

Dalla parte dei bambini

Considerazioni sull'approccio diagnostico
e terapeutico nei "disturbi" dello sviluppo

Adriana Bembina, Daniela Della Putta

Nella storia del pensiero umano il bambino è stato visto solo come colui che non ha ancora ciò che caratterizza un essere umano. Infatti l'uomo possiede la stazione eretta, l'opponente del pollice, il linguaggio articolato e soprattutto il pensiero razionale. Fino a che non si è scoperto che la caratteristica fondamentale dell'essere umano è la capacità di fare immagini, il bambino era un "non uomo". Con la teorizzazione della nascita di Massimo Fagioli, non si può più negare finalmente la piena umanità del neonato e dei bambini¹. Una identità umana che non consiste infatti solo nel pensiero razionale e nel linguaggio articolato ma soprattutto in una realtà psichica non cosciente capace di una profonda sensibilità al rapporto interumano: una capacità di sentire l'"altro", dovuta a caratteristiche particolari della nostra specie riconducibili alla dinamica fisiologica della nascita. Conseguentemente l'immagine di una madre con il suo bambino non compone nella nostra mente l'idea di una "diade" caratterizzata da un flusso di comunicazione in cui l'una regola, contiene ed educa e l'altro è passivo recettore (o riluttante ribelle). Prima della teorizzazione fagioliana non era possibile cogliere come la sensibilità del neonato potesse trasformare gli affetti degli adulti con cui ha rapporto in immagini interne, in un pensiero per immagini senza coscienza. Ciò costituiva (e in molti casi continua a costituire) un grave ostacolo alla comprensione del bambino. Sentiamo quindi innanzitutto la necessità di affermare che la possibilità di comprendere il vissuto di un bambino richiede in primo luogo un'idea veritiera e coerente sulla sua identità umana.

Il nostro intervento quindi si propone di mettere in luce la realtà mentale dei bambini che sembra scomparire tra le pagine di molti dei manuali epidemiologici e diagnostico-statistici oggi diffusi. Tutt'al più è proposta una visione parziale e come tale distorta del bambino, che ne annovera i comportamenti visibili e subito ne teme le derive antisociali. Riteniamo invece necessario basare le elaborazioni teoriche e le considerazioni diagnostiche su una prassi clinica intenta a cogliere il senso dei comportamenti manifesti all'interno delle relazioni in cui essi avvengono, in riferimento alla visione del bambino nella teoria della nascita.

Neuropsichiatria infantile e psicoanalisi

La difficoltà di riconoscere al bambino una piena identità si coglie in tutte le teorie più diffuse in letteratura che si occupano di età evolutiva. Esse sono riconducibili ai filoni storici della psicoanalisi infantile freudiana da una parte e dall'altra alla neurobiologia che esamina i cosiddetti "disturbi dello sviluppo".

Anche se la teorizzazione freudiana di un neonato sostanzialmente "autistico" o del bambino piccolo "polimorfo-perverso" è stata ampiamente confutata e superata, tale

¹ M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza* (1972), L'asino d'oro edizioni, Roma 2010.

impostazione trova ancora accoglienza negli approcci prevalenti della psicodinamica dell'età evolutiva. Tra le molte affermazioni rileviamo soprattutto la non-differenziazione tra feto e neonato². Viene infatti riconosciuto dagli autori che il neonato, fin dalla nascita, ha una predisposizione alla relazione, ma il suo desiderio di contatto fisico con la madre è ricondotto alla necessità di ripristinare il legame originario che lo univa a quest'ultima nella condizione intrauterina³. La negazione della separazione radicale dall'utero materno, porta all'impossibilità di pensare alla nascita come momento di trasformazione in cui si realizza l'Io. Tutto ciò esita in un'idea di bambino come "sacchetto vuoto" da riempire con i contenuti degli adulti o "tavoletta di cera" ancora tutta da scrivere, concezioni che mostrano una sorprendente continuità con il pensiero della Grecia antica sul bambino⁴. Per questo motivo, e nonostante la parziale critica dei presupposti teorici freudiani, in ambito psicoanalitico è consolidata la concezione di uno sviluppo umano legato a processi di identificazione proiettiva⁵.

La neurobiologia e la neuropsichiatria infantile ricorrono invece a un'idea di sviluppo correlato a processi di apprendimento innato (neuroni specchio) e a processi di apprendimento condizionati (attivazione e disattivazione di circuiti neuronali) nella crescita e maturazione del sistema nervoso⁶. Secondo le ipotesi più recenti in campo neurobiologico, l'interazione con il *caregiver* avrebbe un effetto determinante sull'organizzazione neuronale e delle connessioni sinaptiche, nonché su quella dell'amigdala e dell'ipotalamo. Si ipotizzano inoltre alterazioni permanenti in specifiche aree cerebrali a causa di processi neuroendocrini attivati dallo stress correlato a traumi precoci e all'esperienza di gravi carenze, di abusi o inadeguatezze delle cure⁷. Queste ipotesi teoriche esitano poi nelle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione⁸.

² Cfr. D. N. Stern, *Le interazioni madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano 1998, p. 431.

³ Cfr. C. R. Crugnola, *Il bambino e le sue relazioni*, Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 100-102, che riportato anche il pensiero di Ferenczi.

⁴ M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Il Saggiatore, Milano 1987, pp. 18-19.

⁵ Per citare solo i più noti: A. Freud, M. Kein, W. R. Bion, D. W. Winnicott: cfr. C. Geissmann, P. Geissmann, *Storia della psicoanalisi infantile*, Borla, Roma 1994.

⁶ Per una veloce e inevitabilmente superficiale panoramica degli intrecci quasi inestricabili tra psicoanalisti, cognitivisti e comportamentisti cfr D. Marcelli, *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano 2009, pp. 12-17; P. Pancheri, G.B. Cassano (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano 2002, p. 2685.

⁷ Diversi studiosi ipotizzano che il caregiver abbia la funzione di "regolatore psicobiologico" della crescita del sistema nervoso del bambino, oltre che delle sue esperienze socio emozionali. C. R. Crugnola, *Il bambino e le sue relazioni* cit., p. 40.

⁸ Con queste terapie, che hanno come comuni denominatori il riferimento alla meditazione buddhista, si ritiene di poter attuare una sorta di ricondizionamento. Esse comprendono la Dialectic Behaviour Therapy (DBT), la Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Frr. M. G. Strepparava, E. Iacchia,

I disturbi dello sviluppo

Nei testi più recenti⁹, rivolti anche a genitori e insegnanti, si definiscono come “disturbi dello sviluppo” quelli che il DSM IV chiama «Disturbi dell’infanzia, fanciullezza e adolescenza»¹⁰. Il riferimento è, senza distinzioni, a patologie come i ritardi mentali, le disabilità intellettive a diversi gradi di gravità, i disturbi pervasivi dello sviluppo (per i quali si usa anche la definizione di disturbi dello spettro autistico), i disturbi dell’attenzione con o senza iperattività, i disturbi specifici del linguaggio e della comunicazione, i disturbi della coordinazione motoria e i disturbi specifici dell’apprendimento, per i quali si usa anche la definizione di dislessia.

