

INTERVENTI PSICOLOGICI PER LA TUTELA DEI MINORI: MODELLI OPERATIVI A CONFRONTO

Pistoia, 20 ottobre 2006

**MODELLI TEORICI, METODOLOGIA E PROCESSUALITÀ DEGLI INTERVENTI
NELL'AMBITO DELLA TUTELA DEI MINORI.
PROSPETTIVE DI DIALOGO, ALLA RICERCA DI BUONE PRASSI ISTITUZIONALI.**

Norma Ghisotti

Le riflessioni che seguono sono frutto sia della attività di consulenza che ho svolto, nel servizio pubblico, per diverse équipes di tutela minorile che di una parallela attività di ricerca e di formazione universitaria sul tema della tutela, della cura psicosociale e psicoterapeutica delle vittime di violenza domestica ed extrafamiliare.

Nei miei percorsi formativi e professionali, ho avuto modo di conoscere e di confrontarmi con diversi modelli teorico-clinici trovando in ciascuno di essi uno strumento utile ma limitato per orientare, sul piano culturale, teorico, tecnico e clinico, l'attività di consultazione e di cura. Dallo studio della psicoanalisi, che ha occupato gli anni iniziali della mia formazione, ho ricavato un dispositivo molto efficace per conoscere il mondo intrapsichico del paziente (osservandone la qualità dell'angoscia e delle difese) e per agire, attraverso l'analisi delle dinamiche transferali e controtransferali e l'uso dell'interpretazione, in senso conoscitivo e trasformativo sulla relazione. L'incontro con il modello sistemico-relazionale, avvenuto più tardi, mi ha consentito di acquisire un altro livello di lettura e di intervento a partire dal quale è possibile evidenziare quali funzioni i sintomi ed il disagio individuale svolgano all'interno del sistema relazionale in cui emergono. Rifacendosi alla teoria generale dei sistemi, alla teoria cibernetica ed alle teorie della comunicazione, l'approccio sistemico teorizza infatti che, tutte le volte che un sistema viene portato lontano dal suo stato di equilibrio, da un input che può provenire dall'interno o dall'esterno del sistema stesso, si apre una fase di instabilità suscettibile di vari sviluppi sia in senso evolutivo che psicopatologico. In questa prospettiva, l'incontro terapeutico rappresenta il contatto fra due sistemi (quello del terapeuta e quello del sistema in sofferenza) e il processo di cura, attivato dalle comunicazioni e prescrizioni del terapeuta, ha come obiettivo quello di avviare un cambiamento che renda disponibili nell'individuo, nella famiglia, nel gruppo, le risorse per riorganizzare, ad un altro livello, il sistema entrato in crisi.

L'aver potuto sperimentare, nella cura della patologia grave, cui mi sono inizialmente dedicata, l'utilizzo integrato di entrambi i modelli psicodinamico e sistemico mi ha stimolato ad interessarmi al tema dell'integrazione psicoterapeutica ad alla sua ricerca sia sui fattori comuni di cambiamento che sulla possibilità di articolazione a livello teoretico ed applicativo di orientamenti diversi¹.

¹ A questo proposito, vi cito un dato interessante ricavato da uno studio condotto da Autori americani (Jensen, et al. 1990): sulla base di un sondaggio effettuato tra psicologi clinici, terapeuti della coppia e della famiglia, psichiatri ed assistenti sociali, è risultato che, già nel 1990, circa il 65% degli operatori dichiarava di utilizzare un approccio eclettico.

L'aver scelto di dedicarmi all'attività di cura nell'istituzione pubblica e di occuparmi, in modo specifico, di tutela dei minori mi ha dato l'opportunità di lavorare in équipe multiprofessionali nelle quali gli operatori portavano una molteplicità di esperienze che si diversificavano per ruolo, per formazione teorica e percorsi professionali. Il tema dell'integrazione ha rappresentato allora, oltre che un interesse teorico, anche una prospettiva di ricerca nella quotidianità dell'esercizio della mia attività di psicologa.

