

“Psicopatologia dell’età evolutiva e supporto alla genitorialità”

Intervista a Furio Lambruschi

Fiorella Chiappi



Da anni Furio Lambruschi lavora con i minori con problemi psicopatologici e, in un approccio cognitivo-evolutivo e sistemico, non solo si prende cura di loro, ma anche dei genitori e interagisce con quanti se ne occupano: genitori, educatori.

Quali sono stati nella sua esperienza i disturbi più frequenti nell'età evolutiva?

Mentre in passato, nei servizi di consulenza e presa in carico per l'età evolutiva, era assai più frequente confrontarsi con il variegato repertorio dei cosiddetti disturbi internalizzanti (disturbi d'ansia, di separazione o sociale, disturbi dell'umore, disturbi somatoformi, ecc.), attualmente è in costante incremento la richiesta d'aiuto (sia da parte dei genitori che da parte degli insegnanti) dei cosiddetti disturbi esternalizzanti (Disturbi della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbi da deficit d'Attenzione e Iperattività). Questi nuovi ambiti psicopatologici, ad esordio sempre più precoce, in cui (analogamente ai disturbi Borderline di Personalità negli adulti) i bambini letteralmente "sparano" fuori le loro aree emozionali critiche, scarsamente riconosciute, articolate e regolate, mettono a dura prova le "sponde relazionali" che incontrano e rappresentano davvero un grosso impegno per gli operatori che si occupano di salute mentale infantile.

Ci sono differenze di genere? Oppure le sintomatologie sono presenti in ugual misura fra maschi e femmine?

Prima dell'instaurarsi dell'identità di genere (cioè nella prima infanzia, fino ai tre o quattro anni) può capitare con la stessa frequenza di avere in consultazione sia un maschietto che una femminuccia, poniamo con un disturbo oppositivo provocatorio. Successivamente, nell'espressività sintomatologica, si determinano tra i due sessi differenze mediate culturalmente. Mentre per i disturbi dell'umore si è sempre osservata un'incidenza maggiore nel sesso femminile, le ricerche epidemiologiche ci dicono che i disturbi esternalizzanti sono decisamente più rappresentati nel sesso maschile.

La mia opinione, tuttavia, è che i nostri sistemi di classificazione diagnostica (DSM5 e ICD10) siano poco attrezzati, solo per fare un esempio, per individuare le forme che la rabbia, l'aggressività disregolata possono prendere nel sesso femminile, esprimendosi spesso con modalità più atipiche, meno caratterizzate da confronti o conflitti fisici, ma più spesso da aggressività "relazionale", conflitti verbali a fini denigrativi, esperienze sessuali promiscue, fughe da casa, precoce consumo di sostanze.

Si calcola che attualmente in Italia il 15/20% dei minori sia affetto da disturbi psicopatologici e che di questi solo il 10/15% venga preso in cura da servizi pubblici

e privati. Il restante rimane “vittima” della sua condizione psicopatologica. Quali possono essere le conseguenze di questo fenomeno?

La bassa percentuale di casi che arrivano ai servizi psichiatrici mette in luce un problema sociale: i bambini con un disturbo psichiatrico non sono in grado, da soli, di cercare aiuto. Mentre gli adulti hanno diverse possibilità di cercare aiuto, i bambini dipendono dagli adulti per quanto riguarda la percezione del bisogno e l’iniziativa dell’invio. L’elevata prevalenza di questi disturbi implica che l’attenzione dovrebbe essere focalizzata sullo sviluppo di programmi d’intervento il più possibile accessibili e integrabili con iniziative educative.

Se non adeguatamente individuati e trattati, i disturbi psichiatrici infantili gravi non hanno remissione spontanea e molti disturbi sono associati a uno scarso adattamento nell’adolescenza e nella vita adulta. L’intervento sembra giustificato in tutti gli stadi dello sviluppo poiché, in genere, anche nel caso di un disturbo della primissima infanzia, una prognosi negativa a lungo termine indica la necessità di intervenire in fase precoce per evitare che il disturbo si cronicizzi.

Tali sollecitazioni, dunque, dovrebbero muoverci nel senso di una più ampia attivazione di risorse preventive, diagnostiche e terapeutiche nei confronti dell’infanzia, della fanciullezza e dell’adolescenza, e verso la predisposizione di più avanzati strumenti concettuali e metodologici atti a rispondere alle sfide che il nostro tempo e il nostro sistema sociale ci pongono. In effetti, è palpabile negli operatori della salute mentale il desiderio di promuovere questo impulso. Ma altrettanto avvertibile è il bisogno di riattivare la loro motivazione e la loro curiosità clinica, attraverso un salto epistemologico e teorico, abbracciando una prospettiva concettuale coerente e rigorosa che consenta di guardare al bambino e al suo sviluppo in modo nuovo.

Cosa potrebbe essere fatto a livello preventivo per evitare questi rischi?

