
Emidio Tribulato

IL BAMBINO E L'AMBIENTE

Volume secondo

-Influenza dell'ambiente affettivo-relazionale nello sviluppo
e nella patologia psichica del bambino-

Emidio Tribulato

IL BAMBINO E L'AMBIENTE

Volume secondo

-Influenza dell'ambiente affettivo-relazionale nello
sviluppo e nella patologia psichica del bambino-

Copyright 2017 - Emidio Tribulato
Messina - Viale annunziata 72
E- mail: postmaster@cslogos.it
Sito Web: www.cslogos.it

Edito da: Centro studi Logos
Via principe Tommaso 2 98121 Messina
Anno 2017

Indice volume secondo

	Pag.
<i>11- Reazione– Stress – Frustrazione- Trauma</i>	11
La reazione psicogena	11
Lo stress	12
La frustrazione	16
Il trauma psichico	21
Le conseguenze	26
Normalità e patologia	27
Le nevrosi e i meccanismi di difesa	31
<i>12 – I segnali di sofferenza</i>	40
Approccio categoriale e approccio dimensionale	42
Le emozioni e i sentimenti del bambino	51
Il pianto	52
Interventi	59
La rabbia e la collera	63
Le cause della collera	76
I possibili interventi	78
L'ansia	81
Le cause dell'ansia	82
I vari tipi di ansia	83
I possibili interventi	85
Tricotillomania e onicofagia	86
Paure e fobie	88
Paure fisiologiche e patologiche	89
Le cause delle paure	92
Le paure in base all'età	95
Le principali paure	95

Interventi	103
Il rifiuto della scuola	109
Le cause	113
Gli interventi	116
La perdita della sicurezza	119
I disturbi della condotta	121
Le cause	123
Instabilità psicomotoria	125
I disturbi dell'attenzione	129
Le capacità di autocontrollo	131
Le cause	132
Gli interventi	135
La disubbidienza	138
Gli interventi	139
Le manifestazioni aggressive del bambino	142
I vari tipi di aggressività	143
Le manifestazioni aggressive	145
Differenze di genere	146
Le cause	146
I litigi tra I bambini	159
Il linguaggio scurrile	161
Le bugie	162
I furti	165
Interventi nei disturbi del comportamento	167
Le punizioni	168
L'autolesionismo	170
Le cause	170
I disturbi ossessivi e compulsivi	174
Le cause	177
La gelosia e la rivalità	180
Come comportarsi	183
I disturbi del sonno	184

Le cause dei disturbi del sonno	191
Interventi	192
I sintomi depressivi	196
Le cause	199
I tentativi di suicidio	202
Le cause	202
I tic	203
Le cause	205
Interventi	206
I disturbi alimentari dei bambini	207
L'anoressia	211
L'eccessiva alimentazione	213
La bulimia	215
La potomania	215
La pica	215
La coprofagia	215
Le cause	216
Interventi	216
Alterazioni del controllo sfinterico	217
L'enuresi	218
Le cause	219
Interventi	221
Sindrome da frequente minzione diurna	222
Encopresi	222
Cause	223
Interventi	224
L'autostima e l'autoefficacia	224
Le cause della disistima	225
Interventi	229
I disturbi della comunicazione	231
Il mutismo totale acquisito	233
Il mutismo selettivo stabile	234

Interventi	235
La balbuzie	235
Cause	236
Interventi	237
I disturbi della socializzazione	237
Le difficoltà durante il gioco	239
Comportamenti ripetitivi e stereotipie	241
Le cause	244
I disturbi delle funzioni cognitive	245
Le cause	245
I disturbi della sessualità	249
<i>13- Prevenzione e terapia</i>	251
Gli apporti dei genitori	251
Gli apporti della società	253
La terapia d'ambiente	262
Cura del dialogo genitori - figli	265
La scuola e i bambini con disturbi psicoaffettivi	275
I bambini con problematiche psicoaffettive	279
I possibili interventi	281
Le terapie mediante il gioco	285
Le attività espressive	288
Le terapie con gli animali	296
Le terapie della famiglia	299
La terapia comportamentale	301
Bibliografia	305

11 - Reazioni- Stress - Frustrazioni e Traumi

Abbiamo visto nel primo volume quanto può essere importante l'influenza dell'ambiente nella vita psichica del bambino.

In definitiva tutti gli ambienti quando sono portatori di elementi *patogeni*, possono facilmente provocare situazioni potenzialmente dannose come: *reazioni psicogene, stress, frustrazioni e traumi*.

La reazione psicogena

Per capire le reazioni psicogene basta pensare a quello che avviene in ognuno di noi quando subiamo un'improvvisa offesa o uno sgarbo. In questi casi, senza pensarci su, rispondiamo immediatamente con espressioni del viso e comportamenti dai quali è facile capire il nostro immediato, profondo dispiacere, oppure ribattiamo con parole e gesti altrettanto offensivi e pesanti. All'opposto, se invece l'altro ha avuto verso di noi un'improvvisa ed inaspettata manifestazione d'affetto, la nostra reazione immediata può essere quella di un largo sorriso e un "grazie" di cuore.

La reazione psicogena ad uno stimolo ambientale contiene, quindi, una forte carica affettiva e un profondo coinvolgimento emotivo, senza il freno di un giudizio o di una riflessione razionale (Galimberti, 2006, p. 310). Le reazioni psicogene sono di solito di breve durata e sono costituite da risposte elementari, come le manifestazioni improvvise d'affetto o, al contrario, come la collera e l'aggressività. Le reazioni positive fatte di manifestazioni affettive possono nascere dalle parole o gesti teneri e caldi che le persone significative hanno nei confronti del bambino, ma anche come bisogni interiori di protezione, coccole e tenerezze, come quando il bambino che sta giocando, improvvisa-

mente sente il bisogno di avvicinarsi alla mamma e l'abbraccia e la copre di baci, per poi ritornare più sereno e felice ai suoi giochi usuali.

Le reazioni negative possono essere provocate da comportamenti poco accetti al bambino. Ad esempio, quando la madre interrompe il bambino nel suo gioco o quando lo veste o lo spoglia con poco garbo, senza attendere la sua disponibilità, e il bambino batte i piedi protestando con rabbia (De Ajuriaguerra, 1993, p. 479).

Lo stress

Diverso dalla reazione psicogena è lo stress. Questo è definito dal Galimberti (2006, vol. 3°, p. 553), come la “reazione emozionale intensa ad una serie di stimoli esterni che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche di natura adattativa. Se gli sforzi del soggetto falliscono perché lo stress supera le capacità di risposta, l'individuo è sottoposto a una vulnerabilità nei confronti della malattia psichica, di quella somatica, o di entrambe”.

Gli stimoli esterni e, quindi, gli agenti stressanti, possono essere numerosi. Vi può essere uno *stress fisico* dovuto a stimoli come il caldo ed il freddo o gli eccessivi sforzi muscolari; vi può essere uno *stress psicologico*, dovuto a stimoli emozionali (Galimberti, 2006, vol. 3°, p. 553), come il dover affrontare le richieste delle persone che vivono accanto a noi, ad esempio, quando i familiari richiedono al bambino un comportamento irreprensibile: eccessivamente educato, ordinato, ubbidiente, puntuale o un impegno scolastico sproporzionato alle sue possibilità. Vi sono, inoltre, gli *stress psicosociali*, nei quali il bambino è costretto ad affrontare una situazione esterna, caratterizzata da difficoltà interpersonali, sociali o individuali (Galimberti, 2006, vol. 3°, p. 554). Per Clancy Blair (2003, p. 45): “Lo stress influenza lo sviluppo cerebrale di bambini anche molto piccoli,

probabilmente perfino prima della nascita”. “Gli ormoni dello stress possono modificare i circuiti cerebrali in via di sviluppo. In particolare influenzano le connessioni neurali nella corteccia prefrontale, che presiede alle funzioni esecutive”. Queste zone cerebrali sono fondamentali per il ragionamento, la pianificazione e la risoluzione dei problemi e per regolare le emozioni e l’attenzione, e sono essenziali al successo accademico (Clancy Blair, 2013, p. 45). Se nei bambini lo stress può impedire lo sviluppo di capacità cognitive importanti, lo stesso è pericoloso a ogni età. Negli adulti, ad esempio, può sconvolgere e portare scompiglio anche nelle loro capacità relazionali e di concentrazione. Se lo stress si presenta in maniera cronica, può danneggiare la persona sia fisicamente, sia emotivamente che intellettualmente. Con conseguenze psicologiche gravi, come depressione e ansia cronica.

Uno stress può essere ben retto e gestito, quando non è frequente, non è eccessivamente intenso o quando la persona che lo vive è abbastanza forte, solida e matura, per riuscire a sopportarlo. In caso contrario può provocare, in chi lo subisce, delle conseguenze psicologiche, ma anche fisiche, più o meno gravi.

L'esposizione precoce a stimoli ambientali stressanti, come possono essere la separazione del bambino dalla madre, la presenza di intensa conflittualità all'interno della famiglia, la depressione o l'ansia genitoriale, il cattivo rapporto con gli insegnanti o con i coetanei, è in grado di alterare, in senso negativo, la sensibilità dell'individuo ai successivi stimoli stressanti; quindi in epoche e momenti successivi, anche stimoli molto modesti e banali possono causare una notevole ansia.

Pertanto uno stress lieve su una persona che ha l'età, la maturità e la robustezza psicologica sufficiente per affrontarlo e ben sopportarlo, produce effetti positivi, come una maggiore gioia e gratificazione, alle quali seguono una maggiore maturità e robustezza interiore, date dal piacere di affrontare, con buoni risulta-

ti, un cammino più impervio e difficile del solito. Se invece la situazione stressante si ripete frequentemente, è troppo intensa o agisce su un bambino già provato da stress precoci ed eccessivi, questi, nonostante la buona volontà e nonostante tutti i tentativi di ben affrontare la richiesta, non riuscendo nell'intento è costretto a cedere. In questi casi si ha la fase dell'esaurimento e del collasso delle difese, con pesanti ripercussioni sul piano fisico e psicologico (Meazzini, 1997, p. 33).

Questo tipo di stress con effetti negativi viene definito *distress*. Il *distress* prolungato nel tempo produce incremento del ritmo cardiaco, aumento della pressione arteriosa e del ritmo respiratorio, deficit del sistema immunitario e diminuzione delle capacità di ragionamento, con conseguente difficoltà ad affrontare i problemi che di volta in volta si dovessero presentare. Inoltre, nel caso di *distress* prolungati ed intensi, sono compromesse sia la memoria, sia la percezione della realtà esterna all'individuo (Meazzini, 1997, p. 39).

Di solito gli stress sono di origine ambientale. Solo occasionalmente, invece, sono il risultato di impedimenti costituzionali non riconosciuti (Wolff, 1970, p. 37). A volte gli stress nascono da ottime intenzioni. Ad esempio, spesso, nella nostra società, i genitori, spinti dalla moda del momento e avendo paura di non stimolare sufficientemente il loro figlio e di privarlo di qualcosa, stimolano i bambini coinvolgendoli in mille attività: musica, danza, piscina, corso di inglese, pattinaggio. Ciò senza tener conto dei bisogni reali dei figli.

Come abbiamo già accennato, la possibilità di reggere e ben gestire una o più situazioni stressanti dipende da vari fattori:

- ❖ *l'età dell'individuo*. Minore è l'età dell'individuo, minori saranno le possibilità di ben gestire i fattori stressanti (Meazzini, 1997, p. 32);

- ❖ *la frequenza, la durata, l'intensità e la gravità dell'elemento stressante*. Maggiore è la frequenza, la durata e la

gravità dell'elemento stressante, minori saranno le possibilità di reggerle efficacemente;

- ❖ *la robustezza o la fragilità psicologica della persona.* Più una persona è psicologicamente sana e robusta, più facilmente sopporta gli stress; più è fragile, più facilmente diventa vittima degli stress (Meazzini, 1997, p. 32).

Purtroppo quando i livelli di pressione psicologica sono notevolmente elevati, le persone che riescono a resistere senza cedere sono molto poche.

Tutti i bambini incontrano piccole difficoltà nel corso del loro sviluppo, in quanto possono subire incidenti, malattie, la nascita di un fratellino, un cambiamento di casa, di scuola o di ambiente di vita, richieste di maggiore autocontrollo, insegnanti particolarmente severi o scorbutici. Per lo più questi bambini reagiscono a questi stress con temporanee alterazioni del comportamento, episodi di enuresi notturna, manifestazioni di collera violenta o con la presenza di incubi notturni, paure intense ed eccessive. Per fortuna, se i genitori riescono ad interpretare correttamente e rapidamente questi sintomi di malessere, così da attivarsi immediatamente, cercando di allentare le pressioni sul bambino, i sintomi causati dallo stress diminuiscono, fino a scomparire. Serie difficoltà insorgono quando gli stress sono schiaccianti o quando gli adulti sono poco attenti, troppo occupati o eccessivamente superficiali, per cui non badano ai segnali di disagio e difficoltà espressi dal bambino. In questi casi i sintomi del piccolo peggiorano, ed è necessario un aiuto specialistico, quantunque le reazioni del bambino siano “normali”, nel senso che qualunque bambino, in quelle condizioni, avrebbe reagito allo stesso modo (Wolff, 1970, p. 7).

Può succedere di peggio, quando da parte dei genitori o degli adulti, questo tipo di reazione dei bambini agli stress, non solo non è capito e accettato, ma anzi viene giudicato come un

comportamento capriccioso e monello: “È diventato incontentabile, sempre piagnucoloso e irrequieto. Fa queste cose volutamente, per farmi soffrire e per stancarmi”. In questi casi i sintomi di difficoltà e disagio espressi dal bambino, non affrontati nella maniera corretta, cercando di scoprirne le cause, per poi provvedere ad eliminarle o ridurle, innescano, ora sì, un vero disturbo psicologico.

La frustrazione

Sostanzialmente diversa è la frustrazione. Questa viene definita dal Galimberti (2006, vol. 2, p. 203) come una “situazione interna o esterna che non consente di conseguire un soddisfacimento o di raggiungere uno scopo”. Proviamo quindi questo sentimento quando un'attesa risulta vana, quando qualcosa o qualcuno ci delude. L'attesa, e quindi la delusione, può riguardare un atteggiamento, un comportamento, una risposta ad un nostro bisogno, che abbiamo immaginato e pregustato, ma non siamo riusciti ad ottenere. Senso di frustrazione si ha anche quando ciò che abbiamo immaginato si è attuato, ma non ha affatto soddisfatto il nostro desiderio e la nostra aspettativa.

Il non raggiungimento di uno scopo o un non soddisfacimento, può derivare non solo dal mondo esterno, ma anche dal mondo interiore, quando, ad esempio, il Super Io non ci permette di ottenere un soddisfacimento ritenuto ingiusto o riprovevole.

