

RELAZIONI PRECOCI, CURE PRIMARIE E AMBIENTI DI CURA*Editoriale*

Il tema che fa da filo conduttore di questo Quaderno sono le cure che il bambino riceve prima all'interno del suo ambiente natale, protetto dalle cure "materne" e successivamente, nelle situazioni di bisogno psicologico oppure biologico, all'interno del setting psicoterapeutico e in un contesto particolare quale è l'ospedale. Seguiremo il bambino nello sviluppo della sua mente, dall'ambiente primario all'ambiente ospedaliero e come questo possa trasformarsi in contenitore delle angosce legate al corpo malato.

Iniziamo il nostro viaggio con **René Roussillon**, uno dei massimi pensatori della psicoanalisi francofona che ci guida nella comprensione del concetto di "materno primario" in un'epoca in cui "Le cure sono anche "messaggeri", il corpo a corpo primitivo, nella sua modalità relazionale specifica, trasmette al bambino una certa rappresentazione di ciò che lui è per la madre o per la persona che viene definita con il nome generico di "care giver". Ormai sappiamo che il neonato nutre delle aspettative nei confronti dell'ambiente e dunque all'interno del concetto di "materno primario" è possibile riscontrare alcune caratteristiche fondamentali: ricettività, adeguamento dell'oggetto materno, una terza caratteristica riguarda quanto ci sia di inevitabilmente seduttivo nell'oggetto materno. Una quarta caratteristica dell'aspettativa del bambino nei confronti del materno primario riguarda la funzione di "specchio primario". Infine l'autore rivolge la sua attenzione sulla funzione simbolizzante del materno primario e riprendendo Bion e Winnicott, sottolinea come l'attività psichica materna contribuisca all'emergere della funzione di trasformazione e alla funzione riflessiva del bambino, due funzioni essenziali allo sviluppo della funzione simbolizzante di quest'ultimo.

Seconda tappa del nostro viaggio è il contributo di **Cristina Riva Crugnola** che da una prospettiva leggermente differente prende in considerazione la comunicazione affettiva intercorrente tra il bambino e i suoi *caregiver* alla luce delle recenti ricerche della psicologia dello sviluppo, considerandone il duplice aspetto, di condivisione intersoggettiva e di regolazione emotiva, volta alla costruzione di legami di attaccamento. Viene inoltre sottolineata l'importanza di tali forme intersoggettive e di regolazione emotiva per il successivo sviluppo socio-emotivo del bambino, anche a livello di traiettorie evolutive a rischio. Nella parte finale viene considerata la trasferibilità di alcuni dei costrutti considerati nel campo dell'intervento clinico psicoanalitico.

Un ulteriore e importante contributo di approfondimento a queste tematiche ci è fornito da **Rosario Montiroso** che utilizzando le conoscenze derivate dall'*infant research* segnala che "la relazione precoce tra un adulto e un bambino è il più fondante esempio della capacità di prendersi cura di un altro essere umano che implica sofisticate forme di coordinazione relazionale. In questo contesto si dipanano conoscenze implicite che si intrecciano per tessere la processualità intersoggettiva e la co-costruzione di significati diadici. Molti di questi *saperi impliciti* sono profondamente radicati nell'evoluzione umana e nelle funzioni del sistema nervoso centrale Sulla base di evidenze

provenienti dagli studi di neuroscienze sociali dello sviluppo, dall'antropologia evoluzionistica e dall'etologia l'articolo si propone di offrire una panoramica su alcuni dei meccanismi che consentono il dispiegarsi dei processi intersoggettivi tra l'adulto e il bambino nel corso del primo anno di vita". Questo lascia supporre che fin dalla nascita gli individui siano in possesso di un bagaglio di conoscenze tacite e "celate" nel comportamento che si potrebbero definire *saperi impliciti* e che permettono al bambino di avviare, mantenere e modulare gli scambi interattivi la precoce capacità del neonato di "orientarsi" verso l'adulto può essere concepita come uno di questi *saperi impliciti* al servizio dell'interazione".

La relazione di Montiroso è stata seguita dalla presentazione di una coinvolgente situazione clinica da parte di **Annalisa Gentile** volta a evidenziare nella dimensione terapeutica la co-regolazione e la co-creazione dei significati interattivi nella relazione precoce madre-bambino.

