

Capitolo settimo

Verso una categoria integrata dei diversi orientamenti per una nuova popolazione clinica: i bambini e i loro caregiver

(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)

7.1 La costellazione materna

Dobbiamo fondamentalmente a Stern e alla sua scuola un approccio integrato ai vari metodi di studio della relazione bambino-caregiver. Nel modello osservazionale proposto da Stern i bambini piccoli e i loro genitori vengono esaminati come una «nuova popolazione clinica» (Stern, 2006), che ha necessità di venire trattata con interventi specifici, sia nell'ambito preventivo, sia in quello psicoterapeutico.

Questa popolazione clinica presenta alcune specificità: partorire un bambino è un normale evento della vita, che può presentare delle problematiche, ma che non dovrebbe essere patologizzato, se non intervengono anche disturbi psichiatrici; i genitori hanno una struttura psichica diversa da altre popolazioni cliniche; la relazione genitore e bambino va esaminata negli aspetti intrapsichico e interpersonale; alla nascita del loro bimbo le madri sviluppano un'organizzazione psicologica particolare detta «costellazione materna» (Stern, 1995) che va trattata in modo specifico. Stern analizza alcuni dei diversi orientamenti della psicoterapia genitore-bambino attuali, con l'intento di ricercare un'integrazione, proponendo una «teoria unificata» per i diversi modelli. Il suo intervento si rivolge a bambini molto piccoli da 0 a 3 anni e ai loro genitori: le psicopatologie che vengono affrontate riguardano soprattutto disturbi relazionali genitore-bambino che si manifestano attraverso un'alterazione della alimentazione, del sonno e dell'attaccamento.

Nell'interazione genitore-bambino, il «paziente» è la «relazione», influenzata dal passato dei genitori: la ricerca sta

esplorando la funzione che l'immaginazione dei genitori, le loro aspettative, paure, desideri possono avere nella relazione attuale col bimbo. Nella relazione primaria la madre, e forse anche il padre, si trovano in una situazione psicologica particolare, definita dall'autore «costellazione materna»: si tratta di un'organizzazione speciale e unica della vita psichica, che si attiva solo quando nasce un figlio, caratterizzata dalla funzione del «prendersi cura» di un bimbo. Secondo Stern è questa particolare organizzazione che fa del genitore un «paziente» speciale, con uno stato psichico che non può essere trattato con un modello terapeutico applicabile ad altre tipologie di pazienti. L'alleanza terapeutica entro cui lavora questo terapeuta è diversa da quella utilizzata negli approcci terapeutici tradizionali, in quanto l'organizzazione psichica del genitore presenta le connotazioni della «costellazione materna».

Con l'inizio della gravidanza e la nascita del figlio cambiano gli interessi: una donna è meno orientata alla dominanza, alla competizione, al sesso, e invece più alla cooperazione e alla cura; manifesta nuove paure e preoccupazioni; i pensieri materni sono focalizzati su uno stato affettivo particolare, quello di innamoramento del bambino; le madri inoltre hanno necessità di essere sostenute da altre madri. La costellazione materna è un costrutto complesso costituito da quattro tematiche, in cui si organizzano i desideri, le paure, i ricordi, i sentimenti, le relazioni interpersonali della madre: il tema vita-crescita, il tema della relazionalità primaria, il tema della matrice di supporto, il tema della riorganizzazione dell'identità. Tale costrutto è inoltre costituito da quella che viene denominata la «trilogia materna», cioè dalle tre preoccupazioni che coinvolgono la donna nella rielaborazione psichica durante la gravidanza: il legame con la propria madre, il rapporto con se stessa in quanto madre, il rapporto con il suo bambino.

La relazione della madre col suo bimbo è l'organizzazione psichica più pregnante durante la costellazione materna: il transfert che si sviluppa in questa situazione consiste nell'elaborazione del desiderio della donna di essere supportata e aiutata da un'altra figura con funzioni materne; anche in contesti non terapeutici le madri incontrano altre donne, come l'ostetrica, l'infermiera, la puericultrice che condividono la loro esperienza personale, fornendo un so-

stegno e un incoraggiamento. Nella situazione terapeutica questa ricerca di aiuto viene rappresentata dalla figura del terapeuta, attraverso il transfert che Stern (1995) denomina «transfert della buona nonna»: il terapeuta interviene con consigli, visite a casa, orientando la terapia più sugli aspetti positivi che non sulla patologia. La relazione primaria madre-bambino si sviluppa quasi esclusivamente attraverso una comunicazione non verbale e la patologia si manifesta prevalentemente come esito di interazioni preverbalmente inadeguate.

