

Genitori e bambini, nuovi bisogni

I BAMBINI E I LORO GENITORI HANNO BISOGNI DIVERSI RISPETTO AL PASSATO E NELL'OCCUPARSI DI LORO È NECESSARIA UNA RIVISITAZIONE DEI MODELLI DI INTERVENTO COLLAUDATI. LE RECENTI ESPERIENZE DI PSICOTERAPIA E COUNSELLING RIPORTATE VENGONO PROPOSTE COME SPECCHIO DI SITUAZIONI CHE IL PROFESSIONISTA SEMPRE PIÙ FREQUENTEMENTE SI TROVA AD AFFRONTARE.

Cristina Capoferri *
Psicologa, psicoterapeuta

ALCUNE ESPERIENZE

Rory e Lorelai

Da qualche tempo le mie piccole pazienti, tra i 9 e i 13 anni di età, mi raccontano, intrigate, le vicende di Rory e di Lorelai, rispettivamente figlia e madre, protagoniste della serie televisiva *Una mamma per amica*.

Negli episodi che da qualche anno vengono proposti, è evidente che la mamma è "bambina". Ha modalità immature nel gestire le relazioni, è impulsiva, non elabora, agisce, mentre la figlia, saggia e riflessiva, le fa da mentore.

Quando, negli incontri di restituzione, parlo con le mamme di queste ragazzine, e accenno alla passione per il telefilm, i commenti sono: "Lo vedo anch'io, piace anche a me", "Siamo noi, io e Lea (la figlia), siamo così", "Noi due". Sono compiaciute, nessuna riflessione sull'inversione dei ruoli, che non viene percepita.

Lea e Giovanna

Un tempo, e ancora oggi, le mamme leggevano i diari di figli, poi gli Sms sui cellulari, per controllarne la vita. Il lavoro con loro era, ed è, di riflessione sui confini, sulla crescita, sull'autonomia: percorsi con persone ansiose, in difficoltà nel loro ruolo, ma che portavano, e portano, domande genitoriali. Un episodio, per spiegare che cosa capita di osservare sempre più spesso: seduta di terapia con Lea, 13 anni; c'è un compagno di classe che la tempesta di Sms; ieri, i messaggi continuavano ad arrivare, la mamma li leggeva, ma Lea non è contrariata per questo, rispondeva, e nemmeno per questa invasione la ragazzina è arrabbiata, ma è seccata perché

era sbagliato il tenore della risposta.

Le ricordo quando sono arrivate nel mio studio un anno fa: mamma e figlia, sembravano due bambine; andavano in bagno insieme, come compagne di scuola, nei momenti di complicità. Ora hanno comprato una borsa in comune, fanno metà e metà nell'usarla. La mamma non ha portato alla terapeuta domande genitoriali, né la consapevolezza di aver bisogno di lavorare su sé stessa.

Negli incontri di restituzione, il lavoro sarà accompagnare quest'altra "bambina" a cercare un posto per sé, per i suoi bisogni inascoltati. A interrogarsi sul suo ruolo di mamma ancora non ce la fa, è troppo per lei, e intanto la figlia cresce, con gli attacchi di panico.

Marta, la maestra

Un colloquio di counseling psicologico, in una Scuola dell'infanzia: un'insegnante mi porta una situazione che l'ha messa in difficoltà. I genitori di una bimba della sua sezione, tre anni non ancora compiuti, sono separati. La mamma chiede un colloquio con la maestra, manifesta il suo malcontento nei confronti dell'ex marito, che a suo parere dovrebbe occuparsi di più della bambina. L'insegnante, coinvolta nella cosa, chiama il padre, che ha una nuova compagna e un figlio di quattro mesi, e alla fine di un colloquio difficile viene a sapere che la mamma ha fatto una scelta omosessuale, e che ora vive con la sua compagna e con la bambina. L'insegnante pone il problema, perché non sa come gestire le cose con due genitori, che in tre anni hanno fatto scelte importanti e non portano domande, relative al proprio ruolo in una situazione complessa e al loro rapporto con la figlia, né

a scuola, né allo sportello di *counselling*, né in altri *setting*.