L’attività di individuazione precoce dei segnali di rischio evolutivo, resta l’aspetto cruciale per impostare poi interventi preventivi mirati, ritagliati ed efficaci. Resta inteso che nella prima infanzia i disturbi emotivi vanno intesi come “disturbi delle relazioni” e quindi è necessario individuare eventuali diadi a rischio evolutivo. La teoria dell’attaccamento ci offre una prospettiva concettuale e strumenti di osservazione finissimi a questo riguardo. Per quanto riguarda poi l’intervento di prevenzione primaria o secondaria, attualmente abbiamo a disposizione strumenti evidence-based ed attachment-based (ad esempio tecniche di intervento basate sul videofeedback) estremamente efficaci per lavorare sulle diadi a rischio promuovendo livelli maggiori di sensibilità e responsività nei caregivers e quindi un

attaccamento sicuro ed esiti evolutivi migliori dal punto vista emotivo, comportamentale e sociale.

Attualmente ci sono sufficienti psicologi dell'età evolutiva per affrontare queste esigenze?

E' davvero curioso osservare che, a fronte di una tale imponente richiesta in questo ambito, gli operatori psicologi orientati e formati al lavoro clinico in età evolutiva siano percentualmente molto di meno rispetto a coloro che operano sull'adulto. Il lavoro sulla psicopatologia dell'età evolutiva e sul supporto della genitorialità, potrebbe in effetti rappresentare un'area di grande e qualificato sviluppo della professionalità psicologica, ancora troppo poco rappresentato e considerato.

Io credo che ciò dipenda da svariate motivazioni, tra le quali certamente la maggiore complessità del lavoro diagnostico e clinico in età evolutiva, che necessariamente implica la costruzione di percorsi formativi complessi e la capacità di maneggiare setting di lavoro complessi (multimodali e multipli) che implicano la presa in carico del bambino, delle sue figure d'attaccamento e del complesso sistema relazionale ed educativo che lo circonda (insegnati, educatori, ecc).

Per un lavoro efficace degli psicologi dell'età evolutiva con questi minori qual è, a suo avviso, un primo criterio essenziale?

Un primo criterio guida sta appunto nell'evitare precoci connotazioni patologiche del bambino con una focalizzazione diretta ed esclusiva dell'attenzione su di lui come elemento patologico del sistema relazionale di cui è parte. A questo riguardo, i miei ricordi relativi alla fine degli anni settanta e ai primi anni ottanta, periodo in cui cominciavo ad avvicinarmi alla psicoterapia cognitivo-comportamentale col paziente adulto e col bambino, sono connotati da emozioni e da immagini contrastanti. Da un lato una sensazione di grande entusiasmo per la percepita ricchezza ed efficacia del repertorio tecnico cognitivo-comportamentale, insieme ai tanti stimoli concettuali che stavano allora emergendo, non solo dai nuovi modelli clinici cognitivisti, ma anche dall'ambito della *Developmental Psychopathology* e della teoria dell'attaccamento. Dall'altro, però, anche un senso pervasivo di frustrazione e di dolore nell'osservare tanti piccoli pazienti carichi di sofferenza emotiva, seguiti unicamente (o quasi) entro un setting terapeutico individuale, spesso a più sedute settimanali, talvolta per anni, con procedure ben poco definite e soprattutto con una penosa sensazione di stigma e di connotazione patologica unicamente focalizzata su di loro e perpetrata nel tempo. Sotto l'egida del "setting pulito", qualcuno finiva addirittura per considerare "inquinanti" per il setting terapeutico, i vissuti, le considerazioni, i dati provenienti dai genitori, che al più avrebbero

dovuto/potuto seguire un loro percorso ben distinto e autonomo con un altro collega. In quest'ottica la presenza dei genitori all'interno del setting terapeutico, ben lungi dal rappresentare una preziosa risorsa, poteva addirittura essere vissuta come spiacevole intralcio.

Dagli anni '70/'80 che cosa è cambiato?

Da allora, fortunatamente, molte cose sono cambiate nel nostro modo di leggere ed osservare la psicopatologia infantile e quindi di affrontarla operativamente. Insieme alle idee bowlbiane, anche la nascita e lo sviluppo dell'approccio sistemico familiare ha certamente contribuito a mitigare quella impropria visione "bambinocentrica" che per anni ha informato la costruzione del setting di lavoro e la pianificazione operativa degli interventi clinici in età evolutiva. Sappiamo che i sintomi del bambino sorgono in un periodo di profonde e ampie trasformazioni maturative che rendono la sua organizzazione comportamentale, cognitiva ed emotiva non ancora chiaramente riconoscibile in forma definita e stabilizzata. Inoltre, i bambini non vengono in terapia per conto proprio. I loro segni di sofferenza vengono definiti e portati in consultazione dagli adulti significativi per il bambino, mostrando spesso con evidenza la loro situazionalità e dipendenza dal contesto relazionale e dalle turbolenze che lo attraversano. Sappiamo anche che, tendenzialmente, i bambini vengono percepiti come più disturbati in momenti particolari di crisi del ciclo di vita familiare o del legame della coppia coniugale. Per non parlare, poi, della evidente situazionalità con cui, talora, si presentano alcune formazioni sintomatiche, per cui è possibile che un bambino mostri un comportamento gravemente oppositivo e provocatorio, o di rifiuto del cibo con la madre, ma non con altre figure di riferimento. A chi appartengono, dunque, tali problematiche? Al bambino o alle caratteristiche particolari della relazione che egli è stato in grado di costruire con la madre stessa? In altri termini, i disturbi dell'età evolutiva sono stati sempre più riconosciuti come disturbi delle relazioni.

