

L'affidamento familiare dei bambini piccolissimi.

Attaccamento, relazioni primarie e sviluppo della personalità.

(Dante Ghezzi, Centro Tiama Milano, Scuola di psicoterapia Mara Selvini)

Nell'occuparci dei bambini piccolissimi che hanno bisogno di essere accolti in quanto i loro genitori, almeno per un certo tempo, non sono in grado di tenerli con sé in maniera adeguata, dobbiamo avere dei riferimenti di base che ci permettano pensieri e propositi corretti, adeguati alla serietà del problema.

Mi sembra utile iniziare da un'affermazione che, sembrando banale, in realtà è basilica. Ogni bambino è prima di tutto un figlio, nasce con questa qualità fondante e originaria. Ha quindi diritto primario a essere trattato come figlio. Questo diritto non viene mai meno e va reso applicabile tutte le volte in cui è possibile, usando pienamente le forze e le competenze disponibili. La prima applicazione di questo diritto è la garanzia delle cure primarie necessarie alla conservazione della qualità della vita fisica e psichica.

Se un bambino piccolissimo, anche neonato, viene collocato fuori dalla famiglia di origine e lontano dal caregiver naturale, ciò avviene proprio perché osservatori privilegiati ritengono che in questo contesto primario non possano per lui essere garantite, almeno per un certo tempo, le cure minime adatte a produrre una crescita sufficientemente armonica. Ciò avviene ogni volta che i genitori, in un certo preciso momento della vita del loro figlio neonato o infante, non vogliono o non sanno/possono crescere il loro bambino in condizioni tutelanti, anche quando convintamente affermano di essere in grado di farlo.

Le situazioni in cui si verifica questa condizione sono quelle di madri single a rischio, con vita gravemente disordinata, uso di sostanze, turbe psichiche, emarginazione sociale, mancanza di rete parentale/amicale, figli precedentemente allontanati,...; oppure di coppie genitoriali gravemente inadeguate e incapaci, per irrisolti problemi personali di ciascuno dei due, per conflittualità grave e pericolosa, per vita disordinata o caotica con comportamenti che segnalano inaffidabilità.

LE CURE PRIMARIE

Come ben sappiamo tutti i bambini hanno bisogno di cure primarie adeguate che si qualificano come accoglienza, accudimento, protezione. In particolare sono particolarmente delicati i primi periodi di vita in cui le esigenze dei bambini sono maggiori e non derogabili. Pertanto la qualità delle **cure** per i bambini piccoli è connessa col **tempo** della loro somministrazione (inizio precoce e durata certa). Il modo naturale e adeguato della somministrazione di cure si fonda sulla presenza garantita di rapporti parentali che permettano lo sviluppo di un legame privilegiato. Infatti per un piccolissimo bambino le cure primarie le fornisce opportunamente la figura che lo pensa, gli sorride, lo stringe, lo scalda, lo coccola, lo nutre, lo ascolta, lo consola se piange, ride con lui, lo incoraggia se inizia a parlare o camminare, lo monitora durante i capricci, lo loda per i progressi Chiamiamo caregiver colei/colui che dà le cure che fanno crescere. Cure che vanno appunto date da vicino e con costanza e stabilità.

In certe non facili situazioni, quali quelle sopra richiamate, le figure primarie naturalmente deputate alla crescita di un neonato o di un bambino di pochi mesi possono rivelarsi inadeguate, pertanto è necessario trovare rapidamente figure sostitutive per non danneggiare la crescita del piccolo. Un primo livello di intervento comunemente praticato è quello della collocazione della coppia madre-bambino in una struttura protetta, che permetta la conservazione del rapporto in luogo tutelante. Qualora una simile collocazione non si riveli possibile per indisponibilità della madre, un secondo livello di intervento ampiamente diffuso è oggi quella della collocazione del solo bambino in una piccola comunità specializzata sostitutiva pro tempore delle cure primarie venute a mancare.