Da qui la necessità, che ho sperimentato nei vari Servizi, di trovare un dialogo che consentisse di tollerare, senza spaventarsi troppo, queste differenze individuali non rinunciando tuttavia alla ricerca di una cultura psicologica comune e di una metodologia operativa che esprimesse la specificità del lavoro di équipe di tutela minorile.

Si è trattato per me dell'inizio di un lungo percorso di ricerca che si è aperto, negli anni, anche alla teoria dell'attaccamento, ai risultati dell'infant research e, di recente, alle neuroscienze con le scoperte sul trauma.

E' stato tuttavia soprattutto dalla ricerca sui diversi modelli di cura della patologia grave, sperimentati nelle istituzioni del mondo anglosassone, francese e statunitense, che ho ricavato una prospettiva di integrazione in cui possano articolarsi, senza annullarsi, le differenze di approccio teorico e di ruolo professionale.

Con le loro concettualizzazioni, Racamier, Sassolas e Correale, fra gli altri, hanno sottolineato la necessità di mettere in connessione la dimensione terapeutica intrapsichica con quella terapeutica grupppale (dove nel sistema è compresa l'istituzione stessa).

Secondo Correale (2005) si può infatti osservare nella cultura dei servizi sia una tendenza ad idealizzare la cura psicoanalitica della realtà psichica (con il rischio –ci dice- di relegare “gli scenari istituzionali ad un'immensa, amorfa, massa non simbolizzabile” (p.18) che una tendenza opposta ad enfatizzare la dimensione grupppale con una conseguente perdita di contatto con gli aspetti individuali della sofferenza.

“E' essenziale invece –egli afferma- che dimensione individuale e dimensione grupppale della cura vengano considerate entrambe come momenti fondamentali, ma distinti, di cui va sempre cercata la specifica connessione. Il problema è come articularle e non come farle svanire confusivamente l'una dentro l'altra “(op.cit.).

Nell'ambito della tutela dei minori, la necessità di una prospettiva di dialogo e di integrazione teorica ed operativa fra modelli discende, a mio modo di vedere, anche dalla multiproblematicità che spesso presentano le famiglie con genitorialità disfunzionale caratterizzate da un invischiamento fra la dimensione intrapsichica e quella relazionale e grupppale e da una bisognosità che si esprime contemporaneamente su più piani: sociale, psicologico-psichiatrico ed, alle volte anche medico-sanitario.

L'attività istituzionale di protezione e di cura dei bambini che crescono in queste famiglie, con i vincoli imposti dal coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria, presenta quindi un carattere di irriducibile complessità che obbliga a moltiplicare i vertici di osservazione, le dimensioni di valutazione e gli strumenti di intervento. Il confronto con tale complessità, nei suoi aspetti di ambiguità, ambivalenza e confusività, può suscitare nel singolo operatore o nella stessa équipe curante vissuti di profonda frustrazione, angosce primitive, reazioni post-traumatiche ed animare intensi bisogni difensivi di controllo, di chiarezza, certezza, semplificazione. La complessità sfida infatti la capacità di contenimento degli operatori e anche quella che Bion (1970) chiama “la capacità negativa” ossia il riuscire a rimanere nell'incertezza, nel dubbio, senza aggrapparsi alla teoria, alla metodologia o all'operatività quotidiana. Questa consapevolezza della vulnerabilità dell'operatore e dei rischi di traumatizzazione secondaria cui può andare incontro l'équipe, ci debbono far interrogare su come includere nella complessità del campo istituzionale della tutela

anche il soggetto curante e quali dispositivi utilizzare (quali scelte operative privilegiare) per mantenerlo, nel tempo, capace di rispondere al mandato istituzionale che gli compete.

Vorrei ora proporvi, nelle sue linee principali, un modello operativo che ho elaborato a partire da una sperimentazione condotta a Monza dove, nel 1999, è stata istituita un'unità di tutela minori come servizio di secondo livello, frutto della collaborazione fra il Servizio Sociale Comunale, l'Azienda Sanitaria Locale (con i suoi Consultori Familiari e i servizi per le tossicodipendenze e l'alcooldipendenza) e l'Azienda Ospedaliera (con i reparti ed i poli territoriali della psichiatria e della neuropsichiatria).