7.2 Le differenti «vie di ingresso» al sistema clinico genitore-bambino

Stern ricerca gli aspetti comuni dei diversi modelli di terapia genitore-bambino ipotizzando che vi siano peculiarità di base: la terapia genitore-bambino avrebbe sue specifiche connotazioni che la rendono unica e diversa dagli altri ambiti terapeutici. Il «sistema clinico» genitore-bambino presenta particolari caratteristiche e come tale va trattato: esso è costituito prevalentemente dalle rappresentazioni che i genitori hanno del loro legame con il figlio e dalle rappresentazioni che il bambino ha delle relazioni genitoriali; la «costellazione materna», è il costrutto che meglio sintetizza questi aspetti in un'unica prospettiva; le modificazioni nella tecnica e nel setting terapeutico devono considerare questa particolare organizzazione psichica che, secondo l'autore, potrebbe diventare la matrice unificante nelle diverse modalità precoci di trattamento caregiver-bambino.

La psicoterapia si focalizza sull'alleanza e sul transfert della costellazione materna: il terapeuta sostiene e valorizza la madre, in modo che le funzioni materne possano esprimersi; questo potrà aiutare il caregiver a ricollegare le sue rappresentazioni attraverso l'esperienza emotiva correttiva, le interpretazioni e il modellamento; il transfert positivo accompagna la durata della fase della costellazione materna e si conclude naturalmente quando la madre ne esce. Stern propone un modello unico e flessibile di formazione, esclusivo per gli specialisti della psicoterapia caregiver-bambino, in quanto gran parte degli studi comparativi (Cramer, 1990) evidenziano come i diversi approcci tera-

peutici giungano agli stessi risultati (Stern, 2006). Possono essere diverse le «vie di ingresso», come le definisce Stern, alle dinamiche interattive, che cambiano a seconda delle teorie di riferimento, ma i risultati evidenziano l'equifinalità di tutti gli approcci (Stern, 2006).

Una prima «via d'ingresso» alle dinamiche interattive caregiver-bambino, quella dell'approccio psicodinamico, utilizza modalità di intervento interpersonali e intrapsichiche: questo approccio si focalizza sulle rappresentazioni della madre, sul suo passato, sui suoi conflitti, sulle fantasie relative al proprio bambino e a se stessa come madre. Le esperienze passate della madre e i suoi conflitti irrisolti fanno ipotizzare le modalità di comportamento che essa avrà col suo bambino, così come le difficoltà di regolazione del sonno, dell'alimentazione e dell'attaccamento che manifesta il bambino. Una dimensione del passato è sempre presente nella mente della madre e può influenzare l'interazione col bambino: è questo il modello relativo ai «fantasmi nella nursery» della Fraiberg (Fraiberg et al., 1975) e della Lieberman (Lieberman, 2006); il terapeuta si focalizza sulla madre, sulla sua storia e sull'esperienza attuale e orienta l'attenzione alla relazione attuale genitore-bambino solo quando può essere necessario, per evidenziare gli aspetti della rappresentazione materna che vengono coinvolti.

Una seconda «via d'ingresso» considera le dinamiche interattive della relazione, causa dei problemi della diade, e caratterizza la terapia della McDonough (2006) in cui l'osservazione utilizza videoregistrazioni delle interazioni genitore-bambino, che vengono poi riviste con i genitori: la terapia si focalizza sugli aspetti positivi del comportamento e sulle competenze genitoriali.

Una terza «via d'ingresso» è quella relativa alle competenze del bambino: l'approccio pediatrico evolutivo sviluppato da Brazelton (Brazelton, Cramer, 1990) e quello proposto dalla Bruschiweiler-Stern (2006). L'intervento proposto dalla Bruschiweiler-Stern (2006) osserva in modo particolare le interazioni, le rappresentazioni e i comportamenti in un'ottica multifocale e si differenzia sia da quello di Brazelton, in cui le osservazioni del comportamento neonatale servono al terapeuta per indirizzare i genitori sulle competenze del loro bambino, sia da quello ad orientamento psicodinamico, in cui le rappresentazioni della ma-

dre costituiscono il nucleo centrale del processo psichico. Secondo la Bruscheiler-Stern (2006) in ambito neonatale l'osservazione e la valutazione del comportamento sono centrati non solo sul bambino reale, ma anche sulla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario e dalla loro sovrapposizione. Durante la gravidanza la donna elabora un intenso lavoro mentale (Stern, Bruscheiler-Stern, 1998): si possono riscontrare nella mente della madre due gruppi di rappresentazioni riguardanti il proprio bambino, quello desiderato e quello temuto (mal formato, debole, brutto). Le rappresentazioni del passato della madre possono avere un effetto patologico nel presente e il terapeuta, nel suo intervento, deve usare soprattutto quelle positive, cioè parafrasando la Fraiberg (Fraiberg et al., 1975) solo quelli che sono i «fantasmi buoni» nella nursery.

