

La psicoterapia infantile e la legge. Attesa e timore di un incontro*

Pier Claudio Devescovi, Pistoia

Gabriela Gabbriellini, Pisa

(*) Il lavoro spetta agli autori in parti uguali.

Il problema della regolamentazione dell'attività di psicologo e psicoterapeuta, che in questo periodo appare vicina alla realizzazione legislativa, nasce, a nostro avviso, in larga misura dalla pressione di una serie di fatti sociali abbastanza nuovi nel panorama culturale e scientifico italiano. Un primo fatto è il numero ormai piuttosto alto, ed in continuo aumento, dei laureati dalle due facoltà di psicologia che ha portato sulla scena culturale e professionale una dimensione inedita, potremmo dire quasi di massa della figura dello psicologo che preme per ritagliarsi spazi di lavoro che nella maggior parte dei casi si orientano verso l'ambito della « cura psicologica ». Questo fenomeno ha assunto aspetti rilevanti anche da un punto di vista contrattuale, tanto che un organismo sindacale come la CGIL-Funzione Pubblica, tradizionalmente distante da questo tipo di problematica e da queste figure professionali, ha tenuto di recente un convegno nazionale (Firenze 24-25 maggio '86) dal tema: « Psicologi e psicoterapia, formazione, regola-

mentazione giuridica, professionalità dello psicologo del servizio pubblico ».

Di fronte a questo fenomeno vi è un altro elemento importante, e cioè la creazione, all'interno delle UU.SS.LL, di servizi territoriali del tutto nuovi con funzioni, nell'idea del legislatore, di filtro, prevenzione, riabilitazione ambulatoriale, e collegamento con enti e istituzioni esterni alle UU.SS.LL.

In particolare i consultori, con la loro attività legata alla vita della coppia (consulenza psicologia, contraccezione, psicoprofilassi ostetrica), il servizio di consulenza scolastica, che da un'originaria funzione di tutela e facilitazione dell'inserimento dei soggetti portatori di handicap, si è andato configurando sempre più, almeno nelle nostre realtà, come una collaborazione stretta e continuativa con le scuole per dare una risposta al disagio psicologico infantile, sia di tipo cognitivo che relazionale e affettivo. Poi le proiezioni dello psicologo in alcuni reparti ospedalieri in particolare i centri oncologici, i reparti di emodialisi e quelli cardiologici, e infine gli ambulatori di psicologia nati, nei C.I.M., in collegamento con la legge 180 e destinati prevalentemente ad adulti portatori di un disagio psichiatrico, ma allargati successivamente anche all'età evolutiva.

Questi servizi, oltre a richiedere un numero rilevante di operatori psicologi, neuropsichiatri infantili e terapisti della riabilitazione, hanno costretto questi a confrontarsi con richieste e situazioni nuove sperimentando tecniche d'intervento e modalità di approccio non codificate precedentemente che costituiscono un patrimonio di esperienze culturali e scientifiche dal quale è possibile estrarre spunti di teorizzazione. L'attività di psicoterapia infantile si cala in questa situazione e vogliamo raccontare due storie per far vedere come è nata e come, tutto sommato, abbiamo contribuito a farla nascere, con i problemi ed anche con gli aspetti di sperimentazione tecnica, di creatività e di confusione ai quali le situazioni incontrate ci costringevano.

Le nostre due storie hanno alcuni punti di somiglianza

pur essendo differenti sia per la nostra diversità di stile e di personalità, sia anche per la diversità delle situazioni: la prima un Centro ospedaliero specialistico, l'altra una situazione territoriale. Le racconteremo fermandoci ogni tanto per riflettere su alcuni punti che ci sono sembrati particolarmente significativi.

Gabbriellini: l'ottica da cui mi pongo nel descrivere la mia esperienza di lavoro all'interno di un Servizio Ospedaliero di Neuropsichiatria Infantile è volta a cogliere momenti particolari e specifici nello snodarsi di un percorso orientato verso l'intervento terapeutico ed a mettere a fuoco movimenti di nascita di uno spazio di « cura » in un luogo dove le esperienze mentali s'incontrano e talvolta si confondono, proprio perché avvengono all'interno di una istituzione, con aspetti della realtà esterna e con sollecitazioni provenienti dal contesto sociale e politico.

L'atteggiamento di ascolto e di contenimento mentale, che si è via via sviluppato dentro di me, rappresenta a tutt'oggi un continuum nel rapportarmi ai vari fenomeni con cui il lavoro istituzionale mette a contatto ed ai setting diversificati che l'intervento terapeutico nel servizio pubblico richiede. Accanto alle psicoterapie ad orientamento analitico e psicologico analitico gli interventi psicoterapici si modificano e divengono colloqui con i familiari sia in presenza che in assenza del bambino, terapie basate sul gioco della sabbia con la coppia dei genitori e con la coppia madre bambino; forme di diagnosi-terapia, che si attuano durante l'intervento ambulatoriale in cui il momento diagnostico viene realizzato inserendo una metodologia psicoterapica interpretativa, ecc.

Nel servizio pubblico infatti, a differenza di quello che avviene nello spazio privato, gli interventi che, una volta preso in carico il bambino, sono attuati, richiedono una duttilità ed una mobilità psichica di volta in volta modulata sul caso stesso. Le situazioni che si presentano sono caratterizzate da patologie gravi, non selezionabili da parte dell'operatore cosicché per ogni

caso è necessario pensare una » strategia terapeutica », dove il terapeutico si articola in relazione al momento collettivo. Il setting che l'operatore struttura con un bambino particolare, secondo la propria metodologia ed il proprio stile, è protetto nel suo funzionamento dall'interazione fra l'operatore e il « gruppo curante » mentre un clima di tensione può interferire negativamente con il processo di evoluzione della situazione di transfert.

