

## SUMMARY

*In this paper the Author outlines the importance of activating young children in family therapy.*

*He describes through a few clinical examples how to use children's relational competence and their skills in bridging generations.*

*His/her psychological/psychosomatic disorders could play a different role in a therapeutic context, oriented to looking for children's resources more than treating symptoms.*

*The child can be considered a therapist's consultant in couple therapy. When invited, his voice and his sensitivity can help parents to find areas of agreement and mutual respect.*

*Key words: child, consultant, intergenerational bridge, relational competence, playing couple therapy.*

## BIBLIOGRAFIA

- Ackeman N. (1958, tr. it. 1968). *Psicodramma della vita familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Andolfi M., a cura di (1999). *La crisi della coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Angelo C. (1987). *Tempo e mito in psicoterapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M., Haber R. (1994, tr. it. 1995). *La consulenza in terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Falucchi M., Mascellani A., Santona A., Sciampicotti F., a cura di (2006). *I seminari di Maurizio Andolfi "Il bambino come risorsa nella terapia familiare"*. Roma: APF. Roma: APF.
- Andolfi M., Falucchi M., Mascellani A., Santona A., Sciampicotti F., a cura di (2007). *I seminari di Maurizio Andolfi "Il bambino come risorsa nella terapia familiare"*. Roma: APF.
- Andolfi M., Cavallieri L. (2008) *Viaggio all'interno della realtà aborigena in Australia. Terapia Familiare*, 88; novembre, 5-25
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.
- De Luca F. (2009). *Bambini e (troppe) medicine*. Torino: Edizioni Il leone verde.
- Haley J., Hoffman L. (1974). *Tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Minuchin S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Satir V. (1972). *Peoplmaking*. London: Souvenir Press Ltd.
- Schnarch D. (2001). *La passione nel matrimonio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Pata G. (2003). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Whitaker C.A. (1989, tr. it. 1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Roma: Astrolabio.

# L'allevamento del bambino disabile: turbe dell'attaccamento e tratti disarmonici della personalità

Anna Maria Sorrentino

## Premessa

Lavorando per quasi quarant'anni nel campo della riabilitazione, mi è accaduto di osservare molto a lungo lo sviluppo del soggetto disabile, conoscendo alcuni da bambini per ri-incontrarli poi come soggetti adulti. Questa particolare condizione mi ha permesso di fare osservazioni cliniche che hanno fatto nascere dentro di me domande e considerazioni di cui ora voglio rendere il lettore partecipe poiché hanno molto arricchito la mia esperienza clinica non solo nel campo della disabilità, ma della conoscenza più generale sulle interazioni tra allevamento e sviluppo.

I temi infatti su cui mi sono soffermata riguardano la costruzione interattiva del sentimento di sé del bambino, il concetto di resilienza, gli effetti del trauma sull'equilibrio familiare, fenomeni tutti che collaborano a strutturare in qualche modo la personalità del paziente nel corso del tempo, personalità che spesso troviamo caratterizzata nella vita adulta da tratti disarmonici che non ci saremmo aspettati di rilevare. Molto, ad esempio, mi ha stupito constatare che sono frequenti in queste persone i tratti narcisistici della personalità, tratti che ad una osservazione superficiale, mi apparivano incongrui in soggetti molto segnati dalla malattia che quindi mi sarei aspettata di vedere caratterizzati più da temi depressivi dipendenti piuttosto che da temi eccitatori ed autarchico-dominanti.

ANNA MARIA SORRENTINO: Psicologa e Psicoterapeuta è co-responsabile della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli". E-mail: [anamariasorrentino@scuolamaraselvini.it](mailto:anamariasorrentino@scuolamaraselvini.it)

*Terapia Familiare*, n. 91, 2009

## SUMMARY

*In this paper the Author outlines the importance of activating young children in family therapy.*

*He describes through a few clinical examples how to use children's relational competence and their skills in bridging generations.*

*His/her psychological/psychosomatic disorders could play a different role in a therapeutic context, oriented to looking for children's resources more than treating symptoms.*

*The child can be considered a therapist's consultant in couple therapy. When invited, his voice and his sensitivity can help parents to find areas of agreement and mutual respect.*

*Key words: child, consultant, intergenerational bridge, relational competence, playing couple therapy.*

## BIBLIOGRAFIA

- Ackerman N. (1958, tr. it. 1968). *Psicodinamica della vita familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Andolfi M., a cura di (1999). *La crisi della coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Angelo C. (1987). *Tempo e mito in psicoterapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M., Haber R. (1994, tr. it. 1995). *La consulenza in terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Falucci M., Mascellani A., Santona A., Sciampliootti F., a cura di (2006). *I seminari di Maurizio Andolfi "La Terapia di coppia in una prospettiva trigenitoriale"*. Roma: APF.
- Andolfi M., Falucci M., Mascellani A., Santona A., Sciampliootti F., a cura di (2007). *I seminari di Maurizio Andolfi "Il bambino come risorsa nella terapia familiare"*. Roma: APF.
- Andolfi M., Cavalletti L. (2008) *Viaggio all'interno della realtà abortigena in Australia. Terapia Familiare*, 88, novembre, 5-25
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.
- De Luca F. (2009). *Bambini e (troppo) medicine*. Torino: Edizioni Il leone verde.
- Haley J., Hoffman L. (1974). *Tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Minnichin S. (1976). *Famiglia e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Saïr V. (1972). *Peoplenaking*. London: Souvenir Press Ltd.
- Schnarch D. (2001). *La passione nel matrimonio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo I., Cecchin G., Prata G. (2003). *Paradosso e contriparadosso*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Whitaker C.A. (1989, tr. it. 1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Roma: Astrolabio.

