

Intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare.

Chiara Pierandrei*

Abstract

L'articolo presenta il resoconto di un'esperienza di tirocinio in psicoterapia psicoanalitica presso un Consultorio familiare in una cittadina delle Marche. Attraverso l'analisi e l'interpretazione della funzione tirocinante, del contesto organizzativo e delle relazioni tra i professionisti che in esso si muovono, l'obiettivo dell'articolo è quello di esplorare dimensioni collegate all'utenza, alla committenza e alle domande che il servizio attualmente riceve. Il metodo utilizzato è la resocontazione di un intervento psicoterapeutico.

Parole chiave: consultorio familiare; famiglia; setting; intervento psicologico clinico; tirocinio.

Premessa

Questo articolo si propone di ripercorrere un'esperienza di intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare, a partire dalla costruzione della committenza e dall'instaurarsi della relazione con il paziente e le figure familiari di riferimento. Viene ripercorsa l'evoluzione del processo clinico, dichiarando gli obiettivi e le ipotesi di sviluppo che hanno guidato un lavoro psicoterapeutico di due anni, nonché affrontando questioni contingenti, legate alle domande che il consultorio familiare attualmente riceve, quale indice di un cambiamento storico e culturale da pensare e a cui fare riferimento.

I consultori familiari

Il consultorio familiare venne istituito nel 1975 con la legge 405, anche se le prime proposte risalivano al lontano 1949, grazie al movimento delle donne che lo aveva fortemente voluto, e alla convergenza dei partiti di allora, cattolico, socialista e comunista (AA.VV., 2010). Si trattava di un presidio pubblico con la finalità di assicurare informazione, consulenza e assistenza psicologica, sanitaria e sociale su argomenti fondamentali per le coppie e per le famiglie, cioè maternità, paternità, procreazione responsabile e salute sessuale. Con la legge 194 del 1978, le competenze del consultorio inclusero anche l'assistenza all'aborto. Fino a quel momento, gli unici centri di sostegno per queste problematiche regolarmente funzionanti erano stati solo quelli privati, con forti connotazioni religiose. Infatti i primi consultori prematrimoniali esistenti in Italia erano sorti per iniziativa di alcuni sacerdoti o laici d'ispirazione cattolica, riuniti nel *Ucipem* (Unione Consultori Italiani Matrimoniali e Prematrimoniali), a cui erano poi seguiti consultori di gruppi volontari, di indirizzo politico diverso. Le funzioni dei nascenti consultori, inizialmente, soprattutto dopo la soppressione dell'*Onmi* (Opera Nazionale per protezione Maternità e Infanzia) e dei servizi gestiti dal ministero della Giustizia, erano state delegate alle Regioni, anch'esse peraltro di recente nascita. La difficoltà organizzativa dei consultori si affiancava all'insufficienza delle istituzioni sanitarie del paese e spesso anche alla mancanza di un'adeguata specializzazione dei medici preposti. Sia l'assistenza alla coppia e alla famiglia, quanto le tecniche psicologiche e mediche finalizzate al controllo delle nascite, non potevano essere svolte con coerenza perché demandate a norme legislative regionali diverse. La Legge che faceva nascere il consultorio familiare pubblico collocava il servizio stesso alla frontiera tra istituzioni e società civile, esprimendo una potenziale contestazione radicale della relazione

* Specializzata in psicoterapia psicoanalitica, SPS

di subordinazione tra chi cura e il paziente (<http://www.linkiesta.it/blogs/l-italia-rimasta/il-consultorio-familiare-ovvero-un-ferito-ai-margini-della-strada>).

Dunque il consultorio alla sua nascita scontava subito tutta l'inadeguatezza della legge e delle strutture organizzative italiane. Finì per essere gestito dai rappresentanti dei partiti, dei sindacati, delle parrocchie, figure troppo militanti per poter assolvere alla loro funzione specifica, a scapito dunque del diretto coinvolgimento della società, cioè a dire delle famiglie, delle coppie e in particolare della donna. A questi meccanismi si provò ad affiancare, in un primo momento il volontariato, con la presenza, nel consultorio, di donne che informavano e discutevano le varie problematiche relative alla vita sessuale della coppia. Ma una soluzione di questo tipo, se pure utile, non poteva che ritenersi provvisoria e monca. Permanevano, inoltre, enormi differenze tra le diverse regioni. In sostanza i consultori sarebbero diventati ciò che la politica e la società li avrebbero fatti diventare.

Alla fine del 1979, dopo quattro anni dalla legge istitutiva, meno di 650 consultori erano stati attivati, soprattutto nel Centro Nord, piuttosto che i 2.200, nell'ipotesi ragionevole di avere almeno un consultorio per ogni distretto sanitario. Dagli anni Ottanta si pose l'esigenza di raccogliere dati sull'attività consultoriale e questi vennero valutati sulla base del numero degli utenti e del numero e tipo di prestazioni, dati che però non hanno permesso confronti tra le diverse realtà e nel tempo, a causa della disomogeneità delle caratteristiche consultoriali e della notevole mutevolezza della disponibilità delle risorse umane.

Nel primo rapporto nazionale sui consultori familiari pubblici presenti in Italia pubblicato dal Ministero della Salute (www.salute.gov.it). la situazione è a dir poco preoccupante. Solo in poche regioni le Asl prevedono un capitolo di bilancio ad essi adibito, ma più in generale, vi è uno scarso interesse a valorizzare i consultori, come dimostra il mancato adeguamento delle risorse e degli organici. Il numero dei consultori è passato dai 2.097 del 2007 ai 1.911 del 2009, con un consultorio ogni 31 mila abitanti circa, contro un valore legale stabilito per legge di 1 ogni 20 mila in area urbana e 1 ogni 10 mila in area rurale. Inoltre la legge prevede un organico multidisciplinare, con figure professionali come ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, sanitario, consulente legale, infermieri. Nel rapporto si legge invece che solo nel 4% dei casi questo organico è interamente coperto. La legge prevede che il consultorio disponga di locali per l'accoglienza utenti, la segreteria, la consulenza psicologica e terapeutica, le visite ginecologiche e pediatriche, le riunioni, l'archivio, mentre il 15% dei consultori ha solo 1-2 stanze, ben 440 consultori non hanno una stanza per gli incontri di gruppo, ed addirittura 634 non possono inviare e ricevere email. Inoltre il 9% dei consultori è aperto la mattina solo uno o due giorni a settimana e il 7% non risulta mai aperto la mattina, mentre il sabato mattina è chiuso l'86% dei consultori italiani. Quanto ai contenuti, l'assistenza alla gravidanza è praticamente inesistente mentre il percorso prematrimoniale è fornito solo in tre regioni.

Per completare il quadro è bene ricordare che i consultori matrimoniali familiari fondati sul cosiddetto "counselling", consulenza come relazione di aiuto tra consulente e coppia, risalgono alla fine degli anni Venti negli Stati Uniti, ed hanno avuto, da allora, un considerevole sviluppo in numerosi stati europei, in particolare in Inghilterra. Nel corso degli anni Sessanta e dei primi anni Settanta i consultori hanno poi avuto ampia diffusione e riconoscimento in quasi tutti gli stati dell'Europa occidentale e infine, anche da noi.

E' evidente che in Italia, oltre ad essere arrivati ancora una volta per ultimi a questo servizio di base per la cultura della famiglia e delle coppie, ci troviamo ancora oggi ad un livello di funzionalità e di fruibilità del servizio assolutamente inadeguato, se paragonato a quelli degli altri paesi.

Utenti con una domanda, utenti inviati.