Nel n. 6/7 del Bollettino « Dalla parte dei bambini », dal titolo « Avere cura del bambino psicotico » è stato descritto e commentato da parte del comitato di redazione il significato dell'atteggiamento terapeutico nel Servizio. Cito « Aver cura [...] la prassi è orientata allo stabilirsi di un rapporto intersoggettivo, mentre il curare non ha per presupposto un tale tipo di rapporto » (p. 7) « [...] S'intende parlare di tutto quel complesso di attività rivolto al bambino in ognuna delle quali si tende a sollecitare ed a stabilire un valido rapporto interpersonale » (p. 7). Ed ancora:

l'essenziale è che ogni operatore sia portatore cosciente del significato della propria metodologia e viva la situazione col bambino al livello dove è giunta la sua possibilità di conoscenza. È importante che ognuno utilizzi la propria modalità non avvertendola inferiore alle altre » (p. 22) « [...] Occorre cioè che non si stabilisca all'interno del gruppo una prevaricazione di uno dei possibili punti di vista da cui il bambino può essere esaminato ed avvicinato [...] che ognuno stia attento a mantenere il significato e l'autonomia del proprio punto di vista e del proprio approccio » (p. 11).

Punti di vista diversi, modalità di approccio diverse presenti nel gruppo convergono così nell'interesse del bambino preso in carico. Ci si riunisce per comprendere e condividere, pur nella differenza di metodologia, la sofferenza e il dolore che il bambino comunica e chiede che siano compresi. L'intervento terapeutico, che scaturisce da questi incontri, diviene un intervento che si articola in momenti diversificati, ma unitario proprio perché condiviso da tutto il grup-

po di lavoro. Il gruppo è formato da 4 n.p.i., 1 psicologo, 1 testista, 1 ortofonista, 1 consulente del linguaggio, 1 consulente analista, 1 assistente sociale, 2 educatrici. L'ideologia e la modalità operativa comune al gruppo consisteva all'inizio nel creare e tener viva un'atmosfera di « donazione di senso » ai comportamenti non comprensibili del bambino, unita al tentativo di comprendere il fenomeno psicopatologico. Il progetto del Servizio era inoltre orientato ad occuparsi in maniera privilegiata dei bambini autistici e psicotici, entrando in rapporto anche con la famiglia, rapporto che, ponendosi come contenitore, potesse tendere ad una integrazione delle scissioni così tipiche di una tale organizzazione familiare. Altra linea programmatica era l'intenzione di estendere l'intervento anche in ambito scolastico, evitando il più possibile l'istituzionalizzazione del bambino autistico e psicotico e tentandone l'inserimento nella scuola dell'obbligo.

Devescovi: il mio primo lavoro è stato in un Centro di riabilitazione dove le patologie prevalenti erano di tipo neurologico-motorio e cognitivo-linguistico su base neurologica. I miei compiti erano psicodiagnostici e di consulenza-sostegno alle famiglie e nella scuola. Poco dopo l'ingresso al lavoro iniziai la formazione analitica, per un desiderio maturato negli anni dell'Università, entrando in analisi personale. Dopo un paio d'anni arrivò al nostro Centro una bambina di 5 anni che chiamerò Antonella: non parlava se non con urletti ed una cantilena: là, là, là, là, che si trasformava in urla di terrore se qualcuno si avvicinava oltre un certo limite. Al nostro Centro era stata inserita in un ciclo di fisioterapia per una para-paresi e in terapia del linguaggio e riabilitazione cognitiva, ma la logopedista, dopo una breve osservazione, mi chiese se potevo seguirla perché i problemi erano veramente grandi.

Io provai un grosso desiderio di fare qualcosa e ne parlai col mio analista. La mia formazione analitica era appena agli inizi e mi consigliò di essere prudente e

non avventurarmi da solo in un lavoro di psicoterapia con una bambina psicotica. Mi disse di mettermi in contatto con una professoressa dell'ospedale di Pisa e farmi seguire in supervisione, se questa fosse stata disponibile. Lui glielo avrebbe accennato. Così conobbi la prof.ssa G. Del Carlo Giannini e iniziai a seguire Antonella. Dopo qualche tempo iniziai a seguire anche un altro bambino autistico e pian piano cominciammo a costituire un gruppo formato da noi tre psicologi che lavoravamo in questo Centro (tutti e 3 eravamo in formazione analitica) cui si aggiunsero tre insegnanti ortofreniche e una assistente sociale.

La presenza nel gruppo delle tre insegnanti era dovuta, oltre che al desiderio di lavorare assieme partendo da ottiche diverse, anche dal fatto che i bambini che seguivamo in psicoterapia erano assistiti dal nostro Centro con un'impegnativa che riguardava i loro ritardi intellettivi, linguistici o motori e quindi il trattamento riabilitativo ufficiale era quello che conducevano le insegnanti ortofreniche, mentre il trattamento psicoterapico era, amministrativamente, informale e secondario.

Seguivamo circa 10-12 bambini, prevalentemente con disturbi psicotici, con un lavoro di psicoterapia a orientamento analitico sulla base di 2-3 sedute settimanali. I bambini erano inseriti tutti nelle scuole. Alcuni, più gravi, frequentavano un gruppo di educazione occupazionale presso una scuola dove erano inseriti molti bambini handicappati motori e nella quale il nostro Centro era presente in maniera massiccia con i propri operatori (1).