Senza addentrarci nelle caratteristiche di ciascuna fase di intervento (per la conoscenza delle quali rimando a Ghisotti 2003, 2005) vorrei richiamare l'attenzione su alcune specificità del lavoro psicologico che non dipendono dallo strumento teorico utilizzato dagli operatori bensì dal mandato istituzionale delle unità di tutela minori, dal loro operare all'interno ed attraverso una rete di servizi nonché dalla tipologia dell'utenza.

In questo modello operativo, particolare attenzione è stata posta alla processualità degli interventi psicologici attraverso i quali si effettua la presa in carico del minore in condizione di pregiudizio e della sua famiglia, si attiva un contesto coatto attraverso la segnalazione al Tribunale e si svolge un'articolata attività di consultazione volta ad evidenziare le principali dinamiche sui seguenti livelli:

- intrapsichico individuale (del minore e di ciascuno dei suoi genitori);
- relazionale (del minore con ciascuno dei suoi genitori e della coppia)
- grupppale (della famiglia nucleare ed allargata)
- intergrupppale (transgenerazionale).

E' stata quindi attribuita una valenza terapeutica specifica alla scansione e successione temporale delle diverse fasi di lavorazione del caso.

Si infatti notato come tratto distintivo delle famiglie afferenti al servizio, in cui la difficoltà a mentalizzare produce un continuo ricorso all'agito, uno specifico deficit nell'interiorizzazione delle coordinate temporali che rende impossibile qualsiasi progettualità. Mancando un prima ed un dopo, venendo meno la consequenzialità degli eventi esterni e delle significazioni interne, si vanifica la capacità di incidere dall'interno sul disagio familiare.

Una prima modalità per agire in senso trasformativo su questo aspetto è dunque quello di strutturare gli interventi secondo una successione di fasi i cui confini siano marcati in modo manifesto. Questo scandire il percorso istituzionale in una serie di passaggi chiari, visibili e condivisi con l'utenza ha l'effetto terapeutico di promuovere la capacità di strutturare luoghi e tempi psichici differenziati ed atti a contenere non solo ciò che accade ma anche i suoi significati.

Al termine del processo di consultazione, che porta alla formulazione di diagnosi individuali, relazionali e familiari e soprattutto ad una prognosi sulla recuperabilità genitoriale (che orienterà in senso riparativo o sostitutivo il progetto per i minori) si è svolto un percorso che può essere interiorizzato dall'utenza non solo per i suoi esiti ma anche per la sua potenzialità strutturante.

Si tratta dunque di prevedere un tempo sufficientemente lungo ma circoscritto all'interno del quale possano svolgersi le valutazioni lungo un asse sincronico, che riguarda l'attualità delle interazioni della famiglia e lungo quello diacronico (con l'indagine transgenerazionale).

Questo processo valutativo passa attraverso 4 sottofasi che hanno rispettivamente i seguenti obiettivi:

1. la psicodiagnosi del minore e la rilevazione della presenza di indicatori traumatici;
2. la valutazione delle capacità genitoriali;
3. la valutazione della capacità del minore di utilizzare una relazione di attaccamento sicuro e di elaborare la sofferenza post-traumatica;
4. la valutazione della recuperabilità delle capacità genitoriali.

Nelle prime due sottofasi viene compiuta una lettura della situazione sociale e psichica attuale ricercandone le radici nella storia del singolo, della coppia e della famiglia. Questo lavoro di collegamento con il passato ha l'obiettivo di aiutare la famiglia maltrattante o abusante a riappropriarsi dei conflitti inconsci e delle problematicità che, attraverso gli agiti, hanno prodotto i sintomi.

Nelle altre due sottofasi, si cerca invece di attuare un collegamento fra la dimensione del presente e quella del futuro.