Per quanto mi riguarda, l'occasione di lavorare come tirocinante in un servizio consultoriale si è costruita a seguito di una convenzione istituita tra la scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica che

frequentavo¹ ed un consultorio familiare marchigiano. Il consultorio familiare è composto da un'équipe perlopiù al femminile: ginecologa, ostetrica, assistente sanitario, psicologa, assistente sociale, tirocinanti e volontari psicologi. Penso sia utile accennare che la psicologa tutor e l'assistente sociale sono da oltre dieci anni assunte con contratto annuale. Ipotizzo che l'essere professionisti a contratto, con scadenza, venga vissuto in un modo che ha un suo peso nel loro modo di relazionarsi con gli utenti del servizio e con i colleghi.

La funzione psicologica in questo contesto si occupa di psicoterapia dei disturbi che rientrano nella sfera dei disturbi emotivi comuni, di valutazione psicodiagnostica delle capacità genitoriali, di affidamento e adozione, di intervento su maltrattamenti su donne e minori. Gli utenti sono quasi unicamente inviati dal Tribunale dei Minori o dal Tribunale Ordinario, ma attualmente sembrano emergere nuove domande, nuovi utenti, che chiedono diverse forme di sostegno spontaneamente, come sintomo di ricerca di un servizio, che nasce anche e soprattutto con queste funzioni sociali.

Solo negli ultimi anni, a mio parere anche in conseguenza della situazione economica e politica del nostro Paese e di un clima spesso percepito come punitivo e correttivo/costrittivo, il consultorio familiare ha assunto una funzione centrale di valutazione per i tribunali. In realtà esso era originariamente nato come un servizio aperto a chiunque avesse bisogno di una consulenza, di esplorare una domanda o di parlare di un disagio e mirava ad offrire prevenzione piuttosto che a raccomandarla. A tal fine sviluppava una attiva opera di comunicazione per raggiungere le persone potenzialmente a rischio (www.epicentro.iss.it). Gli utenti che attualmente si presentano in consultorio con una domanda, seppur pochi, sintomo di una scarsa visibilità del servizio e di un improbabile affidamento da parte dell'utente, raccontano spesso di avere tentato alcuni percorsi alternativi al consultorio, di avere cercato aiuto e sostegno presso associazioni locali di assistenza che in questi anni hanno affiancato, e molto più spesso sostituito, le funzioni proprie del servizio consultoriale.

I tirocinanti vengono coinvolti nelle attività affiancando i tutors ed è in questa modalità che partecipo ai primi colloqui clinici presso questa struttura. Ho ripensato in molteplici occasioni ed in maniera ambivalente a questa modalità di stare in colloquio. Inizialmente l'affiancamento ha svolto una funzione rassicurante, come se potessi osservare un possibile modello di relazione clinica; in seguito ho avuto paura di non poterne fare a meno, pur sentendomi sullo sfondo e talvolta di impedimento alla relazione terapeutica. Credo comunque che questi affiancamenti siano stati estremamente utili nel mio percorso formativo, per la ricchezza di stimoli e per la possibilità creata di instaurare una relazione di scambio professionale e personale con la tutor/collega. Infatti il partecipare insieme a colloqui clinici ci ha aiutato e spronato a rischiare la relazione, a rischiare ipotesi, ha sollecitato fantasie e pensieri ed ha permesso a due colleghe di conoscersi, rinunciando in parte al vissuto paralizzante, forse reciproco, di madre maestra potente e figlia inesperta impotente. Considero prodotti di questi scambi: la costruzione di un rapporto professionale, di una mia funzione psicologica all'interno del servizio e lo sviluppo di una mia competenza nella somministrazione di test e nella stesura delle relazioni da inviare al Tribunale, quale committente del servizio stesso.

Per quanto riguarda la redazione delle relazioni, è stata metodologicamente preceduta da:

- riunioni di équipe con la psicologa tutor, la psicologa responsabile del servizio e l'assistente sociale. Rintraccio, attraverso queste riunioni, la possibilità di ricondurre ad un unico intervento le funzioni svolte dai singoli operatori e di creare un sentimento di appartenenza.
- resocontazione dei singoli colloqui. Considerando questa attività la base di ogni intervento psicologico fondato sull'analisi della domanda, ovvero sul pensare ed esplorare simbolizzazioni affettive, agite dal paziente entro la relazione con lo psicologo (Carli & Paniccia, 2003).

¹ SPS, Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica: intervento psicologico clinico e analisi della domanda. 95

Facendo però un passo indietro, tuttora mi interrogo sul disagio vissuto durante alcuni colloqui in affiancamento. Associo il mio disagio a quello del paziente, che percepisco confuso in presenza di “un interlocutore e mezzo”. A seguito di una recente esperienza in consultorio, dove attualmente svolgo attività di psicologa volontaria, osservo lo stesso fenomeno da un punto di vista diverso. Faccio riferimento ad un colloquio con una utente arrivata al servizio su sua richiesta, una giovane ragazza di 23 anni. Al primo colloquio la collega mi chiede di farmi affiancare da un nuovo tirocinante. Esploro le fantasie di potere e possesso che seguono questa domanda: cosa mi stava chiedendo la psicologa? Vivo in parte la richiesta della collega come un suo voler liquidare il tirocinante, per tenerlo occupato altrove; dall'altra parte agisco una forma di egocentrismo, di paura e di potere centrata sui ruoli, piuttosto che sugli obiettivi del lavoro che si sarebbe svolto insieme al giovane collega. La fantasia agita durante il colloquio, non avendo condiviso obiettivi, come per esempio stabilire chi tra noi due avrebbe osservato, è che ci sia uno di troppo. Questo episodio mi porta a nuove considerazioni sul tirocinio, sulle difficoltà che il tutor stesso incontra e su cosa significa condividere casi, colloqui e spazi, non integrandoli agli obiettivi di intervento.

Il Tribunale dei Minori è il principale committente di questo consultorio familiare. Sporadicamente, ma con un interessante incremento in questo ultimo anno, si presentano utenti che hanno una domanda. E' da questo parallelo tra utenti con e senza una domanda che vorrei analizzare la committenza del Tribunale e le fantasie ad esso collegate. Entro dunque nel tema del mandato sociale, come nel caso del Tribunale, che legittima l'intervento, ma che rischia, se assunto senza costruzione di una domanda all'interno della relazione utente-psicologo, di condizionarne la funzione, orientando il professionista a cercare di modificare comportamenti dell'utente in un modo che si suppone atteso dal Tribunale ma non dall'utente stesso.

Con gli utenti che hanno una domanda da analizzare, e non c'è solo un mandato che legittimi l'intervento, gli operatori del consultorio mostrano una specie di diffidenza. In particolar modo la psicologa tutor e l'assistente sociale, percepiscono l'utente spontaneo come un aggravio di lavoro, e credono impossibile trovare tempo per questi casi, vissuti come “extra”. Tutto ciò si traduce da parte di questo gruppo di professionisti in una lamentela nei confronti del periodo storico, politico, economico che viviamo, rendendo la domanda dei cittadini non trattabile ed agendo una semiespulsione di questi casi dal servizio alla psicologa volontaria, considerata appunto risorsa extra del servizio stesso. A partire dalle mie emozioni e fantasie credo sia utile ripensare come ci rappresentiamo l'altro, quali sono gli obiettivi a cui ci proponiamo di lavorare insieme ed i diversi limiti temporali, spesso stabiliti dal Tribunale, nonché relazionali.