La frustrazione è fatta di sofferenza iniziale, alla quale segue la tristezza e, dopo la tristezza, spesso si affaccia anche la chiusura. Questa può riguardare soltanto il rapporto con chi ci ha deluso, ma può ampliarsi a tutto e a tutti. Come dire: “Se questa persona, se questo sentimento mi ha deluso, io non solo non voglio avere a che fare con questa persona ma chiudo e difendo la mia vita anche da tutto ciò che essa rappresenta: l'amicizia, l'amore, la speranza, la fiducia, il piacere”.

La sfiducia si allarga nel nostro animo come le onde provocate da un sasso lanciato su un laghetto. Queste non si fermano nel punto dell'acqua in cui il sasso è caduto ma si allargano fino alla riva. Se una persona ci tradisce, la sfiducia conseguente alla delusione non riguarderà soltanto quella persona ma rischierà di espandersi a tutte le persone. E se ci tradisce un sentimento come l'amore o l'amicizia, il rischio è di non credere più a questi sentimenti.

Sono notevolmente più gravi le delusioni infantili, in quanto l'essere umano, ancora immaturo, non ha sviluppato efficienti meccanismi di difesa. Le frustrazioni del bambino vanno di pari passo e seguono la quantità e la qualità delle aspettative che egli ha nei confronti delle persone di riferimento. Le più gravi riguardano la madre, alla quale seguono il padre, i nonni, i fratelli, gli insegnanti, gli amici e così via.

Poiché il mondo del neonato e del lattante è fatto quasi esclusivamente della madre, quando questa lo tradisce nelle sue attese, è come se tutto il mondo l'avesse tradito. Pertanto, la depressione e la chiusura che ne seguono possono essere molto intense e durature. Non sempre, per fortuna, la reazione che ne consegue è la totale chiusura. Spesso il bambino manifesta altri tipi di reazione rispetto alla passività della chiusura, come possono essere la rabbia, la collera e l'aggressività.

Nella frustrazione è implicito un sentimento soggettivo, per cui lo stesso episodio può essere vissuto da bambini diversi, in modo diverso, in base alle caratteristiche di personalità, ai vissuti del momento, alla loro età e alla fase di sviluppo che, in quel momento, essi vivono. I bambini differiscono, oltre che per una eterogenea tolleranza alla frustrazione, anche per un diverso modo elettivo di reagire. Alcuni rispondono chiudendosi o regredendo ad uno stadio inferiore di sviluppo, altri reagiscono manifestando aggressività e collera, altri ancora esprimono la loro sofferenza piangendo.

Naturalmente le frustrazioni più gravi sono quelle di natura affettivo-relazionale, le quali possono lasciare dei reliquati anche per tutta la vita. Tali sono le frustrazioni causate da una continua o frequente lontananza dei genitori, che impedisce di soddisfare il desiderio di cure, manifestazioni affettive e attenzioni stabili. Tali sono le frustrazioni che subisce un figlio a causa di genitori nei quali sono presenti disturbi psicologici rilevanti. Ad esempio, genitori molto ansiosi o depressi che rendono particolarmente penosa la vita dei figli, impedendo loro di soddisfare i bisogni di gioco, di scoperta, di condivisione. Tali sono le frustrazioni presenti in una famiglia che soffre di frequenti ed intensi conflitti che impediscono al bambino di godere della necessaria pace, tranquillità e sicurezza.

Per quanto riguarda l'età, il postergare una soddisfazione affettiva, come può essere il piacere e il senso di benessere dati dall'abbraccio o dalla parola affettuosa di una madre o di un padre, è più grave quanto più il bambino è piccolo, poiché possiede poche possibilità di sostituire la persona che l'ha deluso con un'altra.

Queste considerazioni hanno notevoli implicazioni e spiegano perché le delusioni subite nella primissima infanzia, quando il bambino si affaccia alla vita, possono portare a dei quadri sintomatologici molto gravi, sia di depressione sia di chiusura.

In definitiva, la quantità, la qualità e la durata delle frustrazioni, nonché l'età di chi le subisce e il modo con il quale sono somministrate, hanno una notevole importanza nel processo di maturazione affettiva e nello sviluppo del carattere del minore.

Frustrazioni acute o croniche

Se un bambino è rimproverato, picchiato, gli viene negato qualcosa a cui lui tiene molto, o viene deriso, insultato, o subisce altri tipi di violenza in un determinato momento, l'evento subito determina una *frustrazione acuta*. Si ha invece una *frustrazione*

cronica quando gli eventi che procurano la sofferenza si prolungano nel tempo. Possiamo paragonare la frustrazione acuta ad una ferita. Il bambino soffre, piange, il dolore permane per qualche giorno, ma poi la ferita si rimargina e guarisce. Se invece lo stesso bambino vive costantemente in un ambiente inquinato e non ha la possibilità d'allontanarsi da quest'ambiente, egli avrà delle conseguenze molto più importanti e durature nel tempo. D'altra parte, un bambino con una ferita sanguinante suscita immediatamente l'attenzione di chi gli sta intorno: familiari o estranei che siano. Non avviene altrettanto quando lo stesso bambino vive per anni in un ambiente inquinato!

I motivi che portano ad una frustrazione cronica possono essere molti:

- ❖ l'istituzionalizzazione totale o parziale;
- ❖ le carenze affettive di tipo genitoriale o parentale;
- ❖ lo scarso o alterato dialogo;
- ❖ i comportamenti educativi errati;
- ❖ le eccessive limitazioni, incomprensioni, rimproveri e punizioni;
- ❖ le limitate possibilità di autonomia o di espressione dei bisogni di gioco, movimento e cure;
- ❖ i frequenti e costanti conflitti presenti nella coppia genitoriale o nella famiglia.

Il bambino si confronta molto meglio di fronte ad una *frustrazione acuta*, giacché questa gli permette di manifestare rabbia e collera e lo stimola a cercare un rimedio, una mediazione, un aiuto o un sostegno esterno. Nella *frustrazione cronica*, inve-

ce, le possibilità di difesa del minore sono ridotte, in quanto è l'ambiente in cui egli vive stabilmente che limita in modo eccessivo e continuativo il soddisfacimento dei suoi bisogni e desideri. Spesso, purtroppo, gli effetti della frustrazione cronica, che sono quelli più frequenti e numerosi, non creano alcun allarme sociale e familiare, nonostante incidano negativamente in modo considerevole sullo sviluppo sereno del minore.

Da notare che nasciamo in una situazione di ottimismo di base per cui i cuccioli dell'uomo tendono istintivamente a vedere gli aspetti positivi di una situazione, piuttosto che quelli negativi. Pertanto, quando il bambino è sopraffatto dalla tristezza e dallo scoraggiamento, le cause devono essere state talmente pesanti e durature da sconfiggere il suo innato ottimismo.

Le conseguenze

Gli aspetti positivi delle frustrazioni, quando queste non sono eccessive per quantità e per gravità, sono dovuti al fatto che queste favoriscono una maggiore presa di coscienza, danno in maniera più chiara e netta il senso del limite all'Io del bambino, stimolano la sua forza e la sua determinazione, migliorano le capacità d'adattarsi al mondo che lo circonda, stimolandolo a trovare le strategie più idonee a superare le delusioni. Per tali motivi una *frustrazione non eccessiva* può comportare una reazione positiva, poiché stimola il soggetto ad intensificare il suo impegno ed i suoi sforzi in vista della soluzione del problema o della meta da raggiungere.

Una *frustrazione eccessiva*, invece, può portare ad una disorganizzazione psichica, che si evidenzierà con vari sintomi: tensione e conflittualità interiore, ansie, paure, inibizione, disistima di sé, degli altri e del mondo che circonda il minore, disturbi del comportamento, aggressività verso gli altri, verso gli animali o gli oggetti, ma anche, a volte, verso se stessi.

Una frustrazione risulta *eccessiva o non eccessiva* in base a molteplici fattori personali e ambientali, pertanto può essere ben retta e gestita quando non è frequente, non è eccessivamente intensa, e quando la persona che la vive è abbastanza forte, solida e matura per riuscire a sopportarla.

Il trauma psichico

Così come il trauma fisico può determinare una ferita o una lacerazione del corpo, che lascia quasi sempre delle indelebili cicatrici, allo stesso modo il trauma psicologico può provocare una lesione “dell’organismo psichico per effetto di eventi che irrompono bruscamente in modo distruttivo senza che il soggetto sia in grado di rispondere in modo adeguato (Galimberti, 2006, vol. 3°, p. 639)”. Tale lesione può essere determinata o da un solo evento o da un accumulo di eccitazioni, singolarmente tollerabili, che il soggetto non riesce a sopprimere o far defluire (*abreazione*) sfogandosi o elaborandoli (Galimberti, 2006, vol. 3°, p. 639). “L’effetto traumatico dipende dalla suscettibilità del soggetto, dalle condizioni psicologiche in cui si trova al momento dell’evento, dalle situazioni di fatto che impediscono una reazione adeguata, e dal conflitto psichico che impedisce al soggetto di integrare l’esperienza che gli sopraggiunge dall’esterno (Galimberti, 2006, vol. 3°, p. 640)”.

Traumi semplici e multipli

Quando ripercorriamo per motivi clinici la storia di un bambino con dei disturbi più o meno gravi, ci accorgiamo come solo raramente, la situazione ambientale patogena, sia unica, mentre, il più delle volte, sulla vita psichica del minore si addensa una costellazione di eventi negativi, dovuti a fattori organici e/o psichici i quali, insieme, concorrono al suo malessere.

Molte di queste cause riguardano *il suo passato*, altre sono ancora *attuali* e tendono a mantenere o a peggiorare un ambiente non idoneo ad un sano sviluppo della personalità del bambino.

Soprattutto nei casi più gravi, come nelle situazioni di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, ritroviamo una molteplicità di elementi negativi che si succedono nel tempo, ma che spesso sono ancora attivi e quindi ancora in grado di mantenere uno stato più o meno grave di malessere nel bambino.

Il caso di Francesco di quarantaquattro mesi è rappresentativo di queste situazioni. Il bambino presentava all'osservazione una regressione psicotica: si dondolava nel suo lettino, il contatto con gli adulti era incostante, l'attenzione appariva molto labile. A detta dei genitori "si fissava" in uno stesso gioco per mesi interi, avvertiva crisi di terrore, rifiutava la presenza della madre, non socializzava con gli altri coetanei della scuola materna. Questi compagni, a loro volta, lo prendevano in giro per il suo strano modo di parlare (lo sviluppo del suo linguaggio non superava i 20 mesi) e a causa del suo gesticolare con le dita quando avvertiva un forte imbarazzo.

La sua storia era fatta di una serie di traumi, stress e frustrazioni che erano iniziati prima ancora della sua venuta al mondo. Era nato in una famiglia composta da una madre di alto livello culturale, descritta dal marito come "iperansiosa, protettiva e assillante", sia nei confronti del figlio che dello stesso coniuge, in quanto estremamente precisa e ordinata. Il padre, a sua volta, era descritto dalla consorte come "un uomo socievole ma incostante, irritabile e distratto". Tra i genitori i litigi erano frequenti, poiché nessuno dei due intendeva recedere dalle proprie idee e dai propri propositi. Durante la gravidanza di Francesco la madre era stata molto nervosa: non si sentiva capita dal marito ed era preda di molte, intense paure. Soprattutto temeva di perdere, a causa di un precedente aborto spontaneo, il bambino che aspettava.

Francesco era nato all'ottavo mese a causa dell'insorgere di una gestosi nella madre. Inoltre la donna, a causa di una successiva malattia, non l'aveva potuto allattare al seno. Nei primi mesi di vita il bambino già presentava una facile irritabilità, con pianto frequente e immotivato. La comunicazione con i genitori era però ancora discreta: il bambino appariva vivace e si dimostrava affettuoso nei loro confronti. Verso i nove mesi però la madre, per motivi di studio e di lavoro, fu costretta ad allontanarsi dal figlio per qualche mese. Quando ritornò, notò che questi tendeva a rifiutarla. Questo comportamento, piuttosto che farla riflettere sui bisogni del piccolo e sui problemi psicologici che questi già iniziava a presentare, la indispettì e innervosì ulteriormente, per cui accentuò verso Massimo gli atteggiamenti repressivi piuttosto che quelli comprensivi e affettuosi.

Nonostante ciò, in quel periodo, nel bambino, non era ancora presente una vera regressione. Questa comparve dopo il primo anno di vita, in coincidenza con il rientro della madre al lavoro.

La donna così descrive quel periodo: "Cercava le mie coccole e le mie braccia come fosse un bambino di pochi mesi e, come un bambino di pochi mesi, piangeva per un nonnulla. Inoltre, nonostante fosse stato già svezzato da un pezzo, voleva nuovamente attaccarsi al seno". Tuttavia, fin verso i trenta mesi, le sue capacità sociali apparivano discrete: "chiamava gli altri bambini affacciandosi al balcone, voleva giocare con loro, li salutava da lontano". In questo periodo però i genitori effettuarono un trasloco molto laborioso e, nel contempo, inserirono il bambino nella scuola materna, nonostante manifestasse chiari segni di insofferenza per il distacco dal nido familiare. Solo a questo punto, dopo il trasloco e il forzato inserimento nella scuola materna, si presentarono una serie di gravi sintomi autistici: il bambino si allontanava sempre più spesso dal mondo reale per chiudersi in se stesso; si era bloccata l'evoluzione del

linguaggio, la notte il piccolo si svegliava di soprassalto piangendo, mentre, dicevano i genitori: “Spesso muove le dita in modo strano, senza alcun motivo”.

Dopo aver dato ai genitori i primi suggerimenti su come meglio rapportarsi con il bambino, li congedammo esplicitando l'assoluta necessità di colloqui sistematici, sia nei confronti del bambino sia nei loro confronti, in modo tale da cercare di migliorare le gravi condizioni psichiche del minore. Nonostante ciò, e nonostante la gratuità dei nostri interventi, solo dopo due mesi ci chiesero il primo e unico controllo. La madre riferì che vedeva il bambino più sereno. Il linguaggio era migliorato e pertanto si faceva capire meglio. A scuola ora il figlio apprendeva le canzoni e le poesie. Le crisi di pianto si erano molto ridotte. Continuava però a dormire nel lettone dei genitori e tendeva a cercare più la nonna che la madre. Pur tuttavia, nonostante gli evidenti miglioramenti e la nostra piena disponibilità i genitori smisero di far seguire il bambino, del quale, da allora non abbiamo più notizie.

Abbiamo riportato questo caso perché indicativo di molte realtà.

