di disturbo della personalità non può e non deve essere posta prima che la persona diventi adulta. Se un bambino funziona stabilmente e pervasivamente in modo borderline ciò non autorizza a porre diagnosi di disturbo di personalità; occorre piuttosto lavorare sui contesti che lo influenzano.

La parola borderline ha un uso sempre più vasto tra i professionisti della salute mentale e nel parlare comune della gente; ciò è dovuto al fatto che lo spazio occupato dalle situazioni di sofferenza legate a un funzionamento borderline della mente è molto più ampio – “l'oceano”- di quelli occupati dalle nevrosi e dalle psicosi – “i continenti che dall'oceano sono separati”.

I bambini migranti nelle consultazioni transculturali con la famiglia: vulnerabilità e resilienza

Maria Luisa Cattaneo, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Sociale CRINALI onlus di Milano

Si intendono descrivere brevemente le consultazioni transculturali che vengono svolte all'interno del Servizio di clinica transculturale di Milano attivato dalla nostra cooperativa (Cooperativa Sociale Crinali *Donne per un mondo nuovo* onlus) in collaborazione con l'ASL di Milano - Servizio Famiglia e le UONPIA.

Le famiglie vengono ricevute nelle consultazioni su invio di qualche servizio del territorio a partire dalle problematiche presentate da uno o più minori (difficoltà scolastiche, sintomi specifici di sofferenza psichica, conflitti con i genitori, difficoltà a gestire la propria aggressività in famiglia e fuori, ecc.); il setting e la metodologia utilizzati si rifanno all'esperienza dell'etnopsicoanalisi francese nella declinazione che ne fa M. Rose Moro.

Si intende descrivere come i minori si giovano dell'intervento clinico con la famiglia attraverso l'analisi di un caso; si mostrerà come la metodologia utilizzata aiuti i bambini e gli adolescenti a costruire delle connessioni e dei ponti fra la cultura ricevuta dalla famiglia e la cultura del paese in cui vivono, fra la storia dei genitori di cui il percorso migratorio è parte integrante, a volte doloroso e traumatico, e la loro storia individuale, e a rimettere in moto le loro risorse per crescere.

Bibliografia

CATTANEO M.L., DAL VERME S. (a cura di), *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, FrancoAngeli, Milano, 2009.

MORO M.R., *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, Paris, 1998, trad. it. *Bambini immigrati in cerca d'aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino, 2001.

Il legame con la famiglia come illusione: il caso di C.

*Antonio Di Tucci**, *Sabrina Occhiuto***

Il lavoro si riferisce ad una riflessione sulla valenza evolutiva dei legami familiari, nel caso di un adolescente che ha avuto una lunga presa in carico da parte dei servizi sociali del terrotio e dei servizi sociali minorili del Ministero della Giustizia.

Viene ripercorso il cammino evolutivo del giovane, a partire da un attaccamento mancato verso uno dei genitori a causa della morte del padre naturale. La possibilità, per C., di sperimentare una figura affettiva cui legarsi, viene assicurata dal convivente della madre che, dopo che ha costituito con questa un legame matrimoniale, accetta di riconoscerlo legalmente.

La vicenda evolutiva del giovane si costruisce attorno a due legami di appartenenza: quello con i coetanei di un quartiere a rischio della propria città, e quello nei confronti dei genitori. Nel gruppo dei pari, il giovane enfatizza gli elementi di vicinanza affettiva connessa all'esperienza gruppale fino al punto di svolgervi la propria vita quotidiana. Il "bisogno di fedeltà" che prova nei loro confronti porta a seguirli nella commissione di reati. La famiglia, invece, si disgrega a causa delle debolezze reciproche dei coniugi, che costituiscono ciascuno un nuovo legame. C. sperimenta che in ambedue i nuclei familiari non è più previsto uno spazio fisico per lui. Cominciano le esperienze comunitarie, che però il giovane abbandona ogni volta nel giro di poche settimane, per riproporre con la sua sola presenza – e mai verbalmente – una richiesta di accoglimento.

La prima esperienza detentiva segna un salto di qualità perché le visite in carcere alimentano l'illusione in C. che questo luogo possa essere il veicolo per riunificare la famiglia. È questo il momento in cui il giovane sembra riscoprire le proprie potenzialità personali di crescita, mostrando notevoli capacità come tecnico e ricevendo riconoscimenti in questo campo.

Paradossalmente, la crescita personale determina la possibilità di fuoriuscita dalla detenzione, per sperimentarsi all'esterno, ma anche la caduta definitiva di una illusione di ricomposizione della famiglia che deve fare i conti con la decisione del padre di sposarsi con la compagna. Non rimane, a C., ancora una volta, che il gruppo degli amici con cui ripercorrere, ancora una volta, un percorso di devianza, cui entrambi i genitori risponderanno - questa volta - con la esclusione dai propri ambiti familiari.

* Psicologo Dirigente. A. O. "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano – U. O. C. di Psicologia Clinica

** Assistente Sociale. Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile – USSM di Milano

Contesti di accogliimento e lavoro con le famiglie migranti

Dott.ssa Cecilia Edelstein

Il modello sistemico pluralista in ambito interculturale sviluppato da Edelstein negli ultimi vent'anni si è evoluto attraverso la clinica, la ricerca azione e quella qualitativa, e attraverso progetti sul territorio in collaborazione con i servizi socio assistenziali e sanitari.

Il modello verrà esposto proponendo una prospettiva pluralista e non normativa: i diversi modelli di famiglia, di cultura e di sistemi vengono presi in considerazione, senza paragonarli ad un modello ideale; vengono analizzate caratteristiche e funzionalità dei diversi modelli, per entrare nella cultura della differenza e non in quella della devianza.

Verrà inoltre sottolineata l'importanza all'intera visione del ciclo migratorio, comprese le fasi precedenti l'arrivo, come risposta ad un bisogno principale del migrante quando si trova in difficoltà: egli ha lo sguardo indietro e non riesce a concentrarsi sui percorsi di inserimento, adattamento o riabilitazione che li vengono offerti. E' opera del terapeuta riuscire a collocare lo sguardo nella stessa direzione del cliente, prima di guardare il futuro.

Il concetto di identità mista dei bambini (e non di doppia identità) verrà analizzato illustrando le implicazioni pratiche nel lavoro clinico. Tecniche e strumenti specifici verranno esposti. La figura del mediatore linguistico culturale verrà messa in discussione e verrà proposto un modello di formazione che non si basa sullo studio delle culture altre, quanto sulla metodologia.

Verranno riportate riflessioni sulla clinica con nuove tipologie familiari e multiculturali, quali le famiglie adottive che accolgono, per la maggior parte, bambini che hanno vissuto una vera migrazione che rimane tuttavia invisibile.

Infine, un cenno verrà fatto su come le famiglie immigrate, spesso diffidenti nei confronti di servizi specialistici, possono arrivare in terapia anche in un centro privato; verrà quindi sottolineata l'importanza dell'équipe interdisciplinare (e non multidisciplinare), e della costruzione di una rete territoriale professionale con caratteristiche specifiche.

Terapia familiare, dove si siede la disabilità?

Fernanda Evolvi

La disabilità è una definizione molto ampia che contiene elementi di tipo oggettivo ma anche soggettivo, quando la disabilità è sorretta da una diagnosi specifica. L'elemento oggettivo assume un valore maggiore, quando la disabilità non trova riscontro in una definizione riconosciuta o perché troppo leggera o perché transitoria. Il suo peso è soprattutto soggettivo all'interno del sistema bambino.

La disabilità è un elemento del sistema bambino il quale a sua volta è un elemento del sistema familiare. Il lavoro terapeutico deve tener conto della embricazione tra i due sistemi.

L'elemento di disabilità agisce diversamente all'interno di ogni bambino e non solo per il fattore gravità, esso si connette in modo originale e unico con gli altri fattori caratteristici individuali, biologici, cognitivi e caratteriali. Il bambino non si identifica con la sua disabilità. Anche se la disabilità contribuisce, insieme agli altri elementi caratteristici, alla definizione dell'individuo, sarebbe assai rischioso e profetizzante assumere significati e definire comportamenti solo in funzione della disabilità.

Dunque ne risulta un quadro di complessità che rende improponibile una lettura settoriale sia essa biologica o psichiatrica o relazionale o altro. La disabilità si inserisce in modo sistemico nella complessità individuale del soggetto e il soggetto nella complessità familiare. Dunque ogni disabilità porta con sé un nuovo modo di funzionare dell'individuo e del sistema familiare cui appartiene, secondo un'alchimia irripetibile e certamente non uniforme, non riconducibile solo alla disabilità stessa anche se di essa deve tener conto.

Si parla dunque di disfunzionalità individuale e/o familiare che contiene, insieme a molto altro, il fattore dis-abilità.