Un'altra «via d'ingresso» è quella dell'osservazione condotta secondo l'approccio sistemico-relazionale (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warney, 1999), in cui gli obiettivi dell'osservazione sono la triade, padre-madre e bambino e i pattern interattivi, invece che le rappresentazioni. Anche aspetti di questo approccio possono essere adattati alla «costellazione materna» (Stern, 2006): la figura paterna può essere matrice di supporto alla madre, anche se ci sono però due punti critici che vanno tenuti in attenta considerazione e cioè il fatto che il padre non può consigliare o porsi come modello per la madre, in quanto genitore inesperto come lei e non può neanche porsi come figura materna, in quanto il suo ruolo di marito-padre-uomo è di un ordine diverso. Ai nostri giorni, tuttavia, nelle attuali famiglie nucleari il bisogno di sostegno di una madre è rivolto soprattutto al marito, che viene maternalizzato, anche se lui non sempre si sente adeguato a svolgere questo compito.

7.3 Parto pretermine: relazione pretermine

Il modello proposto dalla Bruscheiler-Stern (2006), relativo alla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario e dalla sovrapposizione di questo col bambino reale, fornisce interessanti suggerimenti nei casi in cui il bambino nasce pretermine. Se la nascita è prematura, non ci sarà solo un bambino prematuro, ma

anche una madre «nata pretermine». Nel testo «Nascita di una madre» (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998) è messo bene in evidenza come la gravidanza non sia soltanto un evento fisiologico, ma anche «mentale», e necessiti di un tempo, nove mesi appunto, per elaborare vissuti che hanno una evoluzione correlata all'evoluzione fisiologica della gravidanza.

La madre di un bimbo nato pretermine deve affrontare sentimenti molto dolorosi, in quanto non è stata capace di portare a termine la gravidanza e diventare una «madre vera». Sopraggiungono vissuti di incompetenza che non sono solo dovuti alla necessità di una strumentazione sofisticata e di specialisti che si prendano cura del suo bambino, perché questi possa sopravvivere, ma sono dovuti al fatto che lei non può fare molto per accudirlo: parafrasando Winnicott (1958) non riesce ad attivare il vissuto di essere «una madre sufficientemente buona»; può sperimentare sentimenti di inutilità, che vengono rinforzati anche dalla separazione fisica del bimbo, ricoverato in un'unità di terapia intensiva neonatale.

La Bruschiweiler-Stern (2006) dà interessanti indicazioni di sostegno alle madri dei bambini nati prematuri, aiutandole a riconoscere la loro vulnerabilità e a costruire un'interazione positiva con il bimbo, a seconda dei suoi ritmi. La donna non si sente la madre «sufficientemente buona» che sperava di essere per il suo bambino e ha necessità di un sostegno in questo percorso difficile di cambiamento, in quanto è stata investita prima del tempo dovuto del «ruolo di madre», ma non è ancora pronta a sostenerlo. Questa mancanza di equilibrio psichico materno può essere la motivazione che consente una riorganizzazione e un cambiamento rispetto alle rappresentazioni del proprio bambino: la donna può venire sostenuta nella costruzione delle rappresentazioni integrative del bambino, quello immaginario rispetto a quello reale con cui si incontra quotidianamente, che è in una incubatrice, magari intubato, la cui immagine è troppo discrepante da quella del bimbo, bello e paffutello, che lei si porta dentro da quando era bambina (Vegetti Finzi, 1995). È necessario aiutare la madre a scoprire che le competenze e le vulnerabilità del bambino possono venire integrate alle rappresentazioni, ai comportamenti e all'interazione che la donna sta vivendo realmente: nei casi di «madre pretermine» solo se il terapeu-

ta è riuscito a creare una «base sicura», anche attraverso un ambiente di holding, di contenimento, delle angosce genitoriali, la donna può essere accompagnata a costruire esperienze e rappresentazioni positive.

Secondo l'autrice le modificazioni nelle rappresentazioni possono cambiare i comportamenti e viceversa, per avviare un processo di cambiamento rappresentazionale è necessario a volte dover prima passare attraverso ad una modifica comportamentale: se i comportamenti problematici e la sintomatologia di un disturbo specifico del bambino diminuiscono, il genitore può percepire il bambino in modo più positivo e la relazione ne trarrà giovamento. Nella diade allora si attivano interazioni più positive che possono a loro volta favorire attribuzioni positive del genitore al bambino: i cambiamenti della rappresentazione sono quelli che consentono un cambiamento comportamentale più stabile nel tempo. L'intervento multifocale proposto dalla Bruscheiler-Stern (2006) tende a evidenziare gli aspetti positivi della relazione; vengono proposte linee guida generali che danno la possibilità di intervenire ad uno stadio precoce del disturbo, e cioè quanto prima possibile.

