

- 1) Andolfi M., Oglii V. (a cura di) (2003), *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*, FrancoAngeli, Milano.
- 2) Baldascini J. (2002), *Legami terapeutici. Il trattamento della famiglia nella psicoterapia individuale sistemica*, FrancoAngeli, Milano.
- 3) Cirillo S., Selvini Palazzoli M., Sorrentino A.M. (2002), *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Cortina, Milano.
- 4) Dalil F. (1998), *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppoanalitica postfreudiana*, Cortina, Milano (ed. it. 2002).
- 5) Fava E., Massimini C. (2002), *Efficacia delle psicoterapie nel Servizio Pubblico. Il contributo della ricerca valutativa alla clinica*, FrancoAngeli, Milano.
- 6) Fasolo E. (2002), *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*, La Garangola, Padova.
- 7) Lo Verso G. (2004), *English Papers*, Anteprima, Palermo.
- 8) Neri N., Lammari S. (a cura di) (2004), "Uno spazio per i genitori", *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 48, Borda, Roma.
- 9) Pontali C. (1998), *I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico*, in Cecchi M., Lo Verso G. (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia*, Cortina, Milano.
- 10) Pontali C. (2000), "Campo familiare-campo gruppal: dalla psicopatologia all'etica dell'incontro", *Gruppi*, II, 2, 35-50.
- 11) Pontali C. (2002), "Persone e gruppi: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica", *Gruppi*, IV, 3, 31-50.
- 12) Sabbia O. (2002), *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*, Cortina, Milano.
- 13) Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il famiglia. Legami, simboli, transizioni*, Cortina, Milano.
- 14) Viaro M. (a cura di) (2004), "Opinioni a confronto: terapie individuali che si dicono sistemiche", *Terapia familiare*, 75, 85-107.

Bambini e terapia familiare. Perché i bambini scompaiono dalle sedute familiari?

Anna Maria Sorrentino

In occasione del numero speciale celebrativo della rivista, mi è stato chiesto di considerare il tema dei bambini in terapia, tema a me caro, che tuttavia appare desueto per la frequenza con cui, sulla rivista più accreditata nel panorama italiano, sono pubblicati articoli che trattano di questo argomento. Qualunque scorra l'indice dei vari fascicoli di *Terapia familiare*, ad esempio degli ultimi dieci anni, assisterà alla sconcertante evidenza di quanto segnalò: dopo il numero monografico, intitolato "L'infanzia negata" (n. 46, nov. 1994), gli articoli che si occupano di bambini sono tre, il primo del '95 di Viaro sull'ansia da separazione, il secondo del '96 di Rochelitta Tofani, sui rapporti scuola famiglia all'interno di un servizio materno-infantile e l'ultimo del 2003, a cui ho anch'io partecipato, di Fava *et al.*, sui fattori di rischio per i fratelli sani di bambini disabili.

Come è facile constatare, tutto il tema del disagio psicologico dei piccoli pazienti e della varietà dei sintomi in cui può manifestarsi, è escluso, eccezion fatta per il lavoro di Viaro, dalla riflessione dei terapisti familiari italiani, i quali sicuramente identificano nella rivista il loro punto di riferimento culturale.

Va fatta un'eccezione per i temi del maltrattamento e dell'abuso, dove il bambino, visto come vittima della propria famiglia, è argomento di importanti pubblicazioni, come dimostrano gli articoli stessi del

ANNA MARIA SORRENTINO: Psicoterapeuta familiare, Responsabile Scuola "Maria Selvini Palazzoli", Milano, formatore in Centri di riabilitazione in patologia neuropsichiatrica infantile.

Terapia familiare, n. 77, 2005

numero speciale "L'infanzia negata" e la pubblicazione di numerosi volumi di autori dell'area relazionale (Cirillo Cipolletti, 1994; Ghezzi Valionga, 1996; Malacra, 1998; Di Blasio, 2000).

Se poi osserviamo la prassi dei servizi psicosociali che si occupano di tutela dei minori, vediamo troppo spesso, da un lato, bambini osservati senza i loro "cattivi genitori", da cui devono essere protetti, vista la loro incapacità di fornire cure e protezione, quasi affidati per una sorta di ri-allevamento ad operatori tanto volenterosi quanto per lo più ingenuamente schierati alla loro difesa e, dall'altro, genitori separati dai loro bambini, sottoposti a processo di valutazione sulla propria recuperabilità genitoriale, che devono dare prove di competenza in un "altrove", al di fuori della seduta coi loro figli, lontano dagli occhi di quegli stessi operatori che dovrebbero esprimere un giudizio su di loro.