Esaminiamo la prima situazione. Quasi sempre la scelta di collocare la coppia madre-bambino in struttura protetta viene messa in atto “per provare a vedere, supportandola con vicinanza e monitoraggio, se la madre ce la fa a recuperare competenze idonee alla crescita del figlio”. Ma è ormai ampiamente verificato che la scelta per “provare”, troppe volte vede la madre che abbandona il suo bambino, in quanto l’appoggio che le viene proposto non intacca le ragioni dell’incompetenza accuditiva (che pescano nella storia personale e in precedenti sofferenze non elaborate, perché la maggioranza dei genitori inadeguati non sono né matti né stupidi né cattivi) e non garantisce quel salto di qualità che renda la madre interiormente più solida e cosciente. Pertanto il bambino potrà restare anche a lungo in un luogo divenuto ormai inadatto: senza la madre e tra adulti turnanti che non garantiscono la presenza costante di un caregiver privilegiante. In verità la comunità madre-bambino è idonea nei casi in cui si prevede che “quella madre” abbia alte possibilità di superare la “prova” in quanto capace di fruire pienamente dell’aiuto che la struttura le fornisce. Non si tratta allora di una vera prova in quanto è già stato elaborato un progetto credibile di crescita e consolidamento del rapporto tra madre e piccolo in cui la collocazione del bambino con la mamma in luogo protetto è parte credibile di un percorso virtuoso.

La seconda tipologia riguarda la collocazione del solo bambino in una comunità specializzata nell’accudimento di neonati o di infanti, in quanto per un periodo prevedibilmente contenuto, la madre, o altro caregiver deputato, si sottrae o non è idonea alle cure del figlio. Occorre qui introdurre una osservazione e un giudizio. Dobbiamo osservare che troppo spesso il periodo di impossibilità di accudimento materno non è né di breve né di certa durata, per grave responsabilità previsionale degli operatori e per una sorta di privilegio lasciato all’adulto “che ha bisogno di tempo per decidere”, mentre magari non mantiene neppure la frequenza delle visite concordate al piccolo, facendogli mancare quel sottile filo di continuità che darebbe al figlio un contributo di reale benessere in un contesto di oggettiva speranza. Il giudizio, al di là della diffusione dell’uso delle comunità pur specialistiche per la cura di neonati o infanti pro tempore privi di cure primarie sufficienti, è netto: queste strutture non sono per nulla idonee al bisogno in quanto - per come sono organizzate, necessariamente sugli orari di lavoro adulto - comportano un turn over di personale che, pur dedicato e competente, impedisce a “quel bambino” di fruire delle cure costanti e privilegiate di cui ha necessità.

SAPER PENSARE IL PROPRIO BAMBINO.

Mara Palazzoli Selvini consigliava agli operatori psicosociali ed educativi: chiedetevi se quei genitori con cui parlate “hanno in testa i loro bambini”. Non solo se sono capaci di gestirli educativamente nella quotidianità, ma se li pensano, cercano di capire il perché di quel pianto, di quel capriccio, le origini o le ragioni di quella aggressività, la radici di quella timidezza, le cause di quel sentimento di rabbia o di paura, di quel silenzio, di quel comportamento insolito. Se i bambini sono pensati sono più facilmente capiti e correttamente curati e non cresceranno a caso; ciò vale maggiormente, è ovvio, per i piccolissimi. E' meno importante non fare errori; è più importante “pensare i figli”.

Mentalizzare è l'operazione di “tenere dentro di sé” la mente propria e altrui, cioè riuscire a rappresentarsi gli stati mentali (cognitivi ed emozionali) propri e altrui; averne consapevolezza. Nella famiglia che funziona ciò avviene perché i genitori fanno finta di non sapere di questa dimensione. Nell'affidamento familiare ben progettato e condotto ciò avviene altrettanto.

Perché non pensare, progettare, praticare, per i bambini piccolissimi sospesi nel tempo, per cui non è chiaro come sarà il futuro, degli affidi familiari-ponte che prevedano che il bambino sia accudito da due figure genitoriali temporaneamente sostitutive? Perché non garantire a questi bambini più sfortunati di essere pensati, di “stare nella testa” di qualcuno che li sa curare?