Intanto ritroviamo molte possibili concause ai disturbi presentati dal piccolo Massimo:

- ❖ le caratteristiche psicologiche dei genitori che avevano influenzato negativamente l'ambiente di sviluppo del bambino già prima della sua nascita. Caratteristiche psicologiche con evidenti elementi di ansia e ossessività che, a loro volta, si erano accentuate a causa della paura per un nuovo aborto e per la malattia sopraggiunta subito dopo la nascita di Massimo;
- ❖ i frequenti conflitti coniugali;
- ❖ la nascita prematura del bambino;

- ❖ la mancanza dell'allattamento materno, con probabile conseguente difficoltà nella costruzione di un'efficace intesa e legame madre–figlio;
- ❖ l'allontanamento della madre da Massimo per qualche mese, per motivi di lavoro;
- ❖ la scarsa disponibilità, da parte della madre, a recuperare il rapporto con bambino, al suo rientro in famiglia;
- ❖ un ambiente familiare stressante, a causa del trasloco;
- ❖ l'inserimento nella scuola materna, nonostante il bambino manifestasse in modo evidente segnali di paura e malessere;
- ❖ la sofferenza e il senso di esclusione di Massimo in questa scuola, accentuata dal rifiuto da parte degli altri coetanei.

È come se su questo bambino si fossero riversati, uno dopo l'altro, a cascata, una serie di eventi negativi, di difficile se non d'impossibile gestione da parte del suo Io, ancora fragile e immaturo.

D'altra parte non possiamo che annotare una serie di comportamenti poco opportuni nella gestione e nel rapporto con il figlio da parte dei genitori, i quali manifestavano notevoli difficoltà a riconoscere e a soddisfare i suoi bisogni, ed interpretavano erroneamente i segnali della sua sofferenza come “capricci” e quindi non si attivavano correttamente e prontamente per affrontare e risolvere la sua sofferenza, ma tendevano ad infliggere al piccolo ulteriori traumi. I genitori, inoltre, non riuscivano ad impegnarsi nella correzione dei propri errori quando questi erano fatti rilevare, né accettavano l'aiuto che veniva loro offerto, se non per brevissimo tempo.

In definitiva, questo caso ben evidenzia come spesso le problematiche psicologiche che affliggono i genitori, si riversano non solo direttamente sulla psiche del bambino, ma anche sulla successiva corretta gestione dei problemi da questi presentati.

Le conseguenze

Per comprendere le conseguenze dei vissuti psicologici stressanti, frustranti o traumatici sulla psiche di un bambino, bisogna tener presente che tutti i sentimenti e gli eventi presenti nell'ambiente, sia positivi sia negativi, tendono a lasciare nell'animo dei minori delle tracce indelebili, che possono generalizzarsi, ampliarsi ed allargarsi non solo nello spazio ma anche nel tempo.

Pertanto, quando un bambino vive dei sentimenti di gioia, di amore o di sicurezza, questi si ampliano e si espandono anche a persone e ambienti sconosciuti. Allo stesso modo la tristezza, la sfiducia, l'ansia, le paure, il dolore provati, possono essere proiettati su persone, animali o cose assolutamente innocenti ed innocui.

Se il bambino, ad esempio, teme, date le esperienze del passato con uno o con entrambi i genitori, che i suoi bisogni di tenerezza non saranno soddisfatti, ma anzi prevede che si accentueranno la sua insoddisfazione e il suo dolore, egli reagirà, almeno per un certo tempo, con malevolenza verso chiunque si avvicini a lui. Lo stesso avviene per quanto riguarda il tempo. Se per un certo tempo la sua fiducia negli altri è stata ben accolta, riconosciuta e ricompensata, è facile che egli continui ad avere fiducia negli altri anche in futuro. Al contrario, se la sua apertura e disponibilità verso il prossimo gli ha lasciato nell'animo delusione e sofferenza, egli si aspetta che la stessa cosa avverrà anche nel futuro.

Più il bambino è piccolo e più gravemente è stato ferito, più facilmente si realizzerà e si manterrà questo ampliamento dei

suoi vissuti negativi. Pertanto mentre un bambino con lievi problemi psicoaffettivi, quando incontra delle persone degne di fiducia, facilmente e rapidamente aprirà il suo cuore alla confidenza, alla speranza e all'amore, un bambino affetto da gravi disturbi psicologici avrà notevoli difficoltà a fidarsi degli altri. Pertanto quando le frustrazioni ed i traumi che ha subito e che forse ancora subisce sono avvertiti con molta intensità, il compito di chi vuole a lui avvicinarsi, per portare aiuto ed sostegno sarà molto difficile, anche se sempre possibile. Ciò in quanto le esperienze stressanti, frustranti o traumatiche, anche in base agli ultimi studi di neurobiologia, determinano, soprattutto nell'età infantile, a livello delle varie aree encefaliche, delle modifiche strutturali stabili, per cui rimangono in queste aree cerebrali delle solide tracce di queste esperienze negative.

Normalità e patologia

È difficile definire cos'è la normalità in un bambino. Tanto difficile che le stranezze, nel campo della neuropsichiatria infantile, sono numerose. Intanto l'osservare o non in un bambino delle problematiche psicologiche, dipende molto dalla sensibilità e dalle capacità di discernimento dell'osservatore. Alcuni hanno notevoli difficoltà a notare elementi sicuramente patologici; altri, al contrario, giudicano come necessari di particolari attenzioni comportamenti molto vicini alla norma, se non perfettamente normali. Come conseguenza di ciò i bambini sono giudicati *normali o disturbati* in base alla sensibilità, all'attenzione e alle caratteristiche psicologiche degli adulti che li osservano e che si relazionano con loro.

Ad esempio, i pediatri spesso sono assaliti dalle ansie dei genitori che evidenziano nei figli dei comportamenti insoliti: disturbi del sonno, pianto frequente, rifiuto del cibo, atteggiamenti isterici, lamentazioni ipocondriache, paure, fasi regressive, atteggiamenti ossessivi, tic, ecc. Tuttavia, molti di questi sintomi, per

fortuna, con il trascorrere del tempo, scompaiono senza lasciare tracce. Al contrario, alcuni genitori non notano nulla di strano nel loro figlio, fino all'ingresso nella scuola ed è soltanto dopo la segnalazione degli insegnanti che si accorgono dei problemi dei loro piccoli. Inoltre è noto come madri e insegnanti concordino sulla valutazione di alcuni sintomi, come i tic, le balbuzie, il mentire, il rubare, i comportamenti iperattivi, ma non sono affatto d'accordo sulla valutazione di sintomi più profondi e gravi come la chiusura, la tristezza, la ritrosia, l'isolamento.

Un'altra stranezza, dovuta alla diversa interpretazione dei segnali di sofferenza del bambino, è evidente nel lavoro delle equipe scolastiche. Se nella scuola non è presente un'équipe, i soggetti definiti patologici sono pochi. Se, invece, l'équipe è attiva nell'ambito scolastico, i bambini che presentano dei problemi diventano tanti. Questa situazione l'abbiamo verificata personalmente. Quando eravamo chiamati in una scuola, la richiesta riguardava quasi sempre uno o due casi problematici ma, dopo qualche giorno della nostra permanenza, eravamo sommersi da segnalazioni di nominativi di alunni che presentavano, a detta degli insegnanti, disturbi tali per cui si rendeva necessario il nostro intervento. Dicevamo, scherzando, che la nostra presenza nelle aule scolastiche stimolava la produzione di bambini disabili!

I motivi di queste "stranezze" sono noti.

Per Freud non c'è differenza tra la persona sana e quella affetta da nevrosi. Entrambe presentano gli stessi tipi di conflitti, utilizzano gli stessi tipi di difese, attraversano nella loro infanzia gli stessi stadi di maturazione (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 48). E così come per gli adulti anche tutti i bambini normali, come dice Melania Klein, hanno problemi inconsci non risolti e utilizzano gli stessi sistemi di difesa dei bambini patologici, per cui la presenza di uno o più sintomi non è un sicuro indice di patologia. Per tali motivi, quasi tutti i sintomi presenti in un bambi-

no disturbato possono, almeno per qualche tempo e con minore gravità, manifestarsi anche in un bambino perfettamente normale.

I bambini sono, per definizione, *esseri in evoluzione*. Ciò significa che ogni bambino presenta, nei vari stadi di sviluppo, vari cambiamenti e momenti di crisi. Pertanto, durante il corso della sua vita possono essere presenti dei sintomi e dei disturbi che scompaiono in una fase successiva o sono sostituiti da altri.

Un altro dei motivi riguarda l'ambiente e le persone. Alcuni bambini sono infelici e inibiti a casa, ma non a scuola, mentre altri sono obbedienti e facili da controllare tra le mura domestiche, ma ribelli e difficili da gestire nella aule scolastiche. In definitiva, in base all'ambiente nel quale il minore è inserito e alle persone con le quali si relaziona, possono presentarsi o non dei comportamenti e dei sintomi che possono impensierirci.

Infine sappiamo bene come sia i familiari sia gli insegnanti si mettono facilmente in allarme quando i bambini manifestano atteggiamenti di eccessiva vivacità, intraprendenza e reattività, piuttosto che quando sono tranquilli, appartati e apatici. Questo diverso modo di manifestare la sofferenza e il disagio può spiegare, almeno in parte, il maggior numero di maschi che sono segnalati come bambini con problematiche psicologiche.

Come distinguere allora un bambino con problemi da uno normale?

Questa distinzione si può fare solo tenendo presenti alcuni parametri:

1. *La quantità e varietà dei sintomi.* I bambini normali hanno pochi sintomi che segnalano un disagio, i bambini disturbati ne hanno molti e molto vari.
2. *La qualità dei sintomi presentati.* Vi sono dei sintomi molto frequenti, mentre altri sono più rari. Per cui, la presenza di più sintomi rari fa pensare ad una patologia del bambino.

3. *L'età del minore.* Vi sono delle età nelle quali alcuni comportamenti, ad esempio il balbettio, le paure, l'enuresi o l'encopresi, sono frequenti, mentre in altre età si evidenziano raramente. La presenza, quindi, di condotte non usuali per l'età, può far pensare ad una patologia.
4. *L'intensità dei sintomi.* Anche l'intensità dei sintomi è importante per distinguere la patologia dalla normalità. Ciò vale per quasi tutti i sintomi: ansia, paura, irrequietezza, instabilità, aggressività, e così via. Se, ad esempio, un bambino chiede di dormire nel lettone dei genitori ma desiste facilmente, la preoccupazione per eventuali problemi psicologici del bambino sarà modesta, ma se ha assoluta necessità di dormire nel letto dei genitori, in quanto lontano da loro cade in preda al terrore e agli incubi, quest'evenienza assume maggior peso, nella complessiva diagnosi di bambino con disturbi psicologici.
5. *La durata di un sintomo.* Ritornando all'esempio precedente, se un bambino piccolo chiede solo qualche volta di dormire nel lettone dei genitori, ad esempio quando ha l'influenza o altri malesseri organici, in quanto insieme a loro, si sente più sicuro e tranquillo, non ci dovremo molto preoccupare; se, invece, questo problema si prolunga negli anni, questo particolare sintomo assumerà un valore maggiore.
6. *L'esame delle linee di sviluppo del minore.* Se, pur con oscillazioni varie, l'esame dello sviluppo del minore evidenzia una progressiva e armonica evoluzione delle varie aree, si può ragionevolmente supporre che la vita di questo bambino stia procedendo normalmente. Se, invece, in una o in più aree, vi è un rallentamento, un blocco o peggio una stabile regressione nello sviluppo, questo dato ci

permetterà di pensare che qualcosa di importante stia turbando la psiche del bambino. In definitiva bisogna aggiungere, agli elementi precedenti, anche quello che De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 47) chiamano una *valutazione economica*. Questa valutazione ci permette di capire se i sintomi presentati dal bambino riescono a contenere l'angoscia conflittuale, permettendo il movimento maturativo del piccolo, oppure si dimostrano inefficaci nel frenare l'angoscia che si presenta di continuo, la quale suscita nuove condotte sintomatiche ed ostacola il movimento maturativo. Ciò vale per l'intelligenza, per il linguaggio, per gli apprendimenti, ma anche per l'autonomia, per le capacità di comunicazione e socializzazione, così come per tutte le altre aree.

Le nevrosi e i meccanismi di difesa

Le teorie psicodinamiche permettono di spiegare bene e in modo più preciso e completo i disturbi nevrotici dei bambini e degli adulti. Secondo tali teorie i sintomi nevrotici rappresentano dei tentativi per mezzo dei quali l'Io cerca di risolvere l'ansia, derivata dai conflitti tra le varie attività psichiche. In particolare l'Io cerca di risolvere le pulsioni dell'Es che si scontrano con quelle del Super Io. Il tutto inserito nel modello ideale dell'Io e nelle condizioni contingenti esterne.

Le pulsioni libidinali o aggressive dell'Es cercano di spingere l'Io verso un certo tipo di comportamento che soddisfi tali pulsioni. A sua volta però, molte di queste pulsioni libidinali o aggressive vengono censurate dal Super Io, in quanto in contrasto con le normative etiche, sociali, culturali o familiari. Ciò comporta un continuo sforzo da parte dell'Io di soddisfare le pressanti esigenze dell'Es, in modo tale però che non siano in contrasto con le istanze morali del super Io, con gli ideali dell'Io e con le

condizioni contingenti. In caso contrario ne deriverebbero angosciosi sensi di colpa. Quando i normali mezzi psicologici che ha l'Io a sua disposizione non riescono a risolvere l'ansia derivante tra queste diverse esigenze, compaiono i sintomi nevrotici. Questi sono l'ultimo mezzo che ha l'Io per superare l'angoscia. Freud ricorda in un saggio sulle nevrosi ossessive che in ogni nevrosi ritroviamo nascosti dietro ai sintomi, i medesimi istinti. Le fobie, le ossessioni, le somatizzazioni, le crisi d'ansia e le manifestazioni isteriche hanno quindi una base comune, sono un mezzo per evitare l'angoscia crescente.

Nei bambini si preferisce parlare di tratti nevrotici, piuttosto che di nevrosi, in quanto nell'infanzia la personalità è in evoluzione e in formazione. Pertanto le difese utilizzate dal bambino non sono ancora mature e i sintomi nevrotici, nonostante siano frequenti, non sono strutturati e stabili, come quelli degli adulti, per cui sono considerati "normali" se si presentano saltuariamente ed in modo lieve.

Per la psicanalisi, l'Io utilizza vari tipi di difese psicologiche, in parte inconsce, in parte coatte, messe in atto per ridurre o sopprimere ogni turbativa che possa mettere in pericolo la sua integrità e il suo equilibrio interno. Alcune di queste *difese sono egosintoniche*, in quanto coerenti con le esigenze dell'Io, altre sono *egodistoniche o patogene*, in quanto la funzione egoica di esame della realtà si interrompe, per lasciar spazio alla riutilizzazione di modi arcaici di pensare, di percepire e di rapportarsi alla realtà (Galimberti, 2006, pp. 604-607).

Accanto ai meccanismi di difesa scoperti da Freud, altri studiosi, nel tempo, ne hanno aggiunto altri.

Pertanto i meccanismi di difesa usati dall'io durante l'infanzia e l'adolescenza sono numerosi (Kaplan, Sadock, 1993, p. 199).