Al di fuori poi dell'intervento della tutela all'infanzia, l'intervento familiare come luogo dell'esercizio terapeutico di operatori della nostra formazione sembra rivolte più agli adulti, o al massimo agli adolescenti che ai bambini.

Questo fatto paradossale colpisce ancor di più, visto il grande interesse dei terapeuti familiari per i temi dell'attaccamento, che sono seguiti ai lavori di Bowlby (1988) come Byng Hall (1995), Critchenden (1994), ed in Italia Cadi (a cura di, 1999), attaccamento visto come matrice dei "Modelli Operativi Interni" che influenzano la nostra vita, e l'enfasi assai opportuna suscitata dagli studi e dalle ricerche degli psicologi dello sviluppo (Stern, 1985; Sameroff Emde, 1989; Arel, 2001); questi ultimi, con il loro lavoro di approfondimento, ci hanno messo in grado di avere un modello teorico di riferimento di squisita matrice relazionale che ci permette di emanciparci dai più rigidi ed individualistici costrutti dell'orientamento psicodinamico.

Mi sarei aspettata che i colleghi più giovani si "gettassero" sul campo infantile, liberi dal condizionamento culturale che noi più anziani abbiamo subito, desiderosi di comprendere le vicende che precedono gli esordi più gravi delle psicopatologie adolescenti, per poter esercitare la propria conoscenza sul campo, e quindi, in modo non disgiunto, il proprio potere terapeutico su quelle famiglie che, più sensibili di altre, fanno richieste di aiuto, o di quelle che, inadempienti, sono "costrette" a riceverlo, per il malessere dei loro figli piccoli.

Test e valutazioni prescritte dall'alto

Nel lavoro quotidiano come docente della Scuola di Terapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli" mi sono sempre scontrata purtroppo, con la prassi consolidata degli allievi di prendere in carico i piccoli pazienti con un approccio testistico, e pertanto individuale, quando sono coinvolti in processi di presa in carico presso i servizi, sia sul tema della tutela minorile, che su quello più generale del disagio evolutivo che si esprime in disturbi del comportamento, della socializzazione e degli apprendimenti. Le richieste delle istituzioni, quali la scuola, i servizi sociali, il Tribunale dei Minori, li riducono spesso a passivi esecutori di processi di valutazione a loro commissionati, senza che si rendano conto che valutare è squisita attività clinica, sempre prerogativa del terapeuta, che non può essere subordinata a forme standardizzate di indagine e di somministrazione che nessuno ha il diritto di prescrivere, violando le libertà tecniche di ogni operatore.

Contro queste forzature valutative, già noi avevamo combattuto negli anni '70, ravvisandone la sterilità come fonti di "etichettamento" improduttivo (Selvini Palazzoli *et al.*, 1973, 1979), salvo rare eccezioni che richiedono adeguata contrattualità sia con il paziente bambino che con la sua famiglia, contrattualità possibile solo dopo un processo di reciproca conoscenza e di costruzione della fiducia sugli scopi di aiuto del terapeuta e dei suoi eventuali strumenti di indagine.

La richiesta valutativa o peritale che l'operatore riceve può essere soddisfatta in molti modi, primo fra tutti, per un operatore sistemico relazionale, osservando le interazioni in atto durante un incontro familiare. Tale incontro permetterà di evidenziare certamente i deficit del soggetto e della sua famiglia, ma anche le possibili risorse a cui attingere in un processo terapeutico. Una valutazione individuale più approfondita potrebbe rendersi necessaria in una fase successiva, quando i contorni del problema sono chiari a tutti, genitori e figli, quando cioè la procedura può essere contrattata direttamente non solo con i genitori, o i detenitori della potestà, ma anche col piccolo paziente, badando bene che questi ne comprenda la finalità di aiuto e di servizio alla sua persona e alla sua crescita.