Per poter fare la diagnosi, sono presi in considerazione “«comportamenti patologici» che sono considerati sintomi di disturbi dello sviluppo¹¹. Questi “comportamenti patologici” sono suddivisi in due grandi categorie: comportamenti immaturi e comportamenti atipici.

Sono considerati “immaturi” tutti quei comportamenti ritenuti specifici di una determinata fase evolutiva, che persistono in età successive e non si espandono né evolvono. Senza distinzioni tra aspetti cognitivi ed emotivi, sono considerati comportamenti immaturi il *baby talking*, (cioè parlare come un bambino più piccolo) la povertà espressiva, la lettura stentata, la dipendenza dal genitore, il non controllo degli sfinteri o il costante ricorso al lettone dei genitori, il bisogno di essere imboccati o vestiti, le paure di muoversi autonomamente nella realtà extra familiare.

Sono invece definiti “atipici” quei comportamenti che non si presentano durante lo sviluppo normale, come l’ecolalia, il non guardare in viso l’altro, parlare senza tener conto né dell’interlocutore né della coerenza narrativa, le stereotipie motorie, i rituali ossessivi o fobici.

Le posizioni attuali della neuropsichiatria infantile riconducono questi quadri clinici a deficit neuropsicologici, caratterizzati da profili cognitivi che possono mostrare rallentamenti e atipie, o a una struttura di personalità più o meno fragile. Si pensa a un’eziopatogenesi multifattoriale con un particolare intreccio tra aspetti biologici e ambientali¹².

È indicata una prevalenza nella popolazione maschile, così come una frequente associazione con problemi psicopatologici che possono strutturarsi sul versante del comportamento in disturbi oppositivo-provocatori e sul versante dell’organizzazione emotiva in disturbi ansioso-depressivi. Apparentemente quindi, non vengono ignorati gli aspetti emotivi e

Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili?, Raffaello Cortina, Milano 2012, pp. 22, 319.

⁹ Ci riferiamo a testi di recente pubblicazione che descrivono il panorama generalmente condiviso, quali quello di M. G. Strepparava e E. Iacchia citato alla nota precedente, e B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo. Bambini, genitori e insegnanti*, Raffaello Cortina, Milano 2012.

¹⁰ American Psychiatric Association, *DSM IV-TR, Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, text revision*, Masson, Milano 2001, pp. 53-152.

¹¹ B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo* cit., p. 56.

¹² *Ivi*, p. 1.

relazionali, ma in realtà la causa di questi disturbi è individuata in deficit neuropsicologici in cui sono considerati prevalenti gli aspetti organici, anche se non se ne conosce la precisa natura.

Detto altrimenti: si postula un'insorgenza non sempre prevedibile e un'eziologia spesso indefinita, ma questo non incrina il pensiero dell'origine organica del disturbo¹³.

I disturbi della coordinazione motoria

La categoria diagnostica di cui vogliamo occuparci di seguito sono i Disturbi della Coordinazione Motoria (DCM). Nella pratica clinica i DCM e il termine disprassia sono spesso utilizzati come sinonimi e valutano capacità nelle aree che coinvolgono il movimento corporeo¹⁴. Se tali prestazioni appaiono nettamente inferiori alle attese, per età e livello intellettuale, in assenza di paralisi cerebrale e di malattie neuromuscolari si fa diagnosi di DCM. Sul piano sintomatologico possono essere presenti goffaggine e rallentamenti o deficit nell'acquisizione delle tappe motorie (come salire o scendere le scale, pedalare su un triciclo, usare schemi d'azione complessi). Il disturbo può compromettere in diversa misura l'uso delle gambe e degli arti superiori e può comprendere la disgrafia. I DCM presentano un'eziologia sconosciuta. Come per tutti i disturbi dello sviluppo, anche per essi si ipotizza una multifattorialità con elementi di rischio individuati nel parto prematuro, nel basso peso alla nascita e patologie perinatali solo presunte.

Si fa quindi riferimento a fattori aspecifici di cui, peraltro, frequentemente non c'è traccia nell'anamnesi di questi bambini. Quindi l'ipotesi eziopatogenetica è comunque ricostruita a posteriori, sebbene in generale possiamo ritenere che, da quando il controllo neonatale è diffuso e puntuale, sia altamente improbabile che ai controlli periodici possa sfuggire qualcosa di patologico.

Per la maggior parte degli autori, l'origine genetica di questi disturbi appare inoltre confermata dalla netta prevalenza nei maschi, nella proporzione di circa quattro a uno¹⁵.

Tuttavia, non riusciamo a ritenere esauriente questa argomentazione, trovandoci a obiettare che ogni bambino nasce ovviamente da una donna e cresce in rapporto con essa. Ci sembra che, prima di dare per certa l'impronta genetica, andrebbe studiato a fondo il quesito se e in quale modo il rapporto di una madre con un figlio maschio possa essere diverso da quello con la figlia femmina.

La descrizione del bambino con DCM è dettagliata¹⁶: è un bambino che si trova spesso a non saper manipolare adeguatamente gli oggetti che sembrano sfuggirgli dalle mani, a disegnare poco e male, a non saper usare le forbici, a ritirarsi dallo sperimentare compiti quali allacciare bottoni, aprire e chiudere cerniere, infilare vestiti. Sono deficit direttamente correlati alle acquisizioni delle autonomie personali che possono così permanere per lungo

¹³ *Ivi*, p. 49.

¹⁴ *Ivi*, p. 16-17

¹⁵ D. Marcelli, *Psicopatologia del bambino* cit., pp. 228-229.

¹⁶ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali*, cit., pp. 71-73.

tempo deficitarie¹⁷. Annotiamo però che questa descrizione trascura di sottolineare che molto spesso solo una o due di queste abilità sono deficitarie, anche se tutte impegnano la stessa motricità fine

Un caso clinico: una bambina “disprassica”

Desideriamo sostenere la nostra critica al modello neurobiologico dei DCM con il riferimento a un caso clinico da noi seguito.

Lea è una ragazzina di dieci anni che “non sa” allacciarsi le scarpe e raccogliersi i capelli lunghi. Di fronte alle sue difficoltà e facendo ricorso a una sensibilità clinica fondamentale per ogni terapeuta, non abbiamo pensato a un *deficit* come potrebbe essere rilevato da una scala di valutazione dello sviluppo. L'impressione era invece quella di uno stato di *coartazione*, come se la bambina fosse “legata” e in qualche modo bloccata. Peraltro, il suo impedimento nel compiere tali azioni semplici era incoerente con il suo modo di essere complessivo: ad esempio disegnava senza difficoltà. In breve, ci è sembrato possibile comprendere che il suo comportamento “rappresentava” qualcosa. Esso esprimeva un'immagine d'insieme che andava colta, andando oltre la piatta registrazione della percezione retinica, con una modalità di osservazione che cercava di cogliere il senso della comunicazione invisibile contenuta in quel comportamento da “bambina piccola”. Schematicamente, in questo caso la bambina voleva restare piccola perché pensava: “I miei mi vogliono più bene se resto piccola come la mia sorellina.”