La negazione

È questa una forma di difesa comune nei bambini. Essa consiste nel falsificare fatti, impulsi, dati di realtà o aspetti di sé o del mondo percettivo, allo scopo di conservare il benessere psichico. Questo sistema di difesa è utilizzato soprattutto per evitare di riconoscere esperienze penose. Ad esempio, nel caso in cui il bambino ha perduto il padre, egli potrà dire: “Mio papà non è per nulla morto. Egli tornerà fra qualche giorno”. E così, nel caso di separazione dei genitori potrà affermare con sicurezza: “I miei genitori non si sono separati, papà torna a casa la notte e poi riparte presto la mattina per andare a lavorare, e per questo che io non lo vedo”. L’uso massiccio di questo meccanismo di difesa produce conseguenze negative, in quanto i veri problemi non sono né affrontati, né risolti.

La regressione

Anche questo è un meccanismo di difesa frequente. Quando il bambino è coinvolto in circostanze che scatenano in lui più ansia di quanto possa fronteggiare, egli abbandona gli schemi di comportamento appropriati alla sua età e regredisce ad un tipo di comportamento che, in passato, lo appagava. Abbandona, quindi, momentaneamente, certi comportamenti più evoluti e utilizza comportamenti più infantili, ritornando ad una fase precedente al suo attuale sviluppo. Ad esempio, egli può iniziare a comportarsi in maniera capricciosa, come farebbe un bambino piccolo, può parlare come un bebè, rifiutare l’alimentazione solida per quella liquida e così via. In altri casi può regredire alla fase anale e cominciare a bagnarsi e sporcarsi nuovamente, oppure alla fase orale, e chiedere di essere nutrito e cullato come un neonato. In ogni caso si accentua la sua dipendenza dalla madre e dalle altre figure protettive. La regressione non è quasi mai totale, ma riguarda uno o più aspetti della vita psichica del minore.

Quando si presenta questo tipo di difesa è fondamentale il modo di comportarsi dei genitori. Se papà e mamma, compren-

dendo i segnali che provengono dal bambino, s'impegnano in tutti i modi ad allentare la pressione su di lui e si sforzano di dargli ciò di cui ha bisogno in quel difficile frangente, la regressione può rapidamente diminuire, per poi scomparire del tutto; per cui il bambino tenderà ad attuare dei comportamenti più maturi e adeguati alla sua età cronologica. Può accadere, invece, che i genitori siano insensibili persino a tali evidenti segnali di disagio o siano troppo occupati o tormentati a causa dei loro stessi problemi, per riuscire a comportarsi e reagire nel modo più opportuno. In questi casi i sintomi della regressione possono non solo persistere, ma anche accentuarsi; per cui il bambino può subire un parziale arresto nel suo sviluppo, accompagnato da una contrazione della sua personalità.

La distorsione

Con questa difesa si rimodella la realtà esterna per soddisfare dei bisogni interni (Kaplan Sadok, 1993, p.199).

Idealizzazione primitiva

Mediante questo meccanismo gli oggetti esterni che sono visti come o "tutti buoni" o "tutti cattivi" sono irrealisticamente dotati di grandi poteri (Kaplan Sadok, 1993, p.199).

La proiezione o spostamento

I sentimenti e gli impulsi inaccettabili verso una persona, quando questi creano conflitto, sono spostati verso un'altra persona, un animale o un oggetto "sostitutivo", che assume il ruolo di oggetto manifesto, o apparente, ed è in stretto rapporto simbolico con l'oggetto reale o la rappresentazione mentale che causa l'attivazione di questa difesa. Questo meccanismo di difesa interviene spesso nelle fobie, per cui si sposta il sentimento inaccettabile sull'oggetto "fobogeno".

L'identificazione proiettiva

Mediante questa difesa gli aspetti non desiderati di sé sono depositati dentro un'altra persona, in modo tale che il soggetto

che proietta si sente tutt'uno con l'oggetto della proiezione (Kaplan Sadok, 1993, p.199).

La scissione

Lo stesso oggetto o persona viene diviso, scisso in due: uno buono e uno cattivo, in modo tale da potere dirigere sulle parti scisse gli opposti sentimenti che questo oggetto o questa persona ispira: ad esempio: odio verso la parte cattiva della madre, amore verso quella buona; desiderio di accoglienza verso la parte buona, desiderio di morte e distruzione verso la parte cattiva. È questo un meccanismo di difesa primitivo, proprio dei primi mesi di vita, che nell'adulto può presentarsi in varie forme di psicosi.

La messa in atto

È il tentativo di evitare di confrontarsi con i propri conflitti inconsci, cercando soluzioni sul piano della realtà, allo scopo di risolvere con azioni un conflitto interiore che non si vuol riconoscere (Galimberti, 2006, pp. 604-607).

Il blocco

“Una inibizione, in genere temporanea, specialmente di affetti, ma talora anche di pensiero e di impulsi” (Kaplan Sadok, 1993, p.199).

L'ipocondria

“È la trasformazione del rimprovero verso gli altri in un autorimprovero e in un lamento di sofferenza, di malattia somatica e nevristenia (Kaplan Sadok, 1993, p.199)”.

L'identificazione

“L'identificazione con l'oggetto amato può servire come difesa verso l'angoscia e la sofferenza, che accompagnano la separazione o la perdita dell'oggetto, sia reale che minacciata” (Kaplan Sadok p.1993).

L'introiezione

Questa indica il processo difensivo, mediante il quale il soggetto "introduce" fantasmaticamente al proprio interno oggetti (parziali o totali) e qualità dei medesimi. La nozione di introiezione è stata adottata da Freud in opposizione a quella di proiezione. Attraverso l'introiezione l'Io tenta di incorporare nelle proprie strutture valori e norme esterne, per non viverle come opprimenti ed estranee. È un meccanismo essenziale nello sviluppo infantile, in quanto consente al bambino di assimilare le figure significative, come i genitori, e di mantenerle internamente, così da "ricorrere" alle loro qualità anche in assenza di esse.

Il comportamento passivo-aggressivo

“L'aggressività verso un oggetto espresso indirettamente ed inefficacemente attraverso passività, masochismo e ostilità verso se stessi” (Kaplan Sadok, 1993, p.200).

La fantasia schizoide

Tendenza ad usare la fantasia e ad indulgere in un ritiro autistico, con lo scopo di risolvere un conflitto e di ottenere gratificazione (Kaplan Sadok, 1993, p.200).

La somatizzazione

Conversione difensiva di derivati psichici in sintomi somatici, tendenza a reagire con manifestazioni somatiche (Kaplan Sadok, 1993, p. 200).

La rivolta contro se stessi

Un impulso inaccettabile verso gli altri viene rivolto verso se stessi (Kaplan Sadok, 1993, p.200).

Il falso Io

Quando un bambino non riesce a padroneggiare delle situazioni che sono troppo difficili, complesse o frequenti, può cercare di controllare la realtà recitando una parte o indossando una maschera che lo renda bene accetto soprattutto agli adulti, ai quali apparirà come un bambino bravo, ubbidiente, tranquillo, collaborante, allegro ecc. Questa maschera o questa recita gli

consente di rapportarsi meglio con gli altri e di dimostrare sia agli altri sia a se stesso di essere all'altezza della situazione. Purtroppo questo modo di risolvere i problemi comporta un notevole dispendio di energia psichica e può, col tempo, rivelarsi controproducente, perché la realtà che egli nasconde dietro è troppo diversa dalle apparenze (Oliverio Ferraris, 2005, p. 103).

L'apatia e il distacco sonnolento

Altri meccanismi per diminuire l'ansia sono descritti da Sullivan (1962, p. 74). Quando il bambino è coinvolto in circostanze che scatenano in lui più ansia di quanto possa fronteggiare, uno dei meccanismi psicologici di cui può servirsi per diminuire la sofferenza causata dall'ansia è *l'apatia* con la quale tutte le tensioni causate dai bisogni sono sensibilmente attenuate ma non eliminate. Questa difesa è attuata quando i bisogni insoddisfatti sono molto importanti e gravi. Quando il bambino è più grande, anche il *distacco sonnolento* riduce l'angoscia grave e prolungata. Questo tipo di distacco è molto simile all'apatia ed è provocato da un'angoscia inevitabile e prolungata.

La disattenzione selettiva

Altro metodo di difesa utilizzato dal bambino, specie quando desidera delle cose impossibili, è la *disattenzione selettiva*. Utilizzando questa difesa il bambino tratta gli oggetti e le cose desiderate come se non esistessero (Sullivan, 1962, p. 197).

Le stereotipie e le attività ripetitive

Anche le *stereotipie* e tutte le *attività ripetitive* possono essere, a nostro avviso, considerate degli strumenti di difesa dall'angoscia. Queste permettono di concentrare l'attenzione verso qualcosa o qualche attività piacevole e rilassante, così da allontanare le ansie e i pensieri truci o paurosi. Quando le stereotipie sono di tipo motorio, a questo effetto di distrazione si aggiunge

anche un effetto di scarica dell'ansia e della tensione, attraverso un'attività fisica ripetitiva, molto semplice, facile e banale.

L'attivismo

Sono comuni negli adulti una serie di impegni, spesso eccessivi e convulsi, in svariate attività: mentali, fisiche, relazionali, sentimentali, sessuali, attuate rapidamente, senza le opportune pause e senza eccessive riflessioni. Quest'impegni convulsi ed eccessivi, sia di tipo motorio sia di tipo intellettuale, sono giustamente giudicati da parte degli osservatori esterni come impegni nevrotici. In quanto hanno lo scopo, a volte inconscio ma spesso perfettamente cosciente e dichiarato, di tentare di diminuire l'ansia, il dolore e la tristezza interiore, impegnandosi con grinta e frenesia in molteplici attività.

Allo stesso modo il bambino, mediante l'attività motoria convulsa esercitata nell'ambiente di casa, di cortile o di scuola, cerca di allontanare o dar sfogo ai pensieri, alle ansie e alle paure che lo angustiano e lo attanagliano. In tal modo ottiene un miglioramento, anche se, a volte, solo momentaneo, della sua sofferenza.

La focalizzazione dell'attenzione su settori e compiti specifici

In alcuni bambini particolarmente disturbati, come nei soggetti affetti da sindrome di Asperger, ritroviamo da parte del minore una particolare attenzione e quindi capacità in alcuni specifici settori, ad esempio, nelle scienze, nella matematica, nell'informatica. Questo focalizzare l'attenzione su un determinato campo, escludendo tutto il resto, potrebbe configurarsi una delle tante modalità di difesa che l'Io attua per allontanare l'ansia, le paure, e tutte le emozioni disturbanti in quanto, delimitando notevolmente la sfera dei propri interessi, il bambino evita le fru-

strazioni dovute all'incapacità di ben gestire le difficili relazioni familiari e amicali.

12 - I segnali della sofferenza

Da quanto abbiamo detto, è possibile dedurre che alcuni sintomi presentati dai bambini rappresentano delle modalità di *reazione immediata* all'evento o agli eventi negativi nel quale sono coinvolti, altri tipi di sintomi segnalano le *conseguenze del danno causato sulla psiche* da parte di questi eventi negativi, altri ancora devono considerarsi come la messa in atto, da parte dell'Io del bambino, di particolari *difese*. Per Stefana e Gamba (2013, p. 356) “Serve ricordare che la sintomatologia, come le monete, ha due facce: esprime le difficoltà, ma anche il miglior adattamento possibile per quella persona nel tentativo di difendersi dall'angoscia e dal dolore”.

In ogni caso i sintomi sono soltanto dei segnali o, se volete, dei messaggi inviati da un Io in difficoltà o chiaramente sofferente per cui “per la psicoanalisi il sintomo è indice di un disagio soggettivo, che non può essere letto se non si prendono in considerazione il vissuto del bambino e il contesto familiare e sociale in cui è inserito e si manifesta” (Mazzoni, 2013, p. 71).

Solo se riusciamo a capire ciò che avviene nella psiche del bambino e nell'ambiente in cui vive, abbiamo la possibilità di comprendere quali sofferenze egli prova, quali difficoltà e conflitti attanagliano il suo animo e cosa possiamo noi fare per alleviare le sue angosce.

I sintomi presentati dai bambini hanno alcune caratteristiche peculiari che li distinguono da quelli degli adulti:

- ❖ molto più di quelli dell'adulto *hanno un carattere di reattività*. Pertanto cui possono comparire improvvisamente quando per il bambino la realtà di vita diventa penosa, così come possono sparire col semplice mutamento delle condizioni ambientali;

- ❖ *non hanno alcun significato generale.* Il loro significato è personale e specifico per ciascun bambino. Ad esempio, il sintomo “rifiuto di andare a scuola” può manifestare molte diverse realtà: che il bambino non è ben preparato e, quindi, teme di fare una cattiva figura andando a scuola; che ha una carenza di sonno per cui gli è penoso alzarsi la mattina; che ha paura di lasciare un luogo conosciuto per uno sconosciuto; che non vuole allontanarsi dalla sua casa in quanto teme che possa accadere qualcosa di male ai suoi genitori; che se si allontana dalla sua abitazione e sta male non potrà ricevere l’aiuto necessario. E ancora lo stesso sintomo: rifiuto di andare a scuola può segnalare la sua paura di essere deriso o perseguitato dai compagni per un qualche motivo; la scarsa e difficile relazione con uno o più insegnanti, e così via;
- ❖ *la fenomenologia psicologica e comportamentale del bambino cambia con l’età.* Determinate manifestazioni sono normali ad una certa età e patologiche in altre:
- ❖ *le medesime situazioni disadattive possono manifestarsi nei diversi stadi dell’età evolutiva con espressioni sintomatologiche del tutto diverse.* Ad esempio, la reazione alla frustrazione può manifestarsi nella prima infanzia con l’opposizione sistematica o con la regressione affettiva; nell’età prescolare e scolare si può evidenziare con crisi di pavor o con l’onicofagia. Allo stesso modo i comportamenti autoerotici di compenso delle frustrazioni possono esprimersi nella prima infanzia mediante la suzione del pollice o con i movimenti ritmici pendolari del capo e del tronco, mentre nell’età scolare possono rendersi evidenti mediante la masturbazione genitale;

- ❖ *sono numerose le differenze legate al sesso*. I comportamenti ribelli sono nettamente più comuni nei maschietti, mentre le paure espresse e gli stadi depressivi sono più frequenti nelle femminucce. Inoltre, tanto gli uni che le altre, hanno manifestazioni esterne di aggressività verso i due – tre anni ma, nelle bambine, questo comportamento dura poco, mentre nei bambini continua fino ai primi anni della scuola elementare. Inoltre, i maschietti continuano ad esprimere verso l'esterno e mediante il corpo i loro sentimenti aggressivi, mentre le bambine tendono ad interiorizzare questo tipo di sentimenti o li esprimono con il linguaggio ed il comportamento.