Spesso i bambini vengono invalidati ad esprimersi nella loro natura di interlocutori competenti proprio da coloro che vorrebbero difenderli e farli ascoltare: raramente infatti l'operatore si preoccupa di verificare

che il suo piccolo paziente sia consapevole di cosa sta avvenendo intorno a lui, dei motivi della consultazione, del segno di amore genitoriale che la consultazione stessa rappresenta e della implicita dichiarazione di fallibilità che i genitori esprimono quando fanno, o accettano, un aiuto terapeutico.

Il bambino paziente ha il diritto di essere esplicitamente informato che l'operatore ha compiti di valutazione non solo del suo sviluppo, ma anche della competenza genitoriale, così che i "patti chiari" consentano poi al terapeuta di chiedere una collaborazione responsabile ed interlocutoria come si conviene ad ogni persona che si sottopone ad un procedimento terapeutico. Naturalmente le spiegazioni saranno date a casa dai genitori, che verranno incoraggiati a porre innanzi tutto se stessi come pazienti bisognosi di guida e consiglio, ma il terapeuta si farà scrupolo di verificare sempre che le informazioni siano state recepite correttamente e terminerà la seduta con una restituzione appropriata alla domanda per cui è stato richiesto l'intervento, in termini comprensibili per il più piccolo dei suoi interlocutori, in modo tale che i patti chiari consentano una "amicizia lunga", sinonimo di una collaborazione a lungo termine all'insegna della trasparenza reciproca. Questa trasparenza richiede all'operatore di chiarire, innanzi tutto a se stesso, come intende procedere se cioè ritiene di poter lavorare solo con i genitori, potrà esplicitare al bambino il proprio progetto nella sua natura ipocritica, di tentativo di aiuto diretto alla funzione genitoriale, se penserà invece che il bambino, come testimone del processo di cambiamento dei genitori, o di eventuali fratelli maggiori sofferenti, gli potrà essere di aiuto, lo informerà del fatto che lo convocherà in futuro con questo scopo, se infine ritiene che il bambino stesso possa ricevere giovamento dal conoscere la storia dei genitori per comprendere le radici del loro comportamento, ad esempio troppo freddo o severo verso di lui, lo inviterà a sedute dove si parlerà della vita della sua famiglia. Avere un bambino come interlocutore è un'ultima sfida per il giovane terapeuta perché lo obbliga ad essere esplicito e chiaro, a non nascondersi dietro parole fumose. Quando i bambini fanno chiasso in seduta e sono disturbanti infatti, questo accade perché il terapeuta non cattura la loro attenzione o non "pretende" seriamente la loro collaborazione, quando cioè non si rivolge a loro come interlocutori degni, con i quali accetta di condividere un contratto, tradotto ovviamente in un linguaggio a loro comprensibile.

La richiesta di terapia familiare per psicopatologie infantili

La forte sensibilizzazione culturale ai problemi dell'infanzia che caratterizza il nostro tempo va, per fortuna, ben al di là dello sconvolgimento generato dalle tragiche notizie di cronaca sulle violenze ai minori, e rende possibile ottenere che sempre più famiglie siano disponibili ad interrogarsi sulle proprie difficoltà educative.

Nelle patologie infantili, più ancora, e giustamente, che nelle difficoltà adolescenziali, i genitori sono portati ad interrogarsi su cosa hanno fatto di "sbagliato" col loro figlio, interrogativo utile, che dovrebbe essere ben accolto dagli operatori.

Una sana autocritica è matrice trasformativa della nostra vita, segno di una disponibilità al cambiamento. Il dovere di noi colpevolizzare i genitori è il fondamentale atteggiamento empatico del terapeuta esperto che, anche troppo consapevole delle enormi limitazioni che gli antichi apprendimenti hanno avuto su di lui, così come sui suoi interlocutori, accoglie con calda benevolenza la riflessione autocritica dei genitori, così come, se necessario, fermamente la smuove e la induce nei suoi pazienti meno consapevoli, al fine di guidarli ad un possibile processo di riparazione.

