

Il counselling: una bussola relazionale negli incontri con i genitori

Alba Bove

INTRODUZIONE

Lavorare in un centro di riabilitazione rivolta ai minori, dovrebbe richiedere un importante lavoro di equipe, intendendo come tale quella cooperazione tra operatori all'interno della quale ogni componente si presenta con una propria specificità e competenza, si avvale delle competenze altrui ed è a sua volta valorizzato da esse, partecipando a pieno diritto sia al compito della diagnosi che a quello dell'intervento terapeutico.

Nonostante questo progetto favorevole, quasi mai è così. L'optimum è ancora lontano per poter realizzare una presa in carico globale del bambino, intesa non solo con l'intervento centrato sul bambino, ma anche l'offrire ai genitori il contatto con situazioni di terapia o contenimento qualora se ne evidenzia la necessità.

La presa in carico del bambino è individuale, basata su una relazione che viene a stabilirsi con il terapeuta. Certo ci sono colloqui iniziali con la famiglia: per conoscersi, per spiegare che tipo di trattamento affronterà il bambino, per rispondere ai dubbi e alle angosce. Ma, dovrebbe esserci un luogo di ascolto per i genitori, che richiedono un contenimento maggiore, un luogo di elaborazione delle loro paure, della loro rabbia, e soprattutto di una figura competente che si occupi della presa in carico della famiglia. Spesso l'unico punto di riferimento all'interno del centro può essere lo psicologo, ma non sempre l'aiuto è reale.

Dal momento della presa in carico, il rapporto prioritario della famiglia è con il terapeuta.

Poiché l'ansia della famiglia tenderebbe a togliere spazio al bambino richiedendo costantemente un confronto e siccome non è possibile assumere in sé tutte le problematiche del nucleo, è spesso necessario trovare due spazi, o comunque dare un altro nome al contenimento dei genitori.

La riabilitazione deve essere vista come un processo in cui gli aspetti relazionali tra gli elementi che vi partecipano acquistano un ruolo altrettanto importante che le risorse tecniche di cui si dispone. L'agire dell'operatore non è infatti solo un agire tecnico, ma anche, e simultaneamente un agire relazionale. Le proposte riabilitative se offerte nell'inconsapevolezza delle sue implicazioni relazionali, possono provocare un danno che annulla il vantaggio tecnico. Da qui nasce l'importanza della presa in carico del bambino e della sua famiglia in un'ottica globale che tenga conto del "progresso" in tutte le sue valenze funzionali e comunicative.

È importante che si affronti, come momento fondamentale della presa in carico, la comprensione di quali sono soprattutto i bisogni cui, con la terapia, si cerca di rispondere, e le aspettative ed attese, spesso irrealistiche, che su di esse si investono. Se non si interviene su tutto ciò al momento iniziale dell'incontro si avviano delle relazioni in apparenza buone, improntate a grande stima e fiducia incondizionata, relazioni destinate, però, presto a trasformarsi.

Vista l'evidente carenza, presente in tutti i centri di un luogo che accoglie i genitori, si è effettuato un progetto di counselling per contenere l'emergente richiesta di aiuto, che ha coinvolto un piccolo gruppo di genitori.

Lo scopo non solo è stato quello di sostenere i genitori, ma anche quello di valutare quanto questo sostegno sia fondamentale per una efficace presa in carico.

A sua volta il counselling è ritornato utile in tre filoni del trattamento terapeutico:

- la presa in carico ed il contratto
- evoluzione della terapia: il training
- il distacco terapeutico.

COUNSELLING E PRESA IN CARICO

Nel momento in cui il bambino varca la soglia del centro di riabilitazione porta con sé oltre il suo handicap o le sue difficoltà, tutto il suo vissuto emotivo, familiare e sociale. Per questo il concetto “di presa in carico globale” del bambino non può prescindere dal considerare il nucleo familiare ed il mondo che lo circonda.

Ignorare la poliedrica realtà del bambino, settorializzando l'intervento riabilitativo, equivale spesso ad una scarsa efficacia, se non proprio al fallimento del trattamento, che rischia di tradursi in un esercizio ripetitivo e sterile. Spesso quella che giunge al centro è una famiglia provata moralmente, emotivamente ed economicamente. I genitori arrivano che hanno già affrontato uno o più colloqui. Il loro bambino e se stessi sono stati già sottoposti ad una serie di domande, proposte ed indagini per definire la diagnosi e quale può (o dovrebbe) essere l'aiuto e la terapia a cui indirizzarli.

La maggiore parte dei medici si limita a comunicare ai genitori la natura del problema ed il loro lavoro è finito, proprio nel momento in cui i genitori hanno più bisogno di essere aiutati. I medici riassumono la situazione, mettono a fuoco il problema, ne valutano la gravità, esprimono pareri sul soggetto “incriminato” e forniscono una soluzione più o meno indiscutibile del caso clinico. All'interlocutore adulto non resta che chiedere (sporadicamente), approvare, annuire, apprendere. Ed il bambino? Lo si evoca virtualmente, come se fosse delineato dai discorsi e le supposizioni che si fanno su di lui, ma non con lui.

È frequente, quindi, trovarsi di fronte a persone deluse e rassegnate, nelle quali sono predominanti sentimenti di abbandono e solitudine o di latente rabbia, legati ad un problema del loro figlio, che sembrano non poter condividere con nessuno.

È per tale motivo che risulta essenziale fornire, come primo approccio, una vera e propria accoglienza nella quale sapere ascoltare ciò che essi hanno da dire. Dare uno spazio, una “residenza emotiva” alle richieste più o meno esplicite del bambino e dei genitori. È necessario infatti, che questi ultimi formulino la richiesta di aiuto all'operatore.