Si tratta, in sintesi, di valutare quali siano le risorse mobilitabili a livello della genitorialità e della coppia (in termini di acquisizione di consapevolezza e motivazione al cambiamento) e quali siano le capacità dei minori ed il loro ritmo di risposta al possibile modificarsi delle figure allevanti.

La diagnosi psicosociale risulterà dall'incrocio fra gli esiti delle quattro diverse sottofasi, nonché dalla valutazione della capacità del gruppo familiare di utilizzare le valenze terapeutiche offerte da questo tipo di consultazione per attivare cambiamenti.

A partire dagli esiti diagnostici e prognostici sulla recuperabilità delle capacità genitoriali, è possibile definire due principali tipologie di progetti:

1. con prognosi positiva, l'articolazione di interventi supportivi, a valenza riparativa, della genitorialità disfunzionale;
2. con prognosi negativa, l'attuazione di interventi sostitutivi della genitorialità.

Fra i molteplici strumenti psicosociali, con i quali si possono attuare le progettualità su indicate, vorrei dedicare qualche riflessione a quegli interventi che ricadono genericamente sotto il nome di "sostegno psicologico" e che costituiscono, tra l'altro, una delle prescrizioni più frequenti del Tribunale per i Minorenni.

Si tratta di una tipologia di intervento che, a mio avviso, non è stata sufficientemente differenziata, a livello teorico e tecnico, dalle varie forme di psicoterapia né sufficientemente individuata nelle sua specificità in rapporto al contesto coatto ed all'utenza della tutela minorile.

Per quanto riguarda la processualità degli interventi, direi che il sostegno psicologico si colloca a valle della consultazione psicosociale ed a monte dell'eventuale avvio di psicoterapie tradizionali ed esprime la sua migliore efficacia come intervento supportivo (accompagnamento psicologico) al progetto con il quale si è deciso di intervenire per ripristinare un ambiente di crescita adeguato alle esigenze psicofisiche del minore.

Per questo motivo, è opportuno regolarne la durata, prevedendo momenti di verifica della sua efficacia, e focalizzare il lavoro psicologico con l'utente, qualunque sia il formato scelto (individuale, di coppia o familiare) lungo tre direttrici principali:

- favorire la possibilità di esprimere sofferenza e di riconoscere quella altrui;
- promuovere e sostenere la motivazione al cambiamento nella direzione prevista dal progetto;
- proporre e sostenere forme di alleanza anche parziali e/o frammentate con gli operatori dell'équipe curante.

Con una semplificazione, direi che l'obiettivo più generale è quello di arrivare a costruire quella condizione psicologica che è solitamente premessa per l'avvio di una psicoterapia a richiesta spontanea: ossia la possibilità di sentire un disagio psicologico, di esprimere il bisogno di un aiuto specialistico e di poterlo tollerare.

Per quanto riguarda poi le caratteristiche specifiche degli interventi di sostegno psicologico nell'ambito della tutela minorile possiamo individuare questi aspetti comuni:

- il setting è caratterizzato da un contesto coatto definito dall'Autorità Giudiziaria;
- il percorso terapeutico parte da una prescrizione di lavoro e non da una domanda spontanea dell'utente;
- il livello principale di intervento è quello relazionale o grupppale e non quello intrapsichico;

- il focus di lavoro è sempre duplice: creare le condizioni interne (psichiche) ed esterne (ambientali) che consentano la realizzazione del progetto che è stato formulato a seguito della consultazione;
- la durata del trattamento è limitata nel tempo e soggetta a valutazioni che ne evidenzino l'efficacia;
- una volta che l'ambiente e le condizioni di vita del minore e della sua famiglia si siano stabilizzate, sia in direzione riparativa che sostitutiva, il sostegno psicologico può eventualmente lasciare il posto agli interventi psicoterapeutici che fossero ritenuti necessari.

Avviandomi a concludere, vorrei ricordare come, a livello teorico e clinico, entrambi i modelli psicodinamico e sistemico-relazionale abbiano subito importanti evoluzioni che hanno reso possibili varie forme di integrazione anche sul piano applicativo.