Carla

Carla ha 30 anni, il suo bambino quattro, è sposata da sei. Arriva allo studio di psicoterapia con il figlio, inaspettatamente, poiché gli accordi non prevedevano la sua presenza. Parla a raffica del suo innamoramento per un uomo, uno dei tanti conosciuti in *chat*, con i quali ha anche fugaci incontri galanti. Il bambino gioca nella stanza adiacente: le porte sono aperte. Carla non filtra ciò che dice, la terapeuta osserva: "Il bambino sente", "Sì, sente", risponde lei, e continua a parlare con foga del suo amore virtuale. Mi chiedo perché sia venuta. Che bisogno porta? Quale la domanda? Non la formula, ma l'agito mi dice che sta chiedendo aiuto. Per sé? Per entrambi? Non si alza per guardare il bambino, neppure quando si sentono rumori sospetti. È la terapeuta che va da lui, è lui che a tratti si avvicina. La madre lo ascolta distrattamente e continua a parlare. Il lento lavoro, ancora in corso, è nella direzione di accompagnarla a fermarsi, a pensare, a capire i bisogni, a formulare domande, per individuare poi i *setting*, e le proposte di percorso.

IL LAVORO CON I GENITORI: MODALITÀ DI INTERVENTO

Situazioni diverse, portate a operatori diversi, che hanno in comune la predominanza dello stato dell'Io Bambino¹ dei genitori, confusi, iperattivi, spesso spaventati, peraltro molto competenti e adeguati in altri ambiti, specie in quello professionale, e che chiedono una rivisitazione delle modalità d'intervento consuete.

"Anche nelle situazioni nate con l'intento esplicito di aiutare i genitori, questi ultimi sono spesso vissuti come una controparte da attaccare, dalla quale difendersi, da criticare o da investire con una serie infinita di consigli, codici di comportamento, riflessioni, critiche e così via. Nelle scuole, nei reparti pediatrici degli ospedali, e in altre istituzioni simili, risulta molto più facile e naturale per gli operatori sentirsi vicini ai bambini, ai figli, che non ai genitori, verso cui è, invece, spesso presente un'ostilità sotterranea e inconscia. Ci si accosta ai genitori perché è necessario, ma raramente si riesce a restare con loro su un piano psichico profondo. Il risultato è che i genitori si sentono lontani da tutti, soli nel loro dolore, e in più in colpa perché non sufficientemente competenti e all'altezza dei loro compiti" (Neri, Latmiral, 2007).

Sono soli, e questa è una condizione

che oggi si incontra frequentemente, e che fa pensare, che pone domande a chi si occupa della relazione di cura, da ricordare nel momento in cui si imposta il piano di intervento, un piano in cui si possa “restare con loro”, almeno per un po’.

Nel campo della psicoterapia infantile, il lavoro con i genitori ha una lunga storia. Da tempo i vari indirizzi hanno messo a punto teorie e interventi circa il loro coinvolgimento nel percorso con il bambino, volti a sostenere il processo di attaccamento. Già dal 1920, Hug-Hellmuth, allieva di Freud, tiene in considerazione quanto l’esclusione dei genitori dal trattamento del bambino, possa generare in loro sentimenti angosciosi e frustranti. Lo stesso Winnicott (1971) descrive consultazioni con i genitori.

Esperienze di psicoterapia madre e figlio vengono riportate da Mahler, Måle, Fraiberg, Lebovici e Stern. Anche i lavori di Cramer e di Palacio Espasa vanno in questa direzione, nella convinzione che la problematica del bambino è legata a quella dei genitori.

Molto si è discusso e sperimentato sugli altri possibili *setting* per il lavoro di sostegno alla genitorialità, con il terapeuta del bambino, con un collega, in un *setting* parallelo.

Nei diversi approcci, il lavoro con i genitori vede, dunque, diverse modalità e procedure, dal coinvolgimento nella seduta all’intervento sulla funzione genitoriale, alla terapia familiare.

Nella letteratura dell’Analisi transazionale, Clarkson (1988) considera le categorie dei problemi dei bambini riconducibili a tre sottosistemi: il bambino come persona, il sistema familiare, il sistema socio-culturale; interconnessi all’interno di un sistema più vasto e universale, che è la vita stessa del bambino.

Di conseguenza, le forme di intervento possono variare, dalla terapia individuale alla terapia madre-bambino, alla terapia familiare. Come orientamento generale per il trattamento, ritiene che prima vada individuato il sottosistema in cui il disagio sembra più forte, suggerisce poi come criterio l’elasticità: intervenendo su una componente del sistema se ne possono modificare altre o il sistema stesso.