Il lavoro terapeutico "srotolando il gomitolo temporale e semantico" rivisita la costruzione dei significati, permette la condivisione e l'esplicitazione delle storie emotive individuali a vantaggio di una più coerente e funzionale narrazione familiare.

Attraverso la presentazione di alcuni casi significativi si suggeriscono modalità terapeutiche opportune.

Bibliografia

Greenspan, S., Wieder, S.: *Bambini con bisogni speciali*, Forti Ediz.

Il Servizio Sociale di base come garanzia di continuità genitoriale

Laura Fincato

Nello scenario storico attuale, nelle situazioni di crisi familiare, il Servizio Sociale di base, sia su richiesta spontanea degli esercenti la potestà genitoriale che su mandato della magistratura, può assumere un ruolo di garanzia di continuità nell'esercizio della genitorialità ed è sempre più spesso chiamato a ricoprirlo. Il paradigma socio-educativo che lo contraddistingue diventa un mezzo di affiancamento nella gestione del rapporto tra genitori e figli. Inoltre, per legge, il Servizio Sociale dell'Ente locale può avere la responsabilità di parte della genitorialità su disposizione decretata dalla magistratura. Gli strumenti, i metodi e le tecniche, la buona prassi del Servizio Sociale di base consentono, laddove nella relazione di filiazione ci siano degli elementi di rischio, che il genitore sia affiancato dai vari servizi educativi specialistici (educativa domiciliare, Spazio Neutro, comunità) e che la situazione complessiva sia monitorata anche negli aspetti della quotidianità. Se il ruolo terapeutico si occupa della cura dell'individuo e/o del sistema famiglia, il Servizio Sociale è chiamato alla protezione del minore, protezione che si esplica spesso nella tutela del rapporto genitori figli e nella costruzione di una rete a salvaguardia dello stesso. Appare evidente che l'integrazione tra gli aspetti clinici e gli aspetti socio-educativi, e la conseguente progettualità condivisa, potrebbe diventare una possibile risposta ad un momento sociale particolarmente difficile per i cambiamenti veloci di stili di vita e di riferimenti valoriali, negli aspetti organizzativi e nelle scelte politiche. Come operatori del pubblico o del privato, appare evidente che la complessità dei problemi sottesi non possa trovare una risposta univoca e standardizzata ma che sia necessaria una costante ricerca di momenti di confronto anche deontologico. Di fatto, per mia esperienza, solo da un confronto dialettico tra gli aspetti di cura e di protezione, la continuità genitoriale è garantita ed è in questo che ognuno di noi, con le sue specifiche professionali, è chiamato a essere parte di un sistema di aiuto sia nella storia di quel bambino, che della sua mamma, del suo papà, dei suoi fratelli che non può più essere frammentato in interventi settoriali e quindi dispersivi.

Una dura eredità

Patrizia Frongia

L'evidenza clinica ha dimostrato ormai da anni come i problemi alcol-correlati coinvolgano tutto il sistema familiare e non solo la persona alcol-dipendente; si parla di "famiglia alcolista" per sottolineare come l'alcol diventa, giorno dopo giorno, un principio organizzatore centrale attorno al quale i patterns d'interazione si modellano. In letteratura troviamo raggruppati tre ordini di problemi in cui possono incorrere i figli degli alcolisti: 1) comportamento antisociale: i figli degli alcolisti sono caratterizzati da un rischio aumentato di iperattività, comportamenti aggressivi e altre forme di disordini della condotta; 2) problemi emotivi: includono un'ampia gamma di problemi psicosomatici, senso di vergogna, bassa stima di sé, atteggiamenti negativi nei confronti dei propri genitori e di sé, stati depressivi; 3) ambiente scolastico: i problemi includono difficoltà di apprendimento, difficoltà di concentrazione, bassa performance scolastica e problemi comportamentali. I bambini e adulti, figli di alcolisti, sono caratterizzati da una buona autoefficacia, ma da una bassissima stima di sé, associata a forte sensibilità alle critiche e tendenza a sentirsi sempre responsabili di quello che accade. Questi aspetti vanno a condizionare l'area delle relazioni interpersonali, portando ad avere difficoltà ad intraprendere relazioni intime adeguate, sia amicali che di coppia, tendendo spesso a riprodurre un ruolo genitoriale anche nella coppia. L'ascolto in terapia di gruppo rivolto ai figli degli alcolisti può essere considerato come un intervento di promozione della salute che vada ad amplificare gli aspetti di *resilienza* presenti nell'individuo e nella famiglia, contrastando gli effetti negativi del di stress causato dalla presenza dell'alcol.

Bibliografia

1. Bateson G.: La cibernetica dell'io: una teoria dell'alcolismo. In: Bateson G.: .Verso un'ecologia della mente.. Adelphi, Milano, 1976.
2. Batesons G., Bateson MC.: Dove gli angeli esitano. Adelphi, Milano, 1989.
3. Berne E.: Principi di terapia di gruppo. Astrolabio, Roma, 1986.
4. D.w.Webster et al. Journal on Study of Alcohol, 1989)
5. (T. Reich et al. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1988)
6. (H. Raskin et al. Journal of Substance Abuse, 2000)
7. (A. D. Pastor et al. Drug and Alcohol Dependence, 2003)
8. (Kiberstis P, Roberts L., Science 2001)
9. Abigail M. et al. Addictive Behaviors, 2003)
10. (Vaz-Serra et al. Alcohol & Alcoholism, 1988)
11. (Vungkanching M. et al. Drug and Alcohol Dependence, 2004)
- 12 (Sher K.J., Journal of Study of Alcohol, 1997)
13. E. C. Penick et al. Journal of Study on Alcohol, 1987)
14. (S. Barnow et al. Journal of Study on Alcohol, 2002)
15. (B. Storm, Child Psychiatry and Human Development, 2003)

Il bambino nella terapia: una metodologia di lavoro integrato con la famiglia.

Miriam Gandolfi

Le pubblicazioni scientifiche della psicologia clinica pediatrica e della neuropsichiatria infantile mostrano la tendenza a scegliere interventi caratterizzati dall'approccio "e-clettico". In esso si sommano interventi fondati su modelli di mente, anche contrastanti tra loro, e cambiamenti di setting in un'ottica che sembra agire secondo una concezione "a mosaico" dell'intervento.

La complessità e la condizione intrinsecamente evolutiva del bambino obbliga a considerare la multiformità di cause sottostante a fenomeni apparentemente simili: difficoltà di apprendimento possono derivare da cause lesionali, metaboliche, funzionali, percettive, emozionali, ambientali, culturali, familiari, più spesso all'azione interconnessa e simultanea di ciascuno di questi livelli. Tale complessità richiede all'operatore di dotarsi di una concezione della mente non più individuale e stadiale, bensì frutto di continui processi conversazionali che mantengono in scambio simultaneo e complesso aspetti biologici, funzionali e sociali del soggetto bambino. Questo cambiamento di ottica richiede di disporre di strumenti e percorsi di analisi dei fenomeni evolutivi "normali" e "patologici" coerenti con le premesse epistemologiche citate, in quanto esse modificano radicalmente il modo in cui viene visto (diagnosticato) e trattato il comportamento definito problematico del bambino.

Il contributo presenta uno strumento, ideato e messo a punto, che non solo consente l'integrazione dei vari livelli di funzionamento del bambino, ma indica anche una procedura che consente da subito di connettere in modo positivo il suo comportamento problematico al funzionamento globale di tutta la sua famiglia estesa. Questo strumento, il test delle relazioni familiari G M, oltre a rendere percepibile ai genitori il proprio bambino come competente a gestire relazioni e a cogliere i modi di funzionare della propria famiglia, consente di coinvolgerli da subito nel lavoro terapeutico e/o riabilitativo stimolando e potenziando le risorse spontanee degli stessi. Dal momento che il test delle relazioni familiari G M si fonda sulla guida all'autopercezione di tutti i membri della famiglia, utilizzando riprese video di una seduta di gioco opportunamente codificata, verranno presentati spezzoni di video relativi a diversi contesti operativi e tipologie di problema.

Bibliografia

Gandolfi M., Martinelli F., (2008), *Il bambino nella terapia. Un approccio integrato alla diagnosi e al trattamento con la famiglia*, Erickson, Trento.

Waldrop M. M., (1992), *Complessità. Uomini e idee al confine tra ordine e caos*, Instar libri, Torino, 2002.

PER UNA PREVENZIONE DEL PERCORSO PROCESSUALE NEGATIVO NELLA DISCORDIA MALIGNA.

Garbellini M.