Essi erano seguiti dalle insegnanti ortofreniche con un lavoro centrato sugli aspetti cognitivo-scolastici mentre l'assistente sociale teneva i rapporti con le famiglie e con gli insegnanti delle scuole. Anche noi psicologi avevamo rapporti con la scuola e dopo un periodo iniziale nel quale sperimentammo vari tipi di rapporto con le insegnanti di classe, trovammo utile nella maggior parte dei casi fare delle riunioni allargate tra il nostro gruppo e il gruppo delle insegnanti che avevano in classe i bambini, discutendo

(1) P.C. Devescovi - M. Millucci Devescovi, « Considerazioni sull'inserimento di bambini handicappati nella scuola di Ponte-nuovo », in *Dalla parte dei bambini*, n. 2/3, 1976.

ogni volta 2-3 casi e centrando la discussione sugli aspetti scolastici, di apprendimento e comportamento-vita di relazione in classe. Ci sembrò così che si potesse stabilire un buon contenitore per le ansie iniziali delle insegnanti (e per le nostre) in cui si potevano scambiare le esperienze e i tentativi fatti un po' da tutti.

All'inizio il gruppo aveva una fisionomia del tipo gruppo Balint, ma gradualmente si andò strutturando come un gruppo pedagogico per le insegnanti dove si cercava di dare senso ai comportamenti dei bambini, pur restando nell'ambito dell'Io, e consigli sull'atteggiamento che ci sembrava più ragionevole tenere.

Ogni 15 giorni noi del gruppo andavamo dalla prof.ssa Giannini portando al controllo il nostro lavoro. Ogni settimana ci riunivamo fra noi per un controllo reciproco. Avevamo deciso di dedicare, ogni due mesi, una seduta del gruppo a noi stessi e alle nostre dinamiche e questo ci è stato molto utile per crescere e lavorare bene assieme.

Pian piano però si crearono dei problemi con il direttore sanitario che iniziò a manifestare un atteggiamento ambivalente nei confronti di questa attività e, se all'inizio aveva dato il consenso alla presa in carico dei primi bambini, sembrava ora ostile alla crescita e alla organizzazione del gruppo. Ci veniva sottolineato il fatto che l'ente era preposto ad altri compiti, di tipo neurologico, motorio, cognitivo e linguistico e fummo costretti ad accettare una serie graduale di limitazioni fino alla proposta-ordine di servizio di far confluire il gruppo nella riunione settimanale tenuta dal direttore medico con tutte le terapisti. Di fatto dopo 4 anni, il gruppo era rotto.

Poco dopo, con l'istituzione dei Consorzi Socio-Sanitari, in attesa dell'istituzione delle UU.SS.LL, si aprirono delle possibilità di lavoro e lasciai il Centro. Nella struttura pubblica trovai un clima molto diverso, con spazi e libertà organizzativa molto più ampi. Continuai a seguire i bambini che seguivo in precedenza e iniziai a ricostituire un gruppo di psicologi che desideravano lavorare psicoterapeuticamente con i bambi-

ni cui si aggiunsero due n.p.i. assunte successivamente. Attualmente siamo un gruppetto di 7 persone, 5 psicologi in formazione analitica e due n.p.i.

La situazione è decisamente migliore per quanto riguarda la nostra autonomia e la libertà di portare avanti questa attività, anche perché rispetto ad altre U.S.L. siamo avvantaggiati dalla presenza di un primario psicologo che ha reso possibile la creazione dell'Unità Operativa di psicologia alla quale sono aggregate le U.O. di riabilitazione e di n.p.i., che sono senza primario, invece di essere aggregati a nostra volta presso i servizi di psichiatria.

Nonostante l'appoggio e il consenso del primario possiamo dire che questa attività psicoterapica si è sempre svolta « indipendentemente dalla legge ». Non contro la legge ma in una zona d'indifferenza: l'istituzione non la richiede e non le da alcun riconoscimento né giuridico, né economico, né professionale. Il luogo dove si svolge sono due stanzino molto anguste, arredate con alcuni armadietti e scaffali di recupero rimasti disponibili dal rinnovo degli arredi di altri uffici. Il riconoscimento della nostra attività avviene prevalentemente attraverso gli utenti o i colleghi di altri servizi (pediatri dei consultori, assistenti sociali, altri medici) o ancora attraverso un rapporto non ufficiale, ma ad personam, con operatori dei centri specialistici di altre città che, nel caso di persone residenti nel territorio della nostra U.S.L., spesso dopo un'osservazione diagnostica li inviano a noi per un lavoro psicoterapico in zona. Il meccanismo per arrivare al nostro gruppo è molto semplice: l'utente prende un appuntamento con uno di noi (nella maggior parte dei casi la richiesta è nominativa) e si presenta al primo incontro con la richiesta del suo medico di famiglia per una consulenza psicologica o, fin dall'inizio, per un trattamento di psicoterapia. Il servizio è totalmente gratuito.

Pur nella situazione « extra legge » è possibile svolgere un'attività di psicoterapia infantile a orientamento analitico anche se di fatto l'assunzione è come psicologi e non come psicoterapeuti. Il nuovo gruppo

che abbiamo costituito si riunisce settimanalmente per discutere i casi seguiti che sono prevalentemente bambini e adolescenti, con anche qualche caso adulto. Il nostro interlocutore privilegiato, oltre alla famiglia, è ancora la scuola anche perché ufficialmente il nostro lavoro è quello di consulenza scolastica per facilitare l'inserimento di soggetti portatori di handicap, mentre il lavoro di psicoterapia e il gruppo di discussione dei casi non sono attività istituzionali ma svolte informalmente e su decisioni dei singoli operatori. Questa situazione ha portato a sperimentare modalità diverse di rapporto con la scuola e ciò ha introdotto alcune variabili nuove nel setting psicoterapico rispetto a quello privato classico.