Le esperienze ci sono, da tempo a Torino in particolare nessun bambino che resta pro tempore senza cure primarie viene più collocato in comunità, ma senza eccezione tutti i bambini in queste condizioni vengono affidati a famiglie idonee ad accudirli anche per periodi brevi o medi. Questa buona prassi è applicata per alcune situazioni anche a Genova, a Milano e in altri contesti.

Perché scegliere di praticare affidi-ponte per bambini piccolissimi? Perché in attesa di decisioni da parte dei servizi socio-sanitari e della magistratura minorile riguardanti il futuro stabile di questi bambini, rientro con garanzie nella loro famiglia o presso la madre oppure definitivo passaggio all'adozione è scorretto lasciare un bambino che non dispone di caregiver sicuri in un limbo di attesa fino a che non si potrà definire un progetto per lui. Infatti una comunità per bambini piccolissimi se non è un luogo vuoto è un luogo troppo poco pieno di rapporti stretti. Sono le relazioni vicine e costanti che fanno crescere. E per piccoli ancor di più. Da subito un bambino ha bisogno di rapporti stretti, di essere pensato, di creare legami di attaccamento attraverso un buon accudimento. Prima lo curiamo con rapporti di accoglienza e meglio sta. Quindi se non può restare con la sua famiglia occorre che abbia, per il tempo necessario, dei genitori sostituti.

Che cosa ci dicono in proposito la letteratura e la ricerca? Esistono ricerche su bambini in situazioni familiari fisiologiche, oppure adottati dopo traversie preadottive, ovvero istituzionalizzati precocemente. Lo crederete? Quelli che stanno meglio sono i bambini cresciuti comunque in famiglia. (In specifico: Maltrattamento e abuso all'infanzia. N. 3, vol 15, novembre 2013, con la ricerca del gruppo spagnolo di Palacios).

Si conferma quindi che l'affido-ponte dei bambini piccolissimi è una importante risorsa. E allora, che si aspetta?

CREARE LEGAME.

Se c'è un rapporto vicino e profondo si costituisce un legame. Un legame primario e nutritivo non è impedimento a future relazioni, anzi crea ricchezza di base che le favorisce e le promuove. I legami originari di attaccamento dunque permettono lo sviluppo di altre possibilità di vicinanza, il costituirsi di altri legami. Richiamiamo le tipologie degli stili di attaccamento.

La funzione biologica e psicologica dell'attaccamento è quella di costituire

-una base sicura da cui il bambino può partire per esplorare la vita e le relazioni in condizioni appunto di sicurezza

-un luogo sicuro a cui ricorrere nei momenti di pericolo

**attaccamento sicuro. Nasce dal fatto che il caregiver è responsivo, presente, accudiente, caldo. E' soprattutto pensante al bambino e ai suoi bisogni, esigenze, desideri. Il bambino sa partire verso la vita con sufficiente fiducia in sé perché è stato garantito nell'averne un accudimento caldo e generoso e pensante.*

**attaccamento ansioso ambivalente o preoccupato. Si costituisce se il caregiver oscilla tra presenza e assenza di responsività senza giustificazioni; il bambino non è mai certo che alle sue richieste ci i sarà risposta quindi vive nell'incertezza e nel dubbio; per ciò diventa più richiedente, anche insistente, quindi meno autonomo nelle competenze esplorative in quanto è appunto stabilmente preoccupato di non avere risposta alle sue richieste di presenza/aiuto.*

**attaccamento evitante. Si costituisce quando il caregiver si sottrae abitualmente alle richieste del bambino o corrisponde in maniera costantemente parziale e insufficiente. Il bambino capisce che deve fare a meno ed evita di chiedere per non restare ogni volta avvilito e frustrato. Sembrerà un soggetto ad alta autonomia, invece è semplicemente carente.*

**attaccamento disorganizzato. Si costituisce quando il caregiver è talmente impegnato nella soluzione di propri gravi problemi affettivi irrisolti, da traumi non elaborati o altri gravi eventi sfavorevoli infantili o della vita adulta da essere del tutto incapace di cogliere le richieste del bambino, mettendo in atto comportamenti caotici e incoerenti (madre spaventata e spaventante).*

Il tipo di attaccamento che nel bambino si è costituito lo accompagnerà nella vita e costituirà dei MOI, modelli operativi interni che definiranno gli atteggiamenti e i comportamenti successivi della vita.