7.4 La ricerca di una integrazione

I diversi approcci valutati da Stern hanno in comune le seguenti caratteristiche: un bambino e i suoi caregiver, l'insieme delle relazioni rappresentate e un terapeuta, i processi di transfert e controtransfert, e soprattutto quello che Stern denomina il «contesto terapeutico di holding», così definito per le peculiarità positive, di contenimento e di accompagnamento, che lo diversificano dalle altre alleanze terapeutiche tradizionali. Secondo Stern la via d'accesso all'interazione non è determinante rispetto all'esito, in quanto l'interdipendenza dei vari elementi che costituiscono il sistema assicura che ogni cambiamento si distribuisca in tutto il sistema stesso. Un altro aspetto che va tenuto in grande considerazione è il sostegno sociale; una rete di supporto sociale è fondamentale per sostenere questo intenso lavoro intrapsichico e interpersonale, non solo della donna ma anche dei suoi partner: il padre e il bambino, gli altri membri della «costellazione materna».

Il Boston Change Process Study Group (Stern, 1998; Tronick,

1998) ha esaminato il processo terapeutico, evidenziando gli elementi che possono produrre cambiamento: questo si attiva se il terapeuta e il paziente riescono a stabilire una condivisione e una comprensione «intersoggettiva» della relazione, caratteristica comune a tutte le relazioni terapeutiche. Ciò che rende i neo-genitori una particolare «popolazione clinica» che ha necessità di un approccio terapeutico diverso, nella teoria e nella clinica, è l'organizzazione mentale materna che è differente da quella delle altre persone, anche donne, ma non madri, nonché la sua modalità di interazione con il bimbo. Fulcro di osservazione e di analisi sono le rappresentazioni dei genitori e le relazioni tra genitore e bambino: nei loro aspetti intrapsichici e interpersonali. Le due aree si influenzano reciprocamente e l'approccio alla relazione può avvenire attraverso più vie: le rappresentazioni del genitore, l'interazione, le competenze del bambino o il contesto.

Secondo Stern non è fondamentale quale via di accesso si scelga per entrare nel sistema dal punto di vista clinico, anche la tecnica sarà diversa. Per l'esito positivo del trattamento è fondamentale invece che si crei un particolare «contesto di holding»: una figura buona, che accompagni la donna in questo cambiamento di ruolo, in cui essa possa essere apprezzata, e una relazione terapeutica con un setting che consenta al terapeuta una maggiore libertà di espressione verbale e non verbale, di comportamenti di affettuosa condivisione, di comprensione. Si tratta di un setting diverso da quelle che sono le alleanze terapeutiche tradizionali e che può accomunare approcci diversi.

La situazione clinica presenta due aspetti: il mondo esterno reale e il mondo psichico interno delle rappresentazioni, dell'immaginario: nel mondo interiore del caregiver c'è il bambino reale e il bambino immaginario. Le rappresentazioni genitoriali sono costituite sia dalle esperienze concrete che i genitori fanno con il bambino, sia dalle loro fantasie, paure, sogni, o ricordi che nascono nei suoi confronti: le rappresentazioni si basano sull'esperienza soggettiva di un legame reale e immaginario con un'altra persona, e secondo Stern possono essere descritte con il costrutto «dell'essere con» qualcuno, vissuto realmente in un legame, oppure soltanto fantasticato. Le rappresentazioni sono prevalentemente esperienze di relazione con qualcuno.

Lo schema di «essere con» è un modello psichico in una

situazione abituale: essere felice o tristi «con qualcuno». In ambito clinico viene considerata l'influenza delle rappresentazioni della madre nel suo modo di prendersi cura del bambino (Winnicott, 1965, 1971a, 1987; Bion 1963, 1967): tali rappresentazioni hanno costituito le basi delle terapie caregiver-bambino della maggior parte delle scuole, che si sono sviluppate dagli anni '60 in poi a livello internazionale. Le emozioni, i sentimenti e le identificazioni, come forme di rappresentazione della madre riguardo al suo bambino, vengono considerate fondamentali nello sviluppo psichico e nella costruzione del senso di identità del bimbo. Le rappresentazioni materne hanno inizio nell'epoca prenatale e si evolvono, seguendo le vicissitudini della storia della gravidanza della madre e della sua relazione con il padre. Con la nascita i genitori interagiscono col bambino reale, facendo i conti con le rappresentazioni del loro passato: il primo cambiamento richiesto al genitore è la transizione dal ruolo di figlio a quello di padre e madre. Un altro importante cambiamento è quello realistico di anteporre i bisogni e gli interessi del bambino, in un passaggio dal narcisismo all'altruismo. In questa modificazione di rappresentazione, richiesta in particolar modo a chi si prende cura principalmente del bimbo, va ricercato secondo Stern il nucleo del problema clinico (Stern, 1995).