Trovandoci in un piccolo consultorio è frequente che un utente inviato dal Tribunale sia preceduto da una storia familiare già, almeno in una certa forma, nota all'interno del servizio. Spesso infatti in consultorio si acquisiscono informazioni non solo dalla questura, dai servizi sociali e dalle scuole, ma anche attraverso il sentito dire tipico di un piccolo centro. Come è facile immaginare, la motivazione personale che spinge l'inviato dal Tribunale ad una relazione con il consultorio è spesso scarsa, piuttosto sembra adempiere ad un dovere, ad una costrizione e lo psicologo, come il servizio, rappresentano un potere da manipolare, con cui allearsi contro altri o di cui diffidare. Come si può capire queste emozioni non sono a carico, a prescindere, dell'utente, ma del tipo di relazione che si instaura con un utente che sa di dover essere valutato su mandato del Tribunale.

Un utente che arriva con una domanda è in tutt'altro rapporto con il consultorio, a partire dall'attesa che ha che venga trattato un suo problema, e che sui modi con cui ciò avverrà, si converrà con lui: è un utente che pensa di avere un qualche potere nella relazione, anche se ipotizza di potersi affidare a un tecnico.

Nel caso di utenza inviata dal Tribunale, non solo è quest'ultimo a stabilire la finalità da perseguire, ma spesso ciò che il Tribunale vuole può essere immaginato dall'operatore in termini molto semplificati e tendenzialmente ridotti a una fantasia, poiché non c'è confronto e discussione con il Tribunale stesso. Inoltre, grazie alla finalità valutativa, si può fare ricorso a test psicologici, quali il test MMPI, MRO,96

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Pierandrei, C. (20014). Intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare [Clinical psychological support in family planning clinic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 93-107. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

AAI, Rorschach². Questo significa che non ci si attende di capire qualcosa attraverso il rapporto con l'utente; l'implicazione dello psicologo è ben diversa da quella richiesta da un intervento psicologico clinico; potremmo dire che lo psicologo si ripara dalla relazione dietro una barriera difensiva fatta del modo con cui interpreta il suo mandato e di test.

Nel caso dell'utente con una domanda, la situazione è diametralmente opposta: il committente non è un Tribunale lontano di cui posso immaginare le finalità valutative che mi danno potere sull'utente, ma un cliente davanti a me che mi pone un problema su cui non saprò intervenire se non saprò decodificarlo, capirlo, attraverso la relazione con lui.

Se vogliamo capire cosa significa lavorare con un utente senza domanda, basterà ricordare che spesso questo ci chiede: "Quando termineranno questi colloqui?". Del resto, in questo caso tutti lavoriamo senza "divagazioni": non c'è spazio per gli interrogativi, né dell'utente, né dello psicologo; si va avanti con la procedura di valutazione e con i suoi tempi, non con i tempi di una relazione che esplora la domanda, le emozioni e le simbolizzazioni con cui si vive la relazione stessa. Alla fine la psicologa invia al Tribunale ed al giudice committente una relazione sul lavoro svolto con l'utente sulla base del mandato ricevuto; ad esempio, relaziona sulle capacità genitoriali dell'adulto o della coppia inviata, o sul termine di un percorso di sostegno psicologico. In ogni caso l'invio della relazione segna uno stato di arresto del rapporto tra il servizio e l'utente.

Con un utente che ha una domanda tutto cambia: non c'è una procedura e delle tecniche a dettare i tempi, ma una reazione da esperire, e le variabili anche nella durata sono molteplici, perché la relazione si potrebbe interrompere improvvisamente per volere del paziente, o concludersi in maniera concordata con lo psicologo ed in molti altri modi ancora.

Un caso

² Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Gli autori della prima edizione del 1942 sono lo psicologo Starke R. Hathaway e il neuropsichiatra J.C. McKinley. Rappresenta uno dei più diffusi test per valutare le principali caratteristiche della personalità ed è utilizzato sia in ambito psicologico che psichiatrico.

Modello delle relazioni d'oggetto (MRO). Test di tipo proiettivo che si basa sul modello delle relazioni d'oggetto. Le dimensioni indagate sono: la dimensione del sé, la dimensione familiare, psicosessuale e interpersonale. Ciascuno degli item viene valutato su 3 scale: vissuto dell'io (valutazione-svalutazione), operatività dell'io (attività-passività), definizione dell'io (autonomia-dipendenza).

Adult Attachment Interview (AAI) è un'intervista semistrutturata, inizialmente costruita per studiare le rappresentazioni di attaccamento delle madri di un gruppo di bambini osservati durante la Strange Situation. Le domande sono centrate sulla rievocazione della storia di attaccamento dell'individuo e trattano l'esperienza del soggetto con le figure di riferimento durante l'infanzia, le situazioni di difficoltà in cui l'efficacia e la presenza del genitore sono fondamentali per la protezione e la cura del piccolo. Parallelamente, il soggetto viene invitato a riflettere sulle esperienze passate, alla luce delle sue convinzioni e dei vissuti attuali in quanto adulto.

Il test di Rorschach ideato dallo psichiatra svizzero Hermann Rorschach è il più noto ed usato test proiettivo in psicologia clinica ed anche quello più standardizzato. Il test è composto da 10 tavole, in cui, su sfondo bianco, sono riprodotte delle immagini ottenute lasciando cadere delle gocce d'inchiostro su un foglio di carta che successivamente viene piegato in due per ottenere due immagini simmetriche rispetto ad un asse centrale. Sette tavole sono di colore grigio e nero, in due di queste è presente anche il colore rosso, e tre tavole sono policromatiche. Inizialmente il test viene somministrato per studiare la relazione fra percezione e personalità, e successivamente, per ottenere indicazioni diagnostiche a partire dal modo in cui i soggetti interpretano gli stimoli proposti.

Per parlare del mio lavoro al consultorio riferirò di un caso. Il Tribunale dei Minori di una provincia delle Marche dà mandato al consultorio familiare territorialmente competente di prendere in carico, ai fini di svolgere una funzione di sostegno psicologico, una madre con due figli. L'episodio che li ha resi tristemente noti nella cittadina in cui risiedono, riguarda una sparatoria avvenuta nel 2007. Un uomo è entrato in casa loro uccidendo due donne e ferendo la terza. Il bambino di 4 anni, che si trovava in casa, riesce a salvarsi grazie all'intervento della nonna che lo nasconde sotto il letto. Restano uccise la nonna e la zia del bambino, mentre la madre, gravemente ferita, si salva.

Il caso di cui sto per resocontare riguarda il bambino che si è salvato dalla sparatoria. L'incarico è da poco volto al termine, ma, anche per la sua ampia durata, è stato possibile creare una funzione di consulenza, stimolare domande e tentare di costruire un sentimento di fiducia da parte del bambino verso il servizio.

Il bambino, che oggi ha 10 anni, nasce in un piccolo centro delle Marche, dove i suoi genitori, originari del sud, si sono trasferiti, con la sorella, i nonni e gli zii materni, per motivi di lavoro.

La nascita del bambino avviene al suo ottavo mese, a causa delle ripetute percosse subite dalla madre in gravidanza da parte del marito. Alla nascita gli viene diagnosticata una grave patologia renale, che lo obbliga a sottoporsi a controlli e ricoveri periodici in ospedale. All'età di 3 anni i suoi genitori si separano: il padre torna a vivere nella sua regione di origine dove tuttora risiede e la madre inizia a frequentare un altro uomo più grande di 24 anni, con cui emigra in Spagna per tre mesi, "abbandonando", così si esprime la signora, i figli a casa dei nonni.