Fin dai primi incontri i padri e le madri sono accolti ed ascoltati laddove si trovano, nel vivo della loro condizione esistenziale fatta di idealizzazione del loro ruolo, di amore ma anche di delusioni, dolori, ricordi, aspettative. Intorno tutto un mondo di consiglieri: parenti, amici, figure competenti, vicini di casa, mass-media, operatori creano confusione e fin troppo rumore, lasciandoli in una estrema solitudine. La pratica dell'ascolto assume qui allora un profondo significato. Non si tratta solo di fare esprimere questi genitori, ma anche di accogliere il silenzio, le domande non espresse, il tacito dolore e di usare questo silenzio come dimora ospitale per permettere che il mormorio taccia, e in toni più umani emergano le parole vivificate dalle emozioni che le accompagnano. A sua volta le insicurezze, le perplessità, i sensi di colpa, la rabbia se vengono raccontate, scambiate, partecipate possono diventare strumenti risolutivi.

L'operatore che incontra la famiglia può offrire un luogo ed un tempo dove il raccontarsi possa articolarsi senza venir giudicato di poco conto o sbagliato. Il valore di raccontarsi e del sentire che quanto viene esposto è degno di considerazione dà ai genitori fiducia nelle loro capacità.

Inoltre, se si crea uno spazio di ascolto e di intervento di counselling spesso si scopre che le richieste di aiuto da parte dei genitori per il proprio figlio sono un paravento utilizzato per coprire richieste che essi non riescono, per svariati motivi, ad esplicitare. Se si resta sordi a tali domande, si constata che dopo un certo periodo, avviandosi il bambino verso un costante miglioramento, si ha l'improvvisa interruzione del trattamento da parte dei genitori. Se si ha la fortuna di seguire l'iter che essi fanno, si scopre come ricominciano daccapo, presso altri centri o privati, a ripercorrere la medesima trafila e a riformulare le stesse richieste per il bambino ma non per se stessi.

In molti altri casi, gli incontri servono a portare chiarezza per stabilire un contratto terapeutico adeguato. Non può esserci rapporto terapeutico se non c'è contratto. Il contratto è ciò che dà il limite, che definisce, che iscrive l'intervento terapeutico in un quadro preciso: è il contenitore. È, dunque, ciò che permette o comunque pone le condizioni per il cambiamento.

Le famiglie che si rivolgono ai nostri servizi portano in qualche modo una situazione di sofferenza. C'è, dunque, senz'altro una richiesta di aiuto, ma spesso generica e generalizzata, o ancora più

spesso, fissata su un sintomo. La richiesta si presenta come una matassa informe, difficile da dipanare o come la punta di un iceberg in cui la domanda iniziale sembra molto semplice e delimitata. È ovvio che non è possibile pensare che in prima istanza esista da parte dell'utente la capacità di formulare una domanda chiara. In genere ci troviamo di fronte ad una domanda confusa, totale, che non esprime il bisogno reale ma si colloca nella sfera del desiderio, delle aspettative, dei sensi di colpa.

Ed è di fronte a questa domanda confusa che si pone l'intervento di counselling: *per aiutare a formulare e delimitare questa richiesta dilagante, per dare una cornice che definisca ciò che può stare dentro e ciò che deve rimanere fuori.*

Inoltre il counselling è da subito determinante per governare l'incertezza sul da farsi ed evitare la frantumazione del bambino, come per aiutare i genitori ad elaborare il lutto, valorizzando le competenze attuali e potenziali basate sulle reali necessità del bambino e non basate sulle aspettative dei genitori.

Spesso da questi incontri sulle aspettative emergono aspetti celati, meccanismi di disinvestimento o aggressività, o peggio ancora emergono discrepanze sugli scopi ed i parametri di cambiamento.

Vale a dire che i genitori hanno una certa idea (basata sui propri bisogni) di cosa significhi un miglioramento del bambino, e si *aspettano* che l'operatore sia pronto a realizzarlo, mentre invece l'intervento ha scopi che vanno in direzione opposta alle aspettative familiari.

Spesso nelle domande non fatte si nasconde lo spazio per sperare, per negare, per difendersi, per adattarsi, per elaborare. Spesso il genitore che non fa domande esplicite si è già costruito una risposta, alla quale vuole disperatamente credere. È necessario dare un tempo di accoglienza, ma sottovalutare le domande non fatte può essere pericoloso.

Si incontrano difficoltà quando la valutazione dei raggiunti obiettivi, nei limiti delle possibilità e potenzialità del bambino, si contrappone alle aspettative irrealistiche di risoluzione e "guarigione". È questo il momento in cui si fanno i conti con l'errore iniziale. Non c'è più spazio qui per lavorare sulle aspettative e sui desideri profondi, di cui troppo tardi si riconosce l'effetto.

Ci sono stati casi nei quali il fallimento del trattamento sembrava in stretta relazione con questi aspetti.

Per capire in quali termini la famiglia si appresta a stipulare il contratto terapeutico, bisogna saper considerare, allora, non solo il contenuto esplicito del loro messaggio, ma anche e soprattutto il loro contenuto latente, spesso deformato dalla sofferenza nell'esprimerlo. Si possono allora capire ed elaborare i tanti significati del silenzio, le domande lasciate cadere, le risposte alla "lettera", le riproposizioni incessanti degli stessi quesiti.

Il counselling può consentire di valutare l'utilità e la pertinenza dell'intervento riabilitativo e può aiutare i genitori a raggiungere quella che A. Milani definisce la "coscienza di realtà", la consapevolezza. Ma soprattutto gli incontri sulla definizione chiara dei bisogni del bambino rispetto a quelli familiari e sociali ottimizzano quelle strategie che possono permettere al bambino di diventare persona più o meno capace di prendersi cura di sé assicurando al suo nucleo familiare una maggiore qualità della vita.

EVOLUZIONE DELLA TERAPIA

- le reazioni
- la sfiducia
- il training

Quando il bambino è affetto da qualsiasi situazione che non minaccia immediatamente la vita, ma si pone come situazione che incidere negativamente sul suo sviluppo, ci sono delle aspettative altamente ansiogene: << che cosa ha avuto? >> << come si svilupperà? >>, << camminerà >>, << parlerà >> << mi dovete aiutare, dovete insegnargli questo e quello... >>, << ci deve essere qualcuno che mi deve spiegare quello che devo fare...>>, << con voi è un altro bambino ... Come

faccio... >>. Si assiste ad un misto di ansia, rabbia, ferite narcisistiche, di deleghe, di fuga dalla realtà.