Abbiamo quindi comunicato ai genitori questa lettura del vissuto della figlia e possiamo dire che abbia trovato una conferma nella successiva e rapida acquisizione dell'autonomia in queste abilità da parte di Lea, mentre precedentemente i genitori avevano intrapreso invano svariati tentativi di “insegnarle” ad allacciarsi le scarpe e legarsi i capelli. Per brevità tralasciamo di riportare estesamente qui i vissuti profondi dei genitori, che avevano determinato la loro preferenza non cosciente ma reale per la figlia più piccola. Tuttavia, ciò che ci sembra ancora più importante della risoluzione del problema clinico, è il fatto che genitori di Lea hanno iniziato a “leggere”, a comprendere il linguaggio del corpo della loro figlia. Dapprima increduli ma sinceramente preoccupati del suo benessere, hanno poi provato una sorta di fierezza nello scoprire la capacità della bambina di adoperare il linguaggio delle rappresentazioni corporee in modo che si accorgessero del suo dolore per “non essere più la “preferita”.

Ipotizziamo, in altre parole, che un bambino possa rinunciare a “diventare grande”, rischiando per questo una diagnosi di disprassia¹⁸, perché cerca nei genitori quella tenerezza che nel caso di Lea solo la sorellina più piccola sembrava capace di suscitare. Se è vero che noi adulti proviamo benessere quando siamo circondati da persone che ci approvano e ci danno “calore umano”, questo è irrinunciabile per il bambino.

Per lui, impegnato nel processo di sviluppo, è indispensabile ritrovare psichicamente, ovvero con una sensibilità non solo fisica, la corrispondenza tra sé e l'altro da sé. Ogni bambino necessita di conferme di quanto “già sa”, ovvero conferme dell'intuizione-speranza¹⁹ del rapporto caldo e soddisfacente con un altro essere umano. Perciò, se avverte che la sua evoluzione determina difficoltà negli altri o “raffredda” l'ambiente affettivo in cui vive, talvolta preferisce rinunciare a mostrare il proprio sviluppo, pur di mantenere il calore umano che gli è indispensabile.

¹⁷ B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo* cit., p. 17.

¹⁸ La disprassia è definita un deficit neuropsicologico ed è inquadrata tra i disturbi dello sviluppo.

¹⁹ M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza* cit., p. 131.

Ci sembra che la storia di Lea evidenzia come un bambino possa modularsi e occultare le sue possibilità, “rappresentando” ciò che non è, per preservare una realtà che per lui è primaria: la sicurezza del rapporto affettivo. Infatti per un bambino, abbottonarsi il cappotto o allacciarsi le scarpe, vuol dire crescere e diventare più grande, e proprio questo può essere il punto critico: lui “non può”, “non gli è permesso”, quindi “non vuole” acquisire un’autonomia personale adeguata alla sua età perché sente che ciò comporterebbe la perdita dell’amore dei genitori.

Prole inetta

Il piccolo dell’uomo, per molti anni dopo la nascita, è inetto e ha bisogno di protezione. Questo lungo processo, fatto di continui momenti d’incontri e separazioni con gli adulti, permea ogni aspetto del suo sviluppo. La lunga dipendenza dagli altri, necessaria prima di raggiungere la piena autonomia, lo espone però al rischio di subire insulti psichici, qualora l’adulto che si prende cura di lui non abbia realizzato quelle qualità umane che permettono di rispondere adeguatamente alle esigenze di rapporto del bambino. Così può accadere, ad esempio, che la mancanza di autonomia fisica e psichica non solo impedisca a un bimbo di allontanarsi fisicamente dal luogo di uno scontro tra adulti, ma gli renda anche impossibile allontanarsene “internamente”, cioè riconoscere e rifiutare la violenza e l’incapacità degli adulti. Anzi, osserviamo che molto spesso il bambino reagisce col credere di essere stato proprio lui – con un comportamento sbagliato o anche con la sua sola esistenza – ad aver creato le difficoltà e il nervosismo dei grandi.

Rita Levi Montalcini”, in un suo libro, riporta le parole della *Dichiarazione universale dei diritti umani* che impongono come primo punto il rispetto della dignità umana. E scrive:

«Un'altra forma di mancato rispetto della dignità umana sta nel sottovalutare la fragilità psichica, e la conseguente vulnerabilità, caratteristiche dell'età giovanile. Ogni offesa, anche minima, lascia in fase precoce una traccia indelebile, che accompagnerà l'individuo negli anni della maturità e sarà ancora presente in età avanzata, tanto da essere ricordata in tutti i particolari(...). In virtù di questa particolare sensibilità, che si attenua, ma permane, nell'adolescente, il bambino è messo di fronte all'immagine di se stesso non per quella che è, ma per quella che egli ritiene abbiano gli altri sulla base di una valutazione delle sue facoltà psichiche e intellettuali. Un'immagine distorta, come riflessa dallo specchio concavo o convesso»²⁰.

Di fronte a molti bambini “imbranati” con diagnosi di DCM, si ha facilmente la sensazione che siano più piccoli della loro età anagrafica, ma non per l’aspetto fisico, che è assolutamente nella norma. Per comprendere forse è necessario ribadire che l’acquisizione della stazione eretta, della deambulazione, della motricità fine, come pure del linguaggio, sono caratteristiche proprie dell’essere umano. Un bambino che vive con altri esseri umani, acquisirà spontaneamente queste abilità, senza che gli adulti gli insegnino nulla. Chiunque abbia dimestichezza con i bambini sa che tutti indistintamente vogliono diventare “grandi” per poter fare tutte quelle cose che fanno gli adulti. Perciò già in tenera età preferiscono manipolare degli oggetti veri come chiavi, occhiali, telefoni e non riproduzioni giocattolo. Chi non si è intenerito guardando un bambino armeggiare con molto impegno con un oggetto più grande di lui, cercando di fare come il papà, o quando usa paroloni che ancora non riesce a padroneggiare? Anche quando non vuole la mano per camminare sul marciapiede o cerca un

²⁰ R. Levi-Montalcini, *Abbi il coraggio di conoscere*, RCS, Milano 2013, p. 160.

punto più alto da cui saltare, non si tratta di identificazione ma di desiderio di crescere per raggiungere prima possibile una necessaria autonomia. Come terapeuti ci troviamo a reagire con attenzione di fronte un bambino che alla domanda: “Tu come sei, grande o piccolo?” risponde : “Piccolo!”. Siamo portati infatti a sospettare che qualcosa nel suo ambiente familiare interferisca, in modo più o meno serio, con il naturale processo di sviluppo.

“Non sono capace : “un ritardo di sviluppo”

Il caso clinico di un bambino di quattro anni, che chiameremo Matteo, potrà forse comunicare meglio la nostra metodologia di lavoro.

Un collega ci inviò il figlio di un suo paziente perché le insegnanti della scuola materna richiedevano una visita del bambino presso un TSMREE (Servizio territoriale per la tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva) della ASL , in quanto non svolgeva le attività scolastiche come un bambino della sua età.

Durante il primo colloquio con i genitori interveniva soprattutto il padre e descriveva Matteo come un bambino docile e affettuoso, coccolato dalle maestre e dai compagni. Accusava quindi le insegnanti del figlio di allarmismo mentre la madre non faceva obiezioni a tale giudizio ma appariva molto perplessa.