Probabilmente in questo periodo, per le situazioni di impotenza e di angoscia, e forse anche per la convivenza con persone anziane, appartenenti ad una certa cultura familiare locale, che è quella meridionale, in cui i valori della famiglia e delle tradizioni religiose acquisiscono una rigida importanza, il bambino si aggrappa ad un forte spirito religioso, che trascende spesso verso il pensiero magico e fantasioso. A tale riguardo, racconta di pregare per sua madre, immagina di aver visto la Madonnina piangere e di parlare con gli angeli. Spesso inoltre si esprime in termini di pentimento e punizione divina, mostrando un bisogno di giustizia, di legge e di un padre. Ha 5 anni quando avviene l'episodio drammatico. A rendere più dolorosa questa esperienza nel suo vissuto e nella sua difficoltà di bambino che distingue per categorie di giusto/sbagliato e buono/cattivo, è il fatto che a sparare sia stato un uomo conosciuto, l'ex compagno di sua madre.

Dal 2008 i minori e la madre sono seguiti, per un sostegno psicologico, dal servizio consultoriale. Durante i colloqui di équipe, nonché sfogliando il giornale locale, vengo a conoscenza che altri familiari, per motivi connessi a reati di tipo mafioso, sono tuttora utenti del consultorio come inviati dal Tribunale e sembrano svelare, inevitabilmente, la cultura familiare ed il contesto che interferisce e partecipa alla crescita ed allo sviluppo del bambino.

Il mio incarico inizia quando la psicologa mi chiede di incontrare per un colloquio un bambino di 8 anni, che fino a pochi mesi prima lei stessa aveva seguito per i precedenti due anni. Mi racconta abbastanza nel dettaglio il caso, informandomi sul mandato del Tribunale che lo ha inviato al Consultorio, sullo stato di salute ed i disagi del giovane utente, sul rapporto che è riuscita a costruire con lui, nonché sulla sua famiglia.

Prima di incontrare il bambino ho la curiosità di chiedere informazioni su di lui anche all'assistente sociale, che conosce l'intero gruppo familiare da molti anni e che mi espone un quadro piuttosto preciso del caso. Un'esposizione che per certi aspetti mi sembra troppo chiara, troppo scontata, troppo poco emozionata, ma che allo stesso tempo mi fornisce una base da cui iniziare a pensare alla persona e alla famiglia che incontrerò. Ulteriori informazioni le ritrovo nella cartellina in archivio, contenente i resoconti dei colloqui clinici con il bambino e la sorella, i documenti ricevuti dal Tribunale e dalla Questura, i disegni ed i test precedentemente somministrati ai bambini.

Il mio primo incontro è con la coppia madre-figlio. La sorella del bambino, anche lei presente in Consultorio quel giorno, attende fuori dalla stanza. Mi presento come psicologa tirocinante e comunico loro che sostituirò la precedente professionista nel lavoro con il bambino. Questo scambio di informazioni era in parte stato anticipato telefonicamente alla signora dalla tutor, unitamente ad informazioni quali “la dottoressa conosce già la situazione del bambino”. Queste anticipazioni mi hanno orientato nei primi passi dell’intervento ed hanno agevolato il primo incontro, denso di sguardi e pieno di parole proferite dalla madre, che mi appare iperattiva e desiderosa di dare un’immagine di sé positiva, dinamica e genitorialmente attenta. Il bambino sembra (inevitabilmente) molto silenzioso, in imbarazzo. Alle domande che tento di porgli risponde sua madre e lui ne sembra sollevato. La signora, che siede vicina al figlio dalla parte opposta del tavolo, mi informa che non ha portato suo figlio ai colloqui in consultorio per circa 8 mesi, a causa di problemi economici, lavorativi e soprattutto di salute del bambino. Racconta episodi di frequenti enuresi ed incubi notturni, nonché di sofferenze causate dalla distanza dalla figura paterna. Sottolineando il suo essere una madre attenta ai bisogni dei figli, chiede di poter riprendere i colloqui con il figlio, che in tutto questo rimane silenzioso e non interpellato da sua madre, alla quale sembra totalmente affidarsi.

Penso di avere voglia e bisogno di relazionarmi con il bambino, di conoscerlo, di sapere da lui come sta, cosa pensa e quali sono le sue domande. Gli obiettivi che mi pongo riguardano quindi:

- la possibilità di creare una relazione con il bambino che possa includere anche la madre, indagando sull’immagine che lui ha di questa e di se stesso, per ricercare un pensiero sulla dipendenza psicologica ed emotiva dell’uno dall’altra;
- la possibilità di parlare con il bambino delle sue paure, di cercarne il senso e di pensare a prospettive future e desideri che vorrebbe realizzare.

Ipotizzo in questo primo colloquio di incontrarci due volte al mese con il bambino, e di stabilire in seguito alcuni incontri con la madre, con la quale mi troverò comunque a discutere spesso dopo i colloqui, a volte in presenza del figlio.

Fissiamo un primo incontro compatibilmente con i suoi orari scolastici e gli impegni lavorativi della madre. Gli chiedo se è d’accordo e se ha voglia di venire e lui, dopo aver guardato sua madre, alzando le spalle annuisce. Ci siamo visti una volta ogni quindici giorni per circa due anni, alternando periodi di regolare frequenza ad altri di scarsa costanza. L’intervento si è concluso nel mese di luglio, ma a novembre la signora ha ricontattato il servizio per chiedermi di riprendere i colloqui clinici con il figlio, definito spesso triste e angosciato per i difficili rapporti con il padre e per un grave incidente occorso allo zio.

Ripensare spesso la relazione ha fatto parte del metodo di intervento, per rendersi conto di dove si era arrivati e in che direzione si stava andando, per valutare se l’ipotesi iniziale sosteneva il processo in corso, volto al sostegno e allo sviluppo del minore. Con il bambino la relazione ha avuto bisogno di cautela, di sensibilità, di complicità, di fiducia, di un linguaggio adeguato alla sua età ed al suo stato di sviluppo. I cambiamenti rilevanti sono relativi all’aspetto fisico e rappresentano un costante campanello che ricorda lo stato evolutivo del paziente e il suo essere un bambino che cresce. Questa condizione mi ha messo emotivamente in contatto con un evidente trascorrere del tempo e con le mie responsabilità nel lavoro da fare insieme. Responsabilità intesa non come onnipotenza, ma come un vissuto carico di attenzione, impegno e coinvolgimento, nell’ipotesi che molto si potesse fare e pensare durante i nostri colloqui.

E’stato necessario pazientare, tentare di rispettare i suoi tempi e diventare un po’ bambini nel modo di pensare e relazionarsi. La credibilità e la fiducia sono stati obiettivi costanti della relazione e li ho vissuti spesso come pericolosamente a rischio, anche per quel terzo imprescindibile che è la figura materna per un bambino di 10 anni. A tale proposito, ho tentato di anticipare sempre al bambino i motivi dei miei incontri con sua madre, cercando di tutelare la fiducia nel nostro rapporto e di non sminuire la nostra relazione, che ipotizzo coincidesse anche con l’emozione di sentirmi io stessa il terzo, estraneo alla coppia madre figlio.

La simpatia reciproca infine è stato un buon ingrediente nella relazione e nel processo di sostegno, ma è stato difficile affrontare resistenze legate ai valori familiari, alla tutela del nucleo, al linguaggio, talvolta intelligentemente e sensibilmente omertoso del bambino, che ha caratterizzato in parte la nostra relazione e che ho vissuto spesso come un limite frustrante.

L'evoluzione della relazione. Ripensare e rielaborare il trauma

Il paziente in questione, facendomi uscire dalle mie fantasie, che mi inducevano a pensare l'episodio traumatico come non parlabile, racconta sin dai primi colloqui e con un orgoglioso apparente distacco, la vicenda drammatica vissuta. Durante quasi due anni di sostegno che si sono susseguiti ed in cui ci siamo incontrati con una cadenza quindicinale, lo fa più volte, inserendo nuovi particolari, più connessi al suo vissuto e alle sue emozioni. Credo che questo modo di narrare il trauma sia dovuto da una parte ad un distacco temporale, che gli permette di ricordare ed elaborare l'episodio, e dall'altra al lavoro svolto insieme, nel tentativo di dare un senso alle paure ed ai disagi che sembravano persistere negli anni successivi della sua crescita, probabilmente considerabili sintomi del trauma vissuto. Faccio riferimento agli episodi di enuresi notturna raccontati dal bambino con grande imbarazzo, nonché alla paura del buio, paura sulla quale abbiamo lavorato insieme e sulla quale tornerò in seguito.