Approccio categoriale e approccio dimensionale

Per tutti questi motivi la psichiatria dell'età evolutiva presenta le caratteristiche di una preminente *asistematicità*. Le forme nosograficamente ben delimitabili non solo sono le meno frequenti, ma sono anche molto discutibili, mentre sono numerose le forme non esattamente definibili nosograficamente. Pertanto non sempre è possibile ed è utile *l'approccio categoriale* (Militerni, 2004, p. 95), utilizzato ad esempio dai vari DSM, che permette di raggruppare in tipi o categorie, i pazienti che hanno caratteristiche cliniche o eziopatogenetiche simili.

I motivi sono numerosi. Intanto, come dicono Sogos ed altri (2009, p. 81):

“Nell’ambito dei disturbi psichici e comportamentali, raramente è possibile stabilire categorie che siano completamente omogenee, che si escludano a vicenda e che abbiano precise caratteristiche definenti e nessun caso limite. Le categorie psicopatologiche sono generalmente prototipiche, nel senso che cia-

scun membro condivide con il prototipo un numero maggiore o minore di caratteristiche presenti con diversi gradi di intensità. I confini di tali categorie appaiono, dunque, per loro natura, sfumati e in alcuni casi si sovrappongono. L'appartenenza di un caso ad una classe diagnostica non preclude perciò l'appartenenza ad altre classi. Tuttavia in ogni classificazione tipologica le categorie devono poter essere delimitate le une rispetto alle altre. Se le caratteristiche definenti i raggruppamenti si definiscono in maniera continua, è necessario stabilire arbitrariamente dei confini tra le categorie. È possibile quindi trovarsi nella situazione in cui due individui, che cadono in punti adiacenti ma opposti di un confine arbitrario, siano diagnosticati in maniera differente.

Stefana e Gamba (2013, p. 357) aggiungono:

“Questo perché i criteri dei sistemi categoriali, in sé e per sé, rappresentano sostanzialmente astrazioni dettate da esigenze organizzative, garantiscono la riproducibilità e l'attendibilità della diagnosi, ma non la sua validità di costruito”.

Sogos e altri (2009, pp. 82-83) aggiungono altre critiche all'approccio categoriale:

“La prima critica nasce dalla preoccupazione – in alcuni casi fondata - che la diagnosi assuma il valore di una profezia che si autoavvera. In altre parole si teme che l'etichetta diagnostica induca nelle persone con cui l'individuo entra in relazione una serie di pregiudizi e di aspettative tali da suggerire all'etichettato un comportamento congruente ad esse”.

Pertanto le etichette psichiatriche rischiano di oscurare importanti differenze individuali con conseguente stigmatizzazione sociale del paziente.

“La seconda critica esprime invece il timore che l'inclusione di un disturbo in una categoria psicopatologica possa portare a una standardizzazione del lavoro terapeutico e a tralascia-

re variabili fondamentali, quali la storia di vita del paziente e la sua particolare organizzazione conoscitiva”.

L'operatore può, inoltre, essere influenzato nello scegliere i sintomi per un'ipotesi diagnostica, dai suoi pregiudizi, schemi o aspettative personali mediante un'attenzione selettiva che filtrerà il complesso di informazioni fornite dai racconti e dal comportamento del paziente.

E concludono:

“Propriamente, quindi, diagnosi e classificazione dovrebbero essere utilizzate per descrivere i disturbi e le aree di deficit e per facilitare il lavoro terapeutico, e non per qualificare persone o giustificare controlli sociali o etichettature”.

Se si vuole a qualunque costo, includere in una sindrome ben precisa la sofferenza del bambino, che si esprime mediante un'ampia e variegata costellazione di segnali, che d'altra parte spesso cambiano nel tempo, si rischia di ottenere una serie di diagnosi diverse e, soprattutto, si rischia di effettuare interventi parziali che non affrontano i veri problemi del minore, ma solo qualche manifestazione di questi problemi. L'etichetta diagnostica non riesce assolutamente a rappresentare il bambino nella sua complessità e originalità, in quanto nulla ci dice rispetto alla sua storia, alla realtà attuale nella quale egli vive, né tantomeno ci illumina sulla possibile evoluzione del disturbo.

Un esempio di diagnosi multiple

Il caso di Marco che presentiamo è un esempio di diagnosi multiple.

*Marco arrivò alla nostra osservazione quando aveva otto anni. Ma già a quindici mesi era stato visitato da uno specialista neuropsichiatra infantile che aveva fatto diagnosi di **difficoltà nel linguaggio** e quindi aveva consigliato l'inserimento in un asilo nido, in modo tale che il piccolo frequentando questa istituzione avesse più stimoli linguistici. A quattro anni, visitato da un otorinolaringoiatra questi, evidenziando una **deviazione del***

*setto nasale e lieve ipoacusia, consigliò l'asportazione delle tonsille e delle adenoidi. Cosa che venne effettuata subito dopo. Il medico consigliò, inoltre, logoterapia che il piccolo effettuò per due anni. Visitato in seguito da un altro neuropsichiatra infantile, questi fece diagnosi di **disturbi da iperattività** per cui fu consigliata psicomotricità. Visitato, infine, presso un reparto di neuropsichiatria infantile, fu fatta diagnosi di **dislessia**, per cui furono consigliate delle attività pedagogiche specifiche per tale disturbo.*

In questo excursus di visite e diagnosi, pensiamo che probabilmente, non sia stata tenuta nella giusta considerazione l'essenza delle problematiche del bambino che riguardava la sua vita relazionale. In questo caso la sua vita relazionale con la madre. Questa donna, poiché era stata in pratica assente nella vita del minore, poiché lavorava da mattina a sera, aveva affidato il piccolo alle cure delle baby sitter e dei nonni, per cui per anni riusciva ad evidenziare e a riportare agli specialisti che consultava solo il problema del ritardo nello sviluppo del linguaggio e non certo la carenza affettiva che subiva il bambino. Ma anche in seguito, poiché la sua attenzione era focalizzata sui sintomi, piuttosto che sulla sofferenza del figlio, le diagnosi conseguenti si modificavano nel tempo. Quando il bambino è venuto alla nostra osservazione i problemi che la madre riferiva erano diventati ancora diversi: la donna lamentava che il figlio presentava nei suoi confronti atteggiamenti ostili, aggressivi, disubbidienti e provocatori. Anche nei confronti delle persone estranee, se contrariato, manifestava scarso controllo delle proprie emozioni con comportamenti irruenti e poco controllati, ansia notevole e distraibilità.

Pertanto il rapporto con la madre era divenuto sempre più conflittuale in quanto, negli anni, il bambino si era spesso sentito molto trascurato.

Un difficile caso di diagnosi categoriale

Sarebbe veramente difficile inserire in una categoria ben definita i problemi presentati da Maria, di anni 5. La bambina viveva in una famiglia nella quale ad un padre descritto come un uomo tranquillo, intelligente, estroverso, allegro, socievole, ambizioso e un po' presuntuoso, il quale aveva uno scarso rapporto con la figlia, a causa degli impegni lavorativi, si contrapponeva una madre affettuosa, altruista, ma molto ansiosa, estremamente sensibile, a volte depressa, che aveva già sofferto di attacchi di panico, con svenimenti e palpitazioni cardiache, paure improvvise ed immotivate, per cui effettuava terapie psicologiche e farmacologiche.

Questi genitori inoltre, da ben otto anni, vivevano in uno stato di perenne conflittualità di coppia anche a causa del difficile rapporto con le famiglie d'origine.

I genitori avevano richiesto una visita della figlia in quanto questa, che aveva già vissuto male l'inserimento nella scuola materna, da qualche settimana si rifiutava categoricamente di andare a scuola. Inoltre appariva molto suscettibile, con crisi di pianto improvvise e non motivate. Urinava frequentemente durante tutta la giornata e presentava numerose fobie, soprattutto degli insetti, insieme a molte altre paure: che i genitori potessero morire, che potessero abbandonarla, che lei stessa potesse morire anche per piccole ferite o malanni. A volte la bambina sgridava e rimproverava la mamma lamentando di vivere in una "famiglia sporca". Quando vedeva bisticciare i genitori, si chiudeva in un'altra stanza e diceva, gridando, di smetterla di aggredirsi. Voleva, inoltre, dormire nel letto dei genitori e aveva notevoli difficoltà ad allontanarsi dalla sua casa. Lamentava di essere sola, metteva il ciuccio in bocca, sia quando piangeva che quando andava a letto. Inoltre si lamentava per delle pulsazioni alle braccia e in varie parti del corpo, per dei dolori ai piedi, alle gambe e alle ginocchia. Era

descritta, inoltre, dalla madre come “maliziosa” su temi di natura sessuale.

Una diagnosi categoriale in questo, come in molti altri casi, non solo sarebbe oltremodo difficile, ma risulterebbe assolutamente inutile al fine di capire i veri problemi della bambina, così da affrontarli efficacemente. Una diagnosi del genere potrebbe ad esempio focalizzarsi sulle paure (fobia scolare, insetti, morte dei genitori, paura della morte, di essere abbandonata); oppure sui sintomi regressivi (mettersi il ciuccio in bocca); o ancora sulle problematiche psicosomatiche (pulsazioni alle braccia e in varie parti del corpo, dolori ai piedi, alle gambe e alle ginocchia); sui disturbi del sonno (bisogno di dormire nel letto dei genitori); o, infine, sui comportamenti aggressivi (rimproveri alla mamma di farla vivere in una famiglia sporca).

Inutile una diagnosi categoriale, soprattutto quando era possibile ascoltare direttamente dalla voce della bambina i suoi problemi, mediante i racconti che lei faceva, come quelli bellissimi ma anche tanto dolorosi, che riportiamo.

Un fiore, un diamante, un cuore e tanta puzza

“C’era una volta una famiglia. Avevano una casa bellissima e avevano una figlia. La figlia un bel giorno ha guardato un fiore azzurro e ha detto: “Me lo voglio prendere”. Se l’è preso e dopo un po’ di giorni la bimba è diventata grande. E anche il fiore è diventato grande e dentro il fiore c’era un diamante e dentro il diamante c’era il cuoricino della bimba che stava crescendo. La bambina era felice perché aveva un diamante in casa.

Sua madre non se n’è accorta ed ha buttato il fiore con dentro il diamante ed il cuore. La figlia cercava il diamante ma non lo trovava e allora è diventata sempre più piccola, ed è diventata neonata e la mamma ha detto: “Come può essere che è diventata neonata?” Questa bimba neonata parlava e ha chiesto alla madre il diamante e la madre ha detto che era nella spazzatura.

Lei (la bimba), l'ha ripreso ed era tutto sporco. Dopo l'hanno pulito, ma faceva puzza di pesce. E la bimba è tornata grande, ma, nonostante questo, è rimasta puzzolente”.

Si rimane stupiti di come una bambina di appena cinque anni abbia potuto descrivere così bene la sua storia ed i suoi problemi attuali.

L'interpretazione di questo primo racconto non è affatto difficile.

Maria si trova a vivere in una famiglia agiata (*avevano una casa bellissima*). Tutto sembra andare per il verso giusto. La bambina è di intelligenza normale, anzi molto vivace, ha una buona stima di se, e vuole crescere rapidamente (*La figlia un bel giorno ha guardato un fiore azzurro e ha detto: “me lo voglio prendere”. Se l'è preso e dopo un po' di giorni la bimba è diventata grande. E anche il fiore è diventato grande e dentro il fiore c'era un diamante e dentro il diamante c'era il cuoricino della bimba che stava crescendo*). Ma c'è un grande “ma”. La madre, senza accorgersi del male che stava compiendo, mette la bambina in una situazione di grave disagio; la bambina probabilmente si riferisce ai notevoli conflitti con il padre (*Sua madre non se ne accorta ed ha buttato il fiore con dentro il diamante ed il cuore*). La conseguenza è stata, purtroppo, la regressione della bambina in alcuni settori dello sviluppo (*La figlia cercava il diamante ma non lo trovava e allora è diventata sempre più piccola, ed è diventata neonata*). La madre, accortasi che qualcosa di grave ed importante era accaduto alla figlia, ha cercato di capirne il motivo (*e la mamma ha detto: “Come può essere che è diventata neonata?”*)

Maria, a questo punto, fa capire in modo esplicito alla madre il suo notevole disagio (*Questa bimba neonata parlava e ha chiesto alla madre il diamante e la madre ha detto che era nella spazzatura*). La madre, finalmente consapevole di aver commes-

so degli errori, cerca di affrontare e risolvere i problemi della piccola, accettando un percorso che l'aiuti a risolvere i conflitti di coppia e porta la figlia in un centro di neuropsichiatria, in modo tale che le venga dato l'aiuto necessario per risolvere i suoi problemi. Per fortuna alcuni dei più gravi problemi dei genitori e della figlia sono risolti (*Lei (la bimba), l'ha ripreso ed era tutto sporco. Dopo l'hanno pulito, ma faceva puzza di pesce. E la bimba è tornata grande*).

La bambina però si accorge che, nonostante l'impegno dei genitori e degli operatori, non tutti i suoi problemi sono stati eliminati. Qualcosa dei traumi subiti mentre aveva assistito per anni alle continue liti dei genitori era rimasto nel suo cuore (*E la bimba è tornata grande, ma, nonostante questo, è rimasta puzzolente*).

Il secondo racconto di Maria che riportiamo, evidenzia in modo più evidente la sua più pressante e grave problematica: il conflitto tra i genitori.

I principi litigiosi

“C'era una volta una bellissima principessa che aveva un fidanzato con il quale andava a passeggiare in un prato fiorito. Un giorno hanno deciso di sposarsi e hanno fatto un figlio che si chiamava Davide. Ma litigavano e si volevano lasciare.

La mamma di Davide aveva già partorito ed era molto preoccupata perché non sapeva cosa dire al figlio quando sarebbe diventato grande. I genitori si sono lasciati per forza.

Quando Davide è cresciuto ha chiesto: “Ma io non c'è l'ho un papà?” E la mamma ha detto “Te lo spiegherò quando sarai diventato più grande!” E poi dopo gli ha detto: “Ci siamo lasciati per le (a causa delle nostre) famiglie”. Il bimbo era scappato dalla famiglia e cercava il suo papà e la mamma è andata a cercarlo. Dopo (la madre) ha trovato papà e figlio che passeggiavano e gli ha detto: “Ma tu che ci fai qui!” E ha rimprovera-

to il papà. La mamma era disperata. Dopo hanno fatto tutti pace e vissero felici e contenti.”