# L'allevamento del bambino disabile: turbe dell'attaccamento e tratti disarmonici della personalità

Auna Maria Sorrentino

## Premessa

Lavorando per quasi quarant'anni nel campo della riabilitazione, mi è accaduto di osservare molte a lungo lo sviluppo del soggetto disabile, conoscendo alcuni da bambini per ri-incontrati poi come soggetti adulti. Questa particolare condizione mi ha permesso di fare osservazioni cliniche che hanno fatto nascere dentro di me domande e considerazioni di cui ora voglio rendere il lettore partecipe poiché hanno molto arricchito la mia esperienza clinica non solo nel campo della disabilità, ma della conoscenza più generale sulle interazioni tra allevamento e sviluppo.

I temi infatti su cui mi sono soffermata riguardano la costruzione interattiva del sentimento di sé del bambino, il concetto di resilienza, gli effetti del trauma sull'equilibrio familiare, fenomeni tutti che collaborano a strutturare in qualche modo la personalità del paziente nel corso del tempo, personalità che spesso troviamo caratterizzata nella vita adulta da tratti disarmonici che non ci saremmo aspettati di rilevare. Molto, ad esempio, mi ha stupito constatare che sono frequenti in queste persone i tratti narcisistici della personalità, tratti che ad una osservazione superficiale, mi apparivano incongrui in soggetti molto segnati dalla malattia che quindi mi sarei aspettata di vedere caratterizzati più da temi depressivi dipendenti piuttosto che da temi eccitatori ed autarchico-dominanti.

ANNA MARIA SORRENTINO: Psicologa e Psicoterapeuta è co-responsabile della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli". E-mail: [annamariasorrentino@scuolamaraselvini.it](mailto:annamariasorrentino@scuolamaraselvini.it)

*Terapia Familiare*, n. 91, 2009

La falsificazione delle mie aspettative andava oltre e riguardava anche l'evoluzione degli assetti familiari: nuclei molto collaboranti, che il sistema curante aveva adattati a modello per le altre famiglie, apparivano reattivi e provati nella vita adulta del paziente il quale mostrava segni di disagio psichico peggiore di altri soggetti che nell'infanzia erano stati considerati meno fortunati per ciò che riguardava la capacità empatica dei familiari di sostenerli.

È evidente che i traumi connessi all'emergere di una grave patologia in un figlio hanno un effetto a cascata che si rivela nel tempo; quindi non dovrebbe stupire questo peggioramento. Il trascorrere del tempo e le fatiche connesse alla sospensione delle proprie istanze esistenziali che caratterizza la vita dei care-giver, impegnati ad assistere un'incurabilità, produce uno stress notevole che, a lungo andare, lascia tracce significative nei funzionamenti difensivi delle figure di accudimento. Quello che colpisce è il rivelarsi nel tempo di tratti immaturi ed irrealistici in questi genitori che sembrano diventati incapaci di percepire la realtà del deficit del figlio, realtà che nell'infanzia del bambino sembravano aver perfettamente "accettato".

Queste considerazioni mi hanno spinto a riflettere sugli involontari errori che accompagnano lo sviluppo del soggetto disabile, errori che noi come clinici raramente contribuiamo ad evitare, anzi che spesso incoraggiamo nei genitori che, turbati e disorientati, si rivolgono a noi. Quanti psicologi non si sentono "identificar" con il piccolo paziente sofferente e si sentono spinti ad esercitare una sorta di ruolo di avvocato difensore dedito al suo patrocinio, in opposizione a genitori che cercano di difendere i loro progetti esistenziali, non mostrando quella serietà che noi apprezziamo così tanto negli altri, ma che ci guarderemo bene dall'esercitare, fossimo nelle stesse condizioni? Quanti clinici, interpellati per un'esplosione di crisi violente ed incontrollare di un adolescente tetraparetico, accettano la semplicistica visione della crisi adolescenziale come causa del grave peggioramento di un soggetto fino ad allora definito come "dolcissimo" da sua madre? La povera donna fino a pochi anni prima, lo ha vissuto come il suo tenero cucciolo, senza essere aiutata a domandarsi come si sarebbe sentito il figlio quando l'impossibilità di cercare gratificazioni sessuali all'esterno lo avrebbe confrontato con la frustrazione inevitabile di sentirsi rifiutato proprio a causa delle modalità regressive e corporee con cui si propone ai suoi nuovi interlocutori, modalità a cui il rapporto con sua madre l'aveva abituato.

Che dire poi della complessa circolarità che viene a generarsi tra un bambino colpito da un indefinibile malessere, prigioniero di un corpiccino lesso, e la risposta frammentata e discontinua di una povera madre lasciata sola col suo dolore, che la disorganizza nelle più profonde radici istintive della sua base biologica sotto la pressione traumatica di una diagnosi infuata? Quali tentativi di riparazione compensatoria del sistema dell'attaccamento potremo immaginare verranno messi in atto da queste donne se esse verranno lasciate sole dal sistema curante di fronte al compito di allevare un bambino psichicamente sano nonostante sia così provato nel suo diritto alla salute? Al trauma si sommerà il trauma e l'equilibrio sarà un lontano miraggio. Il susseguirsi di tentativi ed errori si iscriverà nel carattere e nelle soluzioni individuali più o meno adattative che danno vita, nelle epoche successive dello sviluppo, a quei tratti così incongrui che mi hanno fatto interrogare.