Vogliamo fermarci un momento per riflettere su alcuni punti del nostro racconto. Le partenze sono state diverse e vi è stato poi un incontro che accomuna le nostre due esperienze sulla psicoterapia come momento di cura. Mentre infatti nel Centro ospedaliero specialistico la psicoterapia ha una posizione di centralità, nel Servizio territoriale essa è un tipo di intervento che ha lo scopo di facilitare la partecipazione del bambino alla vita sociale, in particolare quella scolastica. Una linea programmatica del Servizio ospedaliero di n.p.i. è stata l'idea di estendere l'intervento anche in ambito scolastico, mentre la decisione di costituire un gruppo di psicoterapia nel Servizio territoriale è legata al desiderio di fornirsi anche di strumenti diversi da quelli testistici e cognitivo-linguistici, per poter così dare una risposta anche a situazioni di disagio affettivo-relazionale.

La posizione della psicoterapia appare « più forte » nell'ambito del Servizio ospedaliero, non è messa in discussione proprio perché ne rappresenta un'attività centrale anche se, proprio per il fatto di essere svolta in ambito ospedaliero, si presta ad una maggiore confusione ed ambiguità con la prassi medica, e questo è sottolineato anche sul piano amministrativo. Nel servizio territoriale invece la situazione è, per molti aspetti invertita: la psicoterapia è decisamente « più fragile » perché non è istituzionalmente prevista

come servizio ufficiale ma è piuttosto una modalità d'intervento scelta dall'operatore nell'ambito della sua discrezionalità, per raggiungere lo scopo di facilitare l'inserimento scolastico. L'esistenza di una U.O. di Psicologia le dà però una più chiara definizione di intervento psicologico.

Proseguiamo adesso, dopo queste brevi riflessioni, con il racconto delle nostre esperienze entrando un po' più in dettaglio nel modo di lavorare nei nostri servizi e nel rapporto con le scuole.

Gabriellini: Il mio lavoro alla N.P.I., era stato preceduto da un incontro con il mondo dell'infanzia durante l'elaborazione della tesi di Laurea, al momento in cui la necessità e il desiderio di completare con un'applicazione sperimentale la ricerca teorica sul concetto di Self nel bambino mi avevano orientato verso l'ambito clinico. Mi sono trovata a lavorare in un campo dove forti tensioni nascevano in me dal contatto con la patologia infantile, fonte di arricchimento conoscitivo oltre che di sovraccarico psichico, proprio nella misura in cui tentavo di dare una risposta all'esperienza che stavo vivendo. L'analisi personale mi aiutava nella conoscenza della mia infanzia, nell'osservazione di me stessa e parallelamente arricchivo ed approfondivo la mia esperienza in campo clinico. La presenza di un consulente analista nel Servizio appoggiava e soddisfaceva l'esigenza di riflettere sui processi della relazione terapeutica, di distinguere ed integrare nei limiti del possibile il momento istituzionale ed il momento relativo alle dinamiche mentali della relazione stessa, di porre attenzione alle varianti tecniche introdotte nell'impostazione classica.

In alcune situazioni di trattamento di bambini simbiotici che non accettavano di separarsi dalla madre, la terapia si è andata strutturando come setting comune madre-bambino. L'attenzione è stata volta allo stato di fusionalità e di indifferenziazione del Sé di entrambi che sembrava radicarsi in una relazione duale imprigionata da fantasie materne inserite intrusivamente nella realtà del figlio.

(2) G. Gabriellini, S. Nis-sim, La madre di Giacomo (2) aveva avuto durante la gravidanza la fantasia « Il gioco della sabbia nel che il figlio sarebbe nato con tre braccia, fantasia che assumeva trattamento dei bambini carattere di concretezza tutte le volte che incontrava un bambino psicotici: note nell'interazione malformato. Questa fantasia si correlava ad un vissuto di eccezionalità, madre-bambino », in *Dalla dove prodigio e mostruoso si mescolavano, riferito al concepimento del parte dei bambini*, n. figlio. Giacomo, peraltro, che nel ricordo della madre nasce con mani enormi, prensili, appendici mostruosamente grandi, rimane adesso a 15/16,1984. questa fantasia materna, che invade la sua stessa identità: disegna in maniera stereotipata forme di animali che denomina mostri e la cui mostruosità consiste nell'avere qualcosa in sovrappiù, eccezionale.

In questo caso come in altri ho introdotto nella terapia l'uso della tecnica del gioco della sabbia, tecnica che fa parte della mia formazione analitica. Lo spazio della sabbiera, attivatore di immagini e contenuto della mente della terapeuta, si è posto in questo trattamento comune madre-bambino come area di fantasia, « intermedia » e condivisa che ha favorito lo svolgersi di una comunicazione tra madre e figlio. L'intervento terapeutico con il gioco della sabbia si è allargato anche alla coppia dei genitori di bambini che presentavano distorsioni relazionali proprio nel momento in cui essi manifestavano difficoltà ad affrontare il distacco ed il cambiamento del figlio, che stava sperimentando movimenti di uscita dallo stato autistico e di apertura verso il mondo oggettuale, con una quota di angoscia più tollerabile.

Queste riflessioni sulla tecnica, scaturite spontaneamente dalla situazione del momento, sono andate configurandosi come parti integranti della mia metodica di lavoro ed oggetto di ricerca e di esplorazione. Ci sono state anche supervisioni personali con analisti esterni al servizio che mi hanno aiutato in una maggiore comprensione del funzionamento mentale della vita psichica dei bambini autistici e psicotici ed in un approfondimento della relazione transferale come strumento conoscitivo.

Devescovi: il mio modo di lavorare con i bambini risente dell'insegnamento universitario del prof. Fornari e della supervisione con la prof.ssa Giannini ed

è di orientamento prevalentemente kleiniano, anche se si è arricchito dell'esperienza del training nell'associazione « junghiana ». Le sedute si svolgono in una stanza arredata con giochi, materiale per attività grafica ed espressiva, ecc. Periodicamente, ogni 2 mesi circa, ho un incontro con i genitori con i quali discuto della vita del bambino in famiglia cercando di dare un senso ai comportamenti del bambino e cercando di attivare una prospettiva di evoluzione, rimanendo nell'ambito dell'Io senza tradire lo spazio del setting con il bambino. Ciò che si cerca di attivare sono funzioni genitoriali fisiologiche là dove spesso appaiono distorte e alterate dalla situazione psicopatologica.