Nella terapia madre-bambino, Clarkson vede per il terapeuta la possibilità di osservare la coppia e la relazione. Le reazioni dell’analista verso il bambino possono essere per la mamma un modello, il piccolo si sente supportato nell’affrontare i propri problemi.

Esiste una correlazione tra la formazione dello stato dell’Io Genitore del bambino e quella dei genitori reali. I colloqui periodici e le sedute a tre

possono quindi essere pensati come momenti formativi e di crescita per tutti, poiché “la metafora del figlio che prende supinamente ciò che i genitori danno o che è mancante, il meccanismo berniano del copione² improntato nel Bambino del figlio è ormai superato. I vettori hanno un doppio senso. Così possiamo dire che i figli sono tra i maggiori formatori dei genitori” (Giovannoli Vercellino, 1996).

Si mette in atto nella terapia con il bambino in generale, e in questo tipo di *setting* in particolare, una genitorizzazione diffusa: il terapeuta si occupa delle due generazioni, fornendo nutrimento, modelli e stimoli ai bambini e, di conseguenza, ai genitori e, viceversa, in un luogo dove tutti trovano un’accoglienza, dove vivono esperienze concrete, dove ricevono calore.

Nella mia prassi, il lavoro nella terapia con il bambino prevede una fase iniziale, contrattuale, con i genitori, per la definizione del *setting*, degli incontri, dei tempi, delle modalità di intervento. Seguono poi cicli di cinque o sei sedute con il bambino, intervallati da incontri con i genitori, che in questo modo “diventano parte attiva del processo terapeutico: utilizzano il diritto di parola, sono stimolati a informarsi, vengono incoraggiati a riflettere sul proprio vissuto, a ripristinare o aprire un dialogo” (Sichem, 1991). È una modalità rispettosa del ruolo di ognuno, si basa su interazioni Adulte, crea un’area di *partnership* condivisa, in cui ognuno porta risorse e punti di vista, passaggi di informazioni: un’Alleanza terapeutica collettiva (Munari, 2003).

Pare che oggi questi momenti richiedano più attenzione, più tempo, che forse deve essere dilatato soprattutto in fase preliminare: il quanto, il come, a seconda delle situazioni, poiché i genitori hanno bisogno di altro, di qualcuno che accolga e contenga la loro confusione e le loro ansie, non si tratta più solo di sostegno alla relazione diadica e alla genitorialità.

Il terapeuta deve anche accogliere e contenere i loro spaventi e le loro ansie, oltre che creare alleanze, e costruire e proteggere il *setting* del piccolo paziente, come era solito fare.

Per l’intervento sui bisogni del genitore, nel panorama dell’Analisi transazionale, Mastromarino (1991), offre spunti creativi, rielaborando la teoria di Levin (1982). Sottolinea quanto sia importante per loro essere consapevoli dei propri bisogni, in modo da rispondervi senza caricare i figli di questo compito: “Avere un figlio è ritornare, come in un *flashback*, ai bisogni e alle angosce dell’età in cui si trova il figlio, e

questo può essere doloroso. Se i genitori riconoscono questi bisogni per quello che sono, hanno l’opportunità di affrontare i problemi originali e di trovare una soluzione migliore di quella trovata nel passato. Come persone cresciute possono sentire, scoprire e soddisfare i propri bisogni [...] È necessario che i genitori prestino attenzione ai bisogni del proprio stato dell’Io Bambino e si nutrano, se vogliono avere l’energia necessaria per prendersi cura dei figli” (Mastromarino, 1991).

Nei corsi di formazione per neogenitori, questo era, ed è ancora, un percorso che si faceva e si fa in gruppo nelle scuole, nei servizi per l’infanzia, è un lavoro di consapevolezza che piace e dà i suoi frutti. Questo tipo di proposta può essere trasferita anche nel *setting* individuale o di coppia, quando le difficoltà sono transitorie, relative al bisogno di riacquistare fiducia nelle proprie capacità genitoriali, alla riflessione sul proprio modo di essere, troppo ansioso, troppo arrabbiato, troppo normativo.