#### **Allevamento e disabilità con diagnosi nei primi giorni di vita**

Quanto più precocemente la maternità si trova a dover fare i conti con una dimensione sanitaria, tanto più ne subirà un trauma. Questo semplice principio, così contrario alla nostra percezione narcisistica di "salvatori", mi è stato chiaro considerando gli effetti inevitabili che diagnosi precoci ed esatte, seguite da interventi riabilitativi tecnicamente accurati, producono sull'interazione madre bambino. Mi sono già soffermata in passato (Sortentino, 2006) sulle interazioni tra diagnosi di malattia invalidante, relazioni di attaccamento (Bowlby, 1988), epoca della diagnosi e ciclo vitale della famiglia, per cui non mi voglio dilungare. Ne faccio solo alcuni cenni per il lettore che non avesse avuto occasione di rifletterci. Una diagnosi infuata è infatti un evento scatenante una serie estremamente complessa di reazioni che colpiscono la genitorialità, la coniugalità, l'appartenenza ad un sistema allargato di famiglie d'origine, fino alla comunità sociale, in una serie di spirali concentriche sempre più estese quanto più il nucleo colpito è inserito in legami significativi. La natura di queste reazioni ha eminentemente uno scopo difensivo dalla sofferenza annunciata e dall'angoscia che viene a colpire i soggetti coinvolti. Questa angoscia esclude il paziente neonato, per lo più inconsapevole di ciò che accade intorno a lui, ma i frutti di questo bisogno difensivo saranno il suo alimento avvelenato da quel momento

portare il proprio sostegno psicologico per favorire il superamento del trauma e la sua elaborazione. Nella pratica clinica invece colpisce il racconto a posteriori di tante storie familiari di disabili che ci testimonia l'assoluta solitudine in cui sono lasciati i genitori, provati così duramente, senza alcuna presenza supportiva.

Il bambino dunque è visto, e vede se stesso, attraverso il filtro dell'angoscia e della confusione, ma col trascorrere dei mesi la vita familiare deve riprendere il suo corso e le tre polarità con cui la madre percepisce il bambino cessano di alternarsi nella sua vita ed essa, a seconda dei tratti della sua personalità precedente, si attesterà in una posizione prevalente. Per qualche madre il bambino sarà lo *scopo della vita* da quel momento in poi, per qualcun'altra sarà la *vittima* della malasorte da risarcire ove possibile perché è un "poverino", per qualcuna infine sarà il *persecutore* da allontanare dalla propria vita (raramente) o più spesso sarà un oggetto da "riparare" con irritazione per i cattivi risultati che è possibile ottenere.

Il ruolo fisiologico di ogni lattante, centrale nel sistema familiare per l'imprompere della sua piccola vita col suo carico di novità, di reazioni imprevisibili, di impatto sugli equilibri preesistenti, si cristallizzerà così secondo parametri distorti. Essere vittima, o persecutore, o scopo, non sono buone identità per un essere umano: sono corrazze troppo strette che deformano la crescita.

Queste deformazioni organizzano il carattere del soggetto in modi diversi. Esaminiamoli ad uno ad uno.

Il bambino percepito come *vittima* godrà inizialmente di una benefica centralità che lo farà sentire in qualche modo favorito, facilitato: avrà scarsa percezione dei limiti, che non gli verranno imposti e con cui si eviterà il più possibile che debba confrontarsi. Crederà di non avere grandi ostacoli nel pretendere la soddisfazione dei propri desideri, godendo di un "bonus" immaginario, di un diritto al risarcimento che i suoi genitori, e i suoi fratelli, gli devono. Crescerà vizioso e irrealistico, immaturo ed incapace di far conto sulla propria capacità di impegnarsi nelle sfide esistenziali, convinto di non essere un soggetto agente, ma alternativamente un poverino che è perduto senza l'aiuto degli altri o un dominatore onnipotente che può comandare per ottenere. Per lui tutto il positivo verrà percepito come "dato" dall'esterno. Pretenderà ciò che desidera e precipiterà nella disperazione e nell'impotenza se non gli verrà concesso.

Questo tipo d'identità era abbastanza comune in passato, quando nelle famiglie c'erano adulti "a disposizione", che erano in grado di svolgere il ruolo di "angelo custode" per molto tempo nel corso della vita. Esse sembravano utilizzare inconsiamente la patologia del bambino per costruirvi attorno il proprio sentimento di valore e di realizzazione. Ora che "l'angelo del focolare" è scomparso dalle famiglie questo vissuto è delegato a nonni o persone anziane che però sono meno presenti, potenti, o durevoli nel corso della vita del paziente. A noi osservatori o curanti accade quindi di incontrare più facilmente soggetti precipitati in una distruttiva depressione associata a crisi di furia impotente ancora in giovane età.

Il bambino percepito come *scopo della vita* della madre avrà un destino migliore. Cercherà di soddisfarne le aspettative e questo lo aiuterà a costruire buone premesse per il suo futuro. Se riuscirà a dare soddisfazione, nonostante le molte fatiche, costruirà un sentimento di sé come soggetto valido e con un valore, svilupperà cioè le proprie capacità per compiacerla. Ma quando si affaccerà la frustrazione insuperabile, che deprimerà la madre prima ancora di lui stesso, si sentirà crollare, odierà con disperazione il proprio limite, si ribellerà aggressivamente alle pretese di lei, rispondendo al legame simbiotico con il care-giver con furia, ambivalenza, disperazione. Porre il proprio scopo esistenziale nella vita di un altro, essere il compito di un altro, ci espone comunque a danneggiare noi stessi e coloro che amiamo.