In questo racconto ancora una volta Maria mette in evidenza come nella sua famiglia vi fossero tutti i presupposti per un matrimonio felice: la bellezza, la ricchezza, l'amore, un ambiente idilliaco, la nascita di un figlio (*C'era una volta una bellissima principessa che aveva un fidanzato con il quale andava a passeggiare in un prato fiorito. Un giorno hanno deciso di sposarsi e hanno fatto un figlio che si chiamava Davide*). Purtroppo, però, questi presupposti non bastano (*Ma litigavano e si volevano lasciare*). A questo punto è evidente la paura più grande che assilla la bambina: il timore che la separazione dei suoi genitori possa comportare la perdita del rapporto con il papà (*Dopo ha trovato papà e figlio che passeggiavano e gli ha detto: “Ma tu che ci fai qui!” E ha rimproverato il papà.*)

Come si può evincere da questi racconti i sintomi presentati dalla bambina ci dicono poco o nulla sulle cause dei suoi problemi, né ci fanno comprendere la sofferenza della piccola. Questi problemi, e la sofferenza che ne consegue, diventano evidenti quando le si dà la possibilità di esprimere liberamente i suoi sogni, i suoi desideri, le sue emozioni, i suoi pensieri, mediante l'uso del disegno libero e l'esposizione di qualche racconto anch'esso costruito liberamente. In definitiva noi crediamo che è dalle loro parole, dai disegni e dai loro racconti, che possiamo veramente comprendere il mondo interiore dei bambini e non certo dai loro sintomi.

L'approccio dimensionale

Per tale motivo ci sembra molto più utile *l'approccio dimensionale* che permette di descrivere in maniera globale il bambino nella sua complessità, peculiarità insieme alla sua storia personale e familiare. Per Militerni (2004, p. 97):

“In un sistema dimensionale viene fatto riferimento a definite dimensioni, intese come caratteristiche che si dispongono lungo un continuum con diversi gradi di espressività. In questa prospettiva uno stato emotivo (ad esempio l’ansia) o un comportamento (ad esempio, la ripetitività) o un certo modo di relazionarsi (ad esempio la socievolezza), possono essere considerate come dimensioni e vanno quindi valutate, non come elementi che permettono l’assegnazione a una categoria, ma di per se stesse, basandosi su una quantificazione degli attributi”.

Viene in definitiva attribuita una dimensione in base alla frequenza e alla gravità del sintomo. In parole povere, nell’approccio dimensionale i sintomi ci servono solo a capire quanto è profonda e intensa la sofferenza del bambino in quella fase del suo sviluppo, così come ci possono permettere di conoscere, in seguito agli interventi terapeutici, se questa sofferenza stia diminuendo oppure no.

Le emozioni e i sentimenti del bambino

Le emozioni ed i sentimenti sono sempre presenti nel bambino come negli adulti. Perfino i bambini molto piccoli avvertono desideri intensi, possiedono emozioni, sentimenti e fantasie. Il processo della conoscenza non è ancora cominciato ma desideri e preferenze, paure e moti di collera, sentimenti di amore e odio, sono già presenti (Isaacs, 1995, p. 31). Le emozioni dei bambini sono numerose ma non sempre sono chiaramente riconoscibili specie da quei genitori ed adulti che hanno difficoltà a vivere con empatia il rapporto con essi.

Spesso le emozioni infantili si evidenziano in maniera smisurata ed eccessiva in quanto, nella prima infanzia, le situazioni hanno il carattere del tutto o niente. Pertanto dall’euforia si può passare all’angoscia e viceversa; e da quest’ultima, abbastanza rapidamente, si può ritornare ad una situazione di normalità. Nonostante le emozioni infantili sembrano fugaci e superficiali, tut-

ta l'esperienza medico-pedagogica prova che possono essere anche molto profonde (Osterrieth, 1965, p. 96).

Molto spesso i genitori vedono nel bambino emozioni e sentimenti inesistenti e ciò a causa della mutevolezza degli stadi d'animo dei minori. Poiché dopo un trauma, una frustrazione, come può essere un pesante rimprovero o una grave punizione, lo vedono di nuovo sorridente e attivo, immaginano e si illudono che il bambino sia molto più forte di quanto non lo sia realmente. Ma come dice Bettelheim (1987 p. 405),

“...gli stati d'animo di un bambino sono molto più mutevoli di quelli della maggior parte di noi adulti; ma questo non significa che le sue emozioni siano meno profonde di quelle degli adulti, e che esse non continuino ad agire in lui, anche se sul momento sembra averle dimenticate. Il dolore, però, tornerà presto ad assalirlo, e allora il bambino sarà ancora più afflitto, all'idea di avere momentaneamente tradito i suoi più intimi sentimenti”.

Il pianto

Per pianto si intende “il comportamento espressivo caratterizzato da secrezione lacrimale, modificazione della respirazione e compartecipazione di tutto il corpo che esprime, come il riso, una reazione emotiva tesa a scaricare tensione”(Galimberti, 2006, p. 72).

Il pianto negli adulti

Noi adulti piangiamo quando siamo colpiti da un intenso dolore o fastidio fisico o morale, oppure da una forte emozione. Piangiamo quando vogliamo comunicare alle persone care la nostra intima sofferenza, affinché meglio ci capiscano, ci ascoltino e consolino. Piangiamo anche per sfogare e liberare il nostro animo dalle eccessive tensioni e preoccupazioni, perché sappiamo che dopo aver versato molte lagrime, ci sentiamo meglio, ci libe-

riamo, siamo più sereni. Ma, stranamente, noi adulti piangiamo anche quando ciò che vediamo o sentiamo stimola notevolmente il nostro riso.

Le donne piangono notevolmente più degli uomini. Tanto che nel periodo premestruale basta un nonnulla per scatenare in esse delle intense crisi di pianto. Naturalmente si può anche piangere fingendo, come fanno gli attori, senza essere colpiti da alcuna vera emozione. In questo caso il pianto può essere uno strumento per piegare l'animo altrui ai nostri bisogni, desideri o anche capricci.

Il pianto del bambino

Nessun adulto piange quanto un neonato, il quale, tra l'altro, può strillare senza lacrime, data l'imaturità del dotto lacrimale.

La facilità del neonato al pianto è dovuta a vari motivi:

1. Un primo motivo può essere ricercato nel fatto che il suo sistema nervoso è ancora immaturo. Questa immaturità lo porta ad avere un difficile e precario equilibrio emotivo che scatena con molta facilità il pianto.
2. Un secondo motivo è dato dall'impossibilità che ha il neonato di comunicare i suoi bisogni, se non con uno strumento molto semplice, come il pianto, che è capace di stimolare nel genitore e negli adulti a lui vicini, la cura nei suoi confronti.
3. Un terzo motivo viene suggerito dagli psicanalisti i quali giudicano il pianto del neonato conseguente alla perdita della loro primitiva condizione di beatitudine all'interno dell'utero materno.
4. Un quarto motivo può essere ricercato nel fatto che per il neonato sia il mondo esterno a lui sia quello interiore, sono delle realtà ancora tutte da scoprire e da conoscere,

prima ancora che da controllare e da gestire. Egli si ritrova come un adulto sperduto in un paese straniero, senza denaro, senza alcun punto di riferimento, ma anche senza conoscere la lingua ed i costumi del luogo.

Gli scopi del pianto

I mezzi di comunicazione del bambino piccolo sono rudimentali e primitivi, per cui il pianto è la prima e la più importante forma di comunicazione con il mondo ed ha lo scopo di attirare su di sé l'attenzione dei genitori o di chi si prende cura di lui, affinché gli offra ciò di cui ha bisogno: cibo, pulizia, presenza o affettuosa vicinanza. Da notare a questo riguardo che i bambini dei paesi occidentali piangono di più di quelli dove i piccoli stanno più spesso a stretto contatto con la madre. Inoltre è noto che i bambini di madre ansiosa piangono notevolmente di più di quelli che hanno la fortuna di stare tra le braccia di una madre tranquilla e serena.

Con il pianto il bambino comunica:

- ❖ *Il pianto serve ad esprimere le sue richieste atte a sopperire ai suoi bisogni.* Il bambino comunica i suoi fastidi, le sue sofferenze, le sue pene, i suoi patimenti, sia fisici sia psicologici: ho freddo, ho caldo, ho fame, ho sete, ho male al pancino, la mia pelle è irritata, sono nervoso, sono teso, sono stanco. E così via. Se il neonato potesse tradurre le sue esigenze in parole, queste sarebbero di questo tenore: “Ti prego, mamma, coprimi di più: ho freddo”. O al contrario: “Cos’aspetti a togliermi di dosso questa benedetta coperta che è troppo pesante e mi soffoca”. “Dammi da mangiare, il mio pancino è vuoto e borbotta”. “Possibile che non ti sia accorta che il pannolino è sporco e che la mia pelle delicata si sta irritando?” “Forse ho ingur-

gitato troppo latte e troppo in fretta, ho male all'addome. Aspetto da te un bel massaggino e sono certo che mi passerà". "Sono stanco, che giornataccia! Tutti che mi volevano baciare! Tutti che mi parlavano eccitati sul viso! Ho proprio voglia di fare una bella e sana dormitina, per rilassarmi un po'; ti prego di fare in fretta tutte le incombenze necessarie per mettermi a letto. Non ce la faccio più!" In questo senso *il pianto protegge il piccolo* dalla fame, dalla sete, dal raffreddamento, dall'eccesso di calore, dai malesseri fisici e psicologici come dalle situazioni di stress. Per tali motivi il pianto è lo strumento più idoneo, più appropriato ed adeguato, per soddisfare i suoi bisogni e per la rimozione delle circostanze spiacevoli. Tra l'altro, quando la madre si prodiga per il suo piccolo con coccole e tenerezze, anche se non riesce a togliere la causa del suo pianto, ottiene lo scopo di diminuire l'angoscia del figlio (Sullivan, 1962. P. 70);

- ❖ *mediante il pianto, soprattutto la sera, egli dà sfogo alla tensione accumulata durante la veglia.* Poiché piangendo, si produce un ormone antistress che fa sentire meglio, i suoi gemiti sono come una valvola che permette al bambino di sfogare l'eccessiva tensione interiore;
- ❖ *quando il bambino è più grande può piangere anche per soddisfare un suo momentaneo capriccio:* avere un giocattolo non suo, ottenere un cibo proibito, aver concesso il permesso di stare più tempo davanti alla tv, e così via. I genitori, in base alla loro personalità e allo stile educativo: permissivo, autorevole, autoritario, assumono comportamenti diversi. I *genitori permissivi o ansiosi* sono di solito troppo attenti a vedere in

ogni pianto un bisogno da soddisfare; *quelli autoritari*, al contrario, giudicheranno buona parte dei pianti del bambino come capricci ai quali non dare seguito. Solo i genitori *maturi, autorevoli, equilibrati e sereni*, sapranno rispondere alle richieste del piccolo in maniera adeguata, mettendo in atto i comportamenti più idonei e opportuni;

- ❖ *il pianto può essere l'espressione della sua sofferenza psicologica.* Le più frequenti sofferenze psicologiche del bambino molto piccolo sono le paure. Il bambino può spaventarsi per molti motivi: per le troppe attenzioni di una persona a lui estranea, per dei rumori improvvisi, perché intimorito da qualcuno che ha alzato la voce, perché il fratellino, a volte senza volerlo, gli ha fatto male. Altre volte si spaventa in seguito a una caduta o per aver perso l'equilibrio. In molti casi, pur non avendo subito nessun trauma fisico, piange per la paura che ha provato, per i visi allarmati che vede attorno a lui o semplicemente perché ha fame di vicinanza fisica e di coccole;
- ❖ *con il pianto il bambino può esprimere la sua collera e rabbia.* Quando l'ambiente attorno a lui, nonostante tutti i suoi sforzi e tentativi di comunicazione non comprende o non soddisfa i suoi bisogni; quando l'ambiente familiare è troppo teso, ansioso o conflittuale e, quindi, non è idoneo a soddisfare la sua primaria necessità di serenità e pace. Allo stesso modo il bambino esprime con il pianto la sua collera e la sua rabbia quando si sente abbandonato o trascurato, a causa delle frequenti o troppo prolungate assenze materne o paterne.

- ❖ *il bambino può piangere per una sofferenza fisica.* Ad esempio, quando si è fatto male nel giocare, nel correre o nei suoi maldestri tentativi tesi a scoprire e conquistare il mondo che lo circonda. Il pianto causato da un intenso dolore fisico si capisce facilmente poiché è un pianto disperato, inconsolabile, che può durare a lungo (anche ore), e provoca nel bambino sudorazione e viso paonazzo. Il malessere fisico del piccolo può essere dovuto anche a delle bolle d'aria nel pancino (*coliche del lattante*), che si presentano con pianto improvviso, contrazione delle gambe sull'addome, flatulenze. In questi casi, anche quando la mamma lo prende in braccio il piccolo non si calma facilmente.

Non sempre il pianto riesce a consolare. Quando succede ciò l'angoscia del bambino si accentua insieme a quelle dei genitori e poiché se riesce ad addormentarsi è solo per spossatezza, quando si risveglia ricomincia a piangere, in quanto il sonno non è riuscito a rasserenarlo.

I primi incontri tra i genitori ed il piccolo, al di fuori dell'utero materno, frequentemente nel nostro periodo storico rischiano di diventare i primi scontri. Il motivo è semplice: da una parte abbiamo un piccolo essere umano che ancora ha un sistema nervoso immaturo che lo rende facile alle emozioni, sia positive sia negative. Un essere umano che non conosce il mondo nel quale si trova e che, quindi, non sa come rapportarsi con esso: non sa di chi e di che cosa fidarsi, di chi e di che cosa avere paura. Un piccolo essere umano facile al sorriso, ma anche alla disperazione. Facile alla gioia ma anche alla tristezza. Facile all'ottimismo ma anche al più nero pessimismo. Non è difficile osservare tutto ciò in un neonato il quale, in un dato momento, gioca o dorme beato tra le braccia della madre, mentre, un momento dopo, strilla a più non posso, angosciato e spaventato per qualcosa che è sopraggiunto nel suo corpo, ma anche solo nella sua mente.

Accanto alla fragilità psicologica del neonato abbiamo una madre, una donna, oggi sempre più spesso psicologicamente delicata, ma anche priva di quegli apporti, di quelle conoscenze, di quei tirocini, e quindi, in definitiva, di quelle capacità, nel rapportarsi con un bambino piccolo, e ancor più con un neonato. Una donna che ha difficoltà a concentrare tutte le sue attenzioni sul piccolo, in quanto a volte il suo impegno e la sua mente sono riservate più alle attività sociali, sentimentali e lavorative, che non alla ricerca della migliore relazione con il proprio figlio.

E così, nonostante entrambi, sia la madre sia il neonato, abbiano bisogno di conoscersi, nonostante entrambi abbiano bisogno di scoprirsi a vicenda, di parlarsi, di confrontarsi, nonostante entrambi abbiano bisogno di trovare utili intese e accordi reciproci, il loro rapporto può risultare disturbato, distante, e spesso anche conflittuale.