Quando la separazione ha un percorso (decorso) maligno, comporta una speciale cura della vicenda genitoriale separativa. In tali casi l'interesse del minore è un compito che coinvolge l'intero sistema della Tutela e la sua leadership giuridica deve perseguire tale finalità pena il disorientamento generale (Garbellini, 1992), perché la discordia maligna, gravata dalle controindicazioni di Irving alla mediazione ordinaria, è per di più orientata in maniera divaricante verso la preminente realizzazione di un risarcimento strumentale. In tali casi il minore si trova nella culla della discordia e la sfida della co-genitorialità, che è regola per la legge dell'Affido condiviso, appare strumentalizzata per animare la discordia anziché il confronto e l'apertura alla bigenitorialità dei minori. Sul piano pedagogico nella culla della discordia familiare il minore è esposto a un serio o grave rischio, mentre la discordia familiare dissipa risorse e disgrega i rapporti secondo l'antico brocardo latino "Concordia parvae res crescunt discordia maximae dilabuntur".

Nel processo educativo alla centralità della cura e dell'amore familiare si sostituisce la centralità di un contesto di guerra che espone il minore al rischio più severo, mentre indebolisce i fattori protettivi. (Paola Di Blasio ,2000)

A tale consolidata certezza spesso non segue chiarezza d'azione in sede giuridica, né una tempestiva pratica di tutela. Nella realtà processuale la discordia maligna sembra avere acuito la sua negatività dopo la Legge sull'affido condiviso: aumenta l'impiego del penale per neutralizzare le decisioni del civile conformi alla Legge dell'Affido condiviso.

Se restiamo al quadro civilistico, oggi luogo privilegiato delle separazioni ordinarie in Italia, forse s'impone, per l'applicazione della Legge sull'Affido condiviso, una CTU esperta tempestiva in senso diagnostico preventivo, che intervenga nel corso della fase Presidenziale per i provvedimenti Urgenti e Provvisori. Un'expertise in grado di discriminare con una diagnosi psicosociale i quattro tipi di contenzioso, che si creano nelle separazioni, potrebbe essere molto utile.

Il controllo della situazione basato sull'intervento di crisi porta a un modo sbagliato di stabilire gli obiettivi primari e di definire i loro vincoli con le conseguenze di un deficit di leadership e di un vacuum di riferimento essenziale, che aggrava la situazione (vedi sul punto, Otto F. Kernberg,1999).

La domanda chiave che propongo alla discussione è la seguente: si può contribuire a migliorare l'efficacia delle Consulenze Tecniche d'ufficio e delle Consulenze tecniche di parte per meglio perseguire il superiore interesse del minore sostenendo una leadership di Tutela giuridica chiara e previdente?

Indicazioni bibliografiche.

1) Otto F. Kernberg,(1999) Le relazioni nei gruppi (ideologia conflitto e leadership), Raffaello Cortina, Milano

2) Paola Di Blasio (2000) Psicologia del bambino maltrattato, Il Mulino, Bologna.

I bambini parlano dei loro genitori

Dante Ghezzi

I bambini parlano sempre dei loro genitori: con i genitori stessi, con gli amici, con nonni e zii, a scuola, eccetera. Anche quando tacciono. A noi interessa che parlino con noi terapeuti, in sede clinica. Si può fare? Sappiamo che si può. Proviamo a rivedere come.

Viene presentata l'esperienza di fare partecipare i figli a sedute solitamente predisposte per la coppia genitoriale. Terapie di coppia in cui si propone per una seduta di fare venire i bambini; contesti di supporto educativo in cui si vuole per una volta o due, invece che interagire solo con gli adulti caregiver, vedere direttamente l'interazione familiare; sedute di terapia familiare nelle fasi in cui è opportuno vedere l'intero nucleo; contesti di valutazione coatta per il recupero delle competenze genitoriali là dove Tribunale e servizi hanno individuato una situazione fortemente problematica.

In questi contesti i bambini possono essere stimolati a parlare dei loro genitori, in presenza degli stessi. Con adeguati accorgimenti si possono ottenere buone informazioni, già condivise o nuove, utili al momento per favorire il dialogo e mobilitare durante la seduta; utili successivamente per riflettere con i genitori sulle loro strategie affettivo-educative, su opportunità e cautele, sui cambiamenti possibili.

Verranno presentate alcune situazioni tipo e alcune procedure efficaci perché i bambini parlino dei genitori con utilità e valenza mobilizzante.

Tra le braccia un figlio non tuo
Spunti da una ricerca sull'affidamento di neonati

Ondina Greco

A partire da una ricerca qualitativa sull'affidamento di neonati che ha coinvolto sia alcuni operatori di 6 centri per l'affidamento di neonati del nord e del centro Italia, sia 37 genitori affidatari (18 coppie ed una affidataria single) è stato possibile sondare le rappresentazioni che questi due protagonisti chiave dell'affido di neonati hanno relativamente a questo specifico intervento di affido, ma anche rispetto al neonato in affido e agli altri attori presenti sulla scena. Si tratta di una ricerca multi- metodologica, che ha previsto l'utilizzo di un'intervista semi-strutturata creata ad hoc, con aree tematiche parallele per operatori e genitori affidatari, a cui si sono aggiunti per gli operatori un questionario sui dati strutturali dell'intervento, e per i genitori affidatari, individualmente, un disegno simbolico sull'esperienza dell'affidamento di neonati.

Oltre al profondo coinvolgimento emotivo che attraversa il vissuto sia degli operatori che degli affidatari, sia pure nella diversità del loro ruolo, è possibile rilevare le differenti immagini di famiglia e di neonato sottese a tale tipo di intervento, che tendono a divenire polarizzate. Tale processo di semplificazione è una delle strategie che usiamo per non rimanere paralizzati dalla complessità della situazione, ma se non viene rivisitato criticamente espone le persone al pericolo di essere imprigionate in un "a priori" difficile da spezzare e che rischia di trasformarsi – per i soggetti più deboli - in una profezia auto-avverantesi.

Il neonato come "bambino" o come "figlio"; la famiglia d'origine del neonato come unicamente "deficitaria" o "con qualche risorsa": sono in discussione una rappresentazione *individualistica* del soggetto-neonato ed una visione *naturalistica* delle relazioni familiari e della loro "resilienza", per cui o le relazioni sono *naturalmente positive* - e allora si ritengono intoccabili - o sono *naturalmente negative*, e allora non si dà possibilità di evoluzione e di riparazione. Chi opera con le realtà familiari, invece, impara che nelle relazioni frammenti di bene e di male sono intrecciati e che è necessario un impegno costante per riprenderne e svilupparne gli aspetti positivi, tessendo e ritessendo la trama delle relazioni.

Bibliografia

I. Comelli, O. Greco, R. Iafrate, *Tra le braccia un figlio non tuo. Operatori e famiglie nell'affidamento di neonati*, Franco Angeli, Milano, in press

F. Walsh, *La resilienza familiare*, Cortina, Milano, 2008

La presa in carico sistemica in un servizio di N. P. I. territoriale: le difficoltà del bambino connesse ai vincoli ed alle possibilità dei suoi contesti relazionali significativi.

Elio Lapponi

La presa in carico di un servizio nei confronti di una situazione clinica “problematica /patologica” corrisponde sempre all’ applicazione di una epistemologia adottata dagli operatori. Spesso questi non sono consapevoli di essere attori di principi epistemologici; i quali, frequentemente, hanno carattere di empiricità ispirata a senso pratico legato all’ esperienza dell’ operatore. Si possono anche avere risultati positivi, ma purtroppo non c’è possibilità di verifica confrontabile codificata. L’ operatore sistemico dovrebbe consapevolmente gestire le potenzialità legate al proprio approccio epistemologico. Questo si dovrebbe verificare sia nell’ ambito della propria partecipazione alla relazione terapeutica con le famiglie in situazione problematica, sia, nell’ ambito di un servizio, tenendo in considerazione le interazioni dei contesti implicati nella creazione della realtà presa in carico. Si potrà scoprire che i contesti significativi possono essere diretti (la famiglia, la scuola, il servizio), ed indiretti (l’ organizzazione, anche legislativa, della comunità): l’ operatore non può agire su tutti loro, ma deve saperne leggere sistemicamente le modalità interattive, onde potersi orientare tra i vincoli e le possibilità che presentano come possibile condizionamento o risorsa del suo lavoro. In particolare nel caso dell’ attività svolta da un servizio a favore di bambini diversamente abili, normalmente integrati nelle strutture di tutti, nel territorio di una comunità determinata, gli interventi sono rivolti a bambini in “apparentemente oggettiva” difficoltà. In questi casi la “voce del bambino” può assumere una connotazione di flebilità patologica, che può indurre disperata rassegnazione nella famiglia e negli operatori. Ma essa può essere anche ascoltata come quella di un soggetto comunque “socialmente anche forte”: l’ esperienza di un trentennale lavoro su uno stesso territorio ci ha consentito di applicare e di verificare le potenzialità di un approccio che possiede variegate forme di trasmissione di “empowerment”, a partire da un approccio basato sulle applicazioni delle risorse offerte dal concetto di autopoiesi (teoria dei sistemi chiusi), integrato con le ipotesi della cibernetica di secondo ordine e con la teoria della complessità.