Qualcosa di simile tentiamo di fare nel nostro rapporto con la scuola: per alcuni casi di bambini psicotici piuttosto gravi abbiamo provato a creare un gruppo di lavoro composto dal terapeuta del bambino, dai genitori e dalle insegnanti. Abbiamo descritto questa esperienza in un breve appunto (3) dove sottolineavamo come l'aspetto di contenimento, il tentativo di spiegare le angosce e i comportamenti bizzarri del bambino, il confronto del suo comportamento in situazioni e in periodi diversi, potesse trasmettere un senso di sviluppo e di evoluzione in situazioni caratterizzate da una disperante ripetitività.

Un altro tipo di esperienza è stata quella di costituire una forma di gruppo Balint, per la durata dell'anno scolastico, composto da insegnanti che avevano in classe un bambino handicappato e condotto dallo psicologo che seguiva i bambini, alcuni dei quali in trattamento psicoterapico. In altre situazioni, invece, il rapporto si svolge attraverso incontri periodici con l'insegnante o su sua richiesta.

Abbiamo osservato, tendenzialmente, una maggiore facilità di rapporto e collaborazione con le insegnanti delle scuole materne ed elementari rispetto a quelle della scuola media dove si tende a delegare a una insegnante (quella/o di sostegno o di lettere) il rapporto con lo psicologo e con il bambino inserito. Un altro aspetto che abbiamo osservato è che il rapporto con un'insegnante è molto facilitato quando vi è stata

(3) P.C. Devescovi, M. Millucci Devescovi, « Il bambino psicotico nella scuola dell'obbligo. Esperienze e riflessioni », in *Dalla parte dei bambini*, n. 13/14, 1983.

in precedenza un'esperienza comune di un gruppo di lavoro. Vi è nell'insegnante spesso una modificazione nell'atteggiamento verso il bambino psicotico ed handicappato in genere che fa pensare ad un processo simile a quello che Bion descrive in « Apprendere dall'esperienza ».

Con le insegnanti viene chiarito fin dall'inizio che i due approcci sono diversi e complementari ed entrambi importanti per il bambino e che la conoscenza che il 10 psicologo trae dal lavoro psicoterapico può indirettamente aiutare anche l'insegnante a trovare un atteggiamento utile per entrare in rapporto e comprendere il 11 bambino, come del resto conoscere la vita del bambino in classe può dare allo psicologo un riscontro comportamentale esterno alle fantasie e alle emozioni che osserva all'interno del setting.

Voglio portare un esempio di questo modo di lavorare: in una riunione di gruppo venne portato dall'insegnante il problema di Antonio, un bambino di 10 anni che si masturbava spesso, in modo plateale, in classe. In seduta era successo solo 1 o 2 volte e molto tempo prima. L'insegnante non voleva intervenire repressivamente, e d'altra parte i suoi tentativi di ignorare il fatto o di minimizzarlo o il cercare di distrarre A. proponendogli qualche attività non avevano sortito alcun effetto, e gli altri bambini cominciavano a manifestare disagio. Si cercò di dare senso a questo comportamento di A. e il gruppo si orientò verso un'ipotesi esibizionistica: A. lo faceva probabilmente per attirare l'attenzione e anche, forse, per scandalizzare, visto che rideva molto mentre si masturbava, o forse anche per aggredire e provocare in qualche modo la classe. Questa ipotesi mi sembrò abbastanza convincente, anche sulla base della conoscenza di alcuni aspetti profondi del bambino che mi provenivano dal lavoro psicoterapico. Proposi all'insegnante di intervenire togliendo ad A. la platea. La volta successiva l'insegnante gli disse che non c'era nulla di male a toccarsi il pisello, che però non era una cosa bella da fare davanti a tutti. Se proprio gli veniva da toccarselo poteva andare al gabinetto e farlo lì. A. smise di masturbarsi e non utilizzò l'opportunità di farlo in bagno.

Il fatto che il bambino non sia seguito solo con un trattamento psicoterapico ma frequenti anche la scuola dell'obbligo e talvolta anche gruppi sociali diversi come scout, parrocchia, campi estivi comunali ecc. gli offre la possibilità di partecipare a spazi relazio-

nali differenziati. In aggiunta a questo il fatto che il terapeuta abbia rapporti con questi spazi, in modi diversi nelle nostre due esperienze, determina a nostro avviso, la presenza di elementi nuovi nella relazione transferale.

Nel Servizio territoriale abbiamo scartato, salvo due casi, la possibilità che uno psicologo diverso da quello che ha in trattamento il bambino tenesse i rapporti con le insegnanti, sia per difficoltà organizzative sia anche perché abbiamo osservato che nei gruppi e nei rapporti così costituiti lo « Psicoterapeuta assente » suscitava fantasie aggressive nel gruppo poiché era vissuto come colui che « sapeva veramente tutto del bambino » e però si sottraeva agli incontri e non aiutava le insegnanti. Abbiamo perciò preferito allentare questa tensione nella scuola non sottraendoci al rapporto con l'insegnante, pur salvaguardando rigidamente il setting psicoterapico da fughe di notizie. La situazione del centro ospedaliero di NPI presenta alcune differenze, principalmente quella della presenza di operatori del Servizio, tipo l'assistente sociale, che, seguendo direttamente il bambino nella scuola, svolgono un ruolo di mediazione fra lo spazio psicoterapico e quello scolastico.