Un altro importante cambiamento è il passaggio dalla coppia alla triade, che comporta una ristrutturazione dei ruoli di entrambi i membri della coppia uomo-marito, donna-moglie a padre-madre. La disponibilità della coppia ad accogliere il bambino può essere anche una fonte potenziale di conflittualità, con conseguenti ricadute negative sul legame col bambino: le rappresentazioni che i genitori hanno del loro bambino includono rappresentazioni complesse e allargate che essi hanno di sé come marito e moglie, della loro coppia, e del loro modo di rappresentarsi e vivere il legame coniugale. Questa complessità influenza la clinica e le modalità di trattamento dei diversi modelli terapeutici.

Dal punto di vista evolutivo la diade è considerata l'unità più antica, l'attaccamento è diadico, anche se la terza persona è sempre presente nella realtà o nell'immaginazione. Nella teoria sistemica le diadi e le triadi sono considerate sottounità e vengono contestualizzate nell'unità di ordine superiore (Stern, 1995); ciascuno dei due genitori ha una

rete di schemi «dell'essere con» che comprendono anche le proprie famiglie di origine e altre figure genitoriali sostitutive come zii, cugini, che possono venire utilizzati nella terapia come modelli alternativi, utili per strutturare i cambiamenti.

In altri termini Lebovici (1989) fa riferimento alla «trasmissione generazionale»: nella madre si formano degli schermi di rappresentazione delle interazioni con la propria madre, che influenzano il modo con cui una donna sarà madre. Questo processo viene ripreso da altri autori (Fonagy, Steele et al., 1991; Main Goldwyn, 1985; Main Kaplan, Cassidy, 1985; Sroufe, 2005) come influenza intergenerazionale, quale indicatore di previsione del modello di attaccamento che la donna stabilirà con il proprio bimbo nel primo anno di vita e dell'attaccamento che il bambino a sua volta manifesterà nelle età successive, nel periodo pre-scolare e nei primi anni scolastici con altre figure di attaccamento (Grossmann et al., 1999; Pianta et al., 1996).

L'immagine della rappresentazione materna della propria madre è predittiva del futuro comportamento materno, ma non corrisponde sempre alla relazione reale del passato, bensì dipende dal modo con cui la donna vive e parla attualmente della propria madre, cioè da come il passato è vissuto nella presente attualità. Nel processo terapeutico la madre può rielaborare la rappresentazione di una infelice esperienza precoce con la propria madre, e questo dovrebbe poterle consentire, nel presente, di superare il proprio passato negativo e di evitare di doverlo ripetere. Questo può essere conseguito attraverso un lavoro clinico che le consenta di poter rendere più coerente il proprio passato, e di stabilire una relazione più positiva con il suo bambino, in modo da favorire anche lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro nel bambino (Fonagy, Steele et al., 1991, Stern, 1995).

Secondo Stern ci sono poi anche altre rappresentazioni più allargate, che comprendono il sociale, attraverso i suoi mezzi di informazione e le sue modalità di trasmissione di un modello ideale di madre e bambino la cui influenza sulla madre non va sottovalutata. Anche il mondo delle rappresentazioni paterne comporta un lavoro di riorganizzazione di reti multiple di schemi, che richiede un tempo maggiore di rielaborazione e questo può essere fonte di una non sintonia tra i genitori e diventare una potenziale fonte di conflitto.

Dopo aver raccolto il materiale delle rappresentazioni genitoriali, Stern dà indicazioni di come esso possa venire riorganizzato per la clinica: può essere letto secondo il modello della distorsione (si valuta cioè in che modo la realtà è stata distorta dall'immaginario individuale), o secondo il modello del tema dominante (il bambino viene rappresentato all'interno di temi principali della vita materna), per cui, ad esempio, ci può essere il «bambino sostitutivo» che prende il posto del figlio abortito morto; o ancora secondo il modello della coerenza narrativa (la forza della narrazione con cui la madre parla della propria madre è predittiva dell'attuale modello di attaccamento tra madre il neonato), o ancora secondo il modello ontogenetico (riferito all'inadeguatezza delle rappresentazioni rispetto alla fase di sviluppo del bambino). Le rappresentazioni dei genitori hanno influenza nella relazione col bambino, cioè possono essere agite nell'interazione e il bambino per contro non è spettatore passivo, ma interviene con una azione reciproca o complementare, diventando partner delle rappresentazioni stesse.