Le domande di consultazione per un bambino richiedono infatti un periodo di preparazione attraverso colloqui preliminari (Selvini Palazzoli, 2004) in cui i genitori possano descrivere le proprie preoccupazioni per la crescita del figlio ed analizzare i propri dubbi sulle ipotesi circa l'origine del problema, esprimendo liberamente i loro conflitti, le loro ansie, le loro difficoltà ed esasperazioni, i loro tentativi falliti di porvi rimedio. Tutto ciò in assenza dei figli, esprimendo così il proprio ruolo genitoriale: proprio come *care givers* essi chiedono consulenza, si fanno portatori di una domanda che deve essere accolta e sottolineata come legittima, ponendo le basi corrette per il futuro trattamento, che passerà necessariamente per un lavoro su di loro come persone, nonché sulla loro coniugalità e che quindi libererà la loro genitorialità dai vincoli che stimolano risposte disadattive nei loro figli.

Solo successivamente, al fine di verificare le ipotesi che si sono abbinate, sarà utile convocare il bambino stesso con i suoi fratelli e/o sorelle.

A volte, se la situazione appare complessa, sia dal punto di vista psicopatologico, sia dal punto di vista di vistosi conflitti relazionali, può essere consigliabile far precedere la convocazione dei bambini con alcune sedute di terapia vera e propria dei soli genitori.

Ricordo una coppia di una famiglia ricostituita con due bambini piccoli, frutto del nuovo legame, di quattro e due anni. Essi vennero in consultazione non per i problemi dei bambini, ma di una delle figlie di primo letto del marito che, ancora minorenni, teneva condotte di scarsa protezione di sé e di grande reattività verso la nuova compagna del padre che appariva chiaramente esasperata. La situazione risultava intricata ed i problemi dei figli piccoli non erano in luce. Vedendo tuttavia la signora tesa e frettuosa dal contegno del compagno, il quale si "barcamenava" poco abilmente tra i suoi doveri verso di lei e verso la figlia di primo letto, mi interrogai sul benessere dei bambini più piccoli, verso i quali appariva chiaro essere disponibile solo un'attenzione di ripiego. Risultò rapidamente che entrambi erano sintomatici, il minore con un significativo ritardo del linguaggio (a due anni, non pronunciava quasi nessun vocabolo comprensibile), il più grande, brillante ed eccitato, non aveva potuto frequentare neppure un giorno di scuola materna per un'estrema sensibilità alle affezioni respiratorie che culminavano in acuti episodi di laringospasmo, tali da costringere i familiari a precipitarsi al Pronto Soccorso pressoché ogni mese.

I piccoli divennero l'occasione di una terapia che puntò a mettere ordine in questa vicenda familiare: la signora infatti appariva più coinvolta con le figlie del compagno che con i propri bambini, non certo perché non li amasse, ma perché presa, suo malgrado, in un conflitto competitivo con la ex moglie del coniuge, ex moglie che appariva indifferente o quasi ai problemi della figlia e che non si dichiarava disponibile all'apertura di alcun processo terapeutico per lei, inconsciamente lica che la figlia funzionasse da guardafiume nel nuovo matrimonio.

In questo caso la consultazione per i bambini risultò un punto di arrivo, successivo alla definizione dei doveri di ciascuno: la madre dei piccoli doveva occuparsi di loro, come proprio dovere primario, cercando un equilibrio in se stessa in modo tale da garantire un clima familiare sereno in cui lo sviluppo dei piccoli potesse procedere. Il padre doveva farsi carico delle sue preoccupazioni per la figlia adolescente coinvolgendo la madre della ragazza e tenendo fuori la nuova compagna, che non poteva essere coinvolta ed esasperata, pena una ricaduta nociva sui figli. Per rendere possibile questo processo d'ordine un membro dell'équipe si prese carico del nucleo costitutivo della

ragazza disturbata e della sorella di lei, pure sofferente, per valutare la praticabilità di un intervento con il coinvolgimento di entrambi i genitori, mentre la sottoscritta continuò a seguire la nuova coppia al fine di aiutarla a prendersi carico dei bambini. Solo allora e siano sensato organizzare una seduta dove i bambini, debitamente informati con semplici parole del chi io fossi e del perché i loro genitori me li avessero portati, hanno potuto lavorare con me nella seduta familiare, con l'ausilio di semplici offerte di gioco (lo Sconosciuto di G. Von Stab).