Prima di continuare il racconto di questo caso clinico, forse è utile precisare che non riteniamo opportuno che il bambino sia presente quando i genitori devono esporre il motivo della consultazione. Se in seguito valutiamo necessario vedere il bambino, li invitiamo a non parlare di lui con noi, in sua presenza.

Inoltre forse è utile precisare che nella nostra prassi di lavoro sottoponiamo il bambino all'osservazione diagnostica solo quando riteniamo sia assolutamente necessaria. Questa scelta si basa fondamentalmente su due ragioni. La prima è che vogliamo evitare che il bambino si convinca ancora di più di avere qualcosa che “non va nella testa”. Un pensiero, questo, che spesso i bambini sono riusciti a verbalizzarci con molto dolore e vergogna. La seconda ragione è che molti problemi come enuresi, encopresi, paure immotivate, insonnia, disturbi dell'alimentazione, condotte ribelli e/o pericolose, non sono evidenziabili nella visita e possono essere solo riferiti dai genitori.

In questo caso invece la nostra esperienza clinica, che si è formata anche nel lavoro con le strutture scolastiche della prima e seconda infanzia, ci ha portato a ritenere necessario vedere subito il bambino. Infatti pensiamo che una segnalazione della scuola materna deve far sospettare un problema serio quando riguarda un bambino che non disturba in classe e quindi non crea problemi alle maestre e ai genitori degli altri bambini.

Aggiungiamo inoltre che nella nostra visita psicodiagnostica, soprattutto con bambini in età prescolare, spesso non utilizziamo i test strutturati, molto usati attualmente nei servizi di neuropsichiatria infantile, ma preferiamo dare più spazio all'osservazione del gioco libero.

Dopo queste spiegazioni metodologiche, riassumiamo ora l'esame diagnostico di Matteo. Il bambino si è lasciato facilmente coinvolgere nel gioco con due piccole motociclette che gareggiavano su un piano inclinato. La motricità fine era adeguata alla sua età ma il suo linguaggio non andava oltre la “parola frase”. Diceva: “U... è? U... è?”, per chiedere dove fosse finita la motociclettina scivolata per terra e si guardava intorno come un bambino molto più piccolo

Tuttavia, nonostante il severo ritardo del comportamento, piccoli segni²¹ ci facevano intuire che le reali capacità di Matteo in realtà fossero molto più sviluppate di quanto mostrava. Ad esempio il disegno che stava facendo, era ancora allo stadio del solo cerchio incompleto, ma ad un tratto disse chiaramente la frase: “Io no angoo!”. Sembrava strano che conoscesse il concetto di angolo e lo esprimesse verbalmente. Capimmo che per un momento si era “tradito”, cioè era uscito dalla sua “parte” di bambino piccolo. Toccava a noi adesso comprendere perché Matteo dovesse far credere a tutti, anche a se stesso, di essere molto più piccolo della sua età anagrafica. Perciò, successivamente all’esame diagnostico, sentimmo la madre e il padre in colloqui separati, come sempre riteniamo utile fare. Questa modalità permette a ciascuno dei due di raccontare e a noi di individuare, senza l’inevitabile condizionamento dell’altro coniuge, tutte le implicazioni della complessa rete famigliare.

Annotiamo che, in una psicoterapia, spesso ci si trova di fronte a madri che vogliono tenere il figlio legato a sé, impedendone la crescita e l’autonomia, ma nel caso di Matteo era il padre che aveva assunto questo ruolo. Infatti, in attesa del suo nuovo attuale lavoro, era stato a casa ad accudire il piccolo per tutto il suo primo anno di vita. Parlava di Matteo con parole elogiative ed esprimeva valutazioni positive che condivideva con la propria madre, una maestra elementare in pensione. L’atteggiamento nei confronti del figlio maggiore, invece, era caratterizzato da forti critiche e da grande severità. Perciò il focus del nostro intervento in seguito è stato quello di convincere il padre ad allentare il suo rapporto troppo stretto con Matteo e di cercare di migliorare il suo giudizio sul figlio più grande. La madre, invece, fino a quel momento dominata dalla forte personalità del marito e della suocera, è stata aiutata a rivalutare le sue ottime capacità di ascolto e risposta alle esigenze di crescita di Matteo.

L’esattezza della nostra ipotesi interpretativa ha trovato una sorprendente conferma nella trasformazione evidente di Matteo. In meno di due mesi parlava fluentemente, con frasi piene di fantasia che raccontavano la sua storia e quella dei suoi genitori. La madre mi riportava in seduta quello che Matteo le diceva: “Mamma, tu sei una regina, ma sei una regina senza corona!”. Un giorno era riuscito a mimare con il suo corpo, lo sforzo di un pulcino che usciva dal guscio esclamando poi: “Ecco, sono nato!”. La settimana dopo suo padre mi chiedeva se un bambino così piccolo potesse sapere che il cuore è un muscolo. Matteo infatti gli aveva detto che lui era come il protagonista di una favola: un campanaro pieno di muscoli tranne uno. La risposta gliela diede Matteo stesso il giorno della festa del papà. Portò a casa da scuola il disegno di un grande cuore rosso e lo consegnò al padre, dicendogli solennemente: “Adesso, papà, non ti manca nulla!”.

Abbiamo avuto modo di constatare che, in un caso come quello del piccolo Matteo, il bambino “rappresenta” un ritardo mentale²² e “fa il tonto” senza esserlo affatto; anzi, una volta superato l’impedimento nella relazione con l’adulto, non di rado esprime una personalità ricca e di grande fascino. Si potrebbe dire che, come un attore, il bambino intuitivamente “fa” il personaggio che il genitore vuole che sia. Per lo più accade che “fa il piccolo” perché sente che, se crescesse, quel genitore non riuscirebbe più ad amarlo o, peggio ancora, lo odierrebbe. Tuttavia, mentre l’attore alla fine dello spettacolo torna se stesso, il bambino non ha ancora una sufficiente certezza della propria identità. Riteniamo che spesso finisca per credere veramente di essere piccolo e incapace e di conseguenza ha una bassa stima di sé. Una svalutazione di sé che viene rinforzata dall’intervento riabilitativo²³ che, nonostante i buoni intenti, può aumentare l’insicurezza e minare ulteriormente l’autostima. Non potremo quindi mai sottolineare abbastanza l’importanza di una diagnosi corretta che

²¹ Il riferimento è alla semeiotica medica, ossia all’osservazione di segni e sintomi.

²² Cfr. American Psychiatric Association, *DSM IV-TR* cit., pp. 55-63.

²³ L’inquadramento nosografico di un bambino come Matteo nel “ritardo mentale lieve”, detto anche “ritardo psicomotorio”, avrebbe determinato il suo inserimento in un programma riabilitativo che prevede l’affiancamento a scuola di un insegnante di sostegno e programmi di studio semplificati.

deve individuare l'anomalia nella relazione con i genitori. Su di essa poi si baserà la scelta di un adeguato intervento

E' la relazione tra gli adulti e il bambino che va curata

Riteniamo che, per essere veramente d'aiuto al bambino, genitori e terapeuta devono realizzare una sensibilità interumana e delle capacità intuitive²⁴, unitamente a un pensiero logico-deduttivo. E' necessario "regredire" fino a mettersi nei panni di quel bambino, quasi provando fisicamente il suo dolore, la sua rabbia o la sua paralisi. La nostra esperienza ci ha portato a comprendere come spesso il bambino sia drammaticamente impegnato a recitare una parte nel teatro del suo ambiente familiare.