Da tenere, inoltre, presente che il piccolo porta in sé, accanto alle scarse conoscenze del mondo che lo circonda, le sue caratteristiche ereditarie. Caratteristiche che possono facilitare o no quest'incontro, questo dialogo e questa intesa. A sua volta la madre porta in sé, accanto al suo patrimonio genetico, un bagaglio di esperienze sia positive che negative, esperienze che si sono depositate nel suo essere, in molti anni di rapporti con l'ambiente nel quale è vissuta e con il quale ancora interagisce. La madre può portare nel suo Io i sogni, le speranze, gli amori, la gioia e l'ottimismo nei confronti della maternità e della vita in genere, ma può al contrario portare, come risultato dei suoi difficili vissuti, come conseguenza dei suoi incontri e dei suoi scontri che l'hanno segnata durante gli anni della sua vita, ansie, fobie, timori, conflitti interiori, depressione e tristezza,

Nel momento in cui lei si rapporta con il figlio ha in sé, in definitiva, un grosso carico di esperienze: positive e negative. Le esperienze positive, avute con i propri genitori, con la propria famiglia, con gli amici daranno a questa donna-madre una marcia

in più, nel saper ascoltare e nel saper capire i messaggi presenti nel pianto e poi nel saper gestire i bisogni del suo piccolo. Al contrario, le esperienze negative vissute nell'infanzia, nella fanciullezza, nell'adolescenza e nella vita di donna adulta, poiché possono aver lasciato nel suo animo ansia, acredine, rabbia, collera e facile reattività, rischiano di rendere difficile l'ascolto, la comprensione e la complessiva gestione del figlio. In definitiva, mentre per le madri che la vita ha arricchito di apporti positivi, il pianto del bambino sarà semplicemente uno strumento di comunicazione, prezioso per capire e poi soddisfare le necessità del figlioletto, per le altre il pianto può diventare uno strumento di sofferenza e di tortura capace di portare, madre e figlio, al conflitto. Inoltre, poiché il pianto degli adulti ha molto spesso il significato di un'intensa sofferenza fisica e psichica, queste madri tenderanno a vedere se stesse come madri incapaci di dare gioia e serenità al loro piccolo, per cui tenderanno a colpevolizzare se stesse per il fatto di non capire, non saper rispondere adeguatamente ai bisogni del figlio, non saper accettare i suoi richiami, non saperli valutare correttamente. o, al contrario, saranno pronte a giudicarlo come un piccolo tiranno, impegnato da mattina a sera a farle soffrire e disperare con il suo pianto irrefrenabile.

Interventi

- ❖ Intanto è importante cercare di vivere il rapporto con il figlio con la massima serenità. Questo approccio ci aiuterà a capire meglio, così da intervenire efficacemente. L'ansia non è mai una buona consigliera! Pur tuttavia senza farsi travolgere dall'ansia, non è bene ignorare il pianto del piccolo. È sempre utile ascoltarlo ed intervenire prontamente, in quanto ogni tipo di comunicazione ha bisogno di un ascolto immediato e attento e di una risposta adeguata. In caso contrario il

pianto con significato di richiesta, può facilmente diventare pianto di rabbia e collera;

- ❖ per decodificare i bisogni del piccolo bisogna mettere in campo non solo la ragione, ma anche l'istinto e l'esperienza. Ad esempio, la ragione ci può indicare se è l'ora della pappa, quella del bagnetto o del sonnellino. L'esperienza ci può suggerire quali sono i suoi più frequenti motivi di pianto: stanchezza, desiderio di dormire, irritazione nelle parti intime e così via. L'istinto presente in ogni madre ci può aiutare a trovare il rimedio più opportuno in quella occasione: attaccarlo al seno, coccolarlo, abbracciarlo, cullarlo, giocare con lui, farlo rilassare mediante un buon massaggio o un bagnetto e così via:
- ❖ quando capiamo che il pianto è solo lo sfogo della tensione interiore, è bene lasciare che il bambino si liberi da questa tensione accumulata nel suo animo coccolandolo e cullandolo tra le nostre braccia, ma anche rasserenandolo con il nostro sorriso e con un tono di voce carezzevole. Ricordiamoci che anche i bambini più grandicelli meritano e hanno bisogno di coccole, di rassicurazioni e di baci. Queste manifestazioni d'amore, come un balsamo sopra le ferite, aiutano a far guarire i piccoli traumi subiti durante il giorno, così da poter più facilmente riprendere la via della maturità e della crescita.

Le mamme più anziane ed esperte conoscono molti accorgimenti utili soprattutto per i bambini più piccoli:

- ❖ è bene sapere che fino ai sei mesi le posizioni migliori per far dormire il piccolo sono quelle su un fianco o a pancia sopra;

- ❖ se il bambino è ancora nella culla si addormenterà più facilmente se accanto a lui metteremo qualche piccolo cuscino o coperta arrotolata in modo tale che si senta contenuto come nel grembo materno;
- ❖ per molti bambini un piccolo fazzoletto o tovagliolo messo sul viso li aiuta a rilassarsi;
- ❖ anche il succhiare: il ciuccio, il biberon, il seno della mamma, fa smettere di piangere. Questa piccola gratificazione li aiuta a ritrovare la calma e l'equilibrio psichico momentaneamente perduto;
- ❖ il cullare e cantare una ninna-nanna sono attività da sempre utilizzate per distendere e calmare i piccoli e non vi è motivo per abbandonare quest'antichissima ed efficace usanza. Tutti i bambini amano essere cullati, in quanto ciò ricorda loro l'utero materno. Ed è per questo motivo che molti bambini si addormentano immediatamente sulle automobili che transitano, mentre si svegliano appena l'auto si ferma;
- ❖ non rimproveriamo il bambino se piange, come fosse un figlio cattivo e malvagio, il cui più grande divertimento consista nel farci disperare con i suoi strilli. Egli non ha alcun motivo di farci del male, giacché procurare del male alla sua mamma, equivale a fare del male a se stesso. Ognuno di noi, piccolo o grande che sia ha bisogno di essere accettato, anche quando manifesta un'emozione negativa, come può essere quella della sofferenza. Non possiamo accogliere solo i segnali di gioia e di benessere del bambino, rifiutando quelli di dolore e angoscia;
- ❖ se pensiamo che il pianto è dovuto a delle colichette, per alleviare il suo fastidio e per cercare di calmarlo, trasmet-

tiamogli il massimo della tranquillità, in quanto il bambino può aver reagito con il pianto, non tanto per il dolore provato quanto per la paura di queste nuove e diverse sensazioni, presenti nel suo corpo. Mettiamoci allora, insieme a lui, in un luogo appartato, con poca luce e con pochi rumori e massaggiamo il suo pancino con movimenti lenti, circolari e ritmati, che hanno il potere non solo di rilassare l'addome, ma anche il suo animo teso e spaventato. Se necessario, possiamo usare anche un caldo infuso adatto a rilassare;

- ❖ tutte le mamme sanno che è molto utile il bagnetto in acqua tiepida, prima della nanna, in quanto l'elemento liquido e caldo ricorda al bambino l'utero materno. E ciò gli apporta rilassamento e piacere, conciliandogli il sonno;
- ❖ ogni bambino ha una sua posizione e un suo luogo preferito per riposare. Alcuni da svegli amano restare a pancia in su, altri nella posizione opposta: a pancia in giù. Se poi viene fatta loro assumere questa posizione, sulle gambe della mamma, si quietano più facilmente. Ma come abbiamo detto sopra, non è mai conveniente però tenerli a pancia sotto quando dormono;
- ❖ anche per quanto riguarda i rumori ogni bambino ha le sue preferenze. Alcuni bambini amano restare in un ambiente nel quale non vi sia il minimo rumore, altri si addormentano più facilmente se sono cullati da un dolce suono, altri ancora si quietano se sono in contatto con le rasserenanti voci degli adulti, specie con le voci dei genitori o dei fratelli maggiori, per cui amano addormentarsi nella stessa stanza, dove vi sono gli adulti o in una stanza non lontana;

- ❖ per quanto riguarda il pianto da capriccio, se la diagnosi fatta dai genitori è sicuramente corretta, certamente non bisogna cedere al ricatto del pianto. Ciò non significa però che il bimbo non meriti lo stesso di essere coccolato e tranquillizzato.

In conclusione, ricordiamoci che non bisogna avere paura di viziare i bambini piccoli. Questi se accolti, amati, ascoltati, coccolati e ben accuditi saranno in futuro dei bambini forti, maturi ed indipendenti. Se invece non sono curati, non sono ascoltati e amati, saranno più fragili, nervosi e irritabili e daranno in futuro molto più problemi ai propri genitori.

La rabbia e la collera

Non è difficile farsi un'idea della collera e della rabbia poiché tutti noi adulti, molte volte, abbiamo sperimentato direttamente queste emozioni o le abbiamo notate negli occhi, nel corpo e nei comportamenti altrui. Collera e rabbia sono reazioni primordiali emotive, intense, primarie, universali, presenti in tutti gli animali superiori. Da una frustrazione profonda e durevole che ci riguarda e che giudichiamo inaccettabile, nasce una reazione d'intensa insoddisfazione, che provoca questo tipo di reazioni, le quali si manifestano con modalità improvvise e travolgenti.

Quando dentro di noi cresce la collera, avvertiamo un disagio e una tensione via via crescente, fino a quando non abbiamo la possibilità di scaricarla sulla persona che l'ha provocata o su altre persone, animali o cose, assolutamente innocenti che sono costretti, loro malgrado, a subire i nostri maltrattamenti e le nostre ingiurie. Solo allora, solo quanto rispondiamo attaccando la persona che avvertiamo fonte di minaccia o quando possiamo scaricare l'aggressività su altri, la tensione diminuisce e ritroviamo uno stato di momentaneo e parziale benessere.

Per quanto riguarda la *distinzione tra rabbia e collera* la prima è un'emozione, mentre la collera è il comportamento conseguente a questa emozione. In definitiva si prova rabbia, ma si agisce in modo collerico.

La collera e la rabbia sono pertanto meccanismi di protezione che ci segnalano che c'è qualcosa che non va nel rapporto con gli altri. Ci mettono a conoscenza del fatto che qualcuno ci sta facendo del male, che i nostri diritti sono stati violati, che i nostri bisogni e i nostri desideri non sono stati soddisfatti. Queste reazioni ci stimolano a farci valere e ci danno le motivazioni per fare ciò, in modo tale da riaffermare noi stessi e i nostri giusti e sacrosanti diritti e bisogni.

Poiché queste emozioni fisiologiche fanno scattare l'istinto di sopravvivenza, che mobilita tutte le energie fisiche necessarie a difendersi, minacciare e colpire chi si ritiene nemico o avversario, il corpo viene posto in una posizione di difesa e di offesa, così che sia pronto e teso a scattare e a scatenare una lotta per eliminare o rendere innocuo chi si percepisce come fonte di irritazione, dolore, o peggio di pericolo. Durante tutto il tempo della reazione emotiva sono stimulate le ghiandole che portano alla produzione degli ormoni adrenalini e noradrenalini. Questi ormoni, a loro volta, provocano un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. In tal modo il cuore e i polmoni mettono a disposizione di tutto l'organismo il propellente energetico necessario per far fronte alla straordinaria ed improvvisa richiesta.

Le manifestazioni esterne sono eclatanti: il viso, a volte rosso, altre volte chiaramente paonazzo, è sconvolto dalla tipica espressione di rabbia. Gli occhi iniettati di sangue comunicano a chi ci sta di fronte come nemico, biasimo e repressione, e gli fanno capire che siamo pronti ad attaccare. La bocca, i denti e le mani, stretti per l'irrigidimento della normale tensione muscolare, sono pronti ad aggredire al fine di spaventare, mordere o col-

pire la persona o le persone che si ritengono minacciosi avversari. Ma se questo non fosse possibile, gli stessi ormoni preparano i muscoli degli arti inferiori ad una fuga precipitosa. Purtroppo però, in questa condizione particolare, la mente, accecata dall'odio e dal bisogno di far del male, mira soltanto a scegliere la migliore strategia di offesa o di difesa, trascurando le conseguenze degli atti aggressivi che si stanno per compiere. Cosicché l'efficacia della ragione diminuisce notevolmente. Per tale motivo le capacità comunicative prettamente umane e razionali sono ridotte al lumicino, per cui spesso si sopravvalutano le caratteristiche negative dell'altro, mentre, nel contempo, si sottovalutano quelle positive. Inoltre, nell'impeto della rabbia la mente si focalizza sulle cause scatenanti e cancella tutto il resto. Veniamo "accecati dall'ira" in una spirale distruttiva ma, a volte, anche autodistruttiva. Ciechi, diventiamo incapaci di spiegare le nostre ragioni con chiarezza. Le nostre parole, in preda all'ira, sono fatte di urla, muggiti e grugniti, come di animale inferocito, mentre prevalgono pensieri distruttivi e di vendetta.

Il bimbo molto piccolo manifesta la sua collera con grida e calci, con tentativi di colpire e mordere, con ostinato rifiuto di mangiare o con l'espulsione incontrollata delle feci. Quello più grande può già meglio esprimere i suoi sentimenti con parole e gesti più moderati. Bisogna tener presente che, per fortuna, la rabbia e la collera dei bambini, nonostante siano più intense di quelle degli adulti, sono anche più fugaci.

Nella collera del bambino vi è, come in quella degli adulti, una cieca irrazionalità, tale da far addirittura desiderare l'eliminazione e la distruzione dell'ostacolo frapposto all'esaurimento del desiderio infantile, anche se si tratta di una persona che in quel momento dovrebbe essere per lui fondamentale e molto amata.

Il caso che presentiamo ne è un esempio:

Fabio, di nove anni, era nato da una donna la quale aveva vissuto delle situazioni sentimentali sempre molto complicate e difficili. La madre si era sposata una prima volta con un uomo dal quale aveva avuto una figlia. Separatasi dal marito aveva convissuto per due anni con il padre di Lorenzo, dal quale si era allontanata quando il bambino aveva solo due anni. Subito dopo aveva iniziato una relazione con un uomo sposato. Relazione che era durata diversi anni. Quando la donna decise di lasciare l'amante, questi iniziò a perseguitarla, minacciandola in vario modo. Tale comportamento dell'uomo spinse la donna a decidere di trasferirsi con il figlio in un'altra regione d'Italia, allontanando così da lei il pericolo rappresentato dall'ex amante. Con tale decisione però, il figlio sentiva di essere costretto a restare lontano dal padre, dai nonni, dai compagni e dalla casa e città natale, nella quale fino a quel momento era vissuto.

Il bambino, molto risentito per questa situazione, nella ricerca di un minimo di benessere interiore, avvertiva nel suo intimo il bisogno di difendersi e punire chi gli aveva fatto e gli stava facendo del male. Come possiamo notare da questo suo racconto, questo bisogno di difesa e di sanzioni nella sua fantasia avevano assunto degli aspetti drammatici.

Il cavaliere, il drago e la strega

“C'era una volta un cavaliere che andò con il suo cavallo tanto lontano. Un giorno giunse a un punto e lì ha visto un drago. Pian piano avvicinandosi alla bestia il drago si svegliò e se ne andò via. Però il cavaliere con il suo cavallo lo inseguì e lo uccise. Lo uccise perché il suo comandante, il suo re, gli disse di uccidere il drago perché era una minaccia per il Paese.