La coppia degli adulti allora ha potuto gustamente concentrarsi su di loro, sul loro funzionamento e sulle loro esigenze, lasciando sullo sfondo le problematiche che li travagliavano. Il lavoro ha così permesso di mettere in luce nel più piccolo, un paziente molto attivo, ma completamente anarchico e silenzioso, che privilegiava, nelle rare interazioni con gli adulti, il terapeuta rispetto ai genitori, i quali, piuttosto distaccati, sembravano "disattenti" rispetto alle sue esigenze di contenimento, conforto e stimolo, picchiando così il suo atteggiarsi da sé. Il bambino più grande invece, iperverbale e con una proprietà di linguaggio inconsueta, dominava la scena terapeutica, divorso dall'ansia, produceva storie interessanti che in qualche modo coinvolgevano i genitori, quasi a loro insaputa, rimuovendoli dalla loro passività.

La madre, alla fine, quando restituita a lei, al marito ed ai bambini ciò che avevo visto, mi disse, a propria giustificazione, che sentiva il figlio maggiore soggetto di un grande Karma, quello di dover unire due famiglie spezzate, la sua, di donna con una figlia, rimasta precocemente vedova dopo un legame distruttivo, e quella del padre che con lei aveva cercato di rifarsi una vita.

Karma onerosissimo, sottolineai, per un piccolo di soli quattro anni che, forse, se ne sentiva soffocare.

Il lavoro successivo con questi genitori mirò a farli prendere su di sé il proprio Karma, sollevandone il figlio e concentrandosi sullo sviluppo di entrambi i bambini, mandando il grande all'asilo, dove inspiegabilmente le crisi respiratorie praticamente cessarono, e dedicando al piccolo un'attenzione selettiva che diede ottimi risultati, permettendogli di mettere in luce la sua buona e creativa dotazione, non più oscurata dall'ansiosa prestazione del fratello.

Inutile dire che le gravi manifestazioni patologiche della figlia adolescente rivelarono il proprio tratto isterionico, così che, quando subirono un drastico ridimensionamento del potere di coinvolgere la vita del padre, i comportamenti impulsivi rientrarono entro parametri meno acuti, riducendo l'allarme per la sua condotta.

L'esempio sopra riportato mostra alcuni passaggi che intendo sottolineare: primo tra tutti è che la seduta familiare con bambini rivela un grande potere diagnostico, sia sul funzionamento individuale del pa-

ziente che sulle problematiche dei genitori. Conoscere il paziente e le sue esigenze insoddisfatte permette di orientare l'intervento terapeutico, che, nel caso di bambini piccoli con problematiche evolutive che non compromettono troppo duramente lo sviluppo, come furono in fondo quelli illustrati nell'esempio, si limita ad una presa in carico delle difficoltà dei genitori con se stessi. Difficoltà legate alla propria storia passata, nella famiglia d'origine ed in seguito, al rapporto col partner ed i figli, problematiche che vedono i bambini nel ruolo di "vittime" delle problematiche adulte, più che attori di una situazione di disagio, quindi beneficiari, più che interlocutori, di un lavoro diretto al cambiamento.

Situazioni ad alto indice di patologia

Solo nel caso in cui i piccoli pazienti presentino strutturazioni dell'area psicotica (Seassaro, Sorrentino, 1992; Sorrentino, 1991) e/o i genitori appaiano una risorsa carente perché soggetti molto sofferenti a propria volta, può essere opportuno affiancare alle sedute con i genitori, come quelle illustrate nell'esempio, un tratto di intervento sul bambino, sia nei termini di un supporto relazionale e relazionalmente orientato, sia nei termini di un trattamento psicoterapico propriamente detto. Ciò al fine di offrirgli l'opportunità di sperimentare un'interlocutoria corretta con un adulto di riferimento, mirante ad una sorta di allevamento, quando le condizioni familiari non consentano un affidamento familiare ed il clima emotivo sia decisamente inadeguato. Questa soluzione è un'estrema ratio, cui si ricorre, come è facile capire, quando il terapeuta familiare sente di avere davanti a sé genitori a loro volta pazienti gravi che rappresentano una scarsa risorsa terapeutica in tempi sufficientemente brevi da consentire al piccolo il recupero di importanti funzioni, correlate a specifiche aperture di "finestre" dello sviluppo. Ciò non toglie che anche genitori molto sofferenti possano essere di grande aiuto al figlio, come ci dimostra l'articolo di Zappella sul numero monografico già citato del '94, e come io stessa ho sempre constatato nel lavoro con i bambini psicotici. Questi genitori però, oscuramente consapevoli d'essere troppo pieni di loro antichi e presenti dolori emotivi, si scartano per lo più sostenuti da un affiancamento terapeutico sul bambino, che li aiuta a vedere le possibilità del figlio nella vita quotidiana. Inoltre, essi avranno a disposizione sedute individuali e di cop-

pia, parallele al lavoro sul bambino, in una presa in carico terapeutica a tutto campo.