Abbiamo trovato conferma a questa osservazione nei risultati clinici della nostra pratica, caratterizzata dal tentativo di comprendere le immagini del bambino per formulare una diagnosi corretta. L'intervento terapeutico deve poi mirare a modificare, curare, trasformare il rapporto del singolo bambino con il suo ambiente familiare (o, detto più precisamente, dell'ambiente familiare con il bambino). Il focus dell'intervento è visto nella relazione che i genitori hanno instaurato con il bambino e con gli altri familiari, inclusi i nonni che possono avere un notevole impatto sul rapporto genitori-bambino.

Con questo approccio ci collochiamo in posizioni antitetiche rispetto a quanto sostenuto, ad esempio, da un riconosciuto esponente della neuropsichiatria infantile italiana che ha affermato l'assurdità di prendere in psicoterapia i genitori. Sarebbe inefficace perché si tratterebbe di affrontare un'analisi troppo lunga dei loro traumi infantili, secondo la classica impostazione freudiana²⁵.

Secondo questa impostazione, l'intervento rivolto ai genitori dovrebbe invece mirare a permettere a questi di elaborare, cioè accettare e riconoscere, di avere un bambino malato, che ha bisogno di comportamenti riabilitativi sia in famiglia che nell'ambiente scolastico. È possibile dedurre, da tali affermazioni, che l'insieme dei cosiddetti disturbi dello sviluppo è trattato alla stregua di patologie organiche diagnosticate chiaramente, come potrebbe esserlo una sindrome di Down o altri quadri patologici di provata origine genetica o dismetabolica. In questo approccio, l'anomalia del comportamento che richiama l'attenzione della scuola e della famiglia non sembra suscitare il dubbio che possa esserci un'origine psichica, legata alla qualità dei rapporti interumani. Anzi, è ripetutamente sottolineata²⁶ l'importanza di deresponsabilizzare i genitori per la patologia del figlio.

Gli autori che abbiamo preso in esame non negano che in alcuni casi, come nel "ritardo mentale lieve", vi sia il rischio d'insorgenza di disturbi psichiatrici sul piano del comportamento e della sfera affettiva, quali inibizioni, depressioni, ansie e fobie, ma essi sono considerati "secondari"²⁷. In altre parole, la depressione del bambino, l'ansia, la sua

²⁴ M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza* cit., pp. 333-337.

²⁵ G. Levi, Neuropsichiatria infantile, Università "Sapienza" di Roma, in occasione della presentazione del libro di B. Mazzoncini e L. Musatti "I disturbi dello sviluppo", tenutasi il 1/12/12 a Palazzo Valentini, Roma.

²⁶ B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo* cit., p. 49.

²⁷ B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo* cit., p. 6.

rabbia, le inibizioni, non sarebbero alla radice del “ritardo mentale”, ma ne costituirebbero una conseguenza.

Nell’approccio della neuropsichiatria infantile si ritiene, infatti, che il ritardo mentale sia una sindrome complessa, nella quale concorrono in diversa misura fattori *biologici* come le patologie genetiche (quali, per esempio, la sindrome di Down, di Williams o quella dell’ X fragile) o dismetabolismi, malformazioni congenite, infezioni e patologie pre e postnatali, fattori ambientali (per esempio malnutrizione, ipostimolazione) e fattori *psicologici*. E ci troviamo a rilevare nuovamente come in questo *potpourri*, manchi una distinzione eziologica decisa tra il “ritardo mentale grave” e il “ritardo mentale lieve”, detto anche “ritardo psicomotorio”.

Questa mancanza di diagnosi differenziale dà luogo a protocolli di trattamento genericamente intesi come “riabilitazione”, e l’idea di cura per la possibilità della guarigione non è presa in considerazione. A nostro avviso, nella letteratura è evidente la sottovalutazione dei fattori psicologici, anche in autori che fanno riferimento a fattori “ambientali” intesi come l’ambiente relazionale del bambino²⁸. Essi si riferiscono a situazioni di grave trascuratezza nell’accudimento fisico del bambino, come ipostimolazione e malnutrizione. Tuttavia questa definizione di inadeguatezza relazionale ci sembra restrittiva e inadatta a cogliere tutto ciò che nei rapporti interumani può essere dannoso. Secondo le nostre esperienze, nelle famiglie di un bambino che presenta un ritardo di sviluppo, di solito non sono presenti visibili negligenze di accudimento. Non ci sono condizioni socio-economiche svantaggiate né condotte devianti dei genitori, come problemi di alcolismo o droga, e i bambini sono ben nutriti e curati.

Tuttavia è diffusa la tendenza a fare diagnosi con rilevazioni che si definiscono oggettive in quanto registrabili, confrontabili e quantificabili. Ma di fatto le immagini interne del bambino, le sue emozioni vissute nel rapporto con il *caregiver*, non possono ridursi solo alle immagini retiniche e ai comportamenti manifesti, videoregistrabili e interpretabili con strumenti statistici. La ricerca sistematica e comparata sul comportamento visibile dei bambini, analizzato con videoregistrazioni, si propone di studiare gli effetti delle “rappresentazioni mentali” dell’adulto sul bambino, in termini di “identificazione proiettiva”, alla ricerca di una spiegazione del suo malessere. È ritenuto che le “rappresentazioni” che la madre ha del suo bambino, perché possano influenzarlo, debbano tradursi in comportamenti ben visibili e tali da indurre nel bambino una reazione.

Nella *infant research* di Daniel N. Stern esistono procedure diagnostiche ben più sofisticate, ma anch’esse mirano ad essere oggettive in quanto registrabili, confrontabili e quantificabili. Queste si propongono, ad esempio, di studiare gli effetti delle “rappresentazioni mentali” dell’adulto sul bambino²⁹. Un altro esempio di diagnosi “oggettiva” si ha nel test della *strange situation* che si rifà alla teoria dell’attaccamento di J. Bowlby sviluppata da M. Ainsworth, in cui il bambino è sottoposto a situazioni potenzialmente generatrici di stress legate alla

²⁸ Cfr. M. G. Strepparava, E. Iacchia, *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo* cit., p. 307.

²⁹ Cfr. D. N. Stern, *Le interazioni madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano 1998, pp. 273-274.

separazione dalla madre³⁰. Senza voler entrare in una discussione approfondita su questo test classico, annotiamo come esso sembri comunque discendere da un'idea del bambino, presa in prestito dall'etologia³¹, secondo la quale un bambino di uno o due anni non può fare una breve separazione dalla madre senza esperire una certa quale ansia, cosa che lo porterà per forza a salutarla gioiosamente al suo ritorno.

Per entrambi i tipi di osservazione vale la nostra obiezione di fondo sul metodo obiettivante che, a nostro avviso, trascurava di considerare il mondo interno del bambino che può essere colto solo dall'atteggiamento intuitivo di un osservatore psichicamente partecipe.