La relazione di attaccamento si crea per tappe.

Da 0 a 2 mesi, in condizioni di normalità, il bambino "si segnala e avvicina all'adulto" senza differenziare, senza discriminare, con pianto, sorriso, vocalizzazioni.

Dai 2 ai 6/8 mesi il bambino sceglie contatti con chi gli elargisce cure e prova ansia se viene lasciato solo in condizioni di bisogno.

Dai 6/8 mesi ai due anni: si ha mantenimento di contatto con la/le persone prescelte.

Si sviluppa ansia di separazione con paura dell'estraneo agli 8 mesi; quindi avviene la locomozione e si creano figure di attaccamento come base sicura .

Tutta la tematica riguardante i tipi di attaccamento, in particolare l'attaccamento sicuro, è attinente al tema della buona crescita dei bambini piccolissimi. Perciò la vita in famiglia è la via normale perché si realizzi statisticamente l'occasione per lo sviluppo di un attaccamento sicuro, in quanto i caregiver sono certi. La collocazione in buon affidamento familiare è la condizione più vicina alla vita nella propria famiglia in quanto i caregiver sono garantiti. L'affido ben progettato è un luogo ottimale per la crescita.

Si sa qual è l'obiezione all'affidamento familiare di bambini piccolissimi: per loro si creerà un legame privilegiato che poi andrà spezzato, creando danni. L'obiezione è infondata. In passato si è considerato il caregiver madre come l'unico abilitato alla buona crescita del bambino nei primi tre anni di vita e specie nel primo, in quanto strutturante le basi della personalità. Oggi si è convinti che i caregiver possono essere rappresentati da diverse figure accudenti, seppure con intensità differenziate. Madre, padre, spesso nonni, a volte *tata* possono essere figure abilitate e competenti a creare legami di attaccamento . E possibile che queste figure possano sostituirsi o scambiarsi in caso di assenze forzate (malattie, lontananza per lavoro,...) con poco o nullo danno per il bambino. Un buon caregiver non può invece mai essere incarnato da figure turnanti e solo parzialmente presenti, seppure soggettivamente dedite e professionalmente competenti.

Quindi può cambiare chi dà le cure o la non interruzione di un rapporto è una condizione assoluta per il benessere del bambino? Certamente il quesito è importante in quanto, qualora occorra fare la scelta di un cambiamento, passare da un caregiver a un altro non è una questione da poco. Quando occorre farlo bisogna definire un periodo di transizione in cui, senza fretta, ci sia compresenza tra chi arriva e chi si appresta a uscire, così che il bambino possa applicare la sicurezza dell'attaccamento formato alla nuova persona. E' un'operazione delicata ma non impossibile perché il bambino mantiene nella mente, negli affetti e nel corpo la sicurezza appresa.

Come dicevamo l'obiezione è: se il bambino ha creato rapporti stretti soffrirà per il distacco, sottolineando il valore di stabilità e continuità.

Questo convincimento è improprio in quanto applica al bambino categorie adulte: con i bambini la staffetta è possibile. Infatti il bambino è **più nutrito dal rapporto che da quel rapporto**; anche se la relazione si esprime in quel rapporto. Noi da grandi scegliamo il nostro partner, ma da piccoli, come per i bambini di cui parliamo oggi, abbiamo preso i genitori che la vita ci ha dato ed è il fatto di avere una relazione accuditiva che ci ha nutrito e cresciuto; è stata quella, ma poteva essere positivamente un'altra. Capovolgendo il detto napoletano "ogni scarafone è bello a mamma sua" si può dire che, a ogni bambino in età precoce, è positivo il buon rapporto di accudimento che egli incontra; che ogni bambino sa naturalmente fruire della mamma o degli altri caregiver che la vita gli assegna (e che, per il nostro discorso, opportunamente e progettualmente incontra).

