LINEE-GUIDA PER UN INTERVENTO IN URGENZA CON BAMBINI E ADOLESCENTI.

Romeo Lucioni

Lo sforzo fatto da psicoanalisti, psicoterapeuti, psicologi e clinici negli ultimi anni si è centrato sulle prime e più primitive esperienze del bambino. Si tratta del tentativo di ampliare le frontiere della conoscenza dell'area psico-mentale, precedenti allo sviluppo psico-affetivo, posta in epoca anteriore alla formazione della cosiddetta "*struttura tripartita della mente*" che, da Freud, si compone di Es, Io e Super-Io.
Questo obiettivo porta la psicoanalisi su terreni pre-analizzabili perché precedono la capacità di rappresentazioni in termini verbali sia del Sé che della realtà; si tratta anche di una sfera di esperienze per la cui formazione non si può ancora chiaramente discriminare la componente biologica da quella psichica.
Le osservazioni che toccano questi lidi sono però fondamentali per chiarire i quadri psicopatologici della prima infanzia e, inoltre, per dare un significato più logico alle esperienze future.
Ci troviamo di fronte a studi che analizzano logiche che precedono la memoria, la capacità analitico-simbolica e quella verbale; anticipano la consapevolezza e la formazione degli affetti che permettono, in seguito, di regolare le emozioni e, quindi, di utilizzare meglio le potenzialità psico-mentali.
Anna Freud ha cercato di capire come possano essere imbrigliate le *tensioni pulsionali* in modo da arrivare ad un compromesso tra desideri inconsci e la realtà relazionale.
Nella sua lettera a L. Binswanger (4 luglio 1912), Freud parla di un "*nucleo profondo dell'Io*" che è di per sé in-percepito e che può farci avvicinare ad una "embriologia del rapporto umano".
Queste osservazioni supportano l'importanza che gli psicoanalisti danno al rapporto primitivo con la figura materna e per noi sono particolarmente significative perché sono in stretta relazione con le nostre osservazioni sul "*oggetto diadico primario*" e sul "*oggetto genitoriale*" che sono l'espressione del sorgere della "socialità", della relazione con l'Altro e con gli oggetti.
Questi concetti psicoanalitici presuppongono una logica ed una relazionalità pre-oggettuali che contribuiscono a dare un significato preciso ai concetti di identificazione primaria, introiezione, regolazione affettiva, formazione dello psichismo e della relazionalità reciproca primaria.
Giustamente i clinici di orientamento psicoanalitico fondano la propria comprensione delle prime relazioni oggettuali sull'esperienza del Sé, considerando, quindi, gli stati pre-oggettuali e dando un senso alle valenze preverbali, senso-motorie, emotive ed affettive.
Queste esperienze che sfuggono all'associazione verbale ed alla comunicazione psicoanalitica, perché appartenenti al "*nucleo in-percepito dell'Io*" acquistano però un valore determinante nella psicodinamica e nella psicoterapia fondate sulla relazione considerata nell'ambito dell'accudimento che ci trasferisce nello "sfondo primitivo" delle relazioni pre-oggettuali.
In questo quadro acquistano un valore paradigmatico le parole di Winnicott "… *il potenziale di maturazione autonomo di un individuo può realizzarsi soltanto nel contesto di un sostegno ambientale sufficientemente buono*".

È stato ripetutamente sottolineato che qualsiasi evento traumatico (abuso, deficit vincolare, maltrattamento, negligenza, relazione inadeguata o patologica) determina la comparsa di meccanismi intrapsichici che destrutturano o influenzano negativamente l'organizzazione del loro Io.
Questo perché le difese, nelle giovani età, non sono del tutto strutturate e, quindi, risultano facilmente superabili anche da stimoli relativamente deboli o insignificanti per gli adulti.

Quando si affrontano problematiche psichiche, i concetti e le puntualizzazioni nosografiche si complicano perché dobbiamo differenziare:

disturbi psichici = che riguardano la reattività e l'atteggiamento di fronte agli stimoli esterni ed interni:

- emotività libera
- crisi di angoscia
- crisi di panico
- egocentrismo (narcisismo)
- onnipotenza (megalomania)
- indifferenza
- anedonia

disabilità psichiche = alterazioni che riguardano le funzioni psichiche

- atteggiamento ipercinetico
- " autistico
- " abulico
- " oppositivo
- " aggressivo

Proprio tenendo conto di queste osservazioni, quando parliamo di disturbi e/o di disabilità psichiche non ha senso riferirci a *potenzialità residue*; si tratta, al contrario, di modalità di funzionamento diverse, di modelli mentali che si strutturano in base ad altre modalità economico-funzionali.
A titolo di esempio pensiamo a:

- economia libidica;
- economia narcisistica.