Per quanto riguarda il pensiero psicoanalitico abbiamo osservato, grazie al dialogo con epistemologie² evolutive complesse come la Teoria Generale dei Sistemi, una sempre maggiore capacità di indagare le forme di articolazione fra la dimensione intrapsichica, intersoggettiva e grupppale dello psichismo.

Mi riferisco, non solo agli Autori che si sono occupati delle relazioni oggettuali valorizzando il contributo dato dall'ambiente esterno e dal caregiver (Winnicott, Stern, Fonagy), agli studi di area francese sulla struttura intersoggettiva³ della mente e sulla gruppalità (con la nascita della terapia psicoanalitica della famiglia⁴ e dell'organizzazione) ma anche alla scuola argentina che, con Pichon-Rivière ha proposto alcuni concetti (quali quello di legame, di gruppo interno e di gruppo operativo) la cui portata euristica può essere facilmente estesa all'ambito della tutela minorile.

Ricordo che con il termine di "legame" lo studioso si riferisce ad "una struttura complessa", pluridimensionale, orizzontale e verticale, che include "un soggetto ed un oggetto, la loro reciproca interrelazione attraverso i processi di comunicazione e di apprendimento in una cornice intersoggettiva" (1971).

Secondo l'Autore, nel suo percorso evolutivo, il bambino costruisce delle strutture di legame interiorizzate o "gruppo interno" che interagiscono con il suo gruppo immediato (la famiglia) o mediato (i vari gruppi sociali di appartenenza). L'apprendimento e la comunicazione sono facilitati od ostacolati a seconda che il confronto tra l'ambito dell'intersoggettivo e quello dell'intrasoggettivo risulti dialettico o problematico, delineando nel primo caso un circuito aperto, con traiettoria a forma di spirale, nel secondo un circuito chiuso, viziato dalla stereotipia. In quest'ultimo caso, l'emergere di una patologia grave in un membro della famiglia segnala che esso assume "il ruolo di portavoce della malattia grupppale". L'individuo malato è dunque l'emergente di un gruppo familiare altrettanto malato.

Il soggetto curante viene da Pichon-Rivière indicato nel "gruppo operativo", un gruppo centrato sul compito (la cura della sofferenza psichica, della stereotipia, della resistenza al cambiamento) ed ha come finalità quella di risolvere le difficoltà nate e manifestate nel campo grupppale superando l'invischiamento che blocca l'individuo ed il suo gruppo. La messa in circolazione di esperienze, affetti e conoscenze consente una modificazione dei legami interni ed esterni del gruppo e rende più efficaci gli interventi terapeutici rivolti al singolo.

Un tentativo per certi aspetti analogo di articolare la dimensione grupppale di cura con quella individuale è osservabile anche nell'evoluzione del modello sistemico. Possiamo infatti individuare una prima fase, della quale Watzlawich (1967) è stata espressione, in cui ha prevalso un orientamento pragmatico e strategico in funzione del quale l'attività di cura aveva come suo

² Il riferimento è all'epistemologia epigenetica (Waddington, 1975) e a quella autopoietica (Maturana e Varela, 1980).

³ Si vedano i lavori di Brandchaft B., Stolorow R., Atwood G., Fosshage J.L.

⁴ Ruffiot, A., Eigner, A. et al., Tr. It. *Terapia familiare psicoanalitica*. Roma, Borla 1983.

oggetto elettivo il gruppo familiare. Il terapeuta sistemico con un atteggiamento di tipo prescrittivo, basato su azioni e retroazioni, si proponeva di esplicitare il ruolo svolto dal paziente designato come capro espiatorio dei giochi familiari e di intervenire sulle ingiunzioni paradossali per sbloccare la comunicazione inefficace e contrastare le stereotipie familiari.

In una fase successiva, avvicinandosi alle posizioni della narrativa e del costruzionismo sociale, nasce il modello diffuso nel mondo con il nome di Milan Approach⁵, un'evoluzione della teoria e della tecnica sistemica in direzione relazionale che consente di articolare in modo efficace l'asse sincronico e diacronico di intervento e la dimensione individuale con quella grupppale.