La formulazione della diagnosi in tenera età così come in età prescolastica o scolastica, conclude idealmente il periodo della gestazione e dà inizio a quello della riparazione.

Accolta la diagnosi e con essa l'idea di una prognosi influenzabile dalle "terapie", compare nei genitori la paura di insuccesso ed il timore che quanto si stia facendo non sia adeguato alle necessità del bambino o non sia sufficiente per i suoi bisogni.

Spesso la famiglia oscilla fra la convinzione che esista, nascosta, da qualche parte, una terapia che guarisca e l'idea opposta della perfetta inutilità di qualunque intervento. Ma la richiesta di *riabilitare* il proprio bambino è spesso una *reazione* a sentimenti o di colpa o di riparazione.

Un lavoro effettuato con un gruppo di genitori che aveva chiesto un confronto con altri genitori ed una figura di riferimento che conoscesse l'evoluzione delle patologie ha potuto non solo far emergere le "reazioni" spesso inconsapevoli alla formulazione della diagnosi, ma ha reso consapevoli i partecipanti di tutta una serie di sentimenti che influenzavano i rapporti familiari e non.

Il gruppo è stato formato da 4 madri, 2 papà, 1 coppia.

C'è stato un colloquio iniziale attraverso il quale si sono spiegate le modalità di conduzione. Sarebbero state utilizzate tecniche espressive interattive e dei giochi. Quindi il gruppo è stato preparato ad un lavoro non basato esclusivamente sulla discussione, per permettere ad ognuno di scegliere liberamente se partecipare o meno.

Primo incontro: Auto-presentazione, presentazione del proprio bambino; feed-back.

Nel primo incontro si è proposto un gioco che potesse promuovere efficacemente la comunicazione, sciogliere le tensioni e l'imbarazzo e creare un'iniziale identità di gruppo. Si immaginava di essere il festeggiato in una grande festa e di presentarsi a tutti gli invitati parlando di sé in tre minuti. Dopo il giro iniziale veniva descritto agli altri il proprio bambino.

In questo primo incontro è stato possibile verificare la difficoltà di presentarsi e, sembra a pensarsi in modo separato dal ruolo di genitori e di persone con emozioni e desideri non legati alla cura del piccolo. Madri e padri sopraffatti dalla quotidianità e dalle difficoltà non riescono a ricavarci uno spazio riservato a se stessi. Spesso considerano come sinonimo di poca amorevolezza il desiderio di poter godere oltre che dei figli anche della vita di coppia. È, invece, fondamentale per la vitalità del rapporto che la coppia possa sperimentarsi come tale. Si è in un certo senso riusciti a comprendere il senso di insoddisfazione che diviene senso di colpa per i propri pensieri, perché si è colpevoli per ogni scelta che non sia dettata dal sacrificio e dal dovere. Ecco allora i coniugi non trovare più un modo per dialogare di se stessi, di quanto sentono, vivono e anelano. Il silenzio fra i genitori si fa pesante e rischia di divenire un muro che si può valicare soltanto commentando, condividendo e vivendo le richieste che riguardano il figlio. Si teme di essere considerati genitori poco amorevoli se tutto l'interesse non è catturato dal bambino. È stato importante per l'operatore aiutare madri e padri a ritrovare il piacere di stare con i figli, senza per questo rinunciare a esistere in quanto persone con i propri bisogni.

Secondo incontro: Rappresentazione del momento della comunicazione del "problema" del bambino. Tutto quello che avrei voluto sapere e non ho osato chiedere, tutto quello che voglio sapere e cambiare.

Si sono evidenziate diverse reazioni emotive. La più presente è stata una reazione depressiva, di ribellione, di disorientamento. L'atteggiamento reciproco dei coniugi è variato dal sostegno reciproco al silenzio, alla colpevolizzazione. Tutti i genitori hanno mostrato insoddisfazione per le modalità con cui è stato diagnosticato il problema del bambino, esprimendo l'esigenza di un supporto emotivo o di una disposizione più umana e comprensiva. Si è evidenziato che le aspettative dei genitori circa l'evoluzione dello sviluppo affettivo e cognitivo del bambino sono irrealistiche, scarsamente corrispondenti nel bene e nel male alle potenzialità del piccolo. Aiutare la famiglia a trovare un buon equilibrio tra le opportune aspettative nei confronti del figlio e la capacità di apprezzare le sue doti è stato l'ardua impresa. Da questo incontro è stato possibile

ricavare due valori importanti: sentire quanto sia importante che qualcuno accolga ciò che si è, (in modo da regalare altrettanta accettazione ai propri figli) ed imparare a prendere consapevolezza dei piccoli cambiamenti. Da sottolineare che per assurdo i genitori , nonostante la richiesta di aiuto per il proprio bambino, non riuscivano a notare delle trasformazioni in sé e nel piccolo. Per favorire questa ottica di accettazione e di cambiamento è stata proposta un'esperienza finale a coppia. La coppia siede di fronte e descrive l'altro a se stesso. Dopo un segnale le coppie si siedono schiena contro schiena ed ognuno cambia cinque elementi della propria persona. Con un altro segnale le coppie si girano ed esaminano i cambiamenti. All'inizio sembra difficile cambiare su se stessi cinque elementi, ma con un po' di fantasia ed il sostegno del conduttore si può constatare che esistono innumerevoli possibilità di cambiamento. Feed-back.

Terzo incontro: Consapevolezza della propria reazione all'handicap; sperimentazione di altre possibili reazioni ed alternative.

Osservare dove il genitore colloca nel "suo gruppo" il bambino, aiuta a comprendere le parti fisse e stereotipate attribuite a quel bambino per poi evidenziare e dare un'altra possibilità evolutiva al figlio. Rimettere in gioco ruoli e caratteristiche ritenute definitive od "impossibili" ha favorito l'apertura di nuove definizioni di sé e dell'altro. Se qualcuno si modifica, anche solo l'idea stessa che si ha del figlio, tutti gli altri componenti sono coinvolti nel mutamento delle modalità di rapporto... Lasciare spazio all'ascolto per superare gli ostacoli di quel pensiero che non riesce ad uscire dalla ripetitività, cioè dalla colpevolizzazione.