Bibliografia

Ceruti M., *Il Vincolo e la Possibilità*, Milano, Cortina (2009);
Lapponi E., *Scuola e Servizi in una Prospettiva Ecologica*, in: Dinacci A. e Ursini I., (1991), *La Complessità Invisibile*. Napoli, Liguori (1991).

Passato e futuro dei servizi di Neuropsichiatria Infantile:meriti e limiti degli approcci *evidence based medicine*

Mauro Mariotti

Il lavoro si sofferma sui contenuti delle principali riviste scientifiche del settore di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sottolineando come in nessuna di queste sia presente in modo significativo l'approccio sistemico. Prevale una visione biomedica e le psicoterapie segnalano una forte e tradizionale presenza del modello psicodinamico assieme ad una forte ascesa del modello cognitivo comportamentale. Nel numero speciale del 2009 dedicato alle psicoterapie, la rivista ufficiale della Sinpia, società italiana di neuropsichiatria infantile, l'indice prevede l'indirizzo psicodinamico, quello cognitivo, la psicoterapia con i genitori (di indirizzo psicodinamico). Un secondo capitolo riguarda il trattamento psicoterapico di disturbi specifici: Ansia, disturbi di personalità, psicosi, DOC e DCA. Solo nei disturbi del comportamento alimentare si riconosce il ruolo di una behavioral systemic family therapy che è comunque, per la validazione, relegata al ruolo di utilità accessoria psicoeducativa. La rivista storica di Bollea, già infanzia anormale dal 1907, poi neuropsichiatria infantile ed attualmente per la direzione di Gabriel Levi "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", prevede varie sezioni: disturbi dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e riabilitazione, psicopatologia dello sviluppo e salute mentale, epidemiologia e infine psicologia clinica. Infine la rivista diretta da M. Ammanniti, N. Dazzi et al. centra l'attenzione sugli sviluppi della teoria dell'attaccamento. Appare evidente una sottorappresentazione dei modelli sistemici legata a vari fattori; mentre nel campo della tossicodipendenza e dei servizi sociali il modello si è affermato ed è culturalmente prevalente, nell'ambito della neuropsichiatria infantile sono prevalsi modelli centrati sulla malattia e sulla cura della stessa. A questo ha contribuito il diffondersi dei modelli epidemiologici e nosografici connessi alla centralità della definizione diagnostica ed all'idea della cura come risoluzione del sintomo al di là e con scarsa rappresentazione e mentalizzazione del significato del contesto e di come lo stesso nel coping con la malattia lo può sostenere, rinforzare se non in taluni casi esserne addirittura generativo. Se negli anni 70 con la deistituzionalizzazione il modello sistemico ha potuto rappresentare con forza i suoi valori generativi e propulsori di cambiamento, con gli anni 2000 è venuta meno la capacità di rispondere all'imperativo pragmatico (ironicamente alla base del modello sistemico) di valutare e validare i risultati dei propri interventi. I criteri stringenti della evidence medicine richiedono che vengano seguite delle linee guida, che ci sia una valutazione di efficacia spesso provveduta dalle pubblicazioni scientifiche e dalle peer review con relativo consensus. Le linee guida nazionali e internazionali relative alle malattie mentali sono oltre 260 ed in queste il ruolo riservato alla sistemica è irrilevante. La parola sistemico non è riconosciuta dal motore di ricerca che ti chiede "do you mean ischemic?". La famiglia diventa significativa nel campo psicosociale e si ammette che dovrebbero essere attivati canali adeguati per costruire uno stile di vita familiare adatto a ridurre lo stress. Questa premessa per dire che se i servizi di neuropsichiatria infantile sono stati portati fuori dagli ospedali e dagli istituti negli anni 70, oggi stanno tornando dentro gli ospedali e dentro gli istituti. L'approccio farmacologico cresce (vedi linee guida adhd) assieme a modelli evidence based che privilegiano la medicalizzazione del sintomo e mettono in secondo piano il significato relazionale e sistemico dello stesso. Il futuro della neuropsichiatria infantile è di essere relegata dentro gli ospedali per fare diagnosi delle malattie di base neurologica e impostare cure riabilitative centrate principalmente sulla riduzione dell'espressione sintomatologica. Oggi occorre sviluppare un movimento che superi la neuropsichiatria infantile che non rappresenta più un modello di riferimento per gli interventi a favore dello sviluppo psicoaffettivo dell'infanzia e dell'adolescenza, lasciando alla stessa la titolarità degli interventi specialistici medici sulla malattia biologicamente determinata. Il ruolo assunto dagli psicologi e dalle altre professioni tra cui in particolare lo psicoterapeuta ha necessità di essere rappresentato anche a livello narrativo affermando un modello ecologico di sanità per l'infanzia e la famiglia.

Bambini eterni. Suoni di crescita.

Francesco Martinelli

Viene affrontato il problema di come individuare e favorire il superamento dei momenti in cui il bambino disabile si trova, assieme alla sua famiglia ed ai vari Servizi di cui ha potuto usufruire, a riconoscersi ed essere riconosciuto come ragazzo prima e adulto poi. Partendo dal presupposto sistemico che l'handicap va considerato come un evento-informazione attorno a cui la famiglia e le varie società-istituzioni, di cui il disabile ha diritto da una parte e necessità dall'altra, si costruiscono significati che posso-no favorire o inibire la crescita delle persone: del disabile, dei suoi fratelli sani, dei suoi genitori e dei vari operatori.

Tra la fine degli anni 70 e 80 avevamo individuato nel passaggio dalla scuola dell'obbligo ad "altro" il momento cruciale. Momento in cui la perpetuazione del bambino eterno poteva consolidarsi, o in cui anche al disabile ed alla sua famiglia veniva riconosciuto, attraverso la messa in azione di una adeguata strumentazione educativa, formativa, sociale, abitativa e professionale e una congruente autonomia affettiva, non solo il diritto, ma la possibilità esistenziale di prepararsi, come tutti, a vivere da adulti.

L'uso di quello che sarebbe diventato il nostro test delle relazioni familiari G M e una ricerca mirata a cogliere gli aspetti che favorivano o meno l'attuazione del diritto allo sviluppo del disabile e dei suoi familiari, ha permesso di "vedere" quando la disabilità diventava il membro dominante della storia familiare ed istituzionale, e di ricercare strumenti che potessero neutralizzare questa funzione paralizzante della disabilità.

Siamo così pervenuti ad una considerazione "polifonica" degli interventi adeguati a permettere e favorire lo sviluppo del disabile. Questo ci ha portato a non essere più solo terapeuti centralizzanti, ma "consulenti" al servizio di educatori, assistenti, terapisti della riabilitazione, volontari, familiari, datori di lavoro e Uffici di inserimento lavorativo, cooperative. Centrale diventa, in questi "suoni" dove la musica non è più psicoterapeutica, ma riabilitativa nei contesti dell'esistenza quotidiana, la continua analisi delle varie costellazioni relazionali che il disabile, come ragazzo e adulto, costruisce, subisce e modifica, con gioia e tristezza, ansia e fatica.

Altrettanto centrale diventa il riconoscimento e il sostegno degli operatori che quotidianamente aiutano il disabile a "vivere". Metteremo qui l'accento soprattutto sulla differenziazione dei contesti come strumento di intervento.

Bibliografia

Gandolfi M., Martinelli F., (2008), *Il bambino nella terapia. Un approccio integrato alla diagnosi e al trattamento con la famiglia*, Erickson, Trento.

Gandolfi M., Martinelli F., (2009), La conversazione ritrovata. Esperienze di terapia familiare con bambini autistici e le loro famiglie. *Terapia familiare*, 91: 105-120.

La separazione parlata dai bambini

Costanza Marzotto

I bambini vogliono bene a tutti e due i genitori
ed è difficile tifare per uno dei due!
(Maria 9 anni, Treviso 2007)

La transizione della separazione o del divorzio coinvolge a diverso titolo più soggetti e diverse generazioni: non solo un padre e una madre decidono di interrompere la convivenza - evento che è accompagnato da elevata conflittualità, sofferenza e speranza in un futuro migliore – ma nonni, parenti e figli vivono questo cambiamento spazio temporale con sentimenti ed emozioni molto forti.

La nostra esperienza come mediatori familiari formati secondo il modello “relazionale simbolico” , operanti presso il Servizio di psicologia clinica per la coppia e la famiglia dell'Università Cattolica di Milano, ed attivi in altri centri italiani pubblici e/o di terzo settore, ci ha portato ad offrire ai figli di genitori separati una risorsa specifica per loro denominata *Gruppo di parola*.