Ricordo un adolescente ribelle, che non siamo riusciti ad aiutare, accompagnato da due genitori molto provati dalle sue crisi violente di auto - ed etero - lesione, il quale, nonostante il suo grave deficit motorio, minacciava di suicidarsi tenendo in scacco i suoi educatori, insegnanti e genitori. Straziava vedetto preso dall'ira e dalla disperazione non sedata da dosi consistenti di psicofarmaci. Ciò che ci colpì, e che rese impossibile portare aiuto, fu tuttavia la posizione dei genitori che chiedevano insistentemente rassicurazione sul fatto che avevano fatto tutto perfettamente, avendo dedicato a lui tutta la vita. Essi non potevano esaminare criticamente il proprio comportamento, mettere in dubbio la propria involontaria inadeguatezza poiché il prezzo che avevano pagato sacrificando tutto al suo allevamento e facendosene una sorta di aureola narcisica era così elevato da non poter essere messo in discussione. Volevano solo un attestato che quello che accadeva non c'entrava con loro errori. L'attestato fu loro consegnato nella speranza di rassicurarli ed

aprire un contratto più vero di aiuto, ma essi volevano solo dimostrare ai curanti, i riabilitatori che ce li avevano inviati, di aver fatto tutto quello che era stato loro prescritto, senza risultato. Pensare in termini auto-critici rappresentava per loro una crisi insostenibile.

L'adolescenza è spesso un'epoca che fa ridiscutere le premesse esistenziali e fa esplodere i problemi sopiti: questo paziente, abituato ad una centralità simbiotica con la madre che si era dedicata a lui fino agli inizi della scuola superiore, non accettava che questa riprendesse ad occuparsi di sé, incoraggiandolo a rivolgere i propri interessi al mondo dei coetanei. I compagni, pur disponibili alla condivisione della sua esperienza umana difficile, rappresentavano comunque una relazione spesso frustrante. Sintomizzare la madre col dolore del figlio significava anche insinuare il dubbio che la sua dedizione fino ad allora potesse non essere considerata equilibrata: i buoni risultati ottenuti dal ragazzo nelle prestazioni scolastiche non avevano fatto di lui un soggetto alla pari con i suoi coetanei ed egli non era in grado di tollerare la quota di fallimento inevitabile che si profilava nella crescita poiché si era illuso, con la colusione inconsapevole della madre, di poterla negare. La madre stessa aveva proceduto con questa difesa denegativa operando con l'adolescenza uno "svezamento" dalla simbiosi molto rapido, privo di gradualità. Il ragazzo l'aveva dominata fino ad allora con i propri bisogni, e lei erroneamente lo aveva lasciato fare. Ora imbarazzata dalle sue pretese regressive e stanca di una vita di sacrifici, voleva essere aiutata a tenersi tranquillo, pretendendo però che il personale educativo a cui lo "scaricava" procedesse con lui come lei aveva sempre fatto. Progetto ingiusto e impossibile che esasperava i curanti, costretti tra le pretese del ragazzo e le accuse che la madre rivolgeva loro.

Il bambino vissuto come *persecutore* avrà senz'altro il destino peggiore: lo vedremo oscillare tra vissuti di depressione, ritiro e opposizione che preludono alla dimensione autistica, od accentuare l'apatia e la debilità mentale, difensiva rispetto ad una percezione di sé altrimenti distruttiva, oppure attivare risposte reattive di protesta scomposta, che, interagendo con care-giver sofferenti ed incapaci di empatia, lo faranno precipitare in quadri psichiatrici che faciliteranno la sua espulsione dal nucleo familiare e l'avvio ad un destino povero, senza vita affettiva di riferimento.

A volte, per fortuna, come abbiamo accennato, la maturità dei genitori ha il sopravvento sulla disperazione ed il ruotare tra le diverse pola-

rità del triangolo drammatico di cui ci parla Liotti copre un periodo abbastanza breve della crescita, senza fissazioni in un ruolo piuttosto che in un altro.

La ripresa della vita quotidiana vedrà il bambino ed i suoi care-giver capaci di una reciproca percezione realistica di sé e della relazione: il bambino sarà percepito come figlio, pur con i suoi problemi, ed i genitori si vivranno come risorse per la sua crescita, ma anche come adulti con una propria vita *oltre* quella di genitori di un disabile.

In questo caso, in cui lo sconvolgimento fosse breve e la maturità dei genitori avesse la meglio sul turbamento, il quadro di personalità del paziente in crescita apparirà all'osservatore più roseo, attestato su livelli nevrotici di funzionamento. I quadri d'ansia che vediamo così frequentemente associati alla disabilità anche grave, cioè ad esordio neonatale, appartengono a questi soggetti cresciuti in famiglie dotate di buona capacità di resilienza, ben supportati dai familiari, spesso figli di coppie genitoriali raramente alla prima prova generativa. Quei soggetti insomma dove i numerosi "se" che abbiamo elencato sopra, erano parsi avverarsi.

La malattia tuttavia, col suo carico di incertezza rende difficile e precario ogni adattamento, che spesso tarda ad arrivare per il carico d'ansie che i bilanci diagnostici, i progetti terapeutici alimentano e tengono sospesi nella vita delle persone. Inevitabilmente, l'eccezionale centralità del bambino malato e delle preoccupazioni per lui non avranno un valore benefico sul suo sviluppo, esponendolo a crescere in un ambiente eccitato da oscillazioni e ansie, alimentando nel piccolo, incapace di alcuna decodifica di quanto avviene intorno a lui, una tensione allarmata. Se la sua salute richiederà poi interventi sanitari invasivi che gli faranno vivere il corpo come un luogo spiacevole, *oggetto nelle mani degli altri*, questo allarme sarà alla stelle, divenendo un tratto distintivo del suo carattere.

Le capacità mentali e l'impegno nel migliorare le proprie performance ne risentiranno facendolo oscillare tra sottovalutazione delle proprie risorse o al contrario, delle proprie difficoltà. Due persone adulte mi vengono alla mente come simboli di questi due estremi. L'uno, insufficiente mentale medio, integro sul piano motorio, che spesso arrivava a casa dal lavoro compiendo un breve tratto di strada da solo, stringendo in mano la propria Corona del rosario come un oggetto transizionale, terrorizzato dall'essere affidato a se stesso, senza alcuna relazione che lo supportasse per il breve tempo del suo solitario percorso. Non vi si op-

poneva, consapevole dell'incongruità del panico, ma le prime volte arrivava a casa con un rialzo febbrile.