Stern videoregistra le interazioni e analizza i comportamenti interattivi della diade utilizzando schemi di codifica in funzione della prossemica, dell'orientamento corporeo, dei gesti, dello sguardo, delle vocalizzazioni. Le rappresentazioni materne vengono esaminate invece attraverso la tecnica di un'intervista microanalitica (Stern, 1995). Questa consiste nel chiedere ai soggetti di scegliere un momento dell'interazione, di suddividere questo ricordo «emergente» in microazioni e di organizzarle in modo sequenziale. Stern mette in evidenza come le azioni siano attivate da pensieri, fantasie, ricordi che possano dare origine a reazioni psichiche: sullo sfondo c'è un tema che guida le azioni. Il terapeuta si focalizza nell'esplorazione approfondita del momento emergente: quando la madre interagisce con il suo bambino vengono attivate alcune delle sue reti di schemi di «essere con». Gli schemi attivati variano su due fronti soggettivi: l'interazione col bambino e la sua vita rappresentazionale. La microintervista consente al terapeuta di concentrarsi più in profondità sul presente, vissuto soggettivamente, prima di approfondire, attraverso catene associative, le operazioni mentali fondamentali a livello clinico.

Stern utilizza livelli diversi di indagine ad orientamento psicoanalitico, comportamentale, cognitivista e sistemico,

che si differenziano in base all'attenzione rivolta alle azioni, piuttosto che ai pensieri: si tratta semmai di differenze di tecnica. Nei modelli comportamentali e in quelli sistemici il campo clinico è limitato alle azioni manifeste e alle interazioni; nei modelli psicoanalitici si inferiscono i sentimenti, le fantasie e i pensieri. Mentre la prospettiva psicodinamica è centrata sulla ricostruzione psichica, nei modelli cognitivisti si fa riferimento alle situazioni mentali collegate alle azioni. I comportamenti interattivi si organizzano sotto l'influenza di «schemi di essere con», attivati nel momento presente dell'interazione: quando lo schema è attivato, il modo in cui si realizza dipende dal momento presente; ci possono essere, in termini clinici, uno o più temi fondamentali conflittuali che possono essere presenti costantemente: la loro soglia di attivazione, parte dagli eventi esterni; l'interazione ha un ruolo importante nell'attivare specifiche rappresentazioni latenti.

Nella relazione caregiver-bambino si possono leggere le reti rappresentazionali presenti nei due genitori rispetto al bambino e contemporaneamente le rappresentazioni del bambino che influenzano i genitori. La relazione attiva le reti delle rappresentazioni del genitore e quelle del bambino che è anche la modalità con cui si esprime l'influenza sociale e culturale, che può condizionare la qualità e la quantità dei comportamenti interattivi specifici diretti al bimbo nel primo anno di vita. L'interazione ha una funzione fondamentale nel determinare il sintomo e il problema che la famiglia porta in terapia: il sintomo va valutato in base al contesto in cui si presenta. Compito del terapeuta è individuare gli elementi clinicamente importanti, che in genere sono quelli non verbali. Ci si concentra sui microeventi che fanno parte di macroeventi: la depressione materna, ad esempio, è considerata un macro-evento che viene vissuta dal bambino attraverso microeventi, ciascuno dei quali è sperimentato attraverso un «modo di essere con» la madre, una madre sofferente. I comportamenti non verbali consistono in microregolazioni dei livelli affettivo e di *arousal* e sono i punti cardine del processo che regola l'interazione. I microeventi ripetuti sono alla base delle rappresentazioni del bambino e del genitore: il ripetersi dell'esperienza consente la formazione delle rappresentazioni degli eventi.