Da qui possiamo cominciare a dare un valore euristico alle osservazioni cliniche che metteranno in evidenza:

SINTOMI E COMPORTAMENTI OSSERVATI
CONSEGUENZE DI UNA DISORGANIZZAZIONE PSICHICA

SITUAZIONI COMPULSIVE	MODELLO CONTROFOBICO	MODELLO INIBITORIO
▪ rifiuto a tornare a casa	▪ atteggiamenti controfobici	▪ inibizione dell'iniziativa
▪ crisi di angoscia	▪ inibizione dell'iniziativa	▪ anedonia e apatia
▪ crisi di terrore	▪ timidezza esagerata	▪ disattenzione
▪ rifiuto del contatto corporeo	▪ rigidità espressiva	▪ perdita della memoria
▪ difficoltà nell'attaccamento	▪ difficoltà nella verbalizzazione	▪ ritiro vergognoso
▪ forte egocentrismo	▪ coartazione psicomotoria	▪ passività e abulia
▪ atteggiamenti onnipotenti	▪ impaccio grafico	▪ scarsa concentrazione
▪ scarsa compartecipazione	▪ emotività libera	▪ mutacismo e mutismo

▪ irritabilità ▪ opposizione ▪ aggressività ▪ scarsa collaborazione	▪ crisi di ansia ▪ iperattività ▪ inibizione di fronte agli adulti ▪ flessione dell'autostima ▪ tendenza a rinunciare ▪ difficoltà a cominciare ▪ rigidità mimica ▪ sfregamenti delle mani ▪ inibizione affettiva ▪ scarsa iniziativa ▪ ricerca della ripetitività ▪ mancanza di: - attenzione condivisa - comunicazione intenzionale	▪ riduzione del tono vocale ▪ facile stancabilità ▪ disorientamento ▪ impaccio motorio ▪ scoordinazione motoria ▪ disturbi del sonno ▪ incoerenza eidetica ▪ scarsa efficienza ▪ distacco ▪ depressione ▪ blocco psico-mentale ▪ riduzione degli interessi ▪ atteggiamenti ossessivi

Tutte queste osservazioni hanno portato ad organizzare una checklist con il fine di dotare i terapeuti di uno strumento adatto a misurare la situazione psico-mentale all'inizio di ogni trattamento ed anche di monitorare i cambiamenti indotti:

BEHAVIORAL RATING LIST

©lerre

Nome e cognome: ..... data nascita .....

Terapia E.I.T. cominciata il .....osservazione di .....

	Date	.....	.....	.....	.....
1. Area delle applicazioni					
• È capace di iniziare un'azione		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riesce a saltare		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha tenuta sul compito		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Coordinazione arti superiori		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Coordinazione arti inferiori		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Deambulazione		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Si muove spontaneamente		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha motricità sempre finalizzata		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Coordinazione oculo-manuale		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Organizzazione temporale		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Organizz. spaziale sinistra-destra		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Organizz. spaziale alto-basso		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Può cambiare attività tra quelle note		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• È interessato a iniziare attività nuove		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta l'utilizzazione degli oggetti di supporto		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Partecipa al lavoro tra due		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Partecipa al lavoro in un piccolo gruppo		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Partecipa al lavoro con tutto il gruppo		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Prende e getta la palla		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Prende e getta i cerchi		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta di utilizzare matite		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Partecipa al riordino del materiale		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha capacità motoria fine (uso di piccoli oggetti)		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• " " complessa (saltare)		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sale e scende le scale senza aiuto		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sale le scale correttamente		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Scende le scale correttamente		①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤

• Accetta le igienizzazioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Controlla gli sfinteri	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non richiede contatto fisico per muoversi	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non va trattenuto per mano	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non va contenuto con le due mani	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Esegue le lateralizzazioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Attivo anche senza terapeuta	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non necessita isolarsi per agire	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Max. 35x5= 175 totale:	_____	_____	_____	_____

2. Area dell'emotività

• Contiene le reazioni emotive (ansia)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Controlla le reazioni di fronte a conoscenti	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Controlla le reazioni di fronte a sconosciuti	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra modulazioni emotive	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha stabilità dell'umore	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Espressione mimica adeguata	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sorride spontaneamente	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Risponde agli stimoli con sorrisi	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sopporta momenti di relax	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riesce a tranquillizzarsi da solo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sopporta cambiamenti nel setting	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sopporta il cambio di operatore	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Contiene la frustrazione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta il rinforzo (biscotto)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Si esprime senza pagliacciate	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non urla	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Piange difficilmente	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non ha crisi d'angoscia	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non risponde con terrore alle richieste	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Max. 19x5= 95 totale:	_____	_____	_____	_____