Situazioni ad indice di patologia medio-grave con collaborazione dei genitori

Di solito però, escludendo l'alta patologia, la famiglia rivela, se sostenuta e guidata, risorse terapeutiche sufficienti ad un investimento appropriato, il che non esclude, se il paziente ha qualche anno di più dei bambini dell'esempio, un suo coinvolgimento diretto in alcune sedute familiari, non solo miranti a monitorare il processo di cambiamento, ma anche finalizzate a rendere il paziente consapevole sia della sofferenza propria che di quella dei suoi genitori, sofferenza radicata nel loro passato. Egli stesso verrà aiutato a rendersi conto di quanto insensapevolmente reagisca al malessere familiare in modo tale da rendere un poco più difficile il suo superamento.

È un grande piacere per me rivolgermi alle piccole, lucide intelligenze dei bambini, spiegando loro quanto accade nella vita della loro famiglia, riconoscendo loro la bontà di certe intuizioni relazionali che possono fare invidia a terapeuti esperti, ma anche richiamandoli alle loro piccole consapevolezza, portando alla coscienza i loro conflitti interiori e mostrando loro il soggettivo potere che tutti gli esseri umani hanno, di influenzare le disposte relazionali, impedendo loro di sentirsi solo vittime o, delirando, persecutori.

Usando il loro linguaggio metaforico, che è anche il mio linguaggio, gli esempi delle loro letture o dei personaggi dei loro racconti, e piacevolvi aiutarli ad immedesimarsi nei propri vissuti per trovare la ragione, coglierne il senso e poterlo così condividere con i loro genitori, per metterli in condizioni di chiedere ed accettare aiuto. Posso così esercitare il mandato terapeutico di costruire un ponte di senso in ciò che accade e ci appare incomprensibile.

Ritordo ancora il bambino che aveva paura di essere come Scat, lo zio cattivo ed assassino del film *Il Re Leone* di W. Disney, che sentiva, senza sapere il perché, l'impulso a gettarsi dal balcone. Ritordo lui, seduto tra i suoi genitori, con la sua faccia piangente, angosciata, interrogativa, un po' inebetita, di fronte alle mie parole che cercavano di spiegarli come essere "cattivo" poteva rappresentare una soluzione per sentirsi forti, e canalizzare all'esterno la furia, in una

dimensione non autodistruttiva. Ora questo bambino si è trasformato in un adolescente, e molte cose sono cambiate nella sua famiglia in lui stesso, ma quando viene da me, solo, come mi ha chiesto, una volta al mese, ed io gli chiedo cosa ne è della sua maschera di cattivo, mi risponde che gli devo lasciare la maschera ancora un poco: lui sa che è un bravo ragazzo, ma qualche volta si sente ancora così depresso e arrabbiato con suo padre da pensare di farla finita, anche se poi parla con sua madre, che sta cercando di imparare a credere in se stessa, dopo il divorzio dal marito, e se ne consola. Anzi arriva ad interrogarsi se la voglia di farla finita non sia per caso un trucco della sua mente per darsi importanza, e non accettare la sua misura di adolescente un po' "figgato" o "coniglio", come dicevano quando era bambino, che per difendersi doveva imparare a tirar fuori le unghie, che anche i conigli hanno, per fortuna.

Conclusioni

Riferendo su quanto esposto mi trovo a supporre che la nostra cultura influenzi i giovani terapeuti come i giovani adulti ad aver paura dei bambini, paura di generarli, di allevarli e quindi di curarli; anche il tentativo di concentrarsi su di loro che alcuni giovani genitori fanno, privandoli di soddisfazioni lavorative, di scambi sociali, per ripiegarsi sul compito generativo, mi pare pericoloso e improduttivo, come quello dei terapeuti che cercano di concentrarsi sul bambino nella seduta individuale.