Tornando invece alle modalità di narrazione, il bambino sembra inizialmente assumere il ruolo di uno spettatore, non manifesta emozioni, si mantiene composto sulla sedia e attende domande. Nel proseguo dei colloqui è tornato a raccontare quell'episodio partendo dall'evocazione di sua nonna, con il pretesto che di lì a qualche giorno avrebbe compiuto gli anni. Nel ripensare a quel giorno ha parlato della sua paura che la madre fosse morta, pensiero scongiurato, ma senza poter scappare da un diffuso senso di colpa. Colpa che riguarda il suo gioire perché sua madre è viva, mentre sua zia e la nonna sono morte, colpa per non aver potuto fare nulla in quella stanza, in cui lui era l'unico uomo, ma troppo piccolo, quindi inutile, quindi sotto il letto, quindi da salvare. Mi resta in mente il suo definirsi "l'unico maschio presente quel giorno". Ripenso alla sua cultura familiare, in cui la differenza di genere è fortemente ancorata ad ideali di forza e potere. Provo con lui a pensare, ad affiancare al genere la categoria bambino, ma non è pensabile, pena un vissuto di impotenza dal quale cerca di uscire. Non è pensabile neanche la fantasia che si stia facendo carico di responsabilità che inconsciamente attribuisce a sua madre.

Durante un colloquio proviamo a calarci nella realtà, ad immaginarci di scendere insieme sotto il letto. Al bambino piace pensare a quel punto che siamo dei "sopravvissuti", qualcosa che rimane dopo la morte, parola che sembra permettere un'eroica rinuncia all'onnipotenza e lo riporta simbolicamente "sopra".

Il vissuto di impotenza e colpa sembra emergere anche attraverso lunghe digressioni ludico fantasiose, che esprimono una agognata onnipotenza ed un forte desiderio di essere adulto, sinonimo appunto di forza e potere. Attraverso identificazioni fantasiose di supereroi di ogni genere, come scorpioni potenti o guida di un sommergibile, il bambino riscatta continuamente la sua immagine di piccolo impotente e gioca con le sue fantasie, richiedendomi di credergli, di credere che lui ha davvero dei poteri magici. Ho colluso con lui evidenziando gli aspetti ludici, partecipando ad esagerare i suoi poteri, per rendere questa onnipotenza inverosimile, inserendo però frammenti di realtà, quali ad esempio le sue narrate abilità, considerabili poteri nel suo linguaggio, di costruire oggetti nonché la sua agilità fisica. Ipotizzo che attraverso eroi mitici, dalle dimensioni sovraumane, il bambino tenti di formare una parte della sua personalità. Sa che non potrà essere all'altezza delle virtù dell'eroe, perciò da lui ci si può aspettare soltanto che imiti l'eroe in misura limitata, così da non essere sconfitto dalla discrepanza fra questo ideale e la propria piccolezza, mostrando un sostanziale ottimismo (Bettelheim, 1977).

In uno degli ultimi racconti frammentati che il bambino fa di quel giorno emerge un risveglio dei sensi, ricordi rimossi o non ancora confidati. Ricorda l'odore del ferro sotto il letto e lo collega al sangue perso dalla nonna, ricorda con gesti agitati la pistola che si blocca e permette a sua madre di salvarsi e infine il rumore e l'arrivo degli elicotteri, in realtà soltanto uno, che volavano sopra la sua casa per recuperare i feriti.

100

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Pierandrei, C. (20014). Intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare [Clinical psychological support in family planning clinic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 93-107. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

La paura del buio

In questi due anni il bambino ha più volte dichiarato di avere superato la paura del buio, per poi smentirsi in colloqui successivi, raccontando episodi notturni in cui non riusciva a dormire a causa dei rumori che sentiva provenire dall'esterno e quindi della paura che qualcuno entrasse. Ha raccontato di tenere il cellulare sotto il cuscino per poter illuminare la stanza e controllare che non ci fosse nessuno in casa. Chiama indistintamente "ladro" la persona che teme possa entrare. Sembra in questo modo generalizzare il vissuto di pericolo nei confronti di un indifferenziato esterno cattivo. E' di nuovo una questione attinente al dentro ed al fuori, alla categoria simbolica amico/nemico, in cui tutto ciò che si allontana dalle cure parentali può avere connotazioni negative e ciò che resta come amico è il gruppo familiare (Carli & Paniccia, 2003).

A proposito del vissuto di pericolo ricordo ad esempio un intero colloquio rivolto all'importanza di avere un cane da guardia, un cane grande e feroce, non come i cagnolini che possiede la sua famiglia, definiti significativamente "inutili". Racconta inoltre di aver regalato una felpa a sua madre con disegnato un grosso cane, mostrandomi nuovamente il desiderio di proteggerla e la paura di perderla. Tento di collegare l'estraneo ad una specifica persona, in direzione di un esame di realtà, per permettere al bambino di riflettere sul senso ed i limiti del concetto di estraneo e di pericolo. L'ipotesi che guida questo processo di lavoro è di ricostruire l'evoluzione dei processi mentali e l'ambito reale in cui si muove il bambino.

Nel tentativo di distinguere il vissuto di pericolo passato da quello attuale, il bambino, inserito nel processo, associa l'allora con l'ora e dentro una cornice di realtà pensa agli anni di carcere che l'assassino dovrà scontare. Quando ne parliamo non sappiamo ancora della riduzione di pena e pensiamo che resterà in carcere 30 anni, piuttosto che gli effettivi 7 (ne ha già scontati 6 in carcere). Questa sua associazione mi sorprende e sono io a farmi riportare ad una più stretta fetta di realtà. Il bambino pensa al fatto che l'uomo sarà anziano quando uscirà dal carcere, pensiero che in parte sembra tranquillizzarlo nella misura in cui l'età potrebbe rendere questa persona innocua. Provo ad esplorare con lui i suoi sentimenti. Pensiamo a quanto lui debba essere arrabbiato oltre che spaventato da questo individuo. Il pensiero lo eccita e lo induce ad uno sfogo dei suoi pensieri di vendetta. Sembra sforzarsi di mostrare un qualche pentimento, al punto di stupirsi quando sollecitato a pensare che certi pensieri non sono negativi, sono pensieri di una persona arrabbiata, che ha diritto di esserlo ed ha bisogno di dare un senso alle proprie emozioni, piuttosto che negarle.

L'ultima volta che mi riferisce di non aver più paura del buio, ci sono variabili a mio avviso importanti da considerare: il bambino ha traslocato da poco in un'altra casa con sua madre e sua sorella ed io e lui ci troviamo in una stanza del consultorio diversa da quella abituale. In questo diverso setting mi chiede di potermi dare una dimostrazione della paura superata. Come richiesto abbasso le serrande e lui spegne la luce, poi, ci sediamo, sempre seguendo le sue istruzioni, sotto il tavolo. Sembrava divertito, ma anche carico di adrenalina, in attesa di qualcosa, motivo per cui restiamo qualche minuto in silenzio con gli occhi sgranati. Interpreto questa richiesta di partecipazione e coinvolgimento come un passo verso la fiducia terapeutica all'interno di una relazione di sostegno che inizia ad acquisire importanza e senso per la coppia (Codignola, 1977). Per quanto riguarda gli elementi di contesto, credo meritino una riflessione, nella misura in cui hanno svolto una funzione di stimolo: il trasloco ha permesso al bambino di sentirsi fisicamente lontano dall'accaduto. Ipotizzo che nella distanza fisica ed emotiva abbia potuto sperimentare le sue paure, come quella del buio, in un contesto neutro, forse stimolante, forse vissuto come sicuro.