Si tratta di un dispositivo di 4 incontri di due ore ciascuno, seguito da un colloquio con la coppia genitoriale, in cui un adulto affidabile ascolta i figli di coppie divise, e permette loro di “mettere parola” su quanto avviene in casa. Come scriveva Françoise Dolto (1988) “quando i genitori si separano le difficoltà incontrate dai bambini nel loro sviluppo sono di ordine inconscio”, ovvero restano non sapute e non elaborate, fino a quando un bambino non trova un luogo e un tempo dove poterle riconoscere. A volte queste occasioni possono essere rappresentate – oltre che dai genitori capaci - da insegnanti, specialisti psico sociali o da pari”.

Nel mio intervento intendo presentare i punti salienti della sperimentazione in atto e gli esiti di una prima ricerca condotta dalla nostra equipe, a partire da una riflessione sui primi 20 gruppi realizzati nel Nord Italia tra il 2007 e il 2009, allo scopo di mettere in evidenza la dimensione clinica e la dimensione preventiva di questo strumento assai utilizzato in Canada e in Francia da altri colleghi professionisti impegnati nell'intervento con le coppie divise e le famiglie ricostituite

In particolare – dopo una breve illustrazione della metodologia e degli strumenti utilizzati con il gruppo, secondo la metodologia dell'analisi del contenuto - esamineremo le parole utilizzate dai partecipanti per condividere l'esperienza della separazione con i propri coetanei (6-12 anni) e per dialogare con il gruppo degli adulti (padri e madri separati, risposati, nuovi genitori a loro volta, ecc.).

Marzotto C. 2010, (a cura di) , *Gruppi di parola per figli di genitori separati*, Vita e Pensiero, Milano

6 buone ragioni per includere i bambini nei diversi percorsi

Lia Mastropaolo

La relatrice nel lavoro di molti anni con le famiglie, si pone in posizione critica verso due diffuse concezioni dell'infanzia che condizionano il modo di entrare in relazione e di lavorare con i bambini negli incontri familiari. Nella consapevolezza che i bambini vivono in un mondo di pensieri, emozioni e giudizi che spesso non esplicitano per timore di turbare gli adulti, ma che fa loro assumere posizioni definite, la relatrice nel riconoscere i bambini come soggetti pensanti, che giocano una parte importante nelle relazioni, presenta la metodologia usata per garantire loro il diritto a partecipare alla vita della famiglia anche in situazioni di problematicità e di crisi, e per tutelarli allo stesso tempo.

Definisce modalità di partecipazione e di relazione con i bambini che individua nella terapia, nella mediazione e nell' "intervento per il cambiamento", secondo la metodologia della Scuola Genovese, prassi differenti che utilizzano tecniche e modalità di conversazione adeguate e specifiche per affrontare il loro disagio.

Nella mediazione e nell' "intervento per il cambiamento" con la finalità di fare partecipare i bambini solo ad alcuni momenti degli incontri familiari affinché rielaborino i conflitti, siano sollevati dalla responsabilità in cui spesso si trovano coinvolti e possano esplicitare quanto, in genere, viene confinato nel sommerso e nel non detto, seppure da loro vissuto. Includerli al primo incontro ha lo scopo di escluderli da terzi nel conflitto di coppia.

Nella terapia invece il bambino diventa parte integrante del percorso perché l'obiettivo è rendere la comunicazione familiare il più possibile chiara e funzionante interrompendo i circuiti di malessere. Tuttavia la struttura degli incontri prevede una possibile suddivisione in sottosistemi, ad esempio un lavoro mirato sui fratelli o sui genitori, che permette di dare spazio ad esigenze diverse per riconnetterle nell'intervento congiunto finale (vedi articolo "Terapie fluttuanti").

La relatrice esporrà le modalità di lavoro con i bambini accompagnate dalla presentazione di alcuni casi, per evidenziare specifiche differenze metodologiche nell' intervento di terapia, in quello di mediazione e nell' "intervento per il cambiamento".

Bibliografia

Mastropaolo, L. "[Interculturalità, lavoro di rete e mediazione familiare](#)" in Connessioni n°4 1999 tradotto in spagnolo e pubblicato in Redes numero 5, Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, ed. Paidós (1999). in

www.scuolagenovese.org

Mastropaolo, L. & Gaspari, G. "[Le terapie individuali, le terapie "fluttuanti". Riflessioni di due psicoterapeute sistemiche sulla loro pratica clinica](#)" in Connessioni n 20, 2008 in www.scuolagenovese.org

L'esperienza del Progetto Migranti nell'Asl città di Milano e le specificità degli adolescenti stranieri non accompagnati

Barbara Dal Lago, Rossana Mazzoni, Giovanna Pizzinato

Il Progetto "Migrazione e disagio psichico in età evolutiva e nell'adulto", avviatosi nell'ottobre del 2008, è nato nel tentativo di rispondere ai bisogni di soggetti in età evolutiva e giovani adulti migranti che presentano un disagio psichico. Il progetto si è individuato partendo dall'osservazione di alcuni elementi di complessità e criticità: la costante crescita della popolazione straniera, l'aumento di accessi ai servizi Uonpia di utenza migrante, il verificarsi di numerosi drop out, difficoltà diagnostiche e terapeutiche, la presenza di molti interventi ma non sempre coordinati tra loro sono solo alcuni degli aspetti che hanno portato a cogliere la necessità di interventi più specifici e di un coordinamento istituzionale e interistituzionale. Il Progetto Migranti coinvolge diversi enti e servizi del territorio della ASL città di Milano: 7 UONPIA, DSM - A.O. Niguarda Ca' Granda, Istituto di Ricerca Mario Negri, vari Servizi del Comune di Milano e della ASL Milano - Terzo settore, Provincia di Milano con l' Ufficio Scolastico Provinciale, l'Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria". Il progetto si articola in tre sottoprogetti; di cui il primo dedicato all'analisi epidemiologica al fine di raccogliere ed analizzare i dati sull'utenza che affrisce a tali servizi; il secondo è rivolto ai minori inseriti a scuola, in genere con un nucleo familiare, prevalentemente con difficoltà nell'area del comportamento, dell'apprendimento e disabilità. Il terzo sottoprogetto è rivolto alle specificità dell'area dell'adolescenza e dei giovani adulti e ha in corso diverse attività e azioni che cercano di far fronte in modo più organico ad importanti criticità. L'intervento è volto ad approfondire le specificità che caratterizzano gli adolescenti stranieri non accompagnati la cui comprensione appare fondamentale per un'adeguata progettazione: gli adolescenti non accompagnati che giungono al servizio UONPIA generalmente presentano delle fragilità dovute allo sradicamento dal proprio paese di origine in una fase evolutiva delicata, l'adolescenza. A questi aspetti, che si caratterizzano nei termini di trauma migratorio, si aggiunge il forte mandato familiare in termini di adultizzazione e autonomizzazione quindi si ritrovano frequentemente in un contesto che non solo non consente di soddisfare le richieste familiari in termini di trovare un'occupazione lavorativa ma richiede loro di adattarsi ad una realtà in cui le forti spinte di autonomizzazione devono essere notevolmente ridimensionate. L'intervento poi approfondisce come il servizio UONPIA si è riorganizzato, per rispondere a bisogni specifici, attraverso la strutturazione di un'equipe multidisciplinare e flessibile e descrive le principali azioni in corso a livello interistituzionale in particolare il lavoro con Il Pronto Intervento del Comune di Milano e le Comunità socio-educative.

Lo strumento del gruppo con gli adolescenti adottivi

Gregorio Mazzonis e Francesco Vadilonga

Presso il CTA di Milano, da diversi anni lavoriamo con gruppi di ragazzi adolescenti adottivi. Si tratta di esperienze rivolte a ragazzi adottivi che non presentano sintomi di rilevanza clinica, finalizzate a incrementare il loro livello di consapevolezza ed accettazione della propria identità di adottivi in un periodo del loro ciclo vitale caratterizzato da una marcata fragilità e in cui il confronto con l'altro acquista un valore nevralgico. Lo spazio del gruppo, omogeneo rispetto alla condizione di essere adottivi, si rivela infatti un contenitore protetto, che favorisce una maggiore capacità di condividere emozioni e pensieri rispetto ai contesti aggregativi spontanei e familiari. Nella sua funzione attivante e stimolante in relazione all'identità di adottivi questa modalità di lavoro si è rivelata nella nostra esperienza forse più efficace con gli adolescenti rispetto ai tradizionali setting terapeutici, individuali o familiari. Durante la sessione vorremmo condividere, anche attraverso la presentazione di materiale video, tali percorsi, i risultati che determinano e i presupposti teorici che li sostengono.

Vadilonga F., Brunetti S., Mazzonis G., Rangone G., Il lavoro di gruppo con preadolescenti e adolescenti adottivi, in Vadilonga F. (a cura di) *Curare l'adozione*, Milano, Cortina, 2010, pp. 239-252.