Quarto incontro: Drammatizzazione delle aspettative, delle paure, degli eventi più catastrofici.

L'incontro del gruppo inizia con la condivisione dello stato d'animo di ognuno. Viene introdotto un momento di contatto con se stessi attraverso la concentrazione sul respiro e le sensazioni corporee. Tutti poi compilano un foglietto su cui vengono scritte due frasi: "In questo gruppo ho paura di...", "mi aspetto di..."; "Nella mia vita ho paura di ..., mi aspetto di..." che viene messo in un contenitore al centro del cerchio. Chi vuole, prende un foglietto dal contenitore e cerca di esprimere con una piccola improvvisazione il sentimento della persona che ha scritto sul foglietto. Nella condivisione si sono discusse le osservazioni ed i risentimenti ed alcuni hanno lavorato mettendo in scena attraverso l'aiuto degli altri situazioni reali della loro quotidianità. Le tecniche più utili per elaborare queste drammatizzazioni sono stati l'io ausiliare e la tecnica della sedia vuota.

Sorprendentemente sono entrati in questo gioco-teatro i personaggi più diversi, molteplici comparse: insegnanti, nonni, amici, parenti, la convivente dell'ex marito... che attorniano il bambino, che poi è scomparso dalla scena passando sullo sfondo e lasciando in primo piano questi personaggi. Guardare a questi personaggi è stato molto utile, si è potuto constatare che le differenti rappresentazioni appartenevano al mondo interiore di chi interagiva in quel momento. Spesso solo così i sentimenti di mamma e papà hanno trovato modo di esprimersi: veicolandosi nei personaggi della vita quotidiana.

Quinto incontro: Argomento libero.

Poco importa quale tematica viene messa in evidenza inizialmente possono essere i capricci, i problemi scolastici, le difficoltà alimentari, i comportamenti scorretti. Perché se si indaga con delicatezza emerge anche l'inespresso, poiché il genitore si è presentato con un tema che ritiene "accettabile", ma in cuor suo sa di volersi confrontare con argomenti che ritiene meno esprimibili per il momento.

Sesto incontro: Holding.

Settimo incontro: Holding.

Questi due incontri sono scaturiti dalle richieste dei partecipanti del gruppo per affrontare concretamente argomenti delicati e che creavano difficoltà come il contenimento fisico dei figli problematici o i momenti legati all'alimentazione di una bambina che rifiutava, per difficoltà neurologiche e psicologiche, il cibo.

Inizialmente sono state proposte alcune esperienze sul contatto fisico e l'affidamento del gruppo. Sono poi state proposte delle simulate. Il genitore che lavorava sceglieva una persona del gruppo e si allestiva la reale scena della difficoltà. Venivano dati quanti più elementi possibili per rendere

realistica la scena. Il dare “voce” all’esperienza di entrambi ha aiutato alcuni a capire qualcosa in più sulle loro modalità di rapportarsi al problema. Un esempio potrà essere più esplicativo.

La bambina con difficoltà alimentari veniva ad ogni pasto tenuta bloccata dalle ginocchia della madre, con il capo reclinato all’indietro per facilitare la caduta del cibo. Ogni cucchiaino che arrivava provocava urla, auto-aggressione e conati di vomito. Dare voce alle sensazioni dell’adulto che ha interpretato la bambina ha aiutato molto la madre. Questi ha spiegato il senso di soffocamento che provava per ogni cucchiaino (vera angoscia nel momento del bere). La scena è stata ripetuta da altre due persone mentre la madre è stata a guardare. Vederla le ha permesso di provare fastidio e di chiedere di essere aiutata. Solo allora è stato possibile farle fare un altro tipo di esperienza. Attraverso la simulata della giusta posizione per tenere la piccola sperimentata dalla stessa madre, del modo di avvicinare il cucchiaino, della quantità di cibo, la madre ha trovato “un altro modo di...” sicuramente più efficace di un passaggio di competenze tecniche, il tutto senza sentirsi troppo criticata o incapace.

Sono stati momenti molto delicati non solo nel rapporto tra operatore e genitori, ma anche tra genitori e figli. Ecco allora che prepararli, pensarci, elaborare l’esperienza e i rimandi è stata un’occasione spesso anche unica della relazione. E’ stato l’inizio di una strada che si può percorrere per rendere questi incontri sempre più significativi. Gli incontri hanno permesso di aiutare i genitori ad acquisire la capacità di interrogarsi sui comportamenti del figlio per poterlo “vedere ed ascoltare” meglio. Accompagnarli a vedere e recuperare ciò che il bambino riesce ad esprimere nella relazione con loro è stato difficile ma soddisfacente. Si dovrebbe, un giorno o l’altro descrivere il volto delle mamme e papà che riescono a vedere e a cogliere delle situazioni in cui il figlio è stato capace di attivare delle risorse che pensavano non gli appartenessero.

Ottavo incontro: Realizzazione di uno scritto sull’esperienza.

Il lavoro è stato accelerato e terminato prima del previsto per difficoltà di gestioni all’interno dell’equipe multi disciplinare.

Ha, comunque, permesso di effettuare riflessioni conclusive approfondite.

Il bambino che nasce handicappato o che nel corso del suo iniziale cammino viene diagnosticato “problematico” disattende i desideri dei suoi genitori. Anche un disturbo dell’apprendimento è una ferita narcisistica. Culture più antiche punirono brutalmente questo tradimento delle aspettative familiari collegate alle aspettative più generali della società. Il fatto che oggi il disabile sia moralmente accettato e si investano risorse con l’obiettivo di una sua integrazione contribuisce a legittimare socialmente il disabile, ma non sempre questa legittimazione elimina o guarisce la profonda ferita che i genitori vivono per un evento così indesiderato. C’è sempre un paragone tra il figlio immaginario sempre biondo con gli occhi azzurri, sano, bravo, intelligente, simpatico, educato, ubbidiente e quel bimbo che tengono incerti ed insicuri tra le braccia e che piange, non si addormenta, rifiuta il cibo... L’incontro con questo figlio reale viene vissuto come catastrofico crollo delle personali aspettative ed i folgoranti progetti. Di fronte ad un bambino con “problemi” i genitori si vivono come degli incapaci, ricorrono agli esperti o si incamminano alla ricerca della ricetta che una volta trovata può aiutarli a costruirsi il figlio che si vuole. L’elaborazione di questa ferita è sempre dolorosa e complessa, ma è fondamentale riuscire ad esplicitarla per affrontare il problema con buoni livelli di consapevolezza e realismo.