3. Area dell'affettività

• Accetta il saluto all'arrivo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Cerca il saluto all'arrivo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta il saluto all'uscita	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Cerca il saluto all'uscita	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta la vicinanza dell'operatore	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta la vicinanza dei compagni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non ha difficoltà all'abbraccio	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non rifiuta d'essere toccato	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Allunga le braccia per essere accolto	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non si isola	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Imita il gioco degli altri	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• È attento	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Cerca iniziative proprie	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Guarda negli occhi spontaneamente	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• " " su richiesta	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha stabilità nella relazione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Partecipa alle attività	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta la gratificazione sociale (applauso)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Cerca la gratificazione sociale	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Cerca la gratificazione con leccornie	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra preferenze relazionali con gli operatori	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra preferenze relazionali con i compagni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤

• Entra volentieri nel setting	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta la propria immagine (specchio)	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha adeguata immagine di sé	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra autosoddisfazione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non dimostra atteggiamenti controfobici	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha atteggiamenti affettivi verso i compagni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• È affettuoso con il/la terapeuta	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Si stacca facilmente dalla madre	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Max. 30x5= 150 totale:	_____	_____	_____	_____

4. Area della comprensione

• Comprende le proposte	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Normale ideazione verso regole e richieste	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riconosce gli operatori	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riconosce se stesso globalmente	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riconosce parti di sé	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Riconosce le parole	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa contare dall'uno al	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Comprende gli ordini abituali	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Comprende un ordine nuovo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• È in grado di orientarsi nello spazio	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra autogestione sotto stimolo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Si autogestisce per comprensione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Mantiene la concentrazione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha sufficiente tenuta	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Mantiene l'attenzione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa mantenere il messaggio	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa leggere	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa scrivere	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa comprendere un testo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa eseguire un solo ordine	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa eseguire due ordini successivi	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Risponde se chiamato per nome	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa dire il proprio nome	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa dire il proprio cognome	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
Max. 24x5= 120 totale:	_____	_____	_____	_____

5. area dei comportamenti

• Controlla le proprie opposizioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• " l'aggressività	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• contiene l'onnipotenza	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Dimostra capacità di accettazione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta il contenimento delle sue iniziative	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Esegue quanto richiesto in forma immediata	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Esegue quanto richiesto in forma differita	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Accetta che gli si pongano nuove richieste	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa darsi regole autonomamente	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Lavora per tutta la sessione	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sta tranquillo al lato dell'operatore	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha un atteggiamento collaborante	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Sa adeguarsi alle circostanze	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Termina il compito senza opposizioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Termina il compito senza distrazioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non usa ritualizzazioni	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤

• Non ha atti coatti o ripetitivi	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Si comporta in modo prevedibile	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non si lascia trascinare dalle circostanze	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non diventa elemento di disturbo	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Rispetta il/la terapeuta	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Ha comportamento adeguato sempre	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
• Non chiede di andarsene prima	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	_____	_____	_____	_____

Max. 23x5= 115 totale:
==========

655 totale generale:
==========

1 = mai
2 = qualche volta
3 = sporadicamente
4 = spesso
5 = sempre

****

Con queste premesse si è cercato di organizzare le basi organizzative per un:

Modello di intervento con bambini e adolescenti che hanno subito situazioni critiche o abusive.

Di fronte alla necessità etica di intervenire per risolvere problematiche che possono protrarsi anche per tutta la vita, l'intervento riparativo deve essere globale, sicuro, rapido, centrato sui bisogni e finalizzato al ripristino delle funzioni e dell'organizzazione psico-mentali alterate dal fatto traumatico.
Un'altra necessità è quella di ripensare continuamente la pratica perché deve risultare modulata sui cambiamenti, sulle richieste, sugli obiettivi funzionali e/o globali.

Intervento di orientazione, per psichiatri, psicologi, genitori, terapisti, assistenti, educatori, ecc.,

A. di terapia (psicoterapia relazionale)
B. di riabilitazione (globale ed olistica)
C. di integrazione (arti-terapia, ippoterapia, discipline sportive, ecc.)

A – TERAPIA
Per affrontare psicoterapeuticamente le complicazioni psico-mentali derivata da situazioni traumatiche acute e/o croniche non è facile utilizzare tecniche tradizionali perché:

- c'è un continuo ritorno all'esperienza subita (…ma io ho dovuto sopportare…);
- il rapporto è sempre dominato da sfiducia, perplessità, diffidenza ed anche ostilità;
- è difficile utilizzare l'immaginazione e la drammatizzazione;

- il flusso eidetico è coartato dall'invasività del ricordo dell'esperienza e, quindi, si richiede un troppo elevato intervento del terapeuta a mitigare l'ansia di lunghi silenzi;
- è forte la sensazione di non riuscire a sbloccare la situazione.