La centralità del bambino nella nostra cultura intuisce e suscita risposte inadeguate. I bambini sono parte naturale della vita e delle famiglie, e gli adulti sono programmati per stare con loro e aiutarli nella crescita: questa convinzione di base dovrebbe rassicurare.

Il terapeuta familiare dovrebbe porsi di fronte al paziente bambino come di fronte ad un adulto, con disponibilità ed apertura empatica, con rispetto, curiosità ed interesse, così da scoprire di essere programmato, geneticamente per trattarlo. Le piccole facilitazioni quali i giochi, il disegno, le fiabe, le metafore sgorgheranno naturalmente in lui se solo questo terapeuta si sposterà dal suo paziente a guidarlo in un'esperienza che gli darà soddisfazione.

Questo è il messaggio che cerco di trasmettere agli allievi, parafrasando un articolo di Andolfi (1990): "Il bambino non è solo un co-terapeuta, ma anche un ottimo formatore che può aiutarci a scoprire le loro capacità genitoriali in senso lato e perciò anche terapeutiche, a patto che essi si lascino ingaggiare da lui, senza aver paura di non sa-

perlo controllare, di non saper rivolgergli le domande, di non saperlo interessare e coinvolgere".

Infine, la prospettiva evolutiva che apprendiamo nel lavoro con i bambini, da un lato ci aiuta a capire l'adulto quando ci parla dei suoi disagi infantili, dall'altro ci dà la misura con cui potremo valutare l'esperienza di solitudine dei giovani pazienti, e, in terzo luogo, ci aiuterà ad uscire dalle secche della colpevolizzazione dei genitori, divenendo benevoli con loro quando ci parleranno delle loro ansie ed incapacità. Guidare, sostenere un bambino ricalibrante, chiuso ed oppositivo può essere molto faticoso e frustrante; se ci saremo messi alla prova in una seduta familiare, capire empaticamente i genitori ci risulterà assai più semplice e spontaneo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA.VV. (1999), "L'infanzia negata", *Terapia Familiare*, 46, novembre, numero monografico.
- 2) Andolfi M., Haber R. (a cura di) (1995), *La consulenza in terapia familiare*, Cortina, Milano.
- 3) Bowlby J. (1988), *Una base sicura*, Cortina, Milano.
- 4) Byung Hall J. (1995), *Le trame familiari*, Cortina, Milano.
- 5) Carli L. (a cura di) (1999), *Dalla diade alla famiglia*, Cortina, Milano.
- 6) Cuttolo S., Cipolletti V. (1994), *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Cortina, Milano.
- 7) Gentilini P. (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Giunti, Milano.
- 8) Di Blasio P. (2009), *Il bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- 9) Fan D. et al. (2003), "Franchi sani di bambini disabili: possibili indicatori di rischio di evoluzione psicopatologica", *Terapia Familiare*, 73, novembre, pp. 35-56.
- 10) Ghezzi D., Vadhanga F. (1996), *La ruota del minotiro*, Cortina, Milano.
- 11) Malacra M. (1998), *Trauma e riparazione*, Cortina, Milano.
- 12) Rocchietta Totani L. (1996), "Servizio territoriale per l'età evolutiva, scuola e famiglia: come promuovere storie diverse?", *Terapia Familiare*, 51, luglio, pp. 55-64.
- 13) Scasaro U., Sorrentino A.M. (1992), "Le relazioni familiari e l'insorgere delle psicosi infantili: una ricerca", *Psicobiotivo*, 12, 2.
- 14) Selvini Palazzoli M. et al. (1973), *Il mago stregato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 15) Selvini Palazzoli M. et al. (1979), *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano.
- 16) Sorrentino A.M. (1991), *I bambini psicoici*, in Malagoli Togliatti M., Telfener U. (a cura di), *Dall'individuo al sistema*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- 17) Viano M. (1995), "Diagnosi ex juvenibus nel disturbo d'ansia da separazione", *Terapia Familiare*, 48, luglio, pp. 27-36.
- 18) Zappella M. (1994), "Bambini autistiche che guariscono: l'esempio dei tic complessi familiari", *Terapia Familiare*, 46, novembre, pp. 39-49.