Nella psicoterapia delle prime interazioni caregiver-bam-

bino, la storia clinica viene descritta inizialmente sulla base delle azioni e delle interazioni non verbali: la descrizione non necessita di conoscenze del passato della diade né di spiegazioni sul «perché» il caregiver utilizzi quel tipo di regolazione, o perché lo attivi in quel momento (Stern, 1977). Il primo livello richiama l'influenza del passato evolutivo sul presente: i microeventi non sono facili da individuare e da descrivere, in quanto l'osservatore attento tende spesso a dare una interpretazione al comportamento, ma ha difficoltà a codificare eventi descrittivi non elaborati. L'osservatore deve trascurare invece le informazioni verbali e soffermarsi sul «ritmo prosodico», non sulle parole. È necessaria una descrizione minuziosa di ciò che si osserva a livello comportamentale: le spiegazioni possono accompagnare le descrizioni, ma non sostituirle; la finalità è individuare gli schemi e le sequenze ripetute delle azioni, che formano il sistema fondamentale dell'interazione. Il livello di lettura è individuale e riguarda l'influenza del passato personale sul presente. La valutazione del processo interattivo riguarda la regolazione fisiologica dell'*arousal* e dell'attivazione, la qualità dell'affetto; la sensibilità, la reattività e la contingenza sono gli indicatori fondamentali che caratterizzano ogni attività.

Per esaminare l'interazione il terapeuta può utilizzare una differente «finestra clinica» a seconda delle fasi dello sviluppo del bambino. Stern richiama il modello dei punti salienti di Brazelton (Brazelton, 1992; Brazelton, Greenspan, 2001): da 0-2 mesi l'alimentazione e i ritmi del sonno, il pianto e la consolazione sono gli eventi che costituiscono la prima finestra clinica; la regolazione del ciclo dell'alimentazione, del sonno-veglia, dell'attività del bambino, gli scambi sociali sono gli elementi fondamentali dello scambio interattivo. Attraverso queste attività si possono osservare la reattività del genitore e del bimbo, il grado di sensibilità, l'adattamento, il controllo; il pianto è soprattutto il problema che spinge maggiormente i genitori a cercare un aiuto clinico per i bambini al di sotto dei tre mesi d'età.

Da 2 mesi e mezzo a 5 mesi e mezzo, l'interazione sociale faccia a faccia è l'altra finestra clinica di riferimento (Stern, 1977; Beebe Stern, 1977; Cohn, Tronick, 1989): il sistema nervoso del bambino a questa età si è di solito programmato per la situazione del gioco faccia a faccia, che si organizza attraverso il controllo dello sguardo, il sorriso e la voca-

lizzazione, dando origine alla regolazione reciproca dell'interazione sociale. Si possono osservare le stesse tematiche cliniche che si sono rilevate nel periodo precedente: se la madre era eccessivamente controllante nell'alimentazione, ora può attivare una eccessiva regolazione dell'interazione faccia a faccia, cioè può decidere quando un episodio di gioco deve finire, oppure se il bimbo distoglie lo sguardo e lei non è d'accordo, può cercare di ristabilire il contatto oculare, decidendo poi quando sarà ora di concluderlo (Beebe, Stern, 1977). Si possono riscontrare della continuità nelle tematiche di intrusione materna, pur nella diversità della manifestazione (alimentazione, gioco). Da 5 mesi e mezzo a 9 mesi il bambino ha acquisito una buona coordinazione occhio-mano e il gioco con gli oggetti costituisce un'altra finestra clinica: le modalità con cui il genitore e il bambino organizzano il tempo, la direzione, l'attenzione, l'elaborazione, la struttura, il cambiamento di gioco sono ora le nuove manifestazioni della stessa tematica (intrusione materna) del periodo precedente, che qui si può osservare attraverso il comportamento materno di eccessivo controllo nel gioco del bimbo; mentre il bambino è attento ad un giocattolo, la madre interviene proponendogli continuamente giocattoli diversi. Da 8-12 mesi la finestra clinica riguarda le caratteristiche dell'attaccamento e dell'intersoggettività. Il bambino individua che la madre possiede dei contenuti mentali che possono essere differenti dai suoi: la presenza dell'intersoggettività si manifesta attraverso diversi atteggiamenti come le modalità di sintonizzazione degli affetti (Stern, 1985), e delle interazioni con l'altro (Trevarthen, 1979).

I pattern di attaccamento tra genitore-bambino sono indicativi nella qualità della relazione: il modo con cui il caregiver e il bambino gestiscono i comportamenti di separazione e avvicinamento è indicativo delle caratteristiche che assumerà l'attaccamento. L'intrusività materna si può ora osservare attraverso i limiti dell'esplorazione e della distanza che la madre pone tra sé e il bimbo, soddisfacendo sue proprie necessità, invece delle esigenze di attaccamento del bambino. Da 18-24 mesi si riscontrano altri due punti salienti: lo sviluppo del linguaggio e l'aumento della mobilità nell'ambiente. Ora le rappresentazioni del bambino sono indicative di ciò che ci si aspetta all'interno della relazione con i genitori (Stern, 1995): queste vengono costruite a par-

tire dalle prime esperienze interattive dell'«essere con» un altro, e pertanto non sono verbali.