Per una nuova antropologia

Accade spesso, nella nostra esperienza clinica, che i genitori che vengono da noi per esporre i problemi del loro figlio dichiarino di non conoscere la teoria freudiana sui bambini, né tanto meno, le idee in proposito dei pensatori della Grecia antica. In altri casi ne hanno una conoscenza superficiale, scolastica, che non hanno mai considerato nelle sue dirette conseguenze per quanto riguarda il loro ruolo genitoriale. I genitori appaiono sinceramente inorriditi all'idea che il loro bambino possa essere considerato una bestiola tesa unicamente a realizzare i suoi bisogni per la sopravvivenza anche a scapito dei suoi simili. Tuttavia, in perfetta "buona fede", non pochi pensano che il bimbo tra le loro braccia non sia propriamente umano, perché ancora non "capisce"³². Altri ritengono in modo più o meno sfumato che, nonostante l'apparenza tenera, il bambino abbia un peccato originale perché discendente da Eva o Caino e che sia "cattivo" di natura.

Di conseguenza, si dà per scontato che il figlio vada educato, che gli vadano imposte regole per forgiarne il carattere e il comportamento, che possibilmente deve essere come quello delle generazioni precedenti. Di fronte a maldestre ribellioni del piccolo, i genitori sono stupiti che egli sia in grado di manifestare scelte e opinioni personali. La loro idea di bambino, che inconsapevolmente orienta il rapporto con il figlio, si scontra con quanto accade nel rapporto quotidiano con lui, determinando ciò che potremmo chiamare una crisi di destrutturazione della "conoscenza consolidata".

Rispetto alle società del passato, le moderne civiltà industrializzate apparentemente non veicolano valori patriarcali o dittatoriali. Nonostante ciò, ci sembra di osservare che subdolamente anch'esse chiamano in causa un ruolo genitoriale quale istanza educativa che continua a riferirsi all'idea del bambino come "tavoletta di cera", o del "piccolo selvaggio", privo di regole razionali, che va preparato alla socialità

³⁰ M. S. D. Ainsworth, B. A. Witting, *Attachment and exploratory behavior of one-old in a strange situation*, in B.P. Foss (a cura di), *Determinants of infant behavior*, IV, Methuen, London 1969, pp. 111-136.

³¹ Per una critica degli studi etologici anche recenti che si rifanno a Bowlby cfr. il capitolo «Teorie centrate sul comportamento e/o l'ambiente» in D. Marcelli, *Psicopatologia del bambino* cit., pp. 12-16. In particolare a p. 16 dove l'autore osserva che «per partito preso di questi autori, si tratta sempre di comportamenti osservabili; all'opposto gli effetti interiorizzati, le fantasie ed i fantasmi, se non sono addirittura ignorati, non sono neppure studiati».

³² Sul raggiungimento della "vera" identità umana con "l'età della ragione": cfr. M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo* cit., pp. 111-115.

Dal punto di vista psicodinamico, anche nelle società moderne, il concetto centrale per l'educazione continua ad essere quello di identificazione che, come ha scritto Fagioli già quaranta anni fa, confonde significati diametralmente opposti come "identificarsi con" (Io sono te) con quello di "identificarsi da" (Io sono io)³³.

Mai come in altri ambiti riguardo al bambino si fronteggiano così valori culturali, conoscenze scientifiche, credenze ataviche e medicina. E per questo riteniamo opportuno sottolineare come la preparazione dello psicoterapeuta dell'età evolutiva debba includere la capacità di contrapporsi a quelle credenze radicate nella cultura che producono effetti di per sé patologici sia sui genitori che sui bambini. A queste credenze va contrapposto un nucleo teorico scientifico che abbia dimostrato la sua validità e coerenza.

Osserva ancora Rita Levi Montalcini:

Infatti con i bambini si ricorre spesso alle minacce come utile mezzo educativo. Recentemente una nonna riferiva con evidente compiacimento come fosse riuscita a fermare la nipotina disobbediente senza usare le mani: le aveva detto che se non avesse smesso subito di saltare sul lettone, si sarebbe messa il cappotto, la sciarpa e sarebbe andata al cimitero, si sarebbe poi sdraiata accanto alla tomba del nonno, morto da poco a cui la bambina era molto affezionata e sarebbe morta lì anche lei. Questa lucida minaccia aveva ottenuto l'immediata ubbidienza della bambina ma realizzando più che la sua calma, la sua paralisi.

A conferma di ciò annotiamo che nonostante la pedagogia "antiautoritaria", nata nella seconda metà del Novecento³⁴, che sembrava aver spazzato via gli antichi sadismi, oggi viene riproposta con successo una vecchia credenza pedagogica: il lattante che piange, non deve essere preso in braccio, perché altrimenti in futuro avrà la meglio sul genitore con infinite richieste³⁵. L'idea di un "naturale istinto di sopraffazione" del bambino che, incontrastato, lo farà diventare un prepotente ingestibile, è un pensiero strisciante che può anche non raggiungere mai la coscienza, ma è ben ravvisabile nell'attitudine a "contenere" le richieste del bambino. Viene proposto come certezza scientifica, corroborata dalla tradizione, l'orrore di lasciare piangere un neonato, un lattante, un bambino, perché "tanto smetterà". E, drammaticamente, è ciò che di solito accade. Ma anche in questo caso una visione razionale del comportamento non coglie che quel bambino ha smesso di piangere perché ha perso la speranza che qualcuno possa accorrere a rassicurarli. Per il bene del bambino, si procede all'annullamento del suo desiderio di rapporto interumano. Ci sembra di cogliere che queste distorsioni ideative, che hanno effetti gravemente lesivi sui bambini, sono riconducibili alla convinzione diffusa per quanto inconsapevole che è necessario reprimere e alterare quanto di più sano possiede il bambino, ovvero la sua profonda attenzione e la sua delicatissima sensibilità al rapporto interumano.

E' evidente che la reazione dei bambini a tale manovra repressiva non può essere di rifiuto e separazione, come potrebbe fare un adulto autonomo dal punto di vista materiale e mentale, ma può essere solo protesta, rabbia, angoscia, regressione patologica e difficoltà nella crescita. Cioè possibili cause dei più volte citati "Disturbi dello sviluppo".

³³ M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza* cit., p. 136.

³⁴ Periodo che J. Juul definisce "interludio democratico": J. Juul, *Il bambino è competente. Valori e conoscenze in famiglia*, Feltrinelli, Milano 2010, pp.23-28.

³⁵ E. Estevill, S. De Béjar, *Fate la nanna: il semplice metodo che vi insegna a risolvere per sempre l'insonnia del vostro bambino*, Mandragora, Firenze 1990.

Peraltro, in questo rapporto che delude il bambino, non sempre è possibile rilevare la presenza di una chiara patologia psichica nell'adulto. A volte la sola convinzione che la mancanza di razionalità, caratteristica della condizione infantile, sia germe e possibilità di follia, riesce a scatenare nell'adulto un'azione di repressione capillare, puntuale e quotidiana, ritenuta necessaria per permettere al figlio un inserimento sociale adeguato nella vita adulta.