Questa modalità, che lascia fuori dal lavoro con gli insegnanti lo psicoterapeuta, è scaturita dall'elaborazione di momenti difficili, di confusione tra i due spazi e dalla convinzione che il trattamento psicoterapeutico deve avere una piena autonomia.

Gabriellini: talvolta l'uscita dal setting terapeutico si è rivelata un « agito » provocato in me dalle difficoltà di elaborazione dei contenuti psichici del bambino (psicotico) e dalle problematiche che una realtà istituzionale, troppo concreta e presente, a volte impone.

Un esempio di questo è la situazione che si è venuta creando nel momento in cui le richieste della scuola a proposito di due bambini psicotici che avevo in trattamento sono diventate pressanti e urgenti in coincidenza con una fase di stasi, di immobilità, di can-

cellazione di movimenti di apertura e di mentalizzazione nel processo terapeutico. Sentivo scoraggiamento e sofferenza psichica con cui era difficile convivere. Ho risposto direttamente, uscendo dal setting, alle domande ed ai bisogni che le insegnanti esprimevano: lavoravo simultaneamente con il bambino in terapia ed intervenivo nella scuola. La « passionalità » del mio agire si confondeva con una fantasia di onnipotenza, dove realtà interna ed esterna si frammischiavano. Avvertivo un senso di confusione inquietante, coglievo una difficoltà crescente ad ascoltare ed accogliere quella relazione fra bambino ed insegnante, così ricca di significato e di potenzialità evolutiva che avviene nella scuola, vivevo la difficoltà di non trovare il giusto livello nella comunicazione con le insegnanti e il rischio di lasciar emergere materiale controtransferale profondo della relazione terapeutica. D'altra parte le interpretazioni analitiche sembravano suscitare disorientamento ed angosce, non sempre contenibili, oppure, negate, dalle insegnanti. Sulla base di questa esperienza ho cercato di mantenere il setting preciso e costante nella terapia col bambino, scegliendo di analizzare come transfert laterale tutto ciò che tende a rompere la situazione terapeutica. La supervisione di tipo analitico mi ha aiutato a dare a quelle azioni del bambino, che prendevano il posto del pensare e talora provocavano in me risposte non mentali, il significato di una forma di comunicazione primitiva, presimbolica a cui si può rispondere cercando di allargare la comprensione ed il contenimento mentale (4). Ho tenuti separati nella mia mente lo spazio scolastico e lo spazio psicoterapico, mantenendo un rapporto di scambio con altri operatori del Servizio che seguivano il bambino a scuola e potevano fare da mediazione e da collegamento con l'insegnante. Quando è stata necessaria la mia presenza, nei colloqui con gli insegnanti ho cercato di porli da una parte come contenitore delle angosce che il bambino psicotico attiva e dall'altra ho cercato di aiutarli a trovare in sé un proprio modo di affrontare i problemi in ambito scolastico, orien-

(4) A. Razzagli, « Fra accogliere ed agire », in *L'identità dello psichiatra*, Roma, Il pensiero scientifico, 1982. Vedi anche B. D. Proner, « Analisi infantile junghiana in setting ospedaliero: attacchi all'analisi », in *La psicoterapia infantile Junghiana*, Roma, Il pensiero scientifico, 1984.

tando il loro interesse verso la zona dell'io nascente del bambino, così da favorire un incontro non solo a livello delle sue fantasie inconsce profonde, ma anche a livello delle espressioni iniziali di queste fantasie e della loro socializzazione.

Ad esempio, lo sputo di Mario che in un momento del lavoro psicoterapico appare ad un ascolto contro-transferale il corpo stesso del bambino che sperimenta un'uscita dal suo guscio autistico e cerca un luogo dove poter galleggiare; in ambito scolastico, nella mente dell'insegnante, assume un significato relazionale: sostituisce cioè il linguaggio assente ed ha valore di comunicazione. Le sequenze sonore che Carlo porta in seduta unite all'interesse per strumenti musicali divengono nella relazione terapeutica materia sonora a cui la terapeuta cerca di dare una risposta « musicale » risonante. Mentre l'uso di strumenti musicali e la ripetizione di cantilene a scuola viene interpretato dall'insegnante come un piacere per il ritmo che favorisce l'inserimento nel gruppo. La problematica che concerne la presenza o l'assenza dello psicoterapeuta nel lavoro con gli insegnanti si intreccia con una domanda che è nata in noi suscitata dalla riflessione sul lavoro psicoterapico nell'istituzione e sui vari livelli d'intervento, domanda che riguarda l'esistenza o no di una relazione tra le esperienze del bambino psicotico che avvengono all'interno della psicoterapia e quelle che avvengono fuori da questa, in ambito scolastico. Questo punto ci appare di notevole interesse, stimolo ad un approfondimento volto alla comprensione del funzionamento psicotico e delle possibilità di trattamento.

Vogliamo accennare alcune considerazioni a questo proposito sottolineando come spesso nel bambino psicotico il bisogno di vivere scisse le esperienze emotive che avvengono in ambiti diversi separatamente ostacoli l'unificazione delle esperienze stesse, ma anche come « da ogni successiva ripetizione il bambino psicotico potrà prendere un pezzetto di realtà, un piccolo mattone per la ricostruzione del suo sé » (5). Nei gruppi di lavoro e nei colloqui con l'insegnante

(5) G. Gabbriellini, G. Maf-fei,
« Il bambino psicotico e il
sociale: Alcune

considerazioni psicodinamiche
», in *Dalla parte dei bambini*,
n. 4/5, 1977, p. 50.

abbiamo notato come il bambino che viene descritto
appare spesso diverso da quello conosciuto in seduta:

con maggiore capacità sia cognitive che relazionali, con
abilità sconosciute al terapeuta, con atteggiamenti
decisamente più evoluti di quelli che si manifestano nel
lavoro psicoterapico.