Nelle situazioni a cui penso mentre scrivo, questo lavoro va amplificato, perché il Bambino che irrompe nella stanza dell’analisi o del *counselling*, è lo stato dell’Io di una persona che non chiede e non si fa delle domande perché in difficoltà nel suo ruolo, ma è bloccata nell’agitazione e nello spavento, inconsapevole dei propri bisogni.

POSSIBILI DIREZIONI DI LAVORO

Come incontrare il genitore oggi è un nuovo problema che si pone anche a livello sociale. Ricorrono temi di copione fragile, in modo più accentuato di quanto non fosse un tempo.

Con genitori troppo angosciati, e troppo angosciati, confusi e confusivi, “piccoli”, che non riescono a fare contratti Adulti, a collaborare ad Alleanze terapeutiche collettive, l’intervento diventa lavorare, spesso a lungo, per orientarli verso un percorso su di sé, accompagnarli, prendendosi cura, a

Note

* Collabora con il Servizio di consulenza psicologica per immigrati della Cooperativa sociale Terrenuove e con il Centro di Psicologia e Analisi transazionale di Milano.

1 “L’oggetto primario dell’Analisi transazionale è lo studio degli stati dell’Io: coerenti sistemi di pensiero e di sensazioni che si manifestano attraverso corrispondenti modelli di comportamento”. Nello stato dell’Io Genitore noi incorporiamo i messaggi genitoriali provenienti dall’esterno. “Lo stato dell’Io in cui l’individuo giudica oggettivamente il suo ambiente, e valuta le sue possibilità e le sue probabilità di riuscita [...] viene chiamato Adulto. Ogni individuo ha dentro di sé un bambino o una bambina che sente, agisce, parla e reagisce proprio come quando il soggetto era di fatto un bambino [...] è quello che chiamiamo il Bambino” (Berne, 1979).

2 Il copione è “un piano di vita che si basa su una decisione presa durante l’infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli avvenimenti successivi e che culmina in una scelta decisiva” (Berne 1979).

prendersi cura del proprio stato dell'Io Bambino, per potersi poi prendere cura dei propri figli: una sorta di "contagio", che chiede spazio e tempo.

Quali le scelte operative in questi casi? Come salvaguardare lo spazio terapeutico del bambino? Che cosa è sostenibile per tutti? Un accompagnamento per elaborare la domanda, per poi rivolgersi in un altro *setting*? Un lavoro preliminare alla terapia con il bambino? L'inserimento nelle sedute? Un accompagnamento intensivo, parallelo, con lo stesso terapeuta?

Io, ad oggi, preferisco salvaguardare la terapia individuale con il bambino, e mantenere il legame con i genitori, ampliando le frequenze e i tempi degli incontri rispetto al passato, perché "prima ancora di poter capire il bambino, c'è bisogno di restaurare la caduta di pensiero di genitori dominati dall'angoscia" (Vallino, 2004).

Di particolare interesse circa questo tema è la raccolta di saggi *Il lavoro con i genitori* (Tsiantis et al., 2002), nella quale Green, riportando la sua esperienza all'Anna Freud Center, osserva che "sebbene possano esserci dei temi che emergono comunemente nel lavoro con i genitori, alla fine il punto di partenza clinico per l'operatore è definito dalla posizione del genitore" (Green, 2002).

C'è qualcosa di intrinseco alla condizione di essere madre e di essere padre, che può rendere le persone psicologicamente disponibili al cambiamento. La letteratura ci fornisce molti esempi riguardo alla capacità di cambiamento che è radicata nella consapevolezza di essere genitore. Fraiberg (1980) descrive lo stato delle cose per quanto riguarda l'aspetto della speranza: "Il neonato (sebbene ciò possa essere esteso anche al bambino) può agire da catalizzatore. Egli fornisce una forte spinta verso cambiamenti positivi nei suoi genitori. Rappresenta le loro speranze e i loro desideri più profondi: sostiene il rinnovamento del Sé: la sua nascita può essere vissuta come una rinascita psicologica per i suoi genitori [...] I bambini possono creare e offrire una speranza riparatrice ai loro genitori, che desiderano trattare i propri bambini meglio di quanto siano stati trattati loro. Sebbene ciò possa, naturalmente, produrre l'effetto opposto, sembra che sia importante che esista il desiderio di essere un genitore sufficientemente buono e che tale desiderio alimenti l'alleanza terapeutica. Di conseguenza, sembrano esserci molte forze che ci sostengono quando lavoriamo con i genitori. Ciò nonostante, le motivazioni positive manifeste possono anche coesistere con desideri, sentimenti e impulsi

'distruttivi' latenti.