Rangone G., Mazzonis G., Vadilonga F., Adozione e adolescenza, in Vadilonga F. (a cura di) *Curare l'adozione*, Milano, Cortina, 2010, pp. 115-129.

Bambini malati: dal problema determinato dal sistema, al sistema determinato dal problema.

Maria Franca Miola, Martine Vallarino.

La sofferenza crea dolore, il dolore crea sofferenza.

La sofferenza del bambino rappresenta sempre un evento critico che costringe il sistema familiare a un processo di riorganizzazione dei rapporti e delle relazioni. Se il bambino manifesta un problema, nello stesso problema c'è un'area di competenza : le parole e le comunicazione non verbale del bambino consentono di comprendere come “danza la famiglia” e suggeriscono quali possono essere gli interventi più indicati per far sì che il sistema possa riorganizzarsi in maniera più funzionale e soddisfacente per ognuno dei suoi membri.

Partendo da tali riflessioni verranno presentati alcuni principi teorici dell'approccio sistemico nella presa in carico familiare della sofferenza dei bambini, nel reparto ospedaliero di pediatria.

Seguirà la presentazione di alcuni casi clinici esemplificativi del processo di cura; nello specifico nell'area dell'obesità, della cefalea tensiva, la disuria e nell'attacco al sé corporeo. Verranno riportate inoltre delle note relative al progetto Sintonie, attivato nel 2004 dal CTA di Milano (Centro di Terapia dell'adolescenza) e l'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, rivolto ai bambini con patologie fisiche croniche e le loro famiglie.

Tutto ciò permetterà di evidenziare come sia avvenuto nel tempo il passaggio da un modello di trattamento dei sintomi a un modello di lavoro con le relazioni, che sottendono e determinano l'espressione sintomatica del bambino.

Andolfi, M. (1977) *La terapia con la famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini
Minuchin, S.; Fishman, H.C. (1982) *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini

Scubidu': un'esperienza di gruppo con bambini in affido

Elisabetta Molinari, psicologa, psicoterapeuta

U.O. Assistenza Psicologica di Base, AUSL Piacenza

Nell'intervento è presentata l'esperienza pilota realizzata a Piacenza, dal 2008 al 2010, nel contesto delle azioni di riqualificazione del percorso affido, all'interno del Progetto Distrettuale affido. La sua progettazione è stata realizzata dal Gruppo Tecnico Distrettuale affido, composto da appartenenti a: AUSL, Centro per le famiglie, Servizio Minori Comune, Associazione "Dalla Parte dei Bambini". L'intero percorso è stato supervisionato dal C.T.A. Di Milano. Approvato nell'ambito del Piano di zona triennale, ha usufruito di finanziamenti regionali e comunali. Nell'ambito della tutela dei bambini l'affido può corrispondere al forte bisogno di sperimentare legami sicuri con figure di riferimento affettivamente vicine; tuttavia la complessità della nuova situazione rischia di cronicizzare il malessere che spesso non ha modo di essere mentalizzato dai bambini: spesso la loro difficoltà a parlarne, a chiedere spiegazioni, collude con quella speculare degli adulti: operatori, famiglia d'origine e affidataria.

L'idea progettuale: il gruppo, costruito e realizzato in via sperimentale, centrato sulla condivisione di temi peculiari dell'affido, avrebbe potuto contribuire al rinforzo dell'apertura sociale dei bambini, incrementandone l'autostima; la complessità del gruppo, con la pluralità delle prospettive individuali avrebbe potuto stimolare la comprensione della complessità dei significati dell'affido; la valenza del gruppo dei bambini sarebbe stata amplificata dal coinvolgimento in un percorso parallelo del gruppo degli affidatari.

Hanno partecipato al gruppo otto bambini della fascia di età 6-10 anni, inviati dalle équipe territoriali costituite da assistente sociale e psicologo. I criteri di esclusione sono stati: affido parziale, sintomatologie e patologie gravi, affido giudiziale, situazioni con procedimenti penali aperti, mancato consenso del tutore o del genitore a partecipare al gruppo, mancanza di motivazione alla partecipazione da parte dei bambini informati della finalità del gruppo. Il gruppo è stato condotto dalla coppia educatrice-psicologa. Gli stimoli espressivi utilizzati come strumento-stimolo alla condivisione sono stati il disegno, il collage. La produzione ha veicolato l'espressione di vissuti, emozioni, paure, desideri. Dalle elaborazioni del gruppo dei bambini sono emerse varie preziose istanze riguardanti i vissuti peculiari del contesto di affido. Il progetto ha raggiunto gli obiettivi, rappresentando un'importante esperienza di curiosità, condivisione e costruzione di significati per operatori, famiglie affidatarie e minori.

La consulenza tecnica tra clinica e ricerca: la cura della riorganizzazione familiare e la continuità delle relazioni

Marina Mombelli

La Consulenza Tecnica d'Ufficio nei casi di separazione e divorzio si caratterizza oggi sempre più non solo come strumento valutativo, ma anche come mezzo attraverso il quale orientare la famiglia nei passaggi della transizione ad una necessaria riorganizzazione familiare, promuovendone il percorso nella direzione di un affidato condiviso.

I risultati di una recente indagine sugli effetti dei percorsi di consulenza tecnica e di mediazione familiare indicano che laddove il CTU si pone come **guida** di un unico "gruppo di lavoro" piuttosto che come **arbitro** di due "schieramenti opposti", e se viene investito di fiducia da parte dei soggetti, può diventare un vero e proprio facilitatore e attivatore di cambiamento per favorire la continuità dello scambio generazionale pur nella difficile e imprevedibile. Nell'indagine citata inoltre risulta, da parte dei genitori che hanno seguito il percorso di CTU, che nitido è il ricordo degli **strumenti utilizzati** relativi al "fare insieme" ("disegni", "fotografia", "gioco"). L'incontro con i bambini e i ragazzi nel percorso di consulenza tecnica infatti avviene all'insegna di un loro coinvolgimento attivo nella interazione con il/i genitore/genitori, al fine di individuare dimensioni e significato delle relazioni tra genitori e figli, di definire progetti di continuità possibili ed evoluzioni prevedibili ed auspicabili. L'osservazione diretta dell'interazione tra i membri della famiglia permette di avere informazioni più obiettive, e allo stesso tempo proponibili al giudice, riguardo l'effettivo funzionamento della famiglia, consentendo di individuare possibili risorse o criticità per i figli minori. In tal senso strumenti consolidati sono quelli che favoriscono la rilevazione dell'azione familiare e rivelano le strategie organizzative peculiari del sistema familiare, i sottesi processi di attribuzione di significati che caratterizzano la fase di vita che la famiglia sta attraversando e le risorse interne ed esterne a cui essa può attingere (es. sceno-test, "progettate qualcosa insieme", test della doppia Luna). Anche il disegno congiunto risponde alla esigenza di osservare la famiglia in azione ma permette in più di vedere e di comprendere come l'intero nucleo familiare, figli ed entrambi i genitori, si incontrano in un compito pratico come la creazione di un disegno e, grazie a questo, mostrare come si incontrano e si incastrano i bisogni e le aspettative del singolo. Il disegno rappresenta dunque un prodotto comune della famiglia che, oltre ad essere fonte di numerose informazioni, può essere utilizzato anche durante il lavoro peritale come spunto di riflessione per i genitori.

L'analisi dei dati mette in luce come il percorso di CTU possa costituire una possibile area di transizione che rende almeno "pensabile" la condivisione della genitorialità.

BAMBINI ED IPOTESI SISTEMICA: l'uso di “Tecniche di Impatto” per il coinvolgimento dei bambini nel lavoro terapeutico.

Andrea Mosconi

L'Ottica Sistemica, per il modello pragmatico sottostante, offre il grande vantaggio di essere molto aderente alla vita vissuta dalle persone. La costruzione dell'Ipotesi Sistemica sul gioco familiare passa inevitabilmente attraverso il racconto della/e storia/e vissuta insieme dalle persone coinvolte. Essa resta, tuttavia, un'elaborazione ad un metalivello della storia stessa, fatta al fine di astrarne alcune regole di relazione cui connettere i problemi presentati. Tale passaggio può comportare un problema di linguaggio per chi, come i bambini, non abbia ancora sviluppato la “funzione riflessiva” (Fonagy, Target 2001) in modo sufficiente. Tale situazione richiede da parte del terapeuta un'attenzione particolare. L'intervento intende portare alcune esperienze in cui l'utilizzo di “Tecniche di Impatto” (Beaulieu 2006) e/o una buona costruzione della conversazione terapeutica (Mosconi e coll. 1996) vedono i bambini farsi co-costruttori dell'intervento.