Il secondo, intellettivamente adeguato, ma colpito in modo gravissimo sul piano motorio, che licenziava irrealisticamente il personale assistenziale da cui dipendeva la sua vita, quando lo irritavano con i loro atteggiamenti. Li pretendeva ridotti ad automi, pronti all'esecuzione dei suoi ordini, come se fosse in grado di fare a meno di loro.

### **Allevamento di soggetti disabili con diagnosi pronunciata nella prima infanzia**

Diagnosi serie, anche se per solito meno generalizzate, intervengono in ogni momento dello sviluppo di un soggetto, con la loro carica perturbativa. Tuttavia le diagnosi che vengono pronunciate quando il legame di attaccamento ha avuto modo di strutturarsi senza interferenze, consentono ai pazienti una strutturazione del carattere che consentirà loro di reggere meglio le prove della vita. Anche diagnosi gravi di malattie genetiche o sindromi che vengono poco identificate fin dalla nascita, rivelando i propri disagi nel primo sviluppo, se possono contare su un buon legame che si sia già strutturato, affrontano meglio gli accertamenti e le prognosi infauste. Se escludiamo però queste forme gravi e strettamente rare, i deficit che si evidenziano nello sviluppo della prima infanzia permettono un'evoluzione del soggetto caratterizzata da un assetto ansioso con ricorso a forme difensive meno arcaiche e invalidanti.

Consideriamo perciò il soggetto che nelle prime fasi di vita può apparire come un bambino normale ai suoi genitori ed ai suoi curanti, ma che può rivelare tracce sospette col procedere della crescita, ritardi nell'acquisizione di tappe fondamentali, deficit sensoriali, difficoltà che ne mostrino la fragilità.

Questi ritardi vengono percepiti di solito prima dai genitori che dai curanti: attraverso il confronto con lo sviluppo di altri piccoli coetanei i genitori sperimentano le loro allarmate delusioni nel percepire la scarsa dotazione del loro "campione".

Poiché ogni sviluppo ha caratteristiche individuali, questi primi segnali non hanno di solito un'evidenza tale da allarmare i curanti, i quali, nel caso di queste disfunzioni, si mostrano "attendisti". Raramente però questa politica, volta a non seminare inutili allarmismi, rassicura i geni-

tori, la madre in particolare. Quanto più questa ha investito nella propria identità materna e si mostra sollecita verso il figlio, tanto più i sottili segni di ritardo del bambino la lasciano in ansia.

Consideriamo il caso in cui la madre possiede una capacità di offrire un attaccamento sicuro: in questo periodo l'ansia la farà sentire minacciata ed il suo legame col bambino scivolerà verso forme di tipo ambivalente. Se poi questa donna possedeva già in forme più o meno marcate i tratti di una personalità ambivalente le sue capacità di reggere lo stress peggioreranno. Aumenteranno le pressioni sul figlio affinché si adegui e metta in fuga le sue paure, pressioni operate attraverso stimolazioni e sollecitazioni ansiose e continui confronti che metteranno in allarme non solo il bambino, ma tutta la rete familiare.

Inizieranno così le peregrinazioni nell'iter diagnostico e terapeutico. La concentrazione sul bambino darà a questi il duplice, contraddittorio, messaggio d'essere ad un tempo tutta la vita della madre e tutta la sua ansia e preoccupazione. Egli sarà indotto a costruire una percezione enfiata di sé come di colui che è centrale, eppure insoddisfatto; per coloro nei cui occhi si specchia. Allarme ed incertezza si alterneranno a pretese di attenzione focalizzata. Le reazioni altrui acquisteranno una rilevanza particolare, prove continue della propria adeguatezza o inaccettabilità.

Ciò catturerà l'attenzione del bambino allontanandolo dalla concentrazione necessaria allo svolgimento di qualunque compito, interferendo gravemente sul proprio modo di procedere lungo la via dello sviluppo. Maurizio Viaro (1999) in un suo scritto tragico ed umoristico insieme, descrive una situazione simile parlando di una bambina che, concentrata sulle aspettative della madre mentre svolge i propri compiti scolastici, arriva a conclusioni bizzarre, che non hanno alcuna origine in suoi disturbi del pensiero, ma cercano di interpretare i *desiderata* materni, per lei assai più importanti della realtà che avrebbe dovuto descrivere.

Questi bambini ansiosi e in allerta hanno sollevato quando una diagnosi descrive le loro oggettive difficoltà, specie se questa valutazione dei curanti è loro spiegata con semplici parole che diano forma comprensibile alle loro difficoltà ed alle preoccupazioni dei loro genitori e sia accompagnata da un'indicazione operativa di un percorso riabilitativo che eviti un vissuto di ineluttabilità del danno.

Accade però che questa semplice procedura non venga praticamente mai eseguita: i curanti parlano con i genitori, aspettandosi forse che sia-

no questi ad informare il bambino, operazione che essi, angosciati, non pensano di fare nell'illusoria convinzione di proteggere il figlio dalle cattive notizie circa i suoi problemi. Nel bambino così l'informazione diagnostica col suo carico di dolorosa chiarezza, ma anche di speranza, non può venir metabolizzata ed egli continuerà a pensarsi tutto sbagliato, per propria colpa, o per propria vittimizzazione, senza comprendere che è in suo potere fare qualcosa per se stesso, che è un soggetto agente che può combattere l'avversità della vita come ogni essere umano, impegnando le risorse che ha per farvi fronte.