La stanza del consultorio inusuale, a causa dell'indisponibilità di quella che è sempre stata la nostra stanza dei colloqui, lo rende curioso, osserva i disegni di altri bambini appesi alle pareti e faccio l'ipotesi che si senta meno solo, meno diverso e soprattutto penso che alle mie spalle c'è una finestra, non presente in quella che era la "nostra" stanza. La finestra credo possa simboleggiare un ingresso possibile

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Pierandrei, C. (20014). Intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare [Clinical psychological support in family planning clinic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 93-107. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

dall'esterno e dell'esterno. Forse questa associazione gli permette di pensare di poter tentare di rivivere con la psicologa, nel qui ed ora, in un posto non propriamente familiare, ma conosciuto, emozioni vissute là ed allora e di simulare quindi la situazione che vive nella nuova casa con le vecchie paure.

Adultizzazione/diventare adulti

Durante i colloqui si è lavorato per fare emergere desideri e progetti da parte del bambino, che appariva, soprattutto nel primo anno, adultizzato nei comportamenti, negli atteggiamenti, nel modo di relazionarsi e di preoccuparsi per sua madre e nel suo modo di intendere il gioco ed il divertimento, nonché la compagnia di pari e la scuola. Il bambino mostra un forte ed empatico attaccamento con la madre, sembra spesso dipendere dal suo umore e soprattutto dalla sua felicità. Sembra accontentarsi dei desideri di questa, che, per quanto lo riguardano, corrispondono all'essere bravo e grande, come infatti lei stessa in mia presenza spesso fieramente lo definisce: "grande".

Partendo dall'idea che grande si diventa, pensiamo a cosa significhi questo per lui, quali desideri avrebbe e proviamo così a spostarci in una dimensione progettuale. Racconta allora per interi colloqui, immaginandosi come un medico, mostrando il suo ideale di adulto positivo, la sua passione nel salvare vite all'interno della Croce Azzurra, dove sua madre svolge attività di volontariato, e dove lui trascorre gran parte dei pomeriggi. Parla dettagliatamente di maschere per l'ossigeno, iniezioni, defibrillatori. Emerge da questi suoi racconti anche il desiderio di dare pace al suo senso di colpa per non aver potuto fare nulla ed insieme, un desiderio ed una possibilità di recuperare/espriare.

Per quanto riguarda i suoi interessi, il rapporto con i coetanei e la scuola non sembrano importanti, è disinteressato nei confronti dello studio, riesce a raccontare quasi esclusivamente un vissuto di noia e di antipatia nei confronti dei professori. Inoltre in questo ultimo anno scolastico il bambino ha avuto in affiancamento un insegnante di sostegno. Ha vissuto negativamente questo aiuto, percepito come una imposizione, che lo rendeva palesemente diverso ed inferiore rispetto ai suoi amici. In qualche misura il bambino si rapporta con i suoi coetanei mantenendo le distanze, mostrando emozioni di esclusione, disagio, inferiorità, timore di giudizio personale. Non racconta episodi di gioco o di condivisione, piuttosto di esclusione volontaria a seguito di un vivere diverso, per quanto accaduto alla sua famiglia, per i suoi disagi scolastici e per la mancanza di un nucleo familiare "normale". Credo si avvicini in questo modo ad accennare alla mancanza di suo padre. Spesso riferisce: "Ho da fare, non ho tempo di giocare con gli altri". Sembra in questo modo sottrarsi alle relazioni tra pari e cercare figure adulte maschili positive e gratificanti da aiutare nel lavoro, come per esempio un infermiere, definito spesso "il mio amico".

La famiglia del bambino: il disegno

Ho tentato, attraverso il metodo del disegno della famiglia (Castellazzi, 2006), di esplorare le simbolizzazioni e le dinamiche familiari che spesso sembravano omertosamente taciute dal bambino. Incuriosita da un suo disegno del 2010, periodo in cui il bambino era seguito dalla psicologa del consultorio, gli propongo, dopo due anni, in un giorno in cui sembrava essere stanco e annoiato dal colloquio, nonché attratto dai colori che si trovavano sul tavolo, di fare un disegno della sua famiglia. Credo che il disegno del 2010, quando il bambino aveva 8 anni, sia una delle mie prime informazioni sul caso reperite dalla cartella in archivio: i membri della famiglia erano rappresentati tutti con delle gambe lunghissime e senza piedi.

Considero nelle mie prime ipotesi il bambino un tutt'uno con l'accaduto, fatico a individuarlo, come fosse lui stesso il dramma. Forse per questo penso istintivamente, costruendo fantasie a partire dalle mie emozioni, che quelle lunghe gambe sono un riprodurre la sua visuale da sotto al letto, in cui immagino vedesse solo le gambe delle persone presenti nella stanza. Penso alle gambe che simboleggiano nella

102
Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Pierandrei, C. (20014). Intervento psicoterapeutico in un consultorio familiare [Clinical psychological support in family planning clinic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 93-107. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

mia mente la corsa, la possibilità di fuggire, la certezza di essere visti e che sono in contrapposizione con il suo essere sdraiato, fermo e nascosto. Altro particolare del disegno cui do particolare rilievo dopo avere conosciuto il paziente e alcuni membri della sua famiglia, è il modo in cui i personaggi rappresentati sono raggruppati. Il disegno rappresenta una famiglia estesa: il suo nucleo familiare e quattro cugini. Tutti appaiono senza piedi, che dovrebbero iniziare dove il foglio termina e seguono la fantasia dell'impossibilità di scappare via, nonché un difficile contatto con la realtà ed il proprio corpo. Lo spazio occupato per disegnare otto persone è ridotto al minimo, occupa un terzo del foglio e questo è l'ordine in cui appaiono rappresentati: per primo il bambino, vicinissimo alla madre, sottolineando la sua identificazione con questa e quindi un possibile disturbo nel processo di identificazione nel genitore del sesso opposto. A seguire il padre, due cuginette, la sorella ed altri due cugini, figli della zia morta nella sparatoria. Tutti hanno il sorriso sulle labbra, simbolo di un'idealizzazione familiare. Particolarmente caratterizzati sembrano suo padre e suo cugino di 16 anni: il padre ha delle orecchie ed una pancia molto pronunciate e suo cugino dei capelli da punk. In generale i personaggi sono scarsamente differenziati a livello sessuale: sono tutti vestiti nello stesso modo e compiono tutti la stessa azione. Il fatto che il bambino rappresenti personaggi aggiuntivi rispetto alla famiglia reale, (4 piccoli cugini) ipotizzo possa essere sintomo di ricorso alla proiezione difensiva, per cui sui personaggi disegnati vengono spostate pulsioni rimosse, o l'esistenza di un nucleo familiare carente e quindi il bisogno di appoggio e la ricerca di oggetti di amore alternativi.