Nella visione della Fraiberg, nel complesso è necessario che gli aspetti progressivi dello sviluppo del bambino siano sufficientemente investiti da parte dei suoi genitori.

Nello studio sopra citato, Green osserva che alcune persone funzionano molto bene nelle relazioni lavorative e adulte, ma trovano difficoltà negli aspetti connessi all'essere diventati madre e padre; riporta gli studi di Furman (1966) che collocano la genitorialità in uno stadio evolutivo del ciclo della vita. Quindi la domanda diventa: come lavorare al contempo con le forze propulsive e progressive della crescita, e con le fatiche di quei genitori che in questa fase evolutiva della loro vita ci stanno faticosamente?

"Di solito, la fase iniziale del lavoro con i genitori si concentra su un aspetto che si ritiene possa risvegliare la loro consapevolezza emotiva nei confronti del bambino, consentendo l'inizio di una riflessione sulla relazione con lui" (Green, 2002).

È stimolante anche il punto di vista di Horne (2002): "Il lavoro con i genitori si avvale di un approccio che promuove nel genitore, o in chi si occupa del bambino, un atteggiamento di curiosità nei confronti del bambino e del proprio ruolo in quanto genitore, al fine di rafforzare le funzioni genitoriali".

L'attenzione del terapeuta sarà molto indirizzata alla centralità della relazione genitore-bambino, che "ha bisogno di essere tenuta in mente dal terapeuta, e l'atteggiamento terapeutico deve essere caratterizzato da un profondo rispetto per tale relazione nella sua complessa mutualità" (Green, 2002).

I contributi sopra riportati evidenziano alcuni aspetti fondamentali, che costituiscono, a mio parere, possibili piste di lavoro: la scoperta della potenza rigeneratrice dell'aver un figlio, il lavoro sul risveglio sia di una riflessione sul bambino sia della curiosità nei suoi confronti, il ruolo del terapeuta che tiene nella mente la relazione, ma anche il genitore e il bambino come singoli individui, aggiungerei io, perché ognuno ha bisogno di essere pensato. Cercare un posto nella mente per il proprio bambino richiede una fase per preparare la mente del genitore.

Una possibile strada viene delineata anche nell'introduzione del recente e ricco saggio *Uno spazio per i genitori*, dove Neri e Latmiral (2007) sottolineano la necessità di accogliere la sofferenza dei genitori, di offrire loro uno spazio di condivisione, di ospitalità più che di aiuto: "Aiutare i genitori a riconoscere e ad assumersi la propria

sofferenza, da un lato consente loro di riconoscere e individuare la sofferenza del bambino, dall'altro libera i figli da una sofferenza che non appartiene loro, che non possono elaborare e che, pertanto, li imprigiona".

Dunque uno spazio che ospiti, accolga e contenga il Bambino del genitore, direbbero gli analisti transazionali, che energizzi l'Adulto, per avviare un percorso che vada ad attivare il Genitore, per sé e per i propri figli.

Il gruppo Aippi di Roma, nello stesso volume, sottolinea l'importanza di adottare un *setting* flessibile e particolarmente attento ai primi incontri. È spesso utile prolungare il tempo iniziale di ascolto dei genitori, per consentire loro di esprimersi, e per accogliere domande e bisogni inespressi, per favorire lo sviluppo di quella funzione riflessiva che trasformi "una situazione nuova, quale è quella della consultazione, percepita come ansiogena e persecutoria, in un'esperienza di accoglienza che attivi progressivamente nuove possibilità di pensiero e di rappresentazione" (Fabro, Fondi, Lana, Lombardo, Quagliata, 2007).

Aspetto sottolineato anche da Vallino (2007), nel suo lavoro sulla Consultazione psicanalitica partecipata: ³ "Il mio compito nella Consultazione è, prima ancora di poter 'capire' il bambino, tentare di restaurare la caduta di pensiero di genitori dominati dall'angoscia". L'esperienza della Consultazione partecipata viene vista come utile preparazione alla psicoterapia.

E i bambini? "I bambini si aspettano dalla mia presenza e dalla mia testimonianza di poter essere rimessi in contatto con il loro genitori" (*ibidem*).