Per questi motivi si suggerisce una psicoterapia più modulata, più libera in quanto si usa un linguaggio non verbale, ma di corpo, di relazione.
Le scelte psicoterapeutiche assumono così un carattere di dialogo, come di "incontro" sui temi del disagio e delle ripercussioni intime, non tanto di una esperienza, quanto del significato delle immagini psico-mentali che ci portiamo dentro da sempre: l'amore per la mamma; il timore del papa; le ansie di fronte alla crescita; le titubanze nella relazione interpersonale; le problematiche della "maschera".
La "terapia" effettiva del disagio non può che sorgere dalla pratica quotidiana del dialogo e dello scambio (apertura alla clinica del nuovo): il soggetto "insiste nel cercare un interlocutore idoneo che non può essere altri che lo psicoanalista" (Doris Hajer).
So tratta di far predominare le associazioni libere, sostenere una buona attenzione (evitare i silenzi e le lunghe pause), stimolare la creatività, far predominare la visibilità (vedere e farsi vedere).
In questo modello non è necessario realizzare una diagnosi di qualsiasi specie, bisogna evitare le domande e la richiesta di risposte, è necessario far fluire il dialogo, creare transfert, non temere il controtransfert, sviluppare un ascolto permanente.
Come si può dedurre, una buona psicoterapia mira a cercare l'intrapsichico, ai meccanismi mentali, alle dinamiche relazionali , tralasciando il senso anamnestico-clinico del trauma.
Questo atteggiamento psicodinamico punta a rafforzare la resilienza che è la capacità di affrontare e di superare le avversità e di trarre dalle esperienze forza, determinazione, sicurezza, autostima, auto… "consacrazione" e questo si ottiene cercando di stabilire un vincolo che parla di valori (affetti):

- comunicazione;
- partecipazione;
- generosità;
- riconoscenza;
- reciprocità;
- valorizzazioni e riconoscimenti reciproci;
- attenzione sostenuta;
- visibilità;
- rappresentazioni condivise;
- rispetto della libertà soggettiva;
- ricerca di convergenze;
- rispetto reciproco.

L'evoluzione resiliente no è solo un obiettivo, ma una vera e propria ricerca sulle possibilità di ristrutturare le valenze difensive e creative dell' Io, disorganizzate dall'esperienza traumatica e/o dal disagio.
In altre parole si tratta di far togliere la maschera, portare il soggetto ad accettarsi, ad amarsi e a sentirsi nuovamente capace di strutturare vincoli, di creare relazioni, di immergersi nel mondo degli affetti a pieno titolo e a pieno diritto.

Il terapeuta deve esser in grado di superare la propria prognosi negativa (difficoltà di fronte all'imponenza della sintomatologia psico-mentale che, a volte, può far credere di trovarsi di fronte a quadro psicotici e autistici, fortemente regressivi).
Non deve lasciarsi vincere dalla forza del patologico o del traumatico, ma credere nella potenza della salute e del recupero, nelle potenzialità moltiplicatrici della relazione, nella capacità resiliente dell'approccio vincolare.
Nuove condizioni aiutano a sviluppare potenziali di salute, di benessere psico-mentale (autosoddisfazione), di creatività, di iniziativa che portano a superare i fattori critici, a rompere nuclei persecutori profondi, a sciogliere i nodi mnesici che tendono a far retrocedere, riproponendo ossessivamente il vissuto doloroso, ad annullare quei famosi "pulsanti" che involontariamente fanno scattare collegamenti, fantasie, intenzioni, illusioni, elaborazioni che confondono e che fanno pensare all'impossibilità di una liberazione definitiva.
Nell'affrontare psicopatologie reattive, traumatiche, catastrofiche e/o dello sviluppo psico-affettivo e psico-mentale (come dicono Rubén e Raquel Zonis Zukerfeld) bisogna abbandonare i termini di rischio, di gravità ed anche certi preconcetti clinici e teorici che stabiliscono un destino prefissato. I risultati sono legati ad un approccio nuovo,creativo, coinvolgente, capace di creare transfert, moltiplicare gli stimoli e le esperienze, fare leva sul "desiderio del terapeuta" che più e più volte il soggetto mette in evidenza e sul benessere profondo ed intimo al quale tende inesorabilmente per cancellare o, per lo meno, affievolire il dolore, la somatizzazione, la perdita della speranza.

B – RIABILITAZIONE

Nelle situazioni di deficit, di ritardo, di blocco dello sviluppo psico-mentale derivate da stress e/o da esperienze di abuso, che vengono anche definite come "situazioni di violazione dei diritti dei bambini e degli adolescenti, riconosciamo:

- abuso o molestie sessuali;
- maltrattamenti fisici o percosse;
- violenza psicologica;
- trascuratezza sino all'abbandono.