- Beaulieu D. (2006) *Tecniche d'impatto* Franco Angeli, Milano
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, (a cura di Vittorio Lingiardi e Massimo Ammaniti), Raffaello Cortina, Milano.
- Mosconi, A., Castellani, A., De Maria, L., Gonzo, M., Sorgato, R., Tirelli, M., Tomas, M., Zago, E. (1996) *Come costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario di interventi sistemici con alcune ipotesi sul suo utilizzo*. *Terapia Familiare*, 50: 25-41

“Parlare ai bambini delle difficoltà psichiche dei loro genitori. Come?”

Valeria Pomini,

Dipartimento di Psichiatria Università di Atene

Unità di Terapia Familiare e della Coppia – Ospedale Eginition

Come spiegare ai bambini e agli adolescenti il problema psichico di un genitore? Come affrontare le loro paure e ansie in modo adeguato alla loro età? Nella maggior parte dei casi i servizi psichiatrici che prendono in cura il genitore, tranne nei casi di abuso e/o abbandono, non prendono in considerazione il modo in cui i bambini vivono il problema, le ripercussioni sul loro sviluppo psico-fisico, né il ruolo di cura che spesso e prematuramente assumono in famiglia. Neppure i servizi per l'età evolutiva normalmente offrono supporto ai minori figli di pazienti psichiatrici, se non esistono evidenti scompensi psico-emozionali nei bambini. Nell'aiuto dato a genitori con problemi psichici e con figli minori si crea spesso un vuoto di supporto a questi ultimi, lasciati soli a trovare risposte a quesiti difficili circa la natura dei problemi, le loro cause e le possibili soluzioni.

Verrà presentato un modello di dialogo con i bambini e le loro famiglie, con particolare riferimento al lavoro svolto da Alan Cooklin al Camden & Islington Mental Health & Social Care Trust di Londra.

La depressione nei bambini:

esiti di una ricerca europea sull'efficacia degli interventi psicoterapeutici

Valeria Pomini

Dipartimento di Psichiatria Università di Atene

Vlassis Tomaras

University Institute of Mental Health Research (UMHRI), Atene

La presentazione riguarda una ricerca policentrica condotta in tre capitali europee (Londra, Helsinki, Atene) allo scopo di valutare l'efficacia di due modelli di psicoterapia nel trattamento della depressione in bambini ed adolescenti.

Un totale di 72 ragazzi fra i 9 e i 14 anni con diagnosi di depressione da moderata a severa furono assegnati con procedura casuale ad uno dei due tipi di trattamento: Terapia Sistemica Familiare e Terapia Individuale Psicodinamica (FT e IPP), entrambi condotti in contesti clinici "naturalisti" e supportati ciascuno da un manuale di conduzione della terapia e delle sedute.

L'assessment clinico e psico-sociale si svolse prima della terapia, alla fine e al follow-up dopo un periodo di sei mesi. La durata della terapia si collocava fra gli 8 e i 10 mesi.

Verranno presentati i risultati della ricerca riguardo ai cambiamenti nel quadro clinico dei ragazzi e nella sfera psico-sociale. Entrambe le terapie si sono dimostrate essere trattamenti efficaci per la depressione nell'infanzia e nella prima adolescenza.

Il bambino belligerante: dalla richiesta d'amore insoddisfatta all'attacco violento.

Flavia Previtali e coll.

Il nostro contributo prende le mosse dall'osservazione di ridondanze in alcune situazioni familiari in cui si presentavano comportamenti "violenti" dei figli nei confronti di un genitore, prevalentemente la madre.

Presenteremo quindi alcune riflessioni a partire dal materiale emerso nel nostro lavoro come psicoterapeuti sistemici presso un C.T.F dell'Asl Città di Milano, ora in dismissione.

Il Trattamento familiare che possiamo definire nei termini di una "consultazione familiare", è risultato connesso con il complesso sistema dei servizi coinvolti nella gestione delle situazioni.

La richiesta spontanea o di altri servizi segnalava un'alta frequenza di "comportamenti violenti" agiti da figli nei confronti di genitori o anche nei confronti di compagni di scuola.

Il contributo esperienziale e metodologico presentato dal dott. Roberto Pereira in un suo seminario a Milano presso E.I.S.T ci ha sollecitato a sistematizzare le nostre premesse.

Si discuteranno quindi con i partecipanti alla sessione di lavoro due "casi" : un bambino di 9 anni belligerante contro tutti e contro tutto e un caso inviato dal SVD (Servizio violenza domestica) della Clinica Mangiagalli di Milano.

In tutti e due i casi il percorso di "consultazione familiare" che aveva preso le mosse dalla definizione dei comportamenti dei figli come "violenti" ha esitato in una ristrutturazione di significati dei comportamenti agiti.

Il disegno per scoprire con i bambini i segreti della cura

Vanna Puviani

Con il movimento frenetico l'urlo e l'agitazione, con il mutismo e l'ostinazione, con una scrittura illeggibile, confusa e disordinata, con l'isolamento e il rifiuto, con la provocazione ... con ognuno di questi comportamenti c'è un bambino che domanda attenzione e cura.

Come trasformare il sintomo in simbolo? Le brutture dei drammi subiti nella bellezza della propria iniziativa?

Questa presentazione ha l'obiettivo di illustrare alcune storie d'amore, di bambini che cercano i loro genitori e di genitori distratti, che si sono persi prima di farsi ritrovare.

E' l'illustrazione di nuovi metodi di cura con il disegno, sia con il bambino che con l'adulto.

Al bambino proponiamo dieci incontri dove ogni volta c'è la nostra proposta di un tema-simbolo mirato e la sua risposta con gesti che raccontano, linee che si muovono e colori che danno forma e vita agli oggetti e ai personaggi che egli ospita nel suo foglio.

All'adulto offriamo la possibilità di raccontarsi tramite le immagini, per guardare in maniera anche nuova, cioè creativa, le relazioni che i famigliari hanno tra di loro e con la propria casa, per rendere visibili le vicinanze le distanze, le presenze e le assenze e così poterle trasformare.

Bambini e adulti con un ruolo attivo, tutti alla ricerca della propria storia, per sapere 'di chi si è', per ritrovare l'intimità della propria casa e dei propri affetti e l'immensità delle proprie passioni.

Ogni persona diventa l'artefice della propria guarigione, per dirla con Bateson.

Un viaggio immaginativo con un potenziale trasformativo così alto sia per l'azione dinamica del simbolo sia per l'immagine che si crea, che essendo esterna diventa un terzo oggetto e stimola quindi una alleanza prodigiosa terapeuta-paziente, che insieme guardano l'immagine che a sua volta suscita racconti ed altre immagini ancora. Come se questa relazione 'buona' potesse essere generativa di altre relazioni di complicità e intimità tutte da rivisitare e riconoscere, per creare nuovi ruoli di genitori e di figli.

Il disegno non da interpretare ma usato per raccontare e comunicare che diventa autorivelazione.

I due testi qui indicati attraverso testimonianze e proposte mostrano questo itinerario immaginativo sia con il bambino che con l'adulto per illustrare i fattori terapeutici propri della Psicoterapia non-verbale che si integrano con i fattori terapeutici delle Psicoterapie verbali.

Puviani V. (2006), *Le storie belle si raccontano da sole. Il disegno per comunicare con il bambino e per curare le sue ferite*, Bergamo, Edizioni Junior.

Puviani V. (2010), *Il canto della luna. Quando la psicoterapia si fa poesia*, Roma, Armando.

Segreti familiari: appartenenza, discontinuità, identità.

Gloriana Rangone. Centro CTA – Scuola IRIS Milano

I cambiamenti in atto nel nostro contesto sociale disegnano un quadro complesso, all'interno del quale accade che con crescente frequenza i bambini si trovino a doversi muovere su scenari familiari differenti e caratterizzati da discontinuità. Anche quando, come nel caso dell'adozione o dell'affido, l'inserimento nel nuovo contesto familiare sembra configurarsi prevalentemente per il bambino come un "guadagno", è insito nel cambiamento un aspetto di "perdita" che va riconosciuto e trattato. Anche nel caso delle famiglie ricostituite dopo la separazione dei genitori, è possibile che il bambino usufruisca nella nuova sistemazione di un contesto di vita più sereno: tuttavia anche in questi casi il bambino non può non sperimentare un aspetto di "perdita". La discontinuità e la pluralità delle appartenenze possono arricchire e rinforzare l'identità o viceversa incidere negativamente sulla sicurezza, sulla stima di sé, sul senso di autoefficacia. Il compito degli adulti protagonisti di questi processi è quello di garantire l'apertura comunicativa con i bambini, aiutandoli a costruire una cornice di senso intorno al processo nel quale sono immersi e a pensare la propria storia a partire da dati di realtà che non possono essere distorti o celati per un malinteso senso di protezione.

L'idea che i segreti facciano male non è nuova nel mondo sistemico. E' opinione dell'autrice che questo assunto vada ripreso e meglio declinato all'interno delle sfide che vengono poste ai terapeuti e, in generale agli operatori, dai cambiamenti in atto nelle famiglie, dalle nuove forme di genitorialità, dai problemi emergenti in tema di paternità e maternità.