L'ansia e la dipendenza non potranno così essere contrastate dal vissuto di un parziale potere sulla propria vita: egli crescerà aspettandosi dall'esterno la risoluzione dei problemi. Si sentirà oppresso dalla convinzione di avere diritto all'altrui compassione per la propria sventura, senza poter comprendere che le richieste dei curanti perché si impegni sono il rovescio della medaglia della stima nelle sue risorse.

Credo che non sia difficile per coloro che lavorano con la riabilitazione di bambini vedere quanto questo processo sia diffuso. Molti soggetti mostrano comportamenti incontrollati che vengono tollerati dalle figure educative come connessi alla patologia, più che agli errori relazionali delle figure allevanti.

Buona politica è nel counseling aiutare i genitori a vedere le risorse del figlio, a pretendere da lui un adattamento ed un controllo uguale o, se possibile maggiore, di quello che chiedono ad un soggetto normodotato, spiegandogli che dal suo impegno riceverà una vita di buona qualità. Viventi agenti del proprio destino è uno dei principali spunti per una vita resiliente (Selvini, 2002).

Tutto ciò naturalmente deve essere operato in una dimensione realistica, non pretendendo dal soggetto l'impossibile, ma senza rinunciare a chiedergli tutto il possibile.

Questa affermazione deve essere tuttavia ben ponderata nel caso in cui ci troviamo di fronte a soggetti allevati all'interno di legami di attaccamento evitanti dove i care-giver tendono a negare le difficoltà del figlio quanto più se ne sentono angosciati.

Il deficit intellettuale medio lieve ad esempio è spesso banalizzato da genitori che si difendono dal disagio non cogliendo le difficoltà del figlio, lasciandolo solo, con i propri limiti per tutto il tempo in cui gli altri soggetti che lo educano non lo fanno loro rilevare (Maino e Talpone, 2005). Centrati sul principio che il bambino deve fare da sé e non dare

disturbo, alcuni genitori debbono essere confrontati dagli educatori della scuola materna o dell'asilo nido, o più raramente dalla pediatra, con le difficoltà del loro bambino.

In questi casi il vissuto del paziente sarà molto diverso. Egli apparirà inibito e l'ansia repressa dentro di lui prenderà la forma della scarsa esplorazione. Sarà un bambino che è facile dimenticare, che tenderà a passare inosservato, salvo in alcuni momenti dove mostrerà un'oppositività caparbia e irrazionale, che tuttavia potrà esser liquidata con la definizione di "capriccio", rendendo possibile che i suoi reali bisogni vengano a lungo ignorati con suo danno.

In questi casi i genitori, confrontati dagli educatori esterni, potranno reagire difensivamente sentendosi perseguitati e premendo sul bambino perché questi si normalizzi, suscitando in lui vissuti penosi. Molte stereotipie e crisi reattive dall'apparenza immotivata hanno origine proprio da questi atteggiamenti che incrementeranno le reazioni autistiche e di ritiro di fronte ad un mondo affettivo aggressivo e non empatico. Questi pazienti non mostrano nella vita adulta il vissuto di dipendenza e di richiesta di aiuto che rende i soggetti ansioso-ambivalenti centrali nella vita relazionale. Sviluppano comportamenti oppositivi e resistenti, o bizzarri, associati ad isolamento e passività che rendono il lavoro riabilitativo piuttosto ingrato e frustrante.

Non ci dilunghiamo in questo paragrafo su coloro che per altre cause rispetto ad una diagnosi di disabilità sono vittime di un attaccamento disorganizzato. Dovremo certamente tener conto che la disorganizzazione dell'attaccamento colpisce bambini sani come malati, ma che questi ultimi, avendo meno risorse sono maggiormente provati e compromessi da questa che è indubbiamente una delle cause più frequenti della patologia psichica.

Facciamo solo un cenno alle malattie degenerative che si evidenziano nell'infanzia e che, a causa della prognosi di morte che contengono, così come altre forme patologiche gravi quali i tumori e le leucemie infantili (Soccorsi, 1986) scatenano angosce di una portata tale da disorganizzare l'attaccamento. Queste gravi patologie inoltre presentano l'aggravante di non possedere cura nota, nonostante ora si profilino speranze in ambito scientifico, confrontando i care-giver con il vissuto di impotenza di fronte ad un percorso di aggravamento che procede ineluttabile per tutto lo sviluppo.

La presenza dei segni che preannunciano una fine precoce in un figlio che per ora sembra esplorare le sue conquiste di crescita, pone i genitori

in un vissuto davvero insostenibile. Vediamo allora andare in scena difese massicce di negazione estremamente arcaiche che tuttavia appaiono indispensabili alla sopravvivenza e che, come osservatori curanti e coinvolti, impariamo stranamente ad apprezzare ed a vivere un poco anche dentro di noi. Il piccolo paziente stesso attiva le medesime difese che praticano i suoi cari, spesso rifugiandosi in atteggiamenti irrealistici di negazione dei propri limiti o, con i suoi, affidandosi alle speranze di progresso scientifico come ad un miraggio salvifico. Compito del curante che condivide questa dolorosa esperienza umana è quello di muoversi come un navigatore esperto tra Scilla della sottovalutazione della realtà e Cariddi di un attacco alle difese che consentono un minimo di vivibilità dell'esperienza.

### Allevamento e diagnosi di deficit nella seconda infanzia

Le diagnosi più frequenti di disabilità della seconda infanzia sono spesso legate ai deficit di rendimento della scolarità. Sono quindi, di per sé, rappresentative di una modesta gravità, poiché si riferiscono ad una patologia trattabile con buoni risultati e non comportano alcun deficit nell'acquisizione di una reale autonomia esistenziale.