Di fronte a questi casi le scelte a carattere riabilitativo e/o riparativo sono molto varie, passando da quelle educativo-formative, a quelle di condizionamento, di contenimento emotivo, ma, per lo più, si preferisce adottare tecniche globali.
Queste vengono intese come capaci di riorganizzare le funzioni psico-mentali sia dal punto di vista emotivo-affetivo, che da quello emotivo-espressivo, per arrivare a quelle più decisamente cognitive e comportamentali.
Bisogna affrontare i cosiddetti disturbi narcisistici, le debolezze dell'organizzazione dell' Io, la pauperizzazione dell'autostima, lo svuotamento della catexis, l'eccesso di aggressività: tutti disturbi che nascondono i conflitti soggiacenti ai sintomi.
In tutti questi casi gli interventi devono essere multidisciplinare ed inoltre si intrecciano con gli interventi più precisamente terapeutici ed altre applicazioni pratiche che sfruttano anche situazioni ludico-ricreative.
Si tratta di riattivare la dimensione timologica dell' Io, il senso dei valori tra i quali il primo è sicuramente il "desiderio di aprirsi", di ampliare il proprio raggio percettivo e di azione che si va strutturando come iniziativa, creatività ed autosoddisfazione.
La finalità dell'intervento deve puntare a far rinascere il desiderio di ritrovare l'autocoscienza, una autovalorizzazione forte ed una autosoddisfazione che spinga a creare con entusiasmo il domani.

In questo modo si attiva una crescita modulata, ricca, efficace e centrata sullo sviluppo affettivo del Sé, non attraverso una "psicoterapia", una "impostazione educativa", ma attivando le organizzazioni psico-affettive, della compartecipazione, della relazione sociale, del mondo degli affetti.

L'intervento di sostegno, di supporto e di riadattamento per affrontare le conseguenze di esperienze traumatiche acute e/o croniche (soprattutto quando si tratta di fanciulli e di giovani) viene per lo più riferita ad una riabilitazione psico-mentale.
Seppure si possa, nella maggior parte dei casi, osservare una sintomatologia riferibile a disorganizzazione delle funzioni dell' Io e, quindi, a quadri di ritardo o blocco dello sviluppo, non bisogna però tendere alla patologizzazione o alla sanitarizzazione, ma, al contrario, è necessario assumere una linea di azione decisamente spostata sul versante della organizzazione e/o della armonizzazione delle funzioni, dei meccanismi mentali e, quindi, delle egostrutture.
Questo approccio, più che come riabilitativo, si propone come mezzo per produrre un recupero funzionale (attenzione, iniziativa, partecipazione affettiva, controllo del comportamento, contenimento dell'ansia libera) che si organizza in termini di globalità, cioè riferita alla ricompattazione delle forze adattive del Sé, alla strutturazione del "sistema rappresentazionale" in termini di con divisibilità, al recupero delle capacità analitico-deduttive, elaborativo-associative e relative al problem-solving ed alla consequenzialità.
Si tratta di dilatare la coscienza dell' Io in una espressività che rispecchi una "poetica della vita" capace di dare senso, significato e valore al Sé, in ogni sua parte, per recuperare l'autostima, il rispetto di sé e per allontanare i poli funzionali dell'asse che lega il senso di soddisfazione personale nel proprio agire, al senso di colpa per aver sviluppato la propria indipendenza e essersi liberati dalla sottomissione passiva.
Questi obiettivi si raggiungono con:

- *Contenere le risposte emotive* esagerate e poco controllabili perché sostenute da situazioni conflittive e/o disturbanti che si "organizzano" soprattutto in maniera intrapsichica:
  - reazioni abbandoniche
  - espressioni dimostrative sostenute da sensi di frustrazione e di incapacità
  - crisi di ansia e/o di angoscia determinate da stimoli insignificanti e/o rispondenti a un "sistema rappresentazionale" abnorme e, quindi, incomprensibile e non-condivisibile

- *stimolare la funzione affettiva* puntando decisamente al ripristino e/o allo sviluppo di:
  - il senso di sé
  - l'autovalorizzazione

attraverso
  - l'utilizzazione delle iniziative personali
  - lo sviluppo delle capacità individuali contro l'inibizione e le sensazioni profonde di inadeguatezza
  - il riconoscimento delle proprie "capacità", percettive, deduttive e di coordinazione motoria
  - l'utilizzazione della "visibilità" del soggetto per migliorare le valenze della comunicazione verbale e non verbale, espressa o empatica

- lo sviluppo del senso di desiderio, cercando di contenere, nel contempo, le dinamiche del "piacere"

- *allargare e ampliare le funzioni mentali* (cognitive ed intellettive) fondate su:
  - attenzione
  - memoria operativa
  - autocoscienza
  - comprensione delle richieste
  - organizzazione delle deduzioni del problem solving

- *controllare i disordini comportamentali* che si esprimono con:
  - ipercinesie
  - eccitazione psicomotoria
  - atteggiamenti oppositivi
  - esplosività motoria e/o verbale

  e sono sostenuti da:
  - sentimenti egocentrici ed onnipotenti
  - predominanza delle pressioni libidiche e legate ai "bisogni" istintivi

- *sviluppare le funzioni immaginative*

  L'immaginazione è il regno psico-mentale nel quale i limiti vengono superati o disconosciuti:
  - lo spazio ed il tempo risultano relativizzati;
  - si sperimentano cose credute perdute;
  - si attiva il ricordo e lo sguardo verso il futuro;
  - diventano possibili le chimere;
  - si rivivono storie e/o vissuti;
  - la realtà si trasforma in simbolo;
  - il mondo della realtà non è più fattore limitante perché viene trasceso.