Il disegno che il minore riproduce in silenzio della sua famiglia due anni dopo è molto diverso, ovvero ricco di particolari paesaggistici, per certi aspetti caotico e fantasioso, rispetto alla prima rappresentazione grafica, in cui i membri della sua famiglia erano disposti uno accanto all'altro, allineati, nella parte centrale del foglio. Credo che questa differenza sia il prodotto di un processo di proiezione-introiezione e quindi di scambio e interazione tra mondo interno e mondo esterno. Graficamente la costruzione sembra più infantile ed il contenuto è molto caotico. I personaggi sono sparsi in tutto il foglio, arricchito di particolari paesaggistici. I membri che rappresenta sono sua madre che scende le scale esterne della casa a due piani, lui dentro la casa, sopra al piano abitato dai cani, con un cappello simile a quello del nonno, che si trova all'estremo del disegno e che sostituisce la figura paterna: rappresenta il cugino maggiore e la cugina più piccola appesi ad una nuvola. Il bambino sceglie di non parlare del disegno, lo esegue e lo consegna. La famiglia che ne esce non è reale, mancano suo padre e sua sorella, spicca una sua grande somiglianza con il nonno, che so essere stato una persona molto violenta e rigida fino a pochi anni fa, ma per certi aspetti mi appare più pensata di quella riprodotta nel 2010. Appare evidente una maggiore dinamicità, sono presenti arricchimenti paesaggistici, una maggiore differenziazione dei personaggi e sembra possibile fantasticare sull'atmosfera familiare. Mi soffermo su particolari quali:

- il suo rappresentarsi come vice capo famiglia, quindi vice di suo nonno, che sostituisce l'adulto maschile assente, il padre.
- il suo posizionarsi in casa, solo, che mi comunica una ricerca di affetto e di sicurezza, ma anche il desiderio di essere adulto, capace di autonomia e dotato di potere come l'immagine sembra comunicare. Infatti il bambino sembra avere in mano una spada.
- l'assenza della sorella, che ipotizzo percepisca come limitante ed intrusiva nella coppia madre figlio. Questa ipotesi si fonda sulle emozioni di indifferenza ed a volte gelosia, mostrate da parte del bambino nei confronti della sorella. Infatti durante i colloqui, raramente fa riferimento a questa, soprattutto tende a presentarla come una figura ai margini tra interno/esterno del suo nucleo familiare. Ne parla come fosse una coppia, piuttosto che una singola persona, (lei ed il suo ragazzo), in particolare, come fosse una coppia esterna alla sua, composta da madre-bambino.

Il rapporto del bambino con la madre

Come precedentemente accennato, il bambino ha un rapporto di forte dipendenza, protezione ed empatia nei confronti di sua madre, una giovane donna di 29 anni. Sembra in qualche modo aver dovuto superare il lutto di questa, che ha creduto morta nella sparatoria finché non è tornata dall'ospedale. Infatti il bambino ha trascorso alcuni giorni lontano dalla figura materna. Dopo la sparatoria non è stato

103

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

accompagnato in ospedale ed in quel periodo ha dubitato di poterla rivedere. In quel frangente il bambino vive in solitudine la morte dei cari, i giudizi delle persone, e l'allontanamento dei vicini. Nei suoi racconti sembrano annullati i suoi desideri ed i suoi interessi a favore della felicità di sua madre, con la quale si identifica evidenziando l'emergere di dinamiche edipiche. Per esempio, ha una amara gioia, quando sua madre dopo un colloquio mi accenna con entusiasmo, in sua presenza, di frequentare un nuovo compagno. Appare contento per lei, ma non vorrà parlare di questo ragazzo in nessuno dei colloqui successivi. Ipotizzo però che il bambino a seguito di questo coinvolgimento sentimentale della madre, si senta forse legittimato di poter tornare a desiderare il padre, che infatti inizierà ad entrare nei discorsi dei nostri colloqui successivi, fino a diventare la domanda centrale.

Sua madre sembra molto autocentrata, in ogni sua azione attuale c'è la presenza della fede e della preghiera, una voglia di riscatto, che mostra anche cercando giustizia con apparizioni televisive. Tende a voler instaurare un rapporto alla pari, di amicizia, senza segreti e filtri con i suoi figli. Sembra un comportamento pensato per non ripetere gli sbagli dei suoi genitori e appare a volte eccedere, come condiviso in un colloquio con la signora, nelle confidenze, al punto di perdere di vista la funzione affettiva ed educativa del ruolo genitoriale (Freud, 1925).

Allo stesso tempo il bambino cerca di fare passi da gigante per essere appunto al pari delle aspettative della madre, ma ne percepisce le contraddizioni nel definirlo grande soltanto in certe occasioni. Per esempio, quando le chiede come mai perde del sangue all'altezza dell'inguine, la signora gli risponde che si tratta della ferita provocata dal proiettile, che a volte si riapre. La madre mi racconta questo episodio con infantile imbarazzo, ritenendo il bambino per età e genere inadeguato a certe conversazioni. Il minore mi parla di questo scambio con sua madre nel tentativo di avere risposte chiare, da adulto. Mi sento convocata a dimostrargli di poter contare sul nostro rapporto in termini di lealtà. Lo sollecito a riparlare con sua madre, e gli anticipo la mia idea, presentandola come tale "la mia idea è che nei giorni in cui hai visto la mamma perdere sangue, forse aveva il ciclo mestruale, che per una donna è naturale, per coincidenza lo sparo ha colpito quella zona". Sembra in parte faticare a rinunciare all'inquietante, ma anche eroica rappresentazione del corpo di sua madre con "un buco che la oltrepassa da parte a parte". L'attaccamento del bambino verso la madre si giustifica anche nell'assenza del padre e nell'episodio di allontanamento in Spagna di questa per alcuni mesi. L'episodio non è stato elaborato, il bambino sembra non ricordarlo, ma suppongo possa nascondere fantasie di abbandono volontario, non solo causato dall'esterno, da quel nemico dato per scontato nel bisogno di un capro espiatorio.

Il desiderio di un padre ed il cambiamento della domanda

Parlare del padre sembra un fattore di novità nel processo terapeutico, il bambino porta una nuova domanda, che emerge da molteplici stimoli che hanno origine nella sua vita quotidiana e nella relazione terapeutica stessa. Sembra una specifica evoluzione della domanda. Ci spostiamo dal trauma, alla vita di tutti i giorni, alle origini ed allo stesso tempo al futuro, forse seguendo la sottile linea del divenire adulto (Recalcati, 2012, 2013).

Emerge dopo circa un anno di colloqui, il desiderio ed il bisogno del padre che vive a Catania. In una sorta di dedizione verso la figura materna, da proteggere e non deludere, non si concede di desiderare altro, neanche suo padre. Altro da sua madre e altro in quanto estraneo al bambino che non lo vede da due anni.

Un giorno, durante un colloquio, successivo a quello in cui sua madre mi aveva annunciato la sua frequentazione con un uomo, il bambino mi mostra il suo nuovo cellulare ed io noto ad alta voce che ha delle mani molto grandi e lui subito mi informa che sono come quelle di suo padre. E' questo il pretesto iniziale per iniziare a parlare di questa figura, per riconoscere una mancanza, a partire da una somiglianza, da un'appartenenza genetica, quindi data. Con il vissuto di un bambino abbandonato ed offeso, nonché intrappolato nel rischio che desiderare il padre possa compromettere il suo rapporto con la madre, 104

specifica che in nient'altro sono simili. Le dinamiche edipiche sembrano in qualche modo scontrarsi con una non legge, non ci sono padri da superare, non ci sono padri da cui ereditare in termini simbolici. E' arrabbiato quando ne parla, nuovamente impotente verso un uomo che non gli mostra alcun interesse ed affetto. Prova a dire e convincersi che non gli manca e racconta il suo sentirsi escluso dalle rare telefonate che fa, ribadendo spesso che "Non può mancarti chi non vedi mai".