Nelle situazioni in cui il terapeuta ha rapporti con la scuola
i bambini sembrano manifestare più spesso una
aggressività marcata e diretta verso il terapeuta stesso
con tratti anali-espulsivi più evidenti: emissione di peti,
rutti, sputi, alle parole del terapeuta, ignorarlo spesso,
girandogli le spalle, uscire di frequente dalla stanza.

È difficile dire se si tratta di una differenza significativa o
casuale anche perché il numero dei casi non è così
grande da permettere una certa sicurezza statistica, ne
questi fatti sono costantemente e nettamente presenti in
ogni situazione. Si potrebbe fare comunque l'ipotesi che,
essendo il terapeuta a contatto con la scuola, « tradisca »
in qualche modo l'unicità del rapporto psicoterapico e si
meriti tutto il disprezzo e l'ostilità del bambino che, deluso
da questo rapporto, investa nel mondo esterno
manifestando acquisizioni di abilità ecc.. Oppure il fatto
che la vita del bambino fuori dalla stanza non venga
portata direttamente in seduta da lui, ma sia in parte
conosciuta dal terapeuta tramite il racconto della maestra
possa determinare una distorsione a qualche livello della
relazione terapeutica. O forse anche, come suggeriscono
Gabbriellini e Maffei (6), che la presenza del terapeuta
anche in spazi diversi dal setting proponga una
unificazione degli spazi e una riduzione delle scissioni che
il bambino psicotico opera. Ciò probabilmente spaventa il
bambino che aggredisce direttamente il terapeuta
negandolo e/o evacuandolo.

(6) G. Gabbriellini e G. Maffei,
Ibidem.

Nonostante che lo scopo della psicoterapia analitica sia
identico nello spazio privato e in quello pubblico e cioè
stimolare le potenzialità del bambino ed attivare un
processo di trasformazione ed evoluzione, vi sono
differenze fra queste due situazioni. Nel corso di questo
nostro lavoro ne sono emerse alcune come

ad esempio la presenza di un rapporto con altri spazi, la presenza di un « gruppo curante », l'impossibilità di « scegliere » il caso e, soprattutto, la necessità di adattare con duttilità la propria tecnica a situazioni e domande diverse. Queste variabili, che riscontriamo più raramente nel setting privato, oltre a richiedere un certo affinamento della capacità recettiva e della flessibilità psichica del terapeuta, determinano alcune modificazioni nella relazione fra i due membri della coppia terapeutica come abbiamo evidenziato.

Oltre a questi aspetti vi è però un'altra importante variabile e cioè la presenza dell'Istituzione come terzo reale, e non soltanto fantasticato, nel setting. Un problema da porsi a questo riguardo è come il terapeuta viva questa presenza.

Talvolta essa si configura come presenza protettiva, legata a meccanismi di idealizzazione, che rende possibile la presa in carico di situazioni molto gravi che difficilmente verrebbero seguite privatamente (psicosi molto gravi, anoressie di una certa entità, seri tentativi di suicidio ecc.). In questi casi, probabilmente, l'Istituzione rafforza nel terapeuta la percezione di « parti buone » e « terapeutiche » che vengono messe in campo a fronteggiare le angosce e la distruttività che il paziente comunica e/o agisce. Ciò porta il terapeuta ad un atteggiamento un po' « epico », forse in certi casi necessario, ma con il rischio, se non costantemente analizzato, di rafforzare i meccanismi di idealizzazione e di eludere gli aspetti distruttivi presenti nella relazione transferale.

In altri casi (l'Istituzione è una presenza ingombrante o persecutoria e viene espulsa dal setting che diventa perciò fortemente idealizzato prestandosi a rischi di collusione e alleanza contro il persecutore esterno, ed assumendo la colorazione delle scissioni interne del terapeuta.

Conclusioni

La prospettiva abbastanza imminente dell'approvazione della legge che disciplina l'attività di psicologo

e psicoterapeuta ci ha costretti ad una riflessione con uno sguardo alla nostra storia professionale e ai limiti e alle potenzialità che la caratterizzano nella sua specificità. Ci sembra, e non solo per vezzo junghiano, che essa presenti aspetti di luce e di ombra che vale la pena evidenziare.

Una prima reazione è: « Ahi finalmente! Avremo una definizione giuridica e uno stato professione riconosciuto e un potere contrattuale maggiore nei confronti dell'amministrazione e delle altre figure professionali ». Ciò potrà apparire banale e un po' corporativo ma chi fra noi fa questo lavoro come psicologo nelle istituzioni pubbliche ed è costretto a fare i conti con la fragilità della propria posizione di psicoterapeuta analista, con la possibilità che il primario o l'amministrazione o il pretore blocchino questa attività, sente l'avvento della legge, in primo luogo, come una tutela del proprio lavoro e una protezione al setting psicoterapeutico.

In una situazione burocratica e gerarchizzata come quella sanitaria ciò che ha rilevanza giuridica, economica e contrattuale è la definizione nell'organico del personale. Ciò che conta, per dirla in termini junghiani, sono alcuni aspetti « persona » e noi abbiamo sperimentato quanto sia faticoso e perdente definire e difendere il lavoro di psicoterapia infantile verso l'esterno utilizzando aspetti interni al setting che hanno importanza per noi e per un interlocutore che ha familiarità con queste cose, ma lasciano del tutto indifferente chi ne è al di fuori o ha un atteggiamento ostile. Peraltro anche nelle istituzioni dove è possibile un'autonomia di ricerca e di sperimentazione il riconoscimento del ruolo di psicologo psicoterapeuta si scontra con l'ideologia che la funzione terapeutica è prerogativa medica.