- *organizzare le potenzialità simboliche*

  attraverso i processi fondanti che permettono il passaggio dal pensiero concreto e affettivo a quello simbolico-razionale:
  - utilizzare la memoria procedurale e rievocativa per trovare nel qui e ora la giustificazione dei comportamenti;
  - trovare modalità sostitutive che permettono di facilitare il problem solving;
  - dare il giusto valore alla funzione degli oggetti ed alla programmazione operativa;
  - trarre vantaggi dall'esperienza;
  - adeguare le strategie agli obiettivi;
  - comprendere la progettualità come mezzo per uscire dalla intellettualizzazione astratta ed inappropriata.

Questa processualità si basa su:
- una metodologia chiara, lineare e fondata sulla esperienza e sulla lettura teorica di ogni singolo caso;
- un percorso personalizzato e centrato sul recupero funzionale, ma, soprattutto, su quello globale nel rispetto della persona

deve essere diretta e supervisata da uno psicologo specializzato che ha attuato un programma specifico di formazione teorico-pratico che deve tenere conto dei fondamenti teorico-pratici di:

- neuropsicologia
- psicodinamica
- psicoanalisi
- psicoterapia relazionale
- timologia
- psicomotricità.

Si può parlare di recupero delle qualità personali come naturalezza, spontaneità, creatività, tolleranza, espressività, ricchezza mentale ed affettiva che caratterizzano ogni soggetto, ogni persona libera, capace di dirigere e condurre la propria vita verso le finalità che ha saputo proporsi.
Un Io spontaneo, la dimensione relazionale della persona e la scelta libera dei propri obiettivi sono i pilastri che J.L. Moreno, il creatore dello Psicodramma, ha voluto porre nella sua teorizzazione e nella costruzione del suo intervento pratico.
Saper trovare il proprio ruolo e scegliere le proprie modalità di azione sono la base della spontaneità, ma anche il fondamento per creare vincoli ed incontri validi, oltre che relazioni soddisfacenti e capaci di arricchire. Ognuno deve essere in grado di camminare con le proprie gambe, di creare il proprio destino, di soddisfare i propri desideri e, soprattutto, di agire nella piena consapevolezza dei propri diritti e nel rispetto di quelle potenzialità che ha ricevuto e che ha saputo sviluppare.

C - TRATTAMENTO PSICO-CORPORALE-RELAZIONALE per lo sviluppo psico-mentale

La **libera espressione** si riferisce alla clinica dell'immagine e della scena, nella quale la creazione espressiva permette di trovare un linguaggio che è relazione tra corpi in uno spazio abitato da memoria e dimenticanza.

Il "*no del corpo*" non è assimilabile al "*no psichico*" proprio perché è più istintivo, automatico, legato a dinamiche primitive. Proprio per questo la spinta a riorganizzare le forze vitali (emotivo-espressive, affettive e cognitive) deve passare attraverso le linee dinamiche del corpo per trasformarsi in "Sì".
Recuperare se stessi attraverso "*sì posso*" o "*quello che sto facendo mi appartiene*" o "*non accetto e non voglio limitazioni*" sono linguaggi che si sviluppano nel corpo molto prima che nella mente.
Nel "corpo" c'è un "piacere" che si presenta molto prima di quello psichico e, nello stesso modo, si va articolando come "desiderio".
È necessario fare del corpo un *movimento espressivo* che lega il desiderio al piacere. È una ricerca personale che, per le sue caratteristiche globali, si traduce in trattamento che facilita e integra le associazioni tra manifestazioni fisiche, correlati psichici (emotive ed affettivi), elaborazioni cognitive, interrelazioni comunicative e sociali. Il lavoro terapeutico, sviluppandosi come linguaggio e come comunicazione, si iscrive in un "focusing" globale in quanto permette focalizzazioni sul corpo e su tutte le parti strutturanti psichiche e mentali.

Il “focusing” permette di raggiungere quelle parti del corpo che sanno e che “trattengono” in vari modi: nel silenzio, nella ripetizione, nella fuga, nel rifiuto, nell’opposizione, nell’indifferenza, ecc.