Le possibilità dell'intervento terapeutico sono quelle di sollecitare nella madre immagini alternative e più positive di se stessa, in quanto madre: il terapeuta deve valutare quali interazioni con il bambino possono essere considerate utili per l'intervento e quali potrebbero ostacolarlo. Alcuni terapeuti orientano principalmente l'attenzione verso i genitori, indirizzandosi al bambino solo quando questi si rivolge direttamente a loro; altri ritengono l'interazione con il bambino parte integrante dell'indagine diagnostica e terapeutica e intervengono per aiutare il bambino attraverso esperienze interattive e alternative, o si rivolgono al genitore per aiutarlo a trovare un modello di comportamento adeguato al bambino.

Il setting può presentare caratteristiche differenti. Se terapeuta e madre sono seduti sulle sedie e il bambino è sul pavimento: è la madre ad essere al centro della terapia; se terapeuta e madre e bambino sono tutti sul pavimento la terapia risulta più centrata sulla diade; oppure se la madre e il bambino sono sul pavimento e il terapeuta è seduto, il sistema può essere fortemente instabile. Se il terapeuta considera principalmente il genitore, gli manda un messaggio molto chiaro: il problema risiede nel genitore; la terapia diventa allora una psicoterapia per adulti, centrata sul problema; anche se il bambino è presente, non viene fatta una psicoterapia genitore-bambino. Se invece il terapeuta si relaziona direttamente col bambino, deve fare attenzione a non sollecitare difese e resistenze presenti nel genitore contro il trattamento; un'alleanza terapeutica con i genitori è fondamentale e si può acquisire più facilmente se si può dimostrare che questo ha un'influenza positiva sul bambino: la terapia deve intervenire sul genitore in quanto genitore e non in quanto persona; gli effetti benefici di una terapia consistono nel rendere consapevole il genitore che si sta lavorando per aiutarlo a diventare un genitore migliore; il terapeuta deve porsi come «agente per il miglioramento della genitorialità» (Stern, 1995). Anche le rappresentazioni del terapeuta fanno parte della situazione clinica, così pure come i processi di controtransfert: il modo in cui il terapeuta vede la madre può influenzare il modo in cui la madre percepirà poi se stessa.

Stern (1995) mette a confronto modelli psicoterapeutici di-

versi e rileva che anche se questi utilizzano modelli teorici e tecniche differenti, «funzionano», e porta ad esempio uno studio con due gruppi di famiglie che ricevono due trattamenti psicoterapeutici, uno ad orientamento psicoanalitico secondo il modello di Ginevra, l'altro secondo l'orientamento internazionale proposto dalla McDonough. Entrambi i trattamenti sono brevi, le famiglie vengono valutate prima dell'intervento e poi una settimana e sei mesi dopo la conclusione, positiva per entrambe. Lo studio tuttavia non chiarisce la questione se esistano sottogruppi di famiglie per il quale un trattamento si riveli essere più efficace, perché entrambe le psicoterapie hanno dato risultati positivi e non si sono trovate differenze significative nella diversità di cambiamento apportato alle rappresentazioni o ai comportamenti.

Le psicoterapie caregiver-bambino più utilizzate prevedono un trattamento breve, dalle 3 alle 12 sedute, una volta la settimana, per una durata complessiva del trattamento che va da poche settimane a diversi mesi. Dopo un primo periodo di trattamento, definito fase di apertura, ci può essere una forma di terapia applicata dopo 3-6 mesi, che costituisce la seconda fase della terapia: diversi mesi dopo la conclusione della fase di apertura può accadere qualcosa di nuovo nella interazione e il problema può comportare un nuovo ulteriore disagio. Il tema del trattamento diversifica le varie fasi, in quanto segue la crescita e lo sviluppo del bambino. Una modalità molto utilizzata è uno schema di trattamenti brevi, intervallati da alcune settimane o mesi. Nei soggetti a rischio, come i bambini prematuri o le famiglie problematiche, la modalità dell'intervento breve e periodico necessita di più interventi ripetuti nel tempo, a distanza di alcuni mesi, per rinforzare e sostenere la complessità degli eventi.

In sostanza la visione di Stern sottintende l'assunto che non vi sono tecniche precise e protocolli da seguire a seconda di una catalogazione diagnostica, sia questa riferita ai disturbi lamentati, sia risultante dall'osservazione, del bambino, della diade, della triade o del contesto, bensì è la capacità complessa di saper combinare i molteplici fattori rilevati del singolo caso clinico, con le proprie risonanze interiori, la propria formazione: da queste la scelta della metodologia da portare avanti per un esito positivo della terapia.