Ma se una definizione giuridica può tutelare da queste situazioni e definire la propria collocazione e la propria attività senza dover continuamente definirsi attraverso l'incontro quotidiano con i propri pazienti, è altrettanto vero che è proprio in questo incontro che noi realmente ci definiamo psicoterapeuti analisti e

non vi è alcuna definizione giuridica, per concorso o per anzianità che possa sostituirsi a questo.

Nella prassi terapeutica istituzionale c'è infatti un continuo ridefinirsi dei momenti terapeutici ed integrazione del momento teorico. Al di là del pericolo di situazioni caotiche o di singole risposte superficiali potremmo dire, parafrasando Winnicott, che questa situazione rappresenta il lavoro più difficile del terapeuta, ma anche la possibilità di mantenere nuove, continuamente rinnovatesi, le tecniche terapeutiche di tipo analitico. Scrive Winnicott: « Il lavoro più difficile, quello che non corrisponde alla tecnica psicoanalitica standard è il lavoro di un analista che abbia già dentro di sé una certa esperienza « classica » e davanti a sé la possibilità di reinventarsi » (7). Ciò a dire che essere terapeuta nel contesto istituzionale significa tentare di ridefinire continuamente la propria identità di terapeuta per divenirlo veramente, in ogni incontro col paziente che tenga conto, per separarsene o per integrarla, della realtà istituzionale. « Accogliere l'agire, rispondendo anche con azioni, ma continuamente ampliando l'area del comprendere in uno spazio che non deve essere mai né puro agire né puro accogliere » (8).

Il rischio, l'aspetto ombra della legge è che questa identità sia data una volta per tutte e ciò favorisca modalità d'intervento già sperimentate e rassicuranti che diventano meccaniche nella loro ripetitività e che vanno assieme alle resistenze e alle difese contro l'approfondimento del rapporto terapeutico. Forse questo rischio è maggiore per i più giovani, che si avvicinano a questo lavoro trovando già pronta una definizione e uno spazio, ma non dobbiamo dimenticare che il fascino, la comodità e i vantaggi sociali della « persona » sono in agguato in tutti noi, anche se con qualche anno di esperienza e una storia alle spalle che non è stata una ricerca di routine burocratica o di potere.

La legge non prevede, nell'iter formativo dello psicoterapeuta, l'analisi personale. Nei disegni di legge infatti si è passati dalla proposta del 13.7.83 in cui si

(7) D.W. Winnicott, *Frammento di un'analisi*, Roma, Il pensiero scientifico, 1978.

(8) A. Ballerini, A. Pazzagli, « La psichiatria fra 'agire' e 'operare' », in *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, Voi. 2, n. 1, gennaio-giu-gno 1984.

afferitava che « l'esercizio di qualunque metodo psicoterapeutico, mettendo in gioco la personalità del terapeuta, esige un apprendimento pratico ed una esperienza personale» (pg. 4), alla proposta del 17.11.83 in cui si stabiliva che l'esercizio delle attività psico-terapeutiche, comprese quelle analitiche, è subordinato ad una specifica formazione personale e professionale (art. 4), fino ad arrivare al testo degli articoli approvato dalla Commissione dove l'art. 3 subordina l'esercizio delle attività psicoterapiche e analitiche ad una specifica formazione professionale, tralasciando qualsiasi accenno all'aspetto personale della formazione.

Nella nostra esperienza l'analisi personale è stata uno spazio per la conoscenza di sé e per l'elaborazione mentale di ciò che incontravamo giornalmente nel nostro lavoro, un allenamento all'ascolto sia di ciò che portavano i pazienti in seduta, sia della realtà istituzionale nella quale siamo inseriti, una possibilità che facilita l'accoglimento e la comprensione riducendo il rischio di scotomi e acting-out.

Sulla base di questa nostra esperienza ci sentiamo di condividere la posizione di Langs quando afferma che l'idea che una persona possa condurre una psicoterapia efficace senza aver fatto l'analisi personale nega la realtà dei conflitti e della patologia del terapeuta e il ruolo che questi giocano nella terapia (9).

Pensiamo inoltre che l'analisi personale, propedeutica ad una formazione analitica o comunque psicoterapica, favorisca l'attitudine al continuo modificarsi e adattarsi alle richieste e ai problemi che il lavoro nell'istituzione pone, al pensare strategie terapeutiche che non sono solo una ripetizione standardizzata delle tecniche apprese una volta per sempre.

Ed inoltre ad accedere alla possibilità di mettersi in contatto con parti di sé, di volta in volta attivate dalle richieste e dalle situazioni di lavoro. E ciò è tanto più vero quanto più la psicoterapia assume la forma di psicoterapia analitica e non di intervento centrato sull'io, poiché in questo caso l'oggetto dell'intervento divengono le zone e le dinamiche profonde del pa-

(9) R. Langs, *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Torino, Borin-ghieri, 1979, p. 511.

ziente che attivano corrispondenti regioni psichiche del terapeuta che è necessario che questi conosca, sappia padroneggiare e utilizzare come strumento terapeutico. Per acquisire questa capacità ciò che abbiamo attualmente a disposizione è il percorso dell'analisi personale che non è solo un impegno di alcuni anni, ma la modificazione permanente e sempre attiva della personalità del terapeuta. « Imparare », in questo campo, significa non già e non solo un apprendimento quantitativo, ma soprattutto un processo di crescita emozionale e mentale nell'ascolto del proprio inconscio. Se ciò è vero, come la nostra esperienza ci orienta ad affermare, ci sembra insostenibile che una istituzione come l'Università, definita dalla legge come la principale struttura didattica, non preveda, nell'iter formativo dei futuri psicoterapeuti e analisti uno spazio per la « formazione personale >» e per l'esperienza di incontro e comprensione del proprio inconscio.