I bambini hanno bisogno invece che l'adulto faccia appello alla sua fantasia, che comprenda la loro irrazionalità e il senso del loro comportamento, per gettare un ponte di comprensione che superi l'evidente immaturità del loro stadio di sviluppo e ne colga la condizione pienamente umana. Spesso gli adulti si sono invece abituati a "nascondere a sé stessi" – noi diciamo a negare ed annullare – le loro stesse emozioni, soprattutto quelle inquietanti e dolorose. Hanno imparato a stare in società e ora sono convinti che sia sufficiente un sorriso per nascondere la rabbia, parlare lentamente per apparire calmi, o provvedere ai bisogni materiali con efficienza per impedire a un bambino di percepire la loro angoscia.

Coloro che hanno "imparato" a tenere sotto controllo le emozioni realizzando un modo di essere prevalentemente razionale, non sono consapevoli di ciò che ancora provano, né possono pensare che un bambino, pur nella sua inesperienza del mondo, riesca a percepire la realtà umana assai meglio di loro. Accade spesso che il rapporto di questi adulti con il loro bambino determini un arroccamento in un ruolo genitoriale che, come una divisa troppo stretta, irrigidisce e obbliga a comportamenti predeterminati.

Il ricordo di uno stimato professionista che impiegava pesanti metodi correttivi per "gestire" l'irriducibilità della sua bambina ci può aiutare a evidenziare quest'aspetto. Ciò che più irritava questo padre, abituato alla deferenza dei suoi sottoposti, era che la figlia di sette anni lo trattasse con sufficienza e lo definisse "un babbano"³⁶, ossia come "colui che non ha poteri magici", definizione che potremmo tradurre con: "colui che vede solo la realtà dei fatti materiali e non percepisce la realtà umana nella sua verità". Nel caso in questione è probabile che la bambina si riferisse alla cecità del padre rispetto a uno scontro senza esclusione di colpi che stava avvenendo sottosoglia tra i membri della famiglia.

L'irrigidimento in un ruolo genitoriale perennemente correttivo, non può che ostacolare la profondità e l'intelligenza del rapporto con il bambino. Assistiamo così alla dinamica in cui l'adulto, per essere un "bravo genitore", si sente investito della missione di educare e "spiegare" al bambino anche quanto è superfluo spiegare, misconoscendone platealmente le reali possibilità conoscitive.

Non di rado, in questi frangenti, i bambini sono dei veri signori: fingono di non aver sentito, cercano in ogni modo di affermare una loro piccola autonomia.

Talvolta invece, sono i bambini a fare domande di cui conoscono perfettamente la risposta nel tentativo di richiamare l'attenzione di un genitore "distratto": non si aspettano certo inutili informazioni!

Non possiamo escludere che si chiedano, dolorosamente, se l'adulto che amano e che dice di amarli non li consideri forse stupidi.

³⁶ Il riferimento è al personaggio di Harry Potter, bambino dotato di poteri magici, che tuttavia ha genitori "babbani", cioè privi di tali poteri. J. K. Rowling, *Harry Potter e la camera dei segreti*, Salani, Milano 1998.

Patogenesi dell'ADHD

Dinamiche analoghe sono sovente riferite al rapporto con bambini con diagnosi di ADHD (Disturbo da deficit di attenzione e iperattività) di cui ci siamo occupati in un precedente articolo³⁷. I bambini descritti nei manuali come affetti da questa sindrome, sollecitano l'antica immagine di *Pierino porcospino*, l'irrequieto protagonista di una filastrocca ottocentesca utilizzata a scopo educativo³⁸, che propone una sorta di giudizio morale. Sono ribelli alle regole; anche se non paiono mossi proprio da cattiveria fanno danni, sono riluttanti, ingestibili, inefficienti e, in futuro, potenzialmente antisociali.

Ci sembra significativo che il motivo che muove gli adulti alla consultazione sia per lo più l'inefficienza del bambino (ad esempio, la sua difficoltà a eseguire un compito) e non la sua palese e protratta sofferenza. Tale motivazione appare alquanto paradossale, considerando che da tempo esiste la consapevolezza diffusa, in pedagogia e psicologia, di quanto gli aspetti emotivi interferiscano con quelli attentivi e cognitivi³⁹. Altrettanto noto è che un bambino ha bisogno di un punto di riferimento valido nei genitori e che, quando un riferimento certo di questo tipo manca, il bambino può sviluppare uno stato pervasivo di tensione e angoscia. Abbiamo cercato di evidenziare come questa condizione psichica possa determinare un costante stato di allerta: il bambino "si agita", non riesce a concentrarsi né a instaurare rapporti sereni con i compagni e con un contesto scolastico che sente frustrante. La reazione a tutto ciò può essere anche quella di fare il "buffone" o il prepotente, per negare una condizione interna che spesso è di impotente disperazione.

Tuttavia, i protocolli diagnostici per i disturbi dell'infanzia maggiormente diffusi si basano su una lettura prettamente organicista del disturbo. Essi ci portano a considerare quanto una visione riduzionista del bambino rischi di essere iatrogena in quanto, fermandosi alla sola registrazione dei comportamenti e teorizzandone un'ipotetica causa organica, di fatto ne sancisce l'incurabilità. Per contro, anche le posizioni "anti-organiciste" che leggono come dato caratteriale, non legato a una dimensione di rapporto, ciò che noi consideriamo uno stato latente di sofferenza protratto nel tempo, possono far perdere al bambino la speranza nell'amore e nella comprensione degli altri⁴⁰. A poco servono poi gli sforzi riabilitativi, in una sorta di baratto che vuole compensare la disperazione del "non essere" con il "saper fare", in una apparente normalità.

Che fare?

Nel momento in cui è formulata una diagnosi di "disturbo" – sia esso definito "dello sviluppo", ADHD o altro – comprensibilmente i genitori vogliono sapere perché il loro bambino è "malato". Nei testi di psicopatologia evolutiva⁴¹ è generalmente ribadito che per i disturbi dello sviluppo ci sono molte conoscenze scientifiche e cliniche già acquisite, in

³⁷ A. Bembina, D. Della Putta, *Una pillola per diventare bambini buoni? Considerazioni sul disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività*, in "Il sogno della farfalla", 2, 2013, p. 65.

³⁸ Il riferimento è al libro «per bambini da 3 a 6 anni» di H. Hoffmann, *Pierino Porcospino* (1845), Hoepli, Milano 1882.

³⁹ D. Marcelli, *Psicopatologia del bambino* cit., pp. 153-155.

⁴⁰ A. Bembina, D. Della Putta, *Una pillola per diventare bambini buoni?* cit., p. 65.

⁴¹ M. G. Strepparava, E. Iacchia, *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo* cit.

particolare sulla correlazione tra funzionamento patologico e aspetti neurobiologici. Si afferma anche che molti di questi “disturbi” sono probabilmente di origine genetica e che vi può essere una familiarità: la probabilità di sviluppare una patologia simile è maggiore laddove sia già presente un altro caso nel nucleo familiare. È ribadito, che per moltissimi disturbi non sono state individuate cause certe, e che per questo andrebbe abbandonato il concetto di causalità lineare e assunto un modello multifattoriale nel quale solo alcuni fattori finora sono noti⁴².