Alla prima reazione di rifiuto e negazione “non può essere vero”, “non può essere capitato proprio a me” seguono svariate reazioni che devono essere elaborate per permettere al trattamento di essere efficace per il bambino; o per lo meno i genitori devono rendersi consapevoli di cosa li spinge a ricercare costantemente terapie guaritrici, chi sappia formulare una diagnosi più benevola, una prognosi più favorevole o perché sabotano le sedute di terapia.

Sentimenti di colpa consapevoli o inconsci torturano invece, spesso, questi genitori: il figlio “problematico” si presta addirittura ad essere luogo di condensazione di sensi di colpa che hanno altre e ben più antiche origini. “Se è capitato a me è perché sono cattivo. Allora devo fare qualcosa per non esserlo più.”

Questa richiesta di riparazione arriva spesso solo ai tecnici che per professione riabilitano, educano, contribuiscono alla socializzazione, agli operatori incaricati di attuare tecnicamente le “riparazioni”. Dal lavoro svolto con i genitori sono emerse varie reazioni che risultavano incisive nelle decisioni e nella relazione terapeutica del bambino.

Il fatalismo a subire è l’atteggiamento depressivo e persecutorio che lascia i familiari in uno stato di chi si aspetta che le cose non possano che inevitabilmente peggiorare. Anche il bambino finisce per essere identificato come parte integrante e non alienabile della propria natura sfortunata.

Spesso l’angoscia si trasforma in aspetti persecutori proiettati nelle difficoltà o disabilità del bambino, che rimane così avviluppato dalle proiezioni dei genitori. In questi casi la riabilitazione può rappresentare per i genitori un modo per controllare l’oggetto cattivo, messo negli arti o nelle difficoltà del figlio, a scapito del contatto emozionale. Questa dinamica, quando è stata resa consapevole ha fatto capire ai genitori che il terapeuta, senza tener conto delle reali possibilità del bambino, può essere contagiato a sua volta da una crisi di rassegnazione, di abbandono, di forte desiderio di non fare, dimenticando che, in riabilitazione, il fare e non fare devono essere scelte dettate dalla competenza e dalla consapevolezza e non dalla stanchezza o dal disagio. Ma soprattutto, elaborando queste reazioni il genitore si rende conto che il rifiuto rispetto ad un intervento così condotto, non deve essere vissuto come ostilità da parte del terapeuta, come persona incapace di comprendere il dolore, ma è un lavoro che promuove la separazione e l’individuazione a favore del bambino stesso e non a favore del bisogno dei genitori.

L’aggressività ossessiva è la tendenza difensiva che consiste nel separare il male dall’individuo e nell’aggrederlo. È presente una grande angoscia, a volte nemmeno consapevole, e chiunque è portato a pensare che contro questo male bisogna a tutti i costi (anche quelli del bambino stesso) fare qualcosa. Vi sono genitori che non si accontentano di un tipo di trattamento, ma devono avere terapie al mattino, al pomeriggio, poi la maestra di sostegno, la psicomotricità, la musicoterapia, l’ippoterapia, il trattamento in acqua ecc. Vi sono bambini che vengono trattati con metodi ossessivi al punto che il soggetto è annullato. L’aiuto portato a questi genitori può essere quello di renderli consapevoli che forse tutta questa terapia non risponde ai reali bisogni del bambino, e che forse un’aggressione così ossessiva al male diviene un’aggressione al bambino stesso. Il bambino non può creare se stesso e la propria personalità in un ambiente che è contro di lui. Si può allora cercare di individuare assieme alla famiglia quella linea che demarca il giusto rispetto del bambino ed il bisogno dei genitori di non sentirsi colpevoli per non aver fatto tutto il possibile. Infatti mamma e papà possono comunque offrire stimoli soddisfacenti per il proprio bambino non tanto allargando la gamma delle cose da fare, quanto dedicando del tempo per “mettere in pratica” insieme tutte le potenzialità e le competenze già acquisite. Anche in questo caso, elaborata l’angoscia l’operatore può inoltre aiutare la famiglia mostrandosi contento per le conquiste dei genitori, apprezzando i risultati che ottengono nella relazione-gioco con il piccolo, possono trasmettere il valore della gratificazione. Ed i genitori dopo aver assaporato cosa significhi venire stimati ed apprezzati possono a loro volta offrire stima ed apprezzamento ai successi del bambino.

L’atteggiamento rivendicativo e l’accusa degli altri, in genere del mondo sanitario, è l’espressione del bisogno di espellere il proprio senso di colpa. C’è talmente tanta sofferenza che diventa insopportabile. Occorre buttarla fuori, allontanarla da sé, addossarla ad altri per poter sopravvivere, per poter cioè ritrovare quegli ideali soddisfacenti che negano la differenza tra quello che si vorrebbe fare e quello che invece si riesce, si può e si è capaci di fare. La terapia viene considerata un dovere degli altri, un risarcimento, comunque incompleto ed insufficiente, per quanto ingiustamente subito. Il suo inevitabile insuccesso, perché nessuna terapia sarà mai adeguata, nessun obiettivo raggiunto quello auspicabile, sarà una ragione in più per giustificare il proprio comportamento rivendicativo. Cambia il clima relazionale che caricato di accuse reciproche, porta ad essere ancora più intolleranti di fronte alla incapacità, alle paure, ai dubbi, agli insuccessi che ognuno (genitori, bambino, terapeuta) sta a suo modo vivendo. Quanta rabbia per i risultati che non arrivano nonostante tutti i sacrifici che si fanno, le visite che pagano. In alcuni momenti è difficile per i genitori capire che possono umanamente provare sentimenti contrastanti. L’operatore può allora accompagnarli perché imparino ad accettare i sentimenti negativi e positivi proprio perché

questo vissuto costituisce l'autenticità del rapporto. Nel gioco relazionale non si può essere esenti da paure, incertezze, errori, fatiche e conquiste. Si possono aiutare i genitori ad uscire dalla idea che il bambino debba essere come l'hanno progettato e che il mondo debba attivarsi per questo, favorendo la loro soddisfazione di scoprire le peculiari caratteristiche di ciascun figlio, in quanto le peculiarità che nel figlio mancano sembrano essere più importanti di quelle che il bambino invece possiede. È importante che il genitore si renda conto di ciò in modo che la distanza tra bambino reale e bambino immaginario si accorci invece di dilatarsi, ma soprattutto in modo che non ci siano difficoltà importanti nel processo di attaccamento - investimento, con delega agli altri non solo di compiti squisitamente tecnici.