SUPPLENZE, STAFFETTE.

D'altra parte la vita ci insegna, ribadiamo, che se c'è rete parentale affettiva il bambino sopporta con un danno relativo e contenuto che la mamma sia ospedalizzata per del tempo o che il papà sia lontano per lavoro: perché l'altro genitore supplirà o i nonni o altri parenti faranno la loro parte accuditiva e accogliente con l'intendimento di fare restare sicuro il bambino.

Un grande interprete e testimone dei bisogni del bambino, Bruno Bettelheim, affermava:

“Non solo la madre e' in grado di mettersi in relazione col suo neonato, ma anche una figura materna sostitutiva può essere validissima purchè riesca a far risuonare le corde dell'inconscio e porsi in sintonia con il piccolo attraverso il corpo, la fantasia, le emozioni, gli affetti. Lo scambio che avviene e' così determinante da influenzare i futuri rapporti con se stesso e con gli altri, la costruzione della sua identità. Di fronte alla separazione dell'oggetto si possono attivare diversi meccanismi di difesa tra cui lo spostamento: il bambino si può rivolgere ad un altro adulto che prende il posto dell'oggetto; più l'oggetto sostitutivo é familiare e conosciuto, più adatta gli sembrerà la persona allo scopo della sostituzione o per operare un transfert”.

PRECAUZIONI E PROCEDURE.

A questo punto, se si decide di affidare a una famiglia un bambino piccolissimo, dobbiamo sostenere che la cosa più importante perché la delicata operazione riesca, è una sequenza di procedure corretta e puntuale. Non ci fermeremo mai abbastanza su metodo e procedure. In particolare occorrerà:

-scegliere la famiglia idonea ad un bambino piccolissimo, a **quel** bambino piccolissimo (esperta di allevamento di piccoli, senza mire adottive o appropriate, disposta e essere seguita e monitorata, ...)

-monitorare l'affido con azioni di sostegno agli affidatari

-non lasciare comunque il caregiver naturale senza stimoli perché recuperi competenze: per il diritto del bambino, per il diritto e dovere della madre.

-se si prevede, via via, che si prospetti l'opportunità di un buon ritorno del bambino dal caregiver naturale, occorre incoraggiare i contatti (fino a garantire la doppia presenza affettiva)

-se si arriva invece a prevedere l'adozione occorre preparare il passaggio con un periodo di doppia presenza per cui gli adottivi si affiancano agli affidatari (contro la prassi del taglio netto, insensata e antiecologica in passato praticata crudelmente da alcuni Tribunali per i Minorenni e giustificata con l'ideologia della “nuova vita”, negando così la continuità della vita)

-curare i tempi! I bambini crescono in fretta e per i piccolissimi pochi mesi sono un periodo emotivamente ed evolutivamente lungo e cruciale. Pertanto occorre un preventivo progetto sui

tempi, il monitoraggio dei tempi, il rispetto dei tempi previsti. Altrimenti da ciò che è stato predisposto per il suo benessere paradossalmente il bambino potrà ricevere danno.

CONCLUSIONI.

In questa riflessione abbiamo sostenuto che un bambino neonato o infante, che resta privo della sicurezza che forniscono le cure e gli accudimenti primari, ha diritto in quanto figlio di essere tutelato. Si è definita come corretta la scelta della collocazione familiare del bambino mediante un affido-ponte ogni volta che per un periodo transitorio i caregiver naturali non possono essere disponibili per prestare le cure. La forza delle cure primarie in una famiglia temporaneamente sostitutiva garantisce quella continuità e quella stabilità affettiva e di contatto che nessuna struttura comunitaria, pur qualificata, può fornire. Si è anche chiarito che il bambino, in un progetto ben strutturato e con modalità adeguatamente predisposte caso per caso, ha la capacità di utilizzare le competenze derivanti da un buon attaccamento per accettare passaggi da un caregiver all'altro senza danno o con difficoltà contenute e superabili.