Ricorre, in tutti i contributi sopra citati, l'evidenza del bisogno di restaurare il legame mentale nella famiglia, poiché "Non essere più pensato dall'Altro, non essere più vivo nella mente dell'Altro, è la sofferenza specifica, quotidiana e frequente che tocca vivere ai bambini ed ai genitori che perdono la capacità di comprendersi, evenienza presente in tutte le patologie dell'infanzia. Bambini che usano correntemente il linguaggio spesso non sanno riferire ciò che soffrono, dire le loro paure, ma anche la loro volontà, e usano il sintomo. Nel bambino incarcerato nel sintomo, che è complesso e variegato, si intravedono fantasmi non elaborati, paure inesprese: la 'pregnanza' del sintomo sostituisce l'assenza di immaginazione; è impedito l'uso pieno delle capacità di giocare, disegnare, e raccontare. Il bambino incarcerato nel sintomo mi appare costretto senza via d'uscita e ripetere una domanda che non trova risposta nei genitori. I suoi pensieri non sono

pensati da nessuno, sono Pensieri senza Pensatore, direi con Bion, pensieri in cerca di dimora in una mente adulta che li accoglia" (*ibidem*).

Da questo rapido *excursus* tra i contributi sull'intervento con i genitori, emergono alcuni aspetti di grande interesse che, già di per sé, costituiscono delle opzioni d'intervento: un aumento dei tempi per i genitori all'interno della consultazione con il bambino, l'ampliamento dell'ascolto, la creazione di un luogo in cui qualcuno, il terapeuta, resti con i loro, per il tempo necessario a capire, a pensare, a indirizzarsi.

"Al di qua della responsabilità c'è la solidarietà, al di là c'è l'ospitalità" (*Il libro dell'ospitalità*, Edmond Jabès, in Norsa, 2007).

Bibliografia

Berne E., *Ciao! ...e poi?*, Bompiani, Milano, 1979.

Clarkson P., *Sistemic Assesment and treatment Considerations in AT Child psychotherapy*, in "Transaccional Analysis Journal", 18,2, 1988

Fabro, Fondi, Lana, Lombardo, Quagliata, Il lavoro di consultazione con genitori di bambini in età di latenza, in *Uno spazio per i genitori*, Quaderni di Psicoterapia infantile, Borla, Roma 2007.

Fraiberg S., "The First Year of Life", in id. (a cura di), *Clinical Studies in Infant Mental Health*, Basic Books, New York, 1980.

Furman E., "Parenthood as a Developmental Phase", Paper presented at the first scientific meeting of the Association for Child Psychoanalysis, Topeka, KS, 1966.

Giovannoli Vercellino C., "Formazione del Genitore e formazione dei genitori", *Rivista italiana di Analisi Transazionale*, 30, 1996.

Green V., "Uno spazio terapeutico per ricreare il bambino nella mente dei genitori", in Tsiantis et al., 2002.

Horne A., "Mantenere il bambino nella mente: riflessioni sul lavoro con i genitori dei bambini in terapia", in Tsiantis et al., 2002.

Levin P., "The cycle of development", *Transactional Analysis Journal*, 12, 2, 1982.

Mastromarino R., "Permessi e bisogni dei genitori e dei consulenti nella relazione terapeutica", *Polarità*, vol. 5, 2, 1991.

Munari Poda D., "Da lontano era un'isola", *Quaderni di Psicologia e Analisi Transazionale*, 40, 2003.

Neri N., Latmiral S., "Introduzione", in *Uno spazio per i genitori*, Quaderni di Psicoterapia infantile, Borla, Roma, 2007.

Norsa D., "Disfunzioni della genitorialità e ansie riparative", in *Uno spazio per i genitori*, Quaderni di Psicoterapia infantile, Borla, Roma, 2007.

Sichem V., "Le multicontrat en thérapie d'enfants", *Actualités en Analyse Transactionnelle*, XV, 60, 1991.

Tsiantis J., Boethious S. B., Hallerfors B., Horne A., Tischler L., *Il lavoro con i genitori*, Quaderni di Psicoterapia infantile, Borla, Roma, 2002.

Vallino D., "La Consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza dell'analisi", in *Uno spazio per i genitori*, Quaderni di Psicoterapia infantile, Borla, Roma, 2007.

Winnicott D. W., *Colloqui terapeutici con i bambini*, Armando, Roma, 1974.