Dopo questo episodio non sembra possibile ritornare sulla figura paterna per alcuni mesi, fino all'avvicinarsi del periodo della sua comunione. Per il bambino è una tappa significativa, sente di partecipare a qualcosa di personalmente importante, che inoltre gli permetterà di rivedere suo padre. In questi colloqui che precedono la comunione, il bambino è agitato, emozionato, ha dei desideri, delle speranze e crede nella promessa di suo padre di salire dal Sud Italia. Racconta che con sua madre ha preparato la camera per poterlo ospitare una notte. Quel giorno il bambino pensa che lui sarà come gli altri, avrà l'intera famiglia riunita per sé. Le aspettative che il bambino si crea riguardano un mondo di desideri fino a quel momento inesplorato: avere un padre e vivere in Sicilia. Descrive la città meridionale in cui vorrebbe vivere, confrontandola con la sua attuale residenza in un paese dell'Italia Centrale: una città bellissima, dove c'è sempre il sole, un mare bellissimo, i fiori più grandi del mondo e la gente, gentile, allegra e simpatica, ha un diverso modo di parlare. Arriva infatti ai colloqui con parole siciliane pensate per mettermi alla prova e vedere se riesco a comprendere il dialetto siciliano, mostrando a se stesso prima ancora che a me le sue origini, un ritorno a ciò che era o vorrebbe essere. Attraverso il padre dichiara desideri di cambiamento, il bisogno di crescere in un posto in cui ipotizzo creda non esserci pregiudizio sociale nei confronti della sua famiglia ed in cui lui possa sentirsi un bambino come gli altri, vicino ad un uomo, che in quanto padre, lo protegga.

Penso al modo in cui il bambino simbolizza suo padre: un uomo tradito dalla madre, un uomo solo in Sicilia, un uomo che ha rinnegato la sua famiglia, un uomo che avrebbe potuto salvarli se fosse stato presente, un uomo che può dargli un altro tipo di vita, un uomo che gli vuole bene, ma non sa dimostrarlo. Con il bambino pensiamo che tutte queste immagini siano valide, nessuna esclude l'altra.

Ogni tanto, nei suoi picchi di entusiasmo per questa attesa riunione della famiglia, accenna alla paura che suo padre non mantenga la promessa ed accenna a ripercussioni definitive come eventuali conseguenze. Prova a creare delle difese al dolore di una delusione che purtroppo si realizza. L'emozione di rassegnazione, di impotenza e di annullamento dei desideri sembra rendere difficile parlare dell'accaduto. Parte della progettualità svanisce e sollecitato da sua madre iniziamo a parlare di chiusura del lavoro di sostegno.

Negli ultimi colloqui la relazione con il bambino sembra regredire, arrestarsi. Il bambino appare e si dichiara stanco, non ha voglia di parlare. Quando a luglio ci incontriamo per l'ultima volta mi mostra dal suo telefonino, tramite facebook, di cui mi riferisce il suo contatto, alcune foto del giorno della comunione. Il bisogno reciproco di condivisione tra noi sembra tangibile. Da parte mia riconosco l'affetto e la voglia di partecipare a questa "tappa", di dargli l'importanza richiesta e sento il peso, ma anche la piacevolezza, della presunta terminabilità delle relazioni.

La chiusura della relazione terapeutica tra fatti e vissuti

Ho vissuto la chiusura di questa relazione come una conseguenza di una mancata collusione tra la madre del bambino ed il servizio. La signora si aspettava un intervento da parte della struttura contro il padre del bambino a seguito di questo ultimo episodio, in cui non ha partecipato alla comunione del figlio.

Nel mese di giugno di quest'anno, la mamma, che attende solitamente nel corridoio durante i colloqui, inizia a dirmi che "si sentono meglio", definizione che mi appare una pesante vanificazione del lavoro fatto, e che il bambino è stanco di venire ai colloqui. A seguito di una condivisione di questi scambi con la psicologa, che segue la sorella del piccolo, vengo informata che anche questa ha deciso di sospendere i

colloqui. La richiesta di chiusura appare di tipo familiare e il lavoro fatto sembra in parte perdersi in quell'indistinto e totalizzante "si sentono meglio".

Dopo circa quattro mesi di distanza, periodo in cui mi sono dedicata all'elaborazione di questo articolo, ripensando il caso e la relazione come un processo concluso, si aprono invece nuove possibilità di incontro, che mi pongono emotivamente in una situazione ed un vissuto di ambivalenza. La madre del bambino ha recentemente contattato il consultorio familiare per richiedere di riprendere i colloqui di sostegno per il figlio, inducendo come motivazione, un regresso scolastico, una chiusura in se stesso e stati di angoscia e paura, causati da un recente incidente che ha visto coinvolto il giovane zio³, fratello della signora, attualmente ricoverato in gravi condizioni cliniche. Proprio nel momento in cui traevo conclusioni sul caso, dopo un periodo di distanza in cui penso di aver elaborato ed analizzato l'evoluzione e lo stato del processo clinico, inaspettatamente sta per riprendere il lavoro con il bambino, per motivi strettamente connessi al sistema familiare. Il rapporto terapeutico sembra interrompersi e riprendere a seguito di una mancata interpretazione da parte del servizio delle richieste della signora, che vengono trattate come fatti. Rintraccio alcune criticità nei limiti relazionali miei e del servizio, con questa donna. Paradossalmente l'obiettivo di lavoro rivolto allo sviluppo ed al sostegno del bambino tagliano fuori la madre, piuttosto che integrare l'intervento va in direzione di una separazione. Riflettendo su questo modo di procedere ritrovo un mio vissuto di estraneità dalla coppia madre figlio ed allo stesso tempo una difficoltà nel ricondurre nella stessa donna il ruolo di madre e donna. Percepisco il suo bisogno di parlare di sé, nonostante sia in cura da uno psicologo privato, in setting non strutturati e pensati, con il pretesto del bambino. Ipotizzo di provare del fastidio per questa modalità pretestuosa e con questa emozione, non riesco a rendere la domanda ed il rapporto con lei una risorsa, piuttosto un ostacolo allo sviluppo del figlio ed al lavoro terapeutico con lui.

Credo sia opportuno nella ripresa di questi colloqui, analizzare il rapporto della madre con il servizio, per smettere di darlo per scontato ed operare in direzione di una consapevole integrazione

Bibliografia

- AA.VV. (2010). Il consultorio familiare pubblico. Un "ponte" tra sanitario e sociale al servizio della famiglia [Public family counseling. A "bridge" between health and social services to the family]. Roma: Zadig.
- Castellazzi, V.L. (2006). *Il test del disegno della famiglia* [Family picture test]. Roma: Las Ordine alfabetico.
- Bettelheim, B. (1977). *Il mondo incantato: uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe* [The Uses of (A. D'Anna, Trans.). Milano: Feltrinelli. (Original work published 1977).
- Carli, R. & Panicea, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica* [The true and the false. Essay on the logical structure of psychoanalytic interpretation]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1978). *La Negazione* [Denial]. Opere, Vol. X (C.Musatti, Ed. & Trans). Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1925).
- Recalcati, M. (2012). *Ritratti del desiderio* [Portraits of desire]. Milano: Raffaello Cortina.
- Recalcati, M. (2013). *Il Complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre* [The complex of Telemachus. Parents and children after the demise of his father]. Milano: Feltrinelli.

³ Ho conosciuto questo uomo in occasione di numerosi incontri protetti con le figlie presso il consultorio

Sitografia

www.consultorio-famiglia-giovani.it/cap_i_consultori_in_italia_un_po_di_storia.htm

www.epicentro.iss.it/problemi/consultori/consultori2.pdf

www.linkiesta.it/blogs/l-italia-rimasta/il-consultorio-familiare-ovvero-un-ferito-ai-margini-della-strada

www.salute.gov.it