Il trauma psichico induce sempre uno spazio di silenzio nel quale il soggetto si ritrae per difendersi dall’angoscia creata dal fare, dall’agire, dall’esprimere le valenze aggressive e creative del proprio sé.

Il corpo ha sempre in sé spazi che “sanno” cos’è il dolore o l’alienazione e che possono raccontare come si organizzano le emozioni, quali sono i segni che caratterizzano gli affetti, il senso di capire e la ricchezza del conoscere.
Il focusing ci permette di scoprire come non sempre siano dei traumi la causa delle nostre tribolazioni e/o difficoltà, ma anche solo il normale processo di educazione e di socializzazione può violentare l’esperienza spontanea del bambino. La vita agitata, il continuo confronto, i fenomeni culturali ed anche la sola presenza dell’altro possono creare spinte verso l’isolamento ed il rifiuto che altro non sono se non mezzi per controllare, evitare e spegnere le tensioni, il dolore, le frustrazioni, la sofferenza.

Ci chiediamo come fare a superare tutti questi aspetti contraddittori e negativi della vita. L’unica risposta passa attraverso la relazione, l’esperienza ricca e creatrice che permette di scoprire nell’occhio dell’altro il senso e la verità di essere se stessi, di poter fare, di saper leggere negli anfratti più nascosti del nostro corpo che ha registrato, memorizzato, elaborato percezioni, sensazioni, vissuti che magari non hanno mai raggiunto lo spazio della coscienza.
Questi riferimenti diretti dalle nostre esperienze possono giacere silenti in anfratti remoti, ma anche emergere improvvisamente, per se soli, senza motivo apparente, in forma di stress, di malessere, di contrattura, di disagio, di tensione.

Il trauma è causa di una rottura e di una situazione di tensione cronica sostenuta da sentimenti conflittuali:
- Io posso?
- Quali saranno le conseguenze del mio fare (essere)?
- I rapporti con il potere dell’altro mi umiliano e mi impediscono di crescere.
- Come si organizza il potere del fallo ed il potere del seno?

Questi vissuti alterano il rapporto del sé con la realtà psichica profonda (senso di sé; senso di potere) minacciando o vulnerando la soggettivazione.

D – PROTEZIONE INTEGRALE

È richiesta anche molta flessibilità per affrontare le rigidità che sono caratteristiche dell’organizzazione reattiva di chi ha dovuto subire azioni disturbanti.
Proprio per questo, il modello deve essere multidisciplinare, modulabile e costantemente misurato con scale adeguate, efficaci ed attendibili, nell’ambito di un paradigma di *protezione integrale*.
Il maggior problema riguarda la fragilità del legame transferale derivato da sentimenti di sfiducia, di incertezza e di opposizione che derivano, non solo per reazione ai fatti disturbanti, ma anche per la disorganizzazione affettiva.
Questa è sostenuta da meccanismi mentali complessi che si rifanno alla struttura dei rapporti oggettuali e, soprattutto, con l’oggetto genitoriale.

L'esperienza di violazione psichica (diretta e/o indiretta) porta il soggetto a organizzare vari tipi di risposte:

- svalorizzazione delle figure di riferimento che vengono accusate di non aver dato un aiuto-difesa sufficiente ed adeguato e, quindi, di aver favorito l'aggressore;
- colpevolizzazione del padre (che ha tutta la forza e le possibilità di difendere) e attaccamento adesivo alla madre che però risulta inadeguata per un efficace sostegno;
- ipervalorizzazione del Sé con veri e propri atteggiamenti di sprezzante superiorità che portano a mettersi in pericolo e a sfidare situazioni anche esageratamente pericolose;
- incertezza e sfiducia nei confronti delle proprie possibilità che portano a rifugiarsi facilmente nel tetto protettivo della famiglia che tuttavia non rappacifica il rapporto, ma anzi lo mantiene in una situazione di instabilità e di sospetto;
- senso di spavalda superiorità che deriva dal vivere come "strutturanti" le esperienze negative vissute (anche l'opinione popolare porta a credere che le difficoltà o le esperienze negative fungono da elementi che forgiano, che … "fanno crescere").

L'incertezza che domina l'organizzazione psico-mentale del bambino che ha subito situazioni critiche (sia per forza dell'azione, che per debolezza dell'Io del soggetto) determina una organizzazione fragile, che non da garanzie nell'affrontare le situazioni della vita: dello studio, del lavoro, delle relazioni amorose, civili, sociali.
L'incertezza aggredisce la trama relazionale di persone e di discorsi che rappresentano il "corpo sociale" di ognuno e danno base a quell'espressione affettiva che chiamiamo angoscia.
Il processo di costruzione dell'intervento (superare i blocchi) si basa sul conseguimento dei prerequisiti necessari per raggiungere una organizzazione psico-mentale:

- sufficientemente integrata nella realtà interna ed in quella esterna;
- basata su un sistema rappresentazionale condiviso;
- capace di contenere le risposte emotive eccessive (angoscia; terrore);
- adeguata a sviluppare una tensione timologica (di affetti e di valori) nella relazione interpersonale;
- aperta al sociale, all'integrazione, alla reciprocità, alla generosità e all'altruismo.