Alcuni specialisti, più attenti alla relazione con i genitori, precisano che le loro domande sulle cause sono assolutamente legittime perché la possibilità di trovare un evento patogeno oggettivamente consente di rappresentarsi il disturbo come qualcosa di doloroso ma comprensibile, che può essere meglio sopportato e gestito. Qualora il genitore non possa appigliarsi a un evento esterno a cui attribuire la colpa, cercherà di trovare un responsabile all'interno della sua esperienza quotidiana o della sua relazione con il figlio: "L'ho lasciato troppo presto al nido"; "L'ho portato troppo tardi all'asilo"; "Sono stato troppo severo"; "Gliele abbiamo date tutte vinte" ...⁴³.

È opinione diffusa odiernamente – ed essa si coglie sia nei manuali che nel clima dei congressi specialistici – che l'indagine sui possibili motivi biografici e relazionali del disturbo non sia altro che un meccanismo grossolano per incolpare comunque a priori gli adulti che se ne prendono cura⁴⁴. Il risultato ovvio sarebbe che la prima a essere chiamata in causa è sempre la madre, con l'inevitabile risultato di rinforzare le fantasie più negative dei genitori sul proprio ruolo. Da questo punto di vista, l'eziologia multifattoriale dei disturbi evolutivi di fatto “scagiona” i genitori. Essi sono sollevati dalla responsabilità di aver causato problemi; ciò che viene loro proposto è un lavoro di riabilitazione del figlio e di accettazione del suo deficit.

La nostra formazione ci porta a non condividere, e anzi, a criticare l'ineluttabilità di quest'accettazione, proponendo una possibilità di cura. Tuttavia, chi come noi indaga sull'origine del disturbo di sviluppo nella relazione tra bambino e adulti di riferimento, cerca di individuarne *la causa e non la colpa*. Il rapporto terapeutico è teso a rimuovere tale causa che impedisce o ostacola l'evoluzione del bambino. Come abbiamo accennato precedentemente a proposito di alcuni casi riportati, sulla base della nostra esperienza proponiamo che, tramite un pensiero intuitivo e deduttivo che scaturisce da un'attenta osservazione clinica, si può arrivare a cogliere qualcosa – alcune dinamiche di rapporto, certe immagini rappresentate – che non è immediatamente ravvisabile e “oggettivabile” nei comportamenti del bambino o nelle narrazioni degli adulti.

Abbiamo avuto modo di veder confermata la validità di questo approccio che consiste nel cercare “un latente” del rapporto tra bambino e adulti e di intervenire su di esso con i genitori, interpretandolo in profondi cambiamenti inaspettatamente veloci e incisivi.

Ipotizziamo, che tali cambiamenti siano da attribuire in larga misura alla reattività dei bambini di fronte a una rinnovata e più appropriata proposizione di rapporto da parte degli adulti.

⁴² B. Mazzoncini, L. Musatti, *I disturbi dello sviluppo* cit., pp. 46-47.

⁴³ *Ivi*, p. 47.

⁴⁴ *Ivi*, p. 62.

Può accadere poi che i genitori (o almeno uno dei due) venuti da noi per la difficoltà del figlio, scoprono anche una propria esigenza di “stare bene” e intraprendano un lavoro terapeutico approfondito. A volte, per “stare bene”, è necessario realizzare la capacità di ribellarsi a circostanze familiari sfavorevoli, come un assetto costantemente svalutante di nonni e suoceri che minano la fiducia nella propria sensibilità e nella capacità di essere un buon genitore. In altri casi emerge, anche in persone senza problemi psicopatologici manifesti, un’immagine alterata e negante del bambino che inconsapevolmente ha improntato di sé la relazione con il figlio, portando quest’ultimo a “inspiegabili” vissuti di delusione.

Non di rado può accadere di riscontrare nel genitore la presenza di uno stato di angoscia profonda di cui egli non è minimamente consapevole. Quest’angoscia nascosta dell’adulto può tramutarsi drammaticamente in uno stato di angoscia del bambino, compromettendo pesantemente la relazione con lui e il suo comportamento⁴⁵. In questi casi, ripetiamo, l’adulto può non essere consapevole affatto del suo stato emotivo, oppure può coltivare la convinzione che il figlio non se ne accorga né tantomeno possa comprenderlo. Così facendo, egli finisce per negare le capacità intuitive del bambino e la sua sensibilità interpersonale, presente ma ancora incerta.

Vorremmo chiudere ricordando che la diretta influenza dei genitori può diminuire progressivamente con la crescita del figlio, per la maggiore autonomia dal rapporto il minore via via acquisisce. Tuttavia va sottolineato come la protratta esposizione a dinamiche alterate e ad angosce genitoriali, determini una *fissità del disturbo* che acquista una sua indipendenza dal rapporto che l’ha generato. Secondo la nostra esperienza, fino a un certo punto la situazione relazionale è ancora modificabile, mentre successivamente è più difficile per il bambino uscire dalla sintomatologia, e per tutti recuperare un rapporto valido e disteso tra genitori e figlio. Il fattore tempo è dunque cruciale e ciò ci porta a sottolineare l’importanza di una diagnosi precoce che, nei disturbi dell’infanzia, dovrebbe essere ancora più sentita che in altri contesti. Il protrarsi di relazioni familiari patologiche determina una patologia sempre meno “mobile” e i pensieri che il bambino fa su di sé diventano sempre più “cristallizzati”, con l’esito disastroso che il bambino, assumendo su di sé un falso giudizio, si vive come effettivamente cattivo o come persona in cui “qualcosa non va”. Come se la maschera dell’attore che poteva inizialmente ancora essere trasformata, si fosse ora fissata al suo volto nascondendolo e coartandolo in varia misura.

Bibliografia

Bembina A. Della Putta D. *Una pillola per diventare bambini buoni ? Considerazioni sul disturbo da deficit dell’attenzione e iperattività* in “Il sogno della farfalla”, 2013.

Crugnola C. R., *Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*, Raffaello Cortina, Milano. 2007.

Estevill E., De Béjar S., *Fate la nanna: il semplice metodo che vi insegna a risolvere per sempre l’insonnia del vostro bambino*, Mandragora, Firenze, 1990.

Fagioli M., *Istinto di morte e conoscenza*, L’Asino d’oro edizioni, Roma, 2011.

⁴⁵ A. Bembina, D. Della Putta, *Una pillola per diventare bambini buoni?* cit., pp.83-84.

- Geissmann C., Geissmann P., *Storia della psicoanalisi infantile*, ed. Borla, Roma, 1994.
- Juul J., *Il bambino è competente*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano, 2009.
- Levi-Montalcini R., *Abbi il coraggio di conoscere*, RCS Media Group, Milano, 2013.
- Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano 2009.
- Mazzoncini B., Musatti L., *I disturbi dello sviluppo. Bambini, genitori, insegnanti.*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012.
- Piaget J., (1967), *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, 2000.
- Rowling J. K., *Harry Potter e la camera dei segreti*, Adriano Salani Editore, Milano, 1998.
- Stern D. N., *Le interazioni madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- Strepparava M.G., Iacchia E., *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012.
- Vegetti M., *Il coltello e lo stilo*, Il Saggiatore, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1987.