Bibliografia

Brodzinsky, D.M., Palacios, J. (2005) (a cura di), *Psychological Issues in Adoption. Research and Practice*. Praeger Publisher, New York.

Rangone, G. (2008), "Fatti e misfatti della presa in carico terapeutica delle situazioni complesse. Riflessioni sul metodo". In *Terapia Familiare*, 86, pp.5-23.

Il contributo delle neuroscienze e degli studi sulla mentalizzazione agli interventi sulle situazioni complesse

Laura Rocchietta Tofani

Psicologa Psicoterapeuta, Servizio di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 4, Ivrea (To)

L'intervento propone di riflettere su premesse generali a cui fare riferimento negli interventi sistemici su situazioni e contesti caratterizzati da alta fragilità e vulnerabilità dei minori.

Con un atteggiamento attento a trattamenti evidence-based, su quali evidenze può essere utile impostare gli interventi di valutazione ed aiuto?

Viene proposta la analisi del contributo da un lato degli studi sullo sviluppo neuro-evolutivo(Perry B., Siegel D., van der Kolk B.) e dall'altro gli elementi che derivano dagli studi sulla mentalizzazione(Fonagy). Tali contributi aiutano a concettualizzare il danno che frequentemente si osserva nelle situazioni di maggiore compromissione dei minori rispetto allo sviluppo emotivo e cognitivo in situazioni a problemi multipli e di più grave pregiudizio.

Verranno brevemente delineati gli aspetti concettuali di base delle due aree di contributo teorico su indicate. Successivamente verranno tratte alcune indicazioni utili per chi opera con approccio sistemico sia rispetto all'intervento con il singolo bambino/ adolescente, sia con un nucleo bambino/caregiver, all'interno di interventi in rete con altri Servizi Sanitari o altre Istituzioni.

La riflessione proposta si situa all' interno della ricerca di una integrazione almeno concettuale tra il pensiero sistemico e altri paradigmi di recente sviluppo utili per il terapeuta sistemico-familiare per la valutazione del danno e per la impostazione del percorso dei cura . Si tratta infatti di migliorare l'efficacia dell'intervento in casi in cui è spesso limitato l'impatto costruttivo dei percorsi terapeutici intrapresi.

Strumenti diagnostici nel lavoro con i bambini integrabili con il lavoro con i genitori

Francesco Vadilonga

Spesso nei percorsi di cura familiare l'attività di terapia si focalizza sulle interazioni e sulla comunicazione tra i membri del nucleo familiare all'interno della seduta. I bambini vengono di fatto esclusi dalle sedute familiari e la loro conoscenza demandata a percorsi individuali con l'uso di strumenti diagnostici tradizionali (test proiettivi, disegni, ecc....).

La qualità della relazione genitoriale viene quindi inferita alla luce della storia del genitore o viceversa dai vissuti del bambino.

Nella relazione verrà mostrato come l'integrazione del modello sistemico con la teoria dell'attaccamento permette di comprendere in che modi ciascun genitore risponde ai bisogni del bambino (sensibilità, responsività, empatia....) e quanto la relazione con di coppia si costituisca come un fattore protettivo o di rischio rispetto a quella con i singoli genitori.

Verranno presentati alcuni strumenti integrati con la teoria dell'attaccamento (Story Stem, Sceno test) che consentono di coinvolgere il bambino nel percorso di cura familiare, immediatamente e in maniera attiva, restituendogli competenza.

I referenti principali del processo terapeutico non possono che essere i caregivers del bambino; pertanto nel coinvolgere i bambini bisogna rispettare il ruolo centrale del genitore, non sostituirsi a lui e non espropriarlo di competenze e conoscenze sul suo bambino.

Dobbiamo considerare la conoscenza che possiamo acquisire sul bambino come un modo per incrementare la consapevolezza del genitore rispetto al funzionamento psicologico del suo bambino, alle strategie adattive che ha sviluppato per far fronte ad esperienze sfavorevoli ed avversità incontrate nello sviluppo, ai suoi modelli mentali e alle sue rappresentazioni.

Tale conoscenza può essere utilizzata come una "mappa" di alcune delle aree di vulnerabilità del bambino, per guidare i genitori nelle potenziali difficoltà di navigazione. In alcune situazioni può essere più efficace e diretto non solo osservare, ma anche mostrare ai genitori come concretamente si comportano i loro figli, piuttosto che basarsi sulle loro descrizioni al riguardo. Si tratta di interventi focalizzati sull'interazione genitori-bambino volti a rendere i genitori più consapevoli delle strategie di attaccamento dei bambini, delle loro rappresentazioni e finalizzati a sviluppare la capacità di comunicare con i bambini e incrementare la mentalizzazione e la funzione riflessiva da parte dei genitori. Trasversale a molti degli interventi di sostegno alla genitorialità mutuati dalle applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento è il metodo del video-feedback che offre l'opportunità di stimolare nei genitori una maggior capacità di osservare i comportamenti del bambino.

Bibliografia

- Attili, G. (2007), *Attaccamento e Costruzione Evoluzionistica della Mente: Normalità, Patologia, Terapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Dallos, R. (2006), *Attachment narrative therapy. Integrating systemic narrative and attachment approaches*. Open University Press.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K., & Bates, B. (2001), "Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind". In *Child Development*, 72, pp. 1467-1477.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Norderberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (2001), "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults". In Franey, K., Geffner, R., Falconer, R., *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, Family Violence and Sexual Assault Institute, S.Diego, ca.
- Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (1996) (a cura di) *La tutela del minore*. Raffaello Cortina, Milano
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., Kaniuk, J. (2005), Change and continuity in mental representation of attachment after adoption. In Brodzinsky, D. M., Palacios, J. (a cura di), *Psychological issues in adoption*. Praeger Publisher, New York, p. 9.
- Stovall K.C., Dozier, M. (1998), Infants in foster care: An attachment theory perspective. In *Adoption Quarterly*, 2, pp. 55-88.
- Vadilonga, F. (2010) (a cura di) *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Raffaello Cortina, Milano
- Vadilonga F. (in corso di stampa). *La cura della famiglia d'origine: nuove forme di sostegno*. In Favretto M.R., "Affidamento familiare. Riflessioni, risultati di ricerca e resoconti di pratiche di intervento per la costruzione di una cultura sull'affidamento". Franco Angeli.
- Vadilonga F. (2008) *Il sostegno alla genitorialità alla luce della teoria dell'attaccamento*. In Atti del Convegno "Affido: Legami per crescere" - realtà, esperienze e scenari futuri" - Regione Piemonte <http://www.regione.pmn.it/polsoc/servizi/testi.htm>. 2008.

Onnipotenza, impotenza e proiezioni nel bambino in consulenza tecnica

Luisa Della Rosa

La consulenza tecnica è luogo relazionale di elevata complessità e significazione, proprio per questo è luogo di proiezioni intense. Queste proiezioni riguardano lo stesso consulente del tribunale, i consulenti di parte e, nel caso di famiglia in consulenza, adulti e bambini. Si tratta di attività proiettive che si esprimono con intensità e consapevolezze comprensibilmente e ragionevolmente diverse.

I bambini in consulenza tendono a vivere l'esperienza con una serie di variegate emozioni: ansia, timore del giudizio, vissuti di lealtà rispetto ai genitori, preoccupazione, e molto d'altro ancora.

Di particolare rilevanza appaiono i vissuti di onnipotenza e impotenza. Nel primo caso i bambini si sentono come potenti portavoce del destino familiare. Nel secondo caso possono sentirsi incapaci e mortificati in un contesto di cui spesso non comprendono il significato. Ciascuna delle due posizioni (che possono naturalmente alternarsi l'un l'altra) può comportare movimenti psichicamente distorsivi o addirittura di possibile danno iatrogeno per il bambino. La consulenza infatti pensata dal giudice per dare un vantaggio all'area più debole della famiglia, cioè i bambini, può trasformarsi in una condizione opposta di pregiudizio per loro.

Il CTU dunque deve essere responsabile custode di questa rischiosa possibilità. Molto è affidato alla sua esperienza e competenza per "rimettere" i bambini onnipotenti o impotenti in una relazione di realismo contestuale rispetto all'atto consulenziale.

Talvolta l'attività di un sapiente consulente è sufficiente a tutelare e proteggere i bambini. Ci sono però situazioni nelle quali l'esperienza familiare ha fortemente marchiato la mente infantile ed in questi casi il consulente può utilizzare i vissuti e i porsì dei bambini come elementi indicativi della competenza dei genitori dietro di loro.

Nel corso della relazione verranno esemplificati casi concreti e posti all'osservazione dei partecipanti significativi disegni e frammenti di dialogo riferiti dai bambini in consulenza.