Con Annalisa Gentile si può dire che abbiamo cambiato setting. Dalle riflessioni psicoanalitiche, dagli studi e dalla ricerca sull'osservazione siamo passati nel "laboratorio" della stanza di terapia dove ci tocca occuparci di quelle situazioni in cui qualcosa nelle relazioni primarie non ha funzionato e la mente del bambino è in sofferenza.

Restiamo in questo ambiente con **Paola Morra** che ci coinvolge nel racconto della vicenda terapeutica di "una bambina di cinque anni sofferente di anoressia dall'epoca dello svezzamento. Il sintomo è analizzato in rapporto alle vicende evolutive della bambina ed alla psicopatologia familiare, con particolare attenzione a quanto emerso nella relazione di transfert. Esso è interpretato come reazione post-traumatica ad un lutto materno ed è inoltre posto in relazione con due dati strutturali riguardanti la famiglia. Il primo consiste nell'evitamento collusivo della consapevolezza di morte; il secondo nella difficoltà a gestire relazioni triangolari a causa di importanti angosce di intrusione ed esclusione. Si suggeriscono possibili analogie fra questo caso e quanto osservato in alcune anoressiche adolescenti e nelle loro famiglie".

Cambiamo ancora setting e ci portiamo in un luogo dove la sofferenza mentale del bambino è in qualche modo subordinata alla sofferenza del corpo, e dove primariamente è di questo che ci si prende cura. Sto parlando dell'Ospedale. Un luogo che spesso non si occupa del "mentale" dei ricoverati, ma che in alcuni luoghi "illuminati" sembra potere lasciare spazio a un intervento che, occupandosi anche della dimensione mentale della sofferenza corporea, tiene insieme la "persona" del paziente.

L'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente ha organizzato una giornata di studio dedicata allo "psicologo clinico in ambito ospedaliero di fronte alla malattia". Abbiamo così raccolto numerosi contributi di Soci che lavorano in questo ambiente. Nominiamo i colleghi che, a vario titolo, hanno contribuito alla riuscita dell'evento:

Eleonora Boni, Wally Capuzzo, Claudia Cavatorta, Francesca Ciotti, Sara Cirillo, Maria Iole Colombini, Valentina Cossutta, Roberta Longaretti, Claudia Pini, Daniela Paronetto, Elena Pizzi, Nicoletta Santilli Marcheggiani, Emanuela Schivalocchi, Rosangela Taulaigo.

La premessa da cui siamo partiti è che "l'approccio ai concetti antitetici di salute e malattia si è aperto, negli ultimi anni, ad una profonda trasformazione. Dall'ottica tradizionale, focalizzata sul buono/cattivo funzionamento del corpo, si è passati a considerare la salute una dimensione che include il benessere, l'armonia con se stessi e gli altri, l'equilibrio psico-fisico, mentre la malattia è un'assenza parziale o totale di tutto questo. La ricaduta sulla pratica clinica ospedaliera di tale

trasformazione è rappresentata dallo spostamento da un'attenzione quasi esclusiva per la malattia come alterazione del funzionamento del corpo ad una visione più ampia, che tiene conto della persona, del suo rapporto con l'ambiente, delle sue risorse di adattamento. E' in questa prospettiva che gli operatori ospedalieri che si occupano della salute dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno da tempo avvertito l'esigenza di integrare i loro interventi clinici con la collaborazione dello psicologo in ambito pediatrico. Il seminario si è proposto di entrare in contatto con esperienze di approfondimento psicologico in diversi contesti ospedalieri in cui soggetti in età evolutiva, affetti da malattia cronica o transitoria, devono affrontare diversi percorsi di cura.

Le comunicazioni in programma vertevano, in particolare, su un approccio dello psicologo in ambiente ospedaliero, inteso e realizzato come esperienza di partecipazione emotiva, come lavoro di contenimento delle emozioni attivate dalla situazione di malattia e di sofferenza, come possibilità di autentico scambio con il team multidisciplinare. Sono state anche prese in considerazione quelle situazioni in cui la malattia grave di un genitore deve essere comunicata al bambino, tenendo conto del suo livello di sviluppo e delle risorse di comprensione legate alla sua fase evolutiva.

Buona lettura.

FRANCESCO MANCUSO