L'atteggiamento di iperinvestimento ed iperprotezione (soprattutto delle madri) è espressione del bisogno di sentirsi indispensabile per poter meglio contenere il proprio senso di colpevolezza. Vi è la tendenza a sviluppare la "fantasia" che quanto può sentire ed apprendere il figlio dipende totalmente dalle attitudini e dal comportamento dei genitori. Con l'occuparsi di ogni singolo organo ed apparato, il genitore evita di trovarsi di fronte al bambino intero mentre, con l'anticipare ad ogni livello i suoi bisogni, riesce a non doversi misurare con le sue richieste, per cui per quanti progressi il piccolo faccia e quanti sforzi per raggiungere competenze ed abilità, ci si "sostituirà" sempre a lui ed alle sue capacità. Gli incontri possono avvenire per ascoltare queste fantasie cercando però di aiutarli a "vedere" e a far "vedere" il figlio per aiutarlo a sentirsi "visto". Perché non si senta solo brutto ed imperfetto tanto da rifiutare tutto ciò che esce da lui e preferire che altri facciano per lui. Accompagnare i genitori a recuperare una distanza dal piccolo provando ad avere fiducia nelle sue capacità favorisce una migliore relazione.

Opposta è la paura di sbagliare, di non essere all'altezza del compito, con conseguente delega totale, ufficialmente giustificata dal bisogno di raggiungere migliori risultati. In questo caso i genitori non devono ricevere cure già pronte per l'uso, ma devono essere aiutati a cercare quelle risorse personali così ben nascoste da credere di esserne sprovvisti e preferire che altri si prendano cura del figlio. Un luogo rassicurante, accogliente, che nasce da una relazione, che non fa prevedere nessun giudizio mortificante o avvilente significa permettere di potersi riconciliare con il proprio timore di non essere all'altezza della situazione, di non sentirsi mettere davanti i limiti del figlio come valutazione di loro stessi e del loro operato. Inoltre, la consulenza permette di far uscire la sofferenza e di sentirla condivisa in modo da poter percepire al loro interno quello spazio necessario ad accogliere e condividere a loro volta la sofferenza del bambino. Questo, inevitabilmente, produce delle modificazioni che portano mamma e papà a vedere, nella relazione con il figlio, particolari che prima passavano inosservati e a trovare nel bambino risorse prima insospettabili, proprio perché qualcuno li ha aiutati a scoprire le proprie.

Il lavoro di counselling sulla presa di coscienza delle proprie reazioni e del perché si cerca il mitico "olio di Lorenzo" non ha certo risolto il problema, ma ha aiutato alcuni genitori a passare da un senso di colpa ad uno di colpevolezza che ha influenzato positivamente la ricerca della terapia più adeguata per il bambino con concreti obiettivi.

Il senso di consapevolezza è caratterizzato sempre dal bisogno di non sentire il rimorso, dal desiderio di riscatto consapevole, ma si accompagna a nuove energie investite in qualche cosa di favorevole almeno se non solo per il bambino, anche per lui.

Oltre tutto ciò il lavoro di accoglienza e l'aver trovato a disposizione un luogo di pensiero, uno spazio di consultazione e contenimento, di supporto e sostegno ha permesso la condivisione delle tematiche, un'iniziale più adeguata accettazione dei limiti e delle possibilità del proprio bambino.

Dagli scritti si è evidenziato che al senso di colpa (presente in tutti i genitori) si accompagnano depressione, incomprensione, insicurezza, incapacità, impotenza, compromissione della propria stima, desiderio di abbandono e fuga, bisogno di delega agli altri, voglia di espiare.

Inoltre, i genitori si sono sentiti meno soli nell'affrontare il loro problema, meno colpevolizzati e liberi di potersi rispecchiare nei vissuti analoghi di altri genitori, nelle soluzioni da loro adottate per fronteggiare situazioni problematiche sentite così difficili.

In questo piccolo gruppo i genitori hanno imparato ad immergersi nella loro vicenda umana, quella della loro famiglia, mettendo a disposizione il proprio mondo emotivo per ascoltare e comprendere,

con la “consapevolezza” dei limiti umani, delle necessarie sofferenze per evolvere, delle naturali fragilità di cui tutti conosciamo la forma, per imparare che si possono vivere, senza lasciarsi vincere dall’angoscia o dalla rabbia, le esperienze difficili.

Non a caso le problematiche che emergevano nei primi incontri sono state:

- difficoltà a presentarsi ed a pensarsi in modo separato dal ruolo di genitore di un figlio problematico,
- tendenza a proiettarsi in ruoli totalmente deresponsabilizzati
- tendenza a far prevalere in modo rigido una sola modalità di reazione o soluzione di fronte al problema
- aspettative magiche nelle istituzioni e nella terapia.

Dai feed-back verbali e scritti i genitori si sono sentiti più responsabili, inseriti nel progetto. Un genitore scrive: “Adesso so che si tratta di pensare insieme al mio bambino e non di delegarlo completamente a qualcuno più competente che fa qualcosa per lui.”

Una mamma scrive: “Ho smesso finalmente di portare il lutto. Voglio conservare una mia identità e non concentrare tutto sulla disabilità di mio figlio.”