Negli anni la ricerca, la pratica professionale vi hanno portato a quali posizioni rispetto alla famiglia, ai genitori dei bambini e delle bambine presi in carica?

Abbiamo imparato a evitare improprie operazioni relazionali col bambino e con la sua famiglia che possano porci, anche indirettamente, in contrapposizione al ruolo genitoriale o metterlo in qualche modo in discussione. La madre e il padre andrebbero sempre posti in una posizione di autorità e di competenza riguardo al proprio figlio e il terapeuta dovrebbe cercare di unirsi a loro nell'esplorare modalità utili ad una graduale trasformazione del comportamento e delle reazioni emotive del figlio. All'interno della relazione terapeutica, sia i genitori che il figlio dovrebbero

sentire riconosciuti i propri bisogni di salute e le proprie ferite aperte, in una prospettiva che, ben lungi dal designare vittime da un lato e colpevoli dall'altro, ponga costantemente la sua attenzione a quello spazio intermedio denso di significati rappresentato dalla relazione.

Gli aspetti genetici, temperamentali, neurobiologici, come già osservato, svolgono certamente un ruolo nello sviluppo dei disturbi esternalizzanti, predisponendo il bambino a una qualche forma di reattività o di deficit autoregolativo innato. Questo, tuttavia, prenderà “pieghe” assolutamente diverse in funzione del contesto di relazione che andrà ad incontrare, connotato da quote più o meno rilevanti di sicurezza o insicurezza e quindi da salute o da patologia. Nella costruzione di itinerari di sviluppo connotati da sicurezza, le competenze dell'adulto (in termini di sensibilità e responsività genitoriale e di libertà nel proprio “stato mentale”) tendono ad assumere maggior rilievo rispetto alle caratteristiche atipiche, temperamentali e neurobiologiche del bambino.

Delle consapevolezze, acquisite in tutti questi anni di lavoro, cosa metterebbe in evidenza?

Gradualmente abbiamo imparato a leggere i sintomi del bambino collocandoli all'interno delle sue relazioni d'attaccamento e del suo contesto di vita. Abbiamo imparato a collocare la coppia genitoriale, fin dalle prime fasi d'assessment, al centro dell'attenzione terapeutica, nel suo rapporto col bambino da un lato e con la propria storia dall'altro. Abbiamo imparato a strutturare i formati del setting terapeutico in modo flessibile e variegato in funzione delle risorse e dei vincoli familiari, potendo prevedere momenti d'interazione con l'intero sistema familiare, fasi di lavoro individuale col bambino, interventi sulla relazione madre-bambino, sedute con entrambi i genitori come coppia genitoriale (o con uno di essi).

La competenza genitoriale viene ad essere un elemento importante nella prevenzione di molti disturbi dei minori. Cosa potrebbe essere fatto per potenziarla?

Io ritengo che il futuro del lavoro psicologico in età evolutiva sia rappresentato proprio dalla implementazione di sempre più efficaci modelli di valutazione e supporto alla genitorialità, nella sua duplice funzione, educativa ed affettiva. Nel volume che ho recentemente curato su questi aspetti con Francesca Lionetti (*F. Lambruschi e F. Lionetti, “Genitorialità: Strumenti di Valutazione e Interventi di Sostegno”, Carocci Editore, 2015*), in effetti, abbiamo voluto porre proprio questo problema al centro dell'attenzione degli operatori dell'età evolutiva.

E' nella relazione con le figure primarie d'attaccamento che si organizza il Sé del bambino, fin dalle prime fasi di vita. Ecco perché un adeguato assessment della genitorialità è così importante: individuarne precocemente eventuali vulnerabilità e fattori di rischio rappresenta il primo passo per sostenere la genitorialità stessa in modo efficace e, indirettamente, promuovere l'adattamento e l'armonico sviluppo del bambino.

Come già abbiamo accennato, le possibilità di intervento in questo stimolante ambito clinico sono ormai innumerevoli, dai più tradizionali programmi di Parent Training fino alle tecniche basate sulla teoria dell'attaccamento e alle più innovative procedure di videofeedback, in cui, rivedendo in modo vivido e attivante se stesso in relazione col proprio figlio, in un contesto empatico e non giudicante, il genitore può acquisire quote sempre più elevate di autoriflessività e di consapevolezza del proprio funzionamento interpersonale e delle proprie risorse in termini di sensibilità e responsività verso i bisogni del proprio figlio.

2 febbraio 2017