Nella nostra epoca tuttavia, centrata su alti livelli di scolarità e di aspettative sociali di acculturazione rappresentano una interferenza consistente nella costruzione dell'autostima del paziente. Intervengono infatti in un'epoca della vita del bambino dove questi ha già sviluppato un intenso dialogo interiore ed è quindi portato a parlare con se stesso e a giudicarsi, arrivando a conclusioni depressive anche irrealistiche con vissuti di colpa, inadeguatezza, estraneità che rappresentano uno sfondo doloroso e nevrotizzante.

L'impatto col giudizio rappresentato dalla più importante agenzia di socializzazione della nostra società colpisce il paziente prima della sua famiglia, turbandolo in un confronto col mondo in cui egli, solo in una prima fase, si sperimenta inadeguato. Questo evento accade in un'epoca ancora precoce dello sviluppo, in cui il soggetto è spesso poco attrezzato a pensarsi autonomamente, ma è già portato ad interrogarsi sul perché dei propri fallimenti. Può reagire a questa esperienza attivando le difese che ha sviluppato nella crescita fino ad allora esibendo un vasto spettro di comportamenti che disorientano i suoi cari rendendo spesso difficile per loro intendere il nucleo di dolore che si nasconde dietro questo turbanamento. Assistiamo a soggetti che mostrano processi di ne-

gazione dietro a contegni apatici e disinteressati o, al contrario, disturbi della condotta anche gravi ed improvvisi che hanno lo scopo di celare l'esperienza di fallimento. Appaiono sintomi d'ansia, rifiuti scolastici, somatizzazioni d'ogni genere, ritualità ossessive che di fatto impediscono agli educatori di comprendere cosa sta accadendo. I bambini, nella misura in cui sono confrontati con una propria incapacità, inconciliabile tuttavia con l'immagine di adeguatezza costruita fino ad allora, se ne angosciano e mettono inconsciamente in atto comportamenti sintomatici di copertura che ci impediscono di chiarire i problemi.

In questi casi un'attenta valutazione degli insegnanti, protettiva del panico che si sta scatenando ma efficace nel definire il problema, può essere la miglior soluzione.

Vediamo tuttavia con l'esperienza che raramente le cose si svolgono in questo modo: i processi di segnalazione al sistema curante vengono gestiti in maniera ansiosa e drammatizzata con i genitori, ed il bambino viene ignorato come interlocutore, procedendo "sopra la sua testa" come se questi non ne possedesse alcuna. La diagnosi in questi casi rappresenta una buona isorsa in quanto dà ragione della difficoltà, ma al contempo la circonda, non viene utilizzata per sedare l'ansia indicando una via d'uscita dal problema. Di conseguenza il trauma, e conseguentemente il disturbo post traumatico, colpisce il bambino stesso che potrà superarlo solo se affiancato da una rete di sostegno affettivo degli adulti di riferimento.

Altri problemi di varia natura possono colpire i bambini in questa epoca della vita a seguito di incidenti o gravi patologie ad esordio variabile ed imprevisto.

Per tutti i casi i curanti debbono tenere presente la dimensione interlocutoria del soggetto di questa età, ipotizzando gli interrogativi che pone a se stesso sia a seguito del proprio malessere che a seguito del turbanamento che si scatena nei suoi cari intorno a lui. Parlare col bambino, chiedergli di esprimere i propri interrogativi, le proprie paure sia in presenza che, se necessario, in assenza dei genitori, può essere un atto terapeutico protettivo di ulteriore malessere che interferisce con lo sviluppo della sua personalità.

Il curante non dovrebbe dimenticare che il suo ruolo attivo nel paziente il sistema dell'attaccamento: il paziente si aspetta da lui il funzionamento del care-giver che empatizza e contiene. Rimane quindi trau-

matizzato dall'essere ignorato.

Interferenze traumatiche nella seconda infanzia aprono la via a ge-

stioni problematiche dell'ansia che caratterizzano personalità fragili, inclini alla depressione o alla reattività impulsiva con il corteo di sintomi associati che possiamo immaginare, tentativi di compenso di un malessere che ha avuto origine in quest'epoca dove la mente è percettiva e capace di interrogarsi, ma non è ancora capace di reggere le risposte necessitate a sopravvivere e ad adattarsi senza una rete mentale di supporto. È inutile dire infatti dell'importanza che i genitori siano aiutati a parlare col loro figlio sinceramente di ciò che gli accade, incoraggiandolo a credere che non è solo di fronte alla difficoltà.

La funzione contenitiva del care-giver è essenziale per evitare che l'ansia sia la base diffusa di tutte le esperienze successive della vita.

## Conclusioni

Abbiamo provato ad illustrare in questo breve lavoro l'interazione tra diagnosi di disabilità, epoca della vita del soggetto e atteggiamento del care-giver, siano essi genitori o curanti, per mostrare come il temperamento del bambino possa modificarsi in maniera consistente a seconda di come reagisce l'ambiente affettivo intorno a lui.

In ogni caso una disabilità con le sue necessità terapeutiche ed assistenziali, pone chi ne è colpito in una posizione di centralità nel sistema familiare, centralità che facilita vissuti poco equilibrati che lasciano tracce nell'immagine di sé che si va costruendo nello sviluppo. Centralità negativa o positiva il cui esito sulla personalità è tarantamente ottimale. L'aiuto dei curanti quindi dovrebbe porre l'accento sulle attitudini normalizzanti l'interazione e su un corretto esame di realtà delle potenzialità del paziente perché possano prendere forma in lui atteggiamenti resilienti di impegno verso il proprio recupero e di controllo nelle relazioni in modo da favorire un sentimento misurato della propria autostima, fondato sulle capacità residue.