Note

3 La Consultazione partecipata e prolungata, sperimentata da Vallino con bambini da zero a tre anni, ma anche a volte con bambini più grandi, fino ai dodici anni, è un'estensione dell'*Infant observation* alla clinica infantile, prevede sedute ripetute nel tempo, in cui i genitori partecipano con l'analista ai giochi del figlio, per poi discutere con l'analista il significato comunicativo ed evolutivo del comportamento del bambino.

Lotta a povertà e malattia con il monitoraggio

NEI CASI DI AIDS SONO SPESSO COMPRESI MALATTIA E POVERTÀ. ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO SOCIOSANITARIO È POSSIBILE RIDURRE I DANNI DI CHI RISCHIA DI PERDERE CHANCE VITALI. LO STUDIO PRESENTATO È RELATIVO AD UN MONITORAGGIO DI UN'UTENZA INSERITA IN CINQUE CASE FAMIGLIA DELLA REGIONE LAZIO.

Mariagloria Pezzaldi *

Assistente sociale, Inmi L. Spallanzani
Ircs, Roma

Questo studio si pone l'obiettivo di unire la teoria con la pratica, come contributo nel ridurre il "divorzio tra concetti e fatti, tra base empirica e impianto teorico" (Moro, 2005).

L'Aids è la malattia dove il virus è riuscito a cambiare il mondo, i comportamenti, il corso della storia e l'economia di molti Paesi.

L'Africa è il continente dove alla massima diffusione dell'Aids tra la popolazione corrisponde la minima possibilità di affrontare il problema attraverso le terapie disponibili. Su un totale di 40,3 milioni di persone malate nel mondo, 25 milioni vivono in Africa.

L'Unione Europea si è assunta l'impegno di intensificare gli sforzi per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale entro il 2010, come applicato dal Consiglio Europeo di Lisbona nel marzo 2000, dove si è affermato, tra l'altro, che i mezzi socio-economici devono essere orientati all'attuazione e più visibili, affrontando, nel contempo, le forme estreme di emarginazione.

La Commissione Europea (2005) ha invitato le organizzazioni della società civile a partecipare a un Gruppo di studio sull'Hiv/Aids, che ha istituito un Forum della società civile, riunitosi per la prima volta nel settembre 2005.

Il Forum è un gruppo di lavoro informale che ha lo scopo di facilitare la partecipazione delle organizzazioni non governative, comprese quelle che rappresentano le persone affette da Hiv/Aids, all'elaborazione e all'attuazione delle iniziative e alle attività di scambio di informazioni. Pertanto, al Forum partecipano 30 organizzazioni di tutta Europa, che rappresentano diversi settori di attività per l'attuazione e il

monitoraggio delle iniziative sia all'interno dell'UE sia in altri Paesi europei.

Per la Commissione Europea, i servizi sociali dei vari Paesi dovrebbero essere integrati il più possibile con i servizi sanitari e prestare particolare attenzione ai gruppi particolarmente vulnerabili.

L'AIDS IN ITALIA

In Italia in questi anni il quadro dell'epidemia è nettamente cambiato (Cnesps, 2006):

- nei primi anni '80, il 93% delle persone che si scopriva sieropositiva era tossicodipendente o aveva alle spalle una storia di droga;
- nella prima metà degli anni '90, si era in piena "emergenza Aids", della malattia si conosceva ancora poco e le morti erano in costante aumento;
- oggi il gruppo più consistente, il 34,3%, è rappresentato da persone infettatesi per via eterosessuale;
- ogni anno, 4.000 persone, tutte di età inferiore ai 50 anni, contraggono il virus; nel 2005 i sieropositivi sono fra i 110.000 e i 130.000, 21.000 sono in Aids conclamato, la metà dei quali è resistente alla terapia antiretrovirale.

Secondo i dati dell'Unaid, presentati alla XVI Conferenza mondiale sull'Aids, svoltasi ad agosto 2006 a Toronto, nel 2005:

- le persone sieropositive nel mondo sono 39 milioni;
- circa 4 milioni di persone hanno contratto il virus e 2,8 milioni sono morti di Aids;

Note

* Estratto dalla tesi finale per la Laurea magistrale in Management del servizio sociale a indirizzo formativo europeo presso l'Università degli studi Roma Tre (dicembre 2006).