Un buon intervento deve cercare di:

- non cadere in eccessi protettivi;
- evitare le frustrazioni;
- non cedere alle pressioni ed ai ricatti;
- richiedere il rispetto delle regole pur dimostrando accettazione, comprensione ed apertura mentale;
- accogliere il soggetto in un "luogo privo di sapere" perché l'intervento non si trasformi in semplice strategia e, quindi, l'incontro diventi uno "spazio" per sperimentare e per trovare se stessi;
- creare sempre nuove risorse atte a conseguire fini e risultati;
- ricordare che nella "*metafora dell'incontro*" si può creare:
  - un *crocevia* = luogo nel quale si incrociano vari cammini, situazioni nelle quali è anche difficile orientarsi e decidere;

- un *groviglio* = che rappresenta confusione di idee, mancanza di chiarezza, impossibilità di capire;

– accogliere con rispetto questi bambini, soggetti di diritto, depositari di necessità ed anche di speciale "sapere" che deriva dall'esperienza vissuta e/o subita e dalla loro inevitabile lotta per la sopravvivenza.

Diverse tecniche:

- drammatizzare una situazione;
- capire cosa fanno gli altri;
- programma di stimolazione (motoria; emotiva; affettiva; cognitiva);
- capire una storia;
- disegnare stati d'animo;
- indicare parole o detti.

CONCLUSIONI

In una prospettiva psicoanalitica la soggettività implica un ordine differente da quello stabilito dalla "legge", che considera l'uomo una *persona* che, da un punto di vista economico, ha dei diritti e dei doveri. La psicoanalisi considera, invece, l'aspetto dell'*inconscio* e tiene conto del desiderio e della domanda.
Proprio per queste considerazioni bisogna considerare che spesso nella normalità, nelle regole, nell'ordine si finisce, anche senza volerlo, con oggettivizzare la persona (o il bambino che ci viene affidato).
Bisogna stare molto attenti, quindi, che non succeda che analizzando i fenomeni transferali o conoscitivi o, ancora, clinici non si finisca a chiudere la porta a che non vuole "essere salvato", ma solamente cerca un dispositivi che lo accolga, che lo accetti e lo porti a "svilupparsi".
È necessario cercare di abbandonare i "discorsi positivi", mettere da parte quell'ordine, quella legge per la quale la metafora è la proibizione dell'incesto, le modalità relazionali, stabilire una congenità tra oggetti e linguaggio, organizzare un discorso, … mettere i puntini sulle "i".
Dargli valore, tornare a dargli un *luogo*, ascoltare la sua parola, toglierlo dal labirinto dei discorsi per immergerlo nello sguardo: vederlo e lasciarsi vedere.
Come ricorda Maria Federica Otero, le pratiche "ri": ri-socializzazione, re-inserimento, ri-educazione, ri-adattamento, ri-abilitazione, non costituiscono se non una risposta sbagliata al labirinto, alla confusione, al dubbio, ad un errore concettuale.
Anche la pericolosità potenziale di ciò che possono determinare nel tempo gli effetti del trauma subito, porta a cercare di mettere ordine, ma per fare questo, per ottenere dei veri risultati è necessario capire bene cosa questi bambini dicono e si aspettano.
Il risultato e il successo si basano sulla crescita, sullo sviluppo ed il superamento, ma questo si ottiene e si fonda sulla *creatività* e l'esperienza ha dimostrato che la possibilità di diventare creativi aumenta stimolando gli incontri, la partecipazione, lo scambio non solo di idee, ma anche di impressioni, di sogni, di interpretazioni, su basi istintive, automatiche, impreviste ed imprevedibili.
Per superare le chiusure, per vincere le paure bisogna aprirsi a nuove esperienze, alla sfida del confronto, alle stimolazioni che giungono da ogni dove, mantenendosi sicuri delle proprie risorse.

Crescere è considerare quanto sia rivoluzionario credere nei propri valori, scoprire l'originalità dell'ovvio del conoscere, del sapere, del porsi in una cultura, dell'accettare con fiducia la mano che ci viene tesa.

BIBLIOGRAFIA

- Binswanger, L.: Ricordi di Sigmund Freud. Astrolabio, Roma, 1971.
- Kumin. I.: Relazionalità pre-oggettule. Edizioni Borla. 1999.
- Young-Bruekl, E.: Anna Freud: una Biografia. Bompiani, 1993.
- Winnicott, D.W.: Ego integration in child development.
- Winnicott, D.W.: Theory of the parent-infant relationship.
  In The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1965.