L'importanza quindi di un corretto supporto psicoterapeutico alla famiglia prima, ed al soggetto disabile poi, non viene mai raccomandato abbastanza onde evitare che atteggiamenti educativi legati al turbamento relazionale operato da una diagnosi dolorosa producano effetti peggiorativi del quadro clinico organico.

Tali supporti possono essere delegati ai curanti nelle fasi iniziali del percorso di presa in carico e, naturalmente nelle successive epoche di

passaggio a diverse condizioni esistenziali, quali la scolarità, l'adolescenza, l'ingresso in attività produttive o l'acquisizione di autonomia.

Non va sottovalutata tuttavia la possibilità che l'associazionismo e le dimensioni di confronto e di aiuto rappresentino una dimensione valida e normalizzante, che può compensare una socialità ferita dalle difficoltà esistenziali ed aiutare quel processo di superamento del collasso emotivo che stimola atteggiamenti disadattativi.

Queste risposte sono favorevoli sia per la famiglia quando il paziente è bambino che, più oltre per il paziente stesso, il quale dovrebbe essere incoraggiato a relazionarsi non solo con soggetti sani che gli mostrano benevolenza, ma anche con soggetti che condividono con lui un'esperienza di disabilità, non per relegarsi in un ghetto, ma per apprendere da coetanei che affrontano come lui le prove della vita, gli atteggiamenti più evoluti di tolleranza del deficit e di adattamento.

Soggetti infatti che sono stati tenuti lontano da questi confronti per un'errata istanza di protezione dei loro familiari, faticano a sviluppare relazioni di tipo amicale realmente paritarie. Si trovano infatti "oggetto" più che soggetto dell'interesse degli altri interlocutori. Quando hanno sviluppato invece una relazione paritaria di reciproca amicizia e comprensione abbandonano la convinzione di essere speciali rispetto agli altri e si mostrano capaci di rapporti autentici con tutti.

## RIASSUNTO

*La teoria dell'attaccamento aiuta a dar ragione dei disturbi emotivi che affliggono il bambino disabile. La correlazione tra epoca dello sviluppo del bambino, funzionamento della capacità materna di rispondere ai bisogni di attaccamento del figlio in presenza del grande disagio che suscita nei genitori una diagnosi grave fa prevedere l'organizzazione di difesa disfunzionali nel bambino, difese che danno ragione della frequenza con cui comparano tratti disturbanti nella personalità dei piccoli pazienti. Viene sottolineato pertanto l'atteggiamento più opportuno che il sistema curante debba tenere e proporre, poiché è chiamato a condividere con i genitori le difficoltà di allenamento del soggetto ammalato.*

*Parole chiave: disabilità, famiglia, attaccamento, personalità, curanti, psicoterapia.*

The attachment theory could be a useful framework for the understanding of the emotional disturbances in disabled children. Correlation between child development phase and mother's functioning in response to child's attachment needs after the severe distress generated in parents by a severe diagnosis can explain the development of functional defenses in the child. These defenses explain the frequency of disturbed traits in the little patients' personalities. The most suitable attitude which the treating team should hold and purpose is highlighted, since the team has to share with the parents the difficulties of rearing the sick child.

Key words: disability, family, attachment, personality, treating team, psychotherapy.

## BIBLIOGRAFIA

- Artifi G. (2007). *Attaccamento e formazione evolutiva della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boylyby J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Holmes J. (1994). *Teoria dell'Attaccamento*. Boylyby e la sua scuola. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G. (2001). *Le opere della costanza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Maino E., Talpone U. (2005). Crisi adolescenziali in un figlio con funzionamento intellettivo limite: prospettive d'intervento. *Segni*, 31, 2: 19-49.
- Selvini M. (2002). Mara Selvini Palazzoli: un'emblematica storia di resilienza. *Terapia Familiare*, 68: 127-136.
- Soccorsi S. (1986). "Il bambino e il tumore: l'esperienza di una terapia sistemica", intervista a Silvia Soccorsi. *Commento di L. Cancrini Ecologia della Mente*, 1, 1: 4.
- Sorrentino A.M. (2006). *Figli disabili*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sorrentino A.M. (2000). Teoria dell'Attaccamento e psicoterapia familiare. *Psicobiotico*, 20/3.
- Viaro M. (1999). Il cane è il miglior fratello dell'uomo. In: Bercelli, F., Leopardi, P., Viaro M., *Comiti terapeutiche. Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

# Un protocollo per il disturbo da deficit d'attenzione ed una tipologia delle famiglie dei bambini che lo presentano

Joana Alegret

*Con il mio incantamento alla terra  
Pago la libertà dei miei occhi  
Per sapere quello che siamo stati  
Non arriveremo mai a essere quello che siamo*  
Antonio Porchia

*Che fatica faccio  
Per portarti con i tuoi succhi  
E le tue braccia di vento...!*  
Federico Garcia Lorca

## Prefazione a cura di Paola Morosini<sup>1</sup>

*Nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile italiani vi è stato negli ultimi anni un enorme aumento delle richieste di consultazione e di visita per bambini con problemi di attenzione, di comportamento e dell'apprendimento scolastico.*

*Sappiamo che una grossa fascia di bambini con DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento), e cioè con dislessia, disgrafia e disortografia, ha una più che*

JOANA ALEGRET: Psichiatra e psicoterapeuta familiare, Centro di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza (CSMIJ), Barcellona. E-mail: joanaalegret@hotmail.com

<sup>1</sup> Traduzione a cura di Paola Morosini. Neuropsichiatria Infantile, Responsabile Centro Regionale ADHD A.O. di Lodi, Didatta Scuola Mara Selvini Palazzoli, Milano. *Terapia Familiare*, n. 91, 2009