Infine: “Quanto tempo impiega un genitore ad accettare che il proprio figlio, immaginato come perfetto, tanto desiderato, amato ancor prima di averlo incontrato, sia invece quello che ha lì davanti, altrettanto e forse più amato, ma malato e con problemi. E quanta paura ad accettare la malattia e la sua prognosi... Il valore di questo intervento è stato nel favorire rapidamente la consapevolezza... Il dolore gioca in questo spazio-tempo un ruolo devastante nella comprensione della realtà.”

Le vicende che madri e padri narrano sono, spesso, storie che possono far inquietare, addolorare, impietrire, scandalizzare, intenerire, sconvolgere... ma l’operatore incontra per aiutare la famiglia a riflettere sui nuovi aspetti, prima impensabili, che caratterizzano adesso la vita familiare. Egli si predispone a raccogliere cercando di far esprimere quei pensieri nascosti od “indicibili” diventando grazie alla relazione il contenitore dei frammenti, delle dissonanze, delle contraddizioni, delle paure, della rabbia, delle sfumature, dei “non detto”, delle valanghe di parole, astenendosi dall’invadere lo spazio del dialogo, suggerendo piccole “fantasie” per indagarle insieme, proponendo semplici domande per esplorare le aree sommerse.

IL TRAINING

I genitori sono di fronte a delle scelte che molto spesso li fanno sentire soli, incerti, dubbiosi, impauriti, delusi, incapaci, angosciati, stanchi e colpevoli. Cercano, allora, di aggrapparsi a qualcosa di “sicuramente giusto”, per non avere paura, per non sentire l’ansia e la fatica.

Tra le richieste più assurde il primo posto è occupato dalla necessità di avere una scaletta del come fare..., la richiesta di consigli, passaggi di competenze da mettere in pratica al momento giusto, nel posto giusto.

È vero che spesso, per la gravità della patologia o per la tenera età del piccolo si deve ipotizzare un lavoro temporaneo con la madre in terapia (centrato sulla relazione madre – bambino, famiglia-bambino), per poi indirizzare ad un’eventuale psicoterapia, ma non esistono ricette da somministrare.

La terapia è sempre legata ad una dimensione del curare una malattia, ovvero di rispondere ad un sintomo perché scompaia.

Il training con i genitori è sempre stato visto come il passaggio di una serie di esercizi da fare a casa con il proprio bambino. Spiegare la terapia ai genitori (terapia che aiuta il bambino ad esprimere una storia già lontana, una storia pre-verbale) è difficile perché relazionano con il proprio bambino su base inconscia, su sentimenti non razionali, per cui è assurdo dare informazioni su come comportarsi. Inoltre, spesso di fronte alla descrizione “di come” il bambino potrà realizzare una certa funzione il genitore rimane disorientato, non disponendo di concreti modelli esperienziali cui ispirarsi per poter comprendere (la propria esperienza è esperienza di salute), e rifiutando a priori quelli offerti dall’interlocutore, perché viziati dal non tenere conto di quanto con il proprio amore e con il proprio impegno (fantasia di onnipotenza) egli potrà realizzare a favore del proprio bambino.

Nella domanda “riuscirà a guarire” è contenuta una richiesta più ampia che abbraccia l'intera gestalt della normalità e testimonia la ferma volontà di non “subire” la diversità.

È evidente che la comprensione del significato delle parole di un trattamento, operata a livello cognitivo deve combinarsi con una elaborazione emozionale delle informazioni.

È difficile trasmettere con le parole o gli esempi pratici determinate difficoltà, ancora più difficile ed improduttivo semplicemente spiegare, senza tenere in conto tutto l'aspetto emotivo, *come* tenere il suo bambino: quel bambino che spinge, che rifiuta il contatto, che ha tremori in tutto il corpo, che scatta in crisi epilettiche, che si auto aggredisce solo ad essere guardato. Così come è difficile avere una scaletta standard di quello che si deve fare con un bambino spastico, autistico psicotico, balbuziente, ecc.

Dare consigli, inoltre, è esercitare un potere che limita le loro possibilità di soluzione. Non si tratta quindi di *insegnare* a madri e padri cosa fare, ma aiutarli ad aumentare le loro capacità relazionali. È questo può essere raggiunto solo con l'esperienza di un rapporto, quello con l'operatore che può aprire nuove e rigenerate capacità di scambio affettivo ed emotivo. Il sentirsi accolti, accettati, sostenuti e compresi permette di trovare sia il coraggio dell'esprimere rinnovate forme di relazione sia la forza per lasciare spazio ad inedite forme di scambio familiare.

Realizzare uno spazio di scambio non significa allora accingersi a trasmettere al genitore cosa egli debba fare con il figlio, né tanto meno credere di poterlo istruire: significa, invece, essere aperti ad un'esperienza della quale non si conosce che l'inizio. Si può permettere ai genitori di vivere un'esperienza significativa stando attenti a non indirizzarla facendosi condizionare dai propri desideri e dai propri saperi e lasciando invece che lo svolgersi del percorso segua inediti itinerari. Poter far fare ai genitori un'esperienza in grado di rispettare le diverse umanità offre loro un modello di incontro che poi potranno vivere con il figlio, imparando a guardarlo ed accettarlo. Non si può spiegare al genitore come fare se non si ascoltano i rimandi che il proprio bambino dà. Nel training attraverso la relazione d'aiuto i genitori imparano ad ascoltare prima se stessi e poi il proprio bambino, imparano su esperienza diretta quello che può essere a favore del loro piccolo.

È doloroso ma necessario aiutare i familiari a vedere il bambino per quello che è, ad amarlo nonostante non li abbia mai toccati, non abbia mai steso le braccia o sorriso, non si sia lasciato cullare, dondolare, accarezzare, dar da mangiare senza angoscia, non abbia stabilito un dialogo tonico.

Questo è possibile solo elaborando i sentimenti di reazione a tutto ciò diventando consapevoli di cosa si sente, di come si atteggia il corpo dell'adulto al rifiuto del bambino, alle sue difficoltà fisiche che precludono tutte le competenze dell'holding familiare. Nel mettersi nei panni del figlio dando voce ai continui dondolii, alle stereotipie, ai disturbi del sonno ed alimentari, alle difficoltà di apprendimento.