Fra le caratteristiche più significative di questo modello, ricordiamo:

- lo spostamento dell'attenzione dalla ricerca di specifiche configurazioni del sistema familiare alla co-creazione (tra il terapeuta ed il paziente) di "storie" alternative e all'attribuzione di significati nuovi alla realtà condivisa;
- lo sviluppo di una teoria della clinica sistemica dell'individuo e, infine,
- la proposta di un approccio clinico che integri, nell'orizzonte osservativo, i pregiudizi e le emozioni del terapeuta.

Abbiamo inoltre assistito, negli ultimi 15 anni, ad un progressivo avvicinamento fra il modello psicodinamico, il modello sistemico e quello dell'attaccamento (mi riferiscono alle teorie proposte da Framo (1992) e Byng-Hall (1995)) ed ad un notevole sviluppo degli studi che si riferiscono all'area della integrazione psicoterapeutica.

Fra le numerose convergenze che sono state individuate fra questi tre modelli, Vigorelli segnala l'attenzione posta all'indagine della dimensione transgenerazionale per evidenziare le caratteristiche che la trasmissione assume all'interno di uno specifico sistema familiare.

Autori come Racamier (1992) e la Faimberg si erano già interessati a questo aspetto dello psichismo ed avevano ricondotto la sofferenza mentale e la sua sintomatologia al mancato trasporto o al trasporto di materiale psichico non simbolizzato (strutture, funzionalità e contenuti psichici) da una generazione all'altra.

Più di recente, Byng Hall (1995) psicoterapeuta della famiglia presso la Tavistock Clinic di Londra, riprende il tema dell'esplorazione della dimensione transgenerazionale formulando un tentativo interessante di sviluppo della teoria dell'attaccamento in direzione sistemica.

Partendo dal concetto di base sicura, egli individua nell'ambiente familiare, e non più nella madre, l'oggetto dell'attaccamento ed ipotizza che l'individuo, nelle sue interazioni, sia guidato da "copioni familiari" (script) ossia da sequenze interiorizzate di comportamento che contengono le aspettative, condivise dai membri della famiglia, sulla regolazione di ruoli e rapporti. Questi copioni familiari possono essere intragenerazionali (riferiti alle relazioni all'interno della stessa generazione) o intergenerazionali (relativi ai rapporti fra generazioni diverse).

Si tratta di una direzione di ricerca recente ma promettente per la possibilità che lascia intravedere di poter prevedere, a partire dalla conoscenza dei copioni, quale sarà il comportamento familiare e genitoriale di fronte a situazioni stressogene.

Nell'ultimo ventennio in Italia sono nate, spesso a livello locale, importanti esperienze innovative nell'ambito della tutela dei minori. Queste esperienze, orientate in senso psicodinamico o sistemico o in una specifica prospettiva di integrazione fra modelli (sulla scorta delle esperienze inglesi e statunitensi), hanno concorso a promuovere una graduale trasformazione della metodologia di presa in carico, un'estensione dell'oggetto di indagine, dall'individuo verso la famiglia, il gruppo e la rete istituzionale curante ed una modificazione del setting da quelli più

⁵ Ci si riferisce all'attività clinica teorica e formativa condotta dal gruppo di Mara Sellini Palazzoni di cui fecero parte Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata.

tradizionali a quello del campo istituzionale gruppale che è necessario per curare una patologia grave come la disfunzionalità genitoriale.

Questo il cammino fatto.

Quanto a quello ancora da fare, vorrei proporre, come priorità di lavoro per l'immediato futuro, di occuparci in modo più sistematico della tutela del soggetto curante: l'équipe di tutela minori e la sua rete istituzionale.

Le ricerche sulla traumatizzazione secondaria hanno già fornito gli strumenti teorici e clinici per leggere i segni del suo manifestarsi, sia a livello individuale che gruppale, e la psicologia dell'emergenza ci offre tecniche di intervento che possono efficacemente contribuire a prevenire il burn-out degli operatori ed a migliorare l'integrazione fra servizi.