È molto più costruttiva una relazione che lascia spazio a quello che l'altro vive e prova, invece del rispondere, trovare soluzioni, dare consigli e ricette a tutti i costi. In quanto se l'altro si sente riempito di parole, di prescrizioni, di giudizi, di consigli che il più delle volte percepisce come ingiunzioni, cioè come bisogni che egli deve soddisfare, non può che aggredire, ritirarsi, difendersi o in ultima analisi fuggire.

Nel lavoro emergono le angosce, i sospiri, i silenzi, le scelte anche drastiche, le critiche. Allora i genitori imparano che non esistono esercizi riabilitativi o psicologici, ma l'importante è sapere cosa voglio da questo bambino e da me, dalla mia relazione con lui, ascoltando le sue risposte.

Solo allora è possibile aiutarli a riprendersi il loro ruolo di genitori e non cadere nella trappola della delega perché dicono di non essere capaci. Si parte proprio da queste difficoltà, si lavora su queste incapacità attraverso le esperienze, le simulate, l'entrare in contatto empatico, le esperienze di gioco. Lo scopo principale di questa azione di sostegno è consentire al bambino ed alla sua famiglia di vivere nel maggior benessere possibile, gestendo il conflitto tra i bisogni del singolo e le risorse dell'ambiente. Accompagnati in questo cammino, perché spesso è comunque necessario imparare tecniche specifiche (come l'holding, il feeding, la respirazione), i genitori arrivano da soli o almeno con un proprio stile a capire qual è la postura migliore da far assumere al bambino perché possa

giocare, fare il bagno, essere alimentato, qual è il contenimento più adatto per ridurre le stereotipie, elaborare le paure, le angosce, le crisi comportamentali.

Non risulta facile aiutare i genitori a comprendere il proprio bambino, a costruire con lui interazioni significative che non risultino dominanti né sottrattive. Con un lavoro di sostegno però è possibile assistere ad una interazione nascente basata sulla capacità di comprendere i bisogni, di decifrarne i codici di comportamento, di accogliere le proposte, di dare senso ai messaggi, per quanto confusi e distorti possano essere, di rispettare l'impegno del bambino a costruirsi una competenza adattiva, concedendogli tempo ed accettandone i limiti.

Spesso, le "strategie" trovate dai genitori poi tornano utili in terapia o per altri genitori e bambini, perché c'è tutto un investimento affettivo e non sono semplici esercizi.

Il counselling dovrebbe essere inserito nell'equipe istituzionali che comprende anche la famiglia, perché il bambino fa parte di una costellazione affettiva e non si può prenderlo in considerazione senza il sistema relazionale che ruota intorno a lui. Soprattutto perché il bambino potrà anche evolvere ma la relazione da parte dei genitori sarà sempre la stessa.

FINE TRATTAMENTO

Spesso è molto difficile riuscire a portare a termine un trattamento riabilitativo: il bambino viene costretto a passare da un trattamento all'altro anche quando non ne può più e disperatamente chiede di giocare con gli amici, di frequentare una palestra, di partecipare alle feste, di farsi una lunga vacanza per elaborare quello che ha vissuto, o per la semplice necessità che per una volta ci si dimentichi che "ha dei problemi".

È un circolo vizioso dalla fisioterapia passa alla psicomotricità, alla logopedia, alla terapia nel gruppo, a quella occupazionale, al semiconvitto, alla psicoterapia. Non si riesce in alcun modo a trasmettere ai genitori che il bambino si è impegnato, che ha bisogno di riposo o che ha raggiunto le sue competenze. È sempre troppo poco. C'è sempre ancora tanto da fare.

Se le famiglie dei bambini meno gravi, per i quali i progressi sono evidenti e notevoli possono vedere nella dimissione una conferma alla loro richiesta di guarigione, nelle famiglie dei bambini gravi, per i quali i progressi sono lenti e parziali, le dimissioni si vivono come un vuoto che non riescono a colmare.

La relazione d'aiuto permetta di coinvolgere la famiglia nella decisione, responsabilizzandola. Questo perché siano elaborate le dinamiche di un senso di frustrazione derivato dalla fantasie di abbandono. Ma anche per preservare la crisi di identità del terapeuta e la possibilità di trovarsi a colludere con la famiglia. Infatti nei casi gravi e non scompare assai presto la possibilità ed il bisogno di terapia nei confronti del bambino, ma non altrettanto verso i genitori, dei quali il terapeuta finisce lentamente per divenire alleato contro il bambino perché è lui con le sue incapacità, con la sua diversità, con i suoi ritardi, con le sue insolvenze, con la sua povertà, l'elemento negativo che non dà soddisfazioni, che non si impegna abbastanza.

Chi offre la terapia colma così il bisogno di chi la richiede, senza prendere in considerazione chi la riceve. Il terapeuta, allora, non riconosce più il suo ruolo e la propria funzione: il paziente non risponde più alla terapia, ma il terapeuta non riesce a sospenderla perché essa non è più connessa ai cambiamenti del bambino, ma al bisogno dei genitori. Non sempre la chiarezza dei termini contrattuali riesce a risolvere il problema: legato ad esso c'è una dilagante angoscia ed un forte contro-transfert. In questi casi non spetta al terapeuta da solo offrire contenimento.

Si lavora allora sull'angoscia di abbandono, ma anche per imparare a non investire troppo nella terapia miracolosa, nella guarigione, caricandosi di ansie per il futuro del figlio.

Anche nei casi dove effettivamente il bambino migliora spesso è necessario un intervento che aiuti i genitori a rapportarsi in modo differente a lui. A non considerarlo sempre come "quello" che ha avuto bisogno della terapia e che continua ad essere sottoposto a richieste prestazionali per tastare il mantenimento della sua "normalizzazione".

Soprattutto si lavora per prendere coscienza che ogni bambino è diverso dall'altro e che non deve essere sempre il bambino e la sua famiglia a doversi adeguare ad un mondo dato per scontato, ma che venga aiutato a stare al mondo secondo le sue potenzialità e possibilità.