Quando uccise il drago lo portò al Paese e lo mise davanti al re. Però il cavaliere non sapeva che il re era una strega che lanciò una maledizione sul cavaliere e lo fece diventare una rana. Il ranocchio andò a casa di una principessa. Questa ragazza era la figlia di un re di un altro Paese. Quando arrivò a

casa della principessa, questa gli disse: “Ma tu chi sei?” Il ranocchio gli rispose: “Sono il cavaliere ma la strega mi ha fatto una maledizione. La principessa capì il problema e allora lo baciò, ed il cavaliere tornò normale.

Il cavaliere e la principessa corsero insieme con le guardie dalla strega e la imprigionarono nelle segrete. Da quel giorno in poi la strega era nelle segrete, così il cavaliere e la figlia del re vissero felici e contenti”.

Se interpretiamo il racconto di Fabio alla luce della sua storia familiare e personale, capiamo che egli sente prepotentemente il bisogno di eliminare in maniera definitiva l'essere cattivo che attenta alla sicurezza sua e della sua famiglia (*C'era una volta un cavaliere che andò con il suo cavallo tanto lontano. Un giorno giunse a un punto e lì ha visto un drago. Pian piano avvicinandosi alla bestia il drago si svegliò e se ne andò via. Però il cavaliere con il suo cavallo lo inseguì e lo uccise*).

Egli ubbidisce ai dettati del suo comandante e re, che in questo caso è la madre perseguitata da un uomo “cattivo” (*Lo uccise perché il suo comandante, il suo re, gli disse di uccidere il drago perché era una minaccia per il Paese*). Tuttavia sa bene che i suoi problemi non sono solo all'esterno della sua famiglia, ma vivono accanto a lui: il problema maggiore è proprio la madre che con i suoi comportamenti incongrui l'ha messo e lo mette sistematicamente in ansia e in grave difficoltà. (*Quando uccise il drago, lo portò al Paese e lo mise davanti al re. Però il cavaliere non sapeva che il re era una strega che lanciò una maledizione sul cavaliere e lo fece diventare una rana*). A questo punto la soluzione non può che venire dall'esterno della sua famiglia. La soluzione può venire solo da una ragazza, una principessa buona, figlia di un vero re e non di una strega (*Il ranocchio andò a casa di una principessa. Questa ragazza era la figlia di un altro re di un altro Paese. Quando arrivò a casa della*

principessa, questa gli disse: “Ma tu chi sei?” Ma il ranocchio gli rispose: “Sono il cavaliere ma la strega mi ha fatto una maledizione. La principessa capì il problema e allora lo baciò, ed il cavaliere tornò normale). Ed è alleandosi con questa ragazza che gli è possibile fare in modo che la madre, causa di buona parte dei suoi problemi, sia rinchiusa nelle segrete, così che non possa più nuocergli (Il cavaliere e la principessa corsero insieme con le guardie dalla strega e la imprigionarono nelle segrete. Da quel giorno in poi la strega era nelle segrete, così il cavaliere e la figlia del re vissero felici e contenti).

Vi sono vari tipi di collera:

Quella che abbiamo descritto è la forma più grave ed eclatante della collera. Vi sono, per fortuna, forme più lievi nelle quali quest'emozione si manifesta soltanto con una lieve irritabilità, con fastidio o impazienza.

Quando la collera si manifesta immediatamente dopo un evento sgradevole o punitivo in modo esplosivo, viene chiamata *collera disinibita*. Se, invece, si accumula nel tempo e si esprime in un momento successivo con scoppi d'ira, è chiamata *collera implosiva o inibita*.

Quest'ultimo tipo di collera è caratteristico di quei bambini i quali, essendo molto attenti al rispetto formale o per paura delle punizioni e delle reazioni degli adulti, riescono a tenere a bada o a mascherare la rabbia, sotto l'azione dell'inibizione educativa, per non compromettere la loro immagine agli occhi dei genitori o degli altri educatori. Tuttavia i riflessi di questa emozione violenta non scompaiono, ma si accumulano nel tempo, fino a quando i bambini sono capaci di contenerli. Quando la tensione ha raggiunto il massimo essi esplodono in atteggiamenti d'ira agitata e scomposta, perdono il controllo delle parole e delle azioni, ed oltrepassano la giusta misura. In questi casi, per effetto rim-

balzo, più la rabbia viene repressa, tanto più facilmente viene manifestata come un'improvvisa esplosione.

Ciò può avvenire in qualunque momento, ma è più facile che avvenga durante l'adolescenza. In questa fase della crescita il ragazzo si scopre forte e deciso, per cui non teme più le punizioni fisiche. A quest'età la collera può manifestarsi in tutta la sua intensità, lasciando i genitori scioccati e perplessi per la presenza di un'emozione così violenta in un figlio che, fino ad allora, era stato giudicato come tranquillo ed educato.

Nella collera autopunitiva la forza distruttiva della collera si ripercuote e si dirige verso se stessi. La sua carica distruttiva diventa autopunitiva e autolesionistica. In questi casi il bambino si colpevolizza, si auto-rimprovera, si auto-accusa, si fa del male e rischia di perdere in modo stabile la stima di sé, in quanto non trova, o preferisce non trovare, un obiettivo su cui orientare il proprio scontento. La rabbia repressa, ritorcendosi contro di sé, lo induce a strapparsi i capelli, a mordersi le unghie, a dare testate nei muri. Nel contempo aumentano i sintomi depressivi e sono alimentati i sentimenti di inferiorità.

Quando la mente non riesce più a gestire questi conflitti ne può soffrire il corpo, per cui si possono manifestare le *affezioni psicosomatiche*, come la cefalea, le gastroenteriti, il vomito. Nel frattempo, diminuiscono le difese immunitarie e, conseguentemente, è facilitata l'insorgenza delle malattie virali e batteriche.

Un altro percorso della collera e della rabbia è quello dell'*impotenza*. In questi casi il bambino appare apatico, perde il tono corporeo, diventa flaccido, stanco, lamenta mal di testa, inappetenza e stanchezza. In questi casi la rabbia si nasconde dietro i lamenti, le lagne e lo scoraggiamento.

La collera può, inoltre, essere espressa oppure mascherata. Sono forme di *collera mascherata* gli attacchi psicologici come la maldicenza, la calunnia, l'ironia, le insinuazioni e le critiche denigratorie che si abbattono sull'oggetto ritenuto causa della

frustrazione con lo scopo di porre questo in cattiva luce, sminuendone le qualità o cercando di colpevolizzarlo.

In definitiva però, tutti i tipi di collera possono essere di grave nocimento a se stessi e agli altri: la collera disinibita può comportare la rottura dei rapporti amicali e familiari. Le forme di collera autopunitive o impotenti possono essere nocive alla salute stessa del bambino che le prova. Inoltre, quando l'oggetto della collera è una persona che il piccolo dovrebbe amare o che gli ha fatto del bene, egli può provare dei sensi di colpa, per essersi lasciato trascinare da questa intensa, aggressiva emozione.

Il rancore

La rabbia non dura nel tempo. Essa può scomparire rapidamente così come rapidamente appare. Ma se si trasforma in rancore e astio tenace e profondo, può durare anche molti anni. Il rancore è quindi un sentimento di avversione profonda e di risentimento verso una persona, un ambiente o una situazione, per lo più celato nell'animo e non manifestato apertamente, che dura nel tempo. Si prova rancore soprattutto verso persone ben conosciute, alle quali si è legati da vincoli di affetto o di parentela, che sono perciò rilevanti nella nostra vita. Nel rancore è presente la *ruminazione*, ossia il continuo rimuginare, giorno dopo giorno, sull'episodio che ci ha fatto soffrire e spesso anche sui modi per potersi rivalere. In questi casi la sofferenza per il torto subito viene continuamente autoalimentata.

Lo spostamento della collera

In molte situazioni il bambino non potendo o sapendo reagire adeguatamente alla collera, finisce con lo sfogare la propria rabbia non sul reale oggetto che l'ha provocata, ad esempio la madre, il padre o uno dei familiari, che non ha il coraggio o non vuole affrontare, ma su un obiettivo meno temibile o più facilmente raggiungibile, che fa da capro espiatorio (*spostamento*

della collera). Il capro espiatorio può essere di volta in volta il proprio fratello o la propria sorella minore, il debole e fragile compagno di classe, il disabile, il bambino “diverso” per lingua o colore della pelle. Anche gli innocenti oggetti ed animali possono subirne le conseguenze. Spesso i genitori si lamentano che il bambino distrugge le matite, i giocattoli, strappa i libri, sconvolge la sua stanzetta, rincorre e tenta di stritolare l’innocente gattino, senza comprendere che questi comportamenti nascono dalla sua difficoltà a manifestare direttamente la sua collera alle persone che lo fanno o lo hanno fatto soffrire.

La dissociazione della collera

Un’altra forma di reazione alla collera è la *dissociazione* descritta da Freud. In questi casi, una parte della personalità nasosta ma conscia nega che l’evento aggressivo, doloroso, di perdita, sia veramente accaduto, mentre, contemporaneamente, un’altra parte della personalità continuerà a credere che in realtà ciò è veramente avvenuto.

Quel che è certo è che il precipitoso attuarsi di processi difensivi: repressione o dissociazione, con conseguente fissazione, inizia molto più facilmente nell’infanzia che in età adulta. In ciò risiede la spiegazione del perché e del come le esperienze di perdita nella prima infanzia portino a uno sviluppo incompleto della personalità e a una predisposizione a disturbi psichici (Bowlby, 1982, p. 60).

La collera, pertanto, è un sentimento secondario, ma deriva sempre da un sentimento primario. Gli animali spesso attaccano perché sono sofferenti, aggrediti, disturbati, tormentati. Attaccano per cacciare un intruso dal territorio o per difendere la prole. Negli esseri umani il sentimento primario può riguardare una o più nostre paure dovute a dei comportamenti incongrui da parte di chi ci sta vicino: paura di non essere amati, di essere allonta-

nati, abbandonati, di rimanere soli, di essere rimproverati, puniti, sminuiti o denigrati ingiustamente.

La rabbia peggiora quando si attribuisce all'altro la volontà di ferire, quando si ha la sensazione che la persona che ci fa stare male commetta un sopruso, una mancanza di riguardo. Vi sono bambini che reagiscono con estrema facilità anche in seguito a motivi banali, mentre altri, invece, più sereni, equilibrati e più capaci di razionalità e controllo emotivo, accettano e sopportano stimoli anche molto intensi. Sono soprattutto i permalososi quelli che spesso si sentono feriti ed urtati per motivi, a volte insignificanti, ai quali reagiscono con acredine, ruminando rancore e vendette. Questi bambini trovano nelle parole e nei gesti degli altri sempre qualcosa che li colpisce ingiustamente.

Ogni bambino possiede un tipo particolare di rabbia che contraddistingue il suo tipo di personalità e ogni bambino ha un modo differente di manifestarla. Pertanto la rabbia e la collera hanno notevoli *caratteristiche di soggettività*, in quanto non conta tanto lo stimolo che le hanno scatenate quanto il cervello che le ha elaborate. La collera, se si manifesta eccezionalmente e per gravi motivi, ha di per sé una funzione positiva, in quanto serve a proteggerci dalle prevaricazioni degli altri. Se invece si manifesta frequentemente o in modo eccessivo è di grave danno alla persona, agli altri e alla società; essa, pertanto, dovrebbe costituire un campanello dall'allarme per i genitori, i quali dovrebbero riuscire a capire le cause più vere e profonde di questa eclatante manifestazione.

La collera nelle varie fasi della vita del bambino

Nei primi mesi di vita la collera e l'aggressività si manifestano quando le sequenze abituali non sono rispettate o le consuete gratificazioni non compaiono al momento giusto. Nel bambino, dietro la collera c'è spesso la paura e la sensazione di minaccia per la propria sopravvivenza. Per Bowlby (1982, p. 55) la

collera, anche se non sempre ce ne rendiamo conto, è un'immediata, comune e costante reazione alla perdita, ed è parte integrante delle reazioni di dolore. Il piccolo dell'uomo, come altri cuccioli di animali, quando perde il contatto con il gruppo familiare si sente sperduto e angosciato, in quanto questa perdita può essere fatale per la sua sicurezza, il suo benessere, la sua stessa sopravvivenza. Pertanto reagisce cercando rapidamente di ritrovare le persone perdute e, quando le trova, le scoraggia ad attuare nel futuro un comportamento simile, mediante aspri rimproveri (Bowlby, 1982, p. 56).

E ancora lo stesso autore:

"L'ipotesi da me avanzata, dunque, è che nel bambino piccolo l'esperienza di separazione dalla figura materna sia particolarmente atta a suscitare processi psichici d'importanza cruciale per la psicopatologia, così come lo sono le infiammazioni ed i conseguenti fenomeni cicatriziali del tessuto per la fisiopatologia. Questo non significa che debba risultarne necessariamente una personalità mutilata, ma piuttosto che, come nel caso delle febbri reumatiche, troppo spesso la formazione di conseguenti tessuti cicatriziali può portare in seguito a disfunzioni più o meno gravi" (Bowlby, 1982, p. 60). *"Sembra che una persona colpita da una perdita combatta con il destino con tutto il suo essere emotivo, cercando disperatamente di capovolgere il corso del tempo e di recuperare quei giorni felici che le sono stati improvvisamente tolti. Lungi dall'affrontare la realtà, tentando di adattarvisi, una persona colpita da una perdita ingaggia una lotta con il passato"* (Bowlby, 1982, p. 98).

Nel bambino di due – tre anni la collera può essere dovuta al fatto di essere frenato, contrastato, frustrato, nelle sue aspettative.

Nell'età scolare le crisi di collera sono spesso dovute alle difficoltà che può avere il bambino di ben relazionarsi con i coetanei e con gli insegnanti. Sempre a questa età il bambino rico-

nosce facilmente i dissapori familiari, ma non riuscendo a porvi rimedio si arrabbia, a volte con l'uno, a volte con l'altro genitore, perché lo mettono in ansia ed in difficoltà. Spesso rivolge la sua rabbia anche verso se stesso, perché in qualche modo si ritiene responsabile dei loro contrasti o perché non riesce a porvi rimedio.

Nell'adolescenza le crisi di rabbia e collera sono rivolte verso i genitori dai quali non si sente capito nei suoi bisogni di autonomia e di libertà, ma anche verso i compagni dai quali non si sente rispettato e verso gli amici, quando si sente tradito.

Le cause delle crisi di collera possono quindi essere dovute a qualcosa che è accaduto in quel momento o poco tempo prima, oppure possono trovare la loro origine in un periodo di tempo più o meno lontano. In molti casi sono importanti le frustrazioni precoci che ha subito il bambino. Queste frustrazioni possono essere di vario tipo: un temporaneo abbandono da parte di uno o di entrambi i genitori, un clima familiare particolarmente teso, una madre o un padre con problemi psichici, che non sono in grado di rispondere in maniera adeguata ai suoi bisogni e così via.

La reattività ad uno stimolo non è mai uguale. Il bambino quando è sereno e soddisfatto può reagire bene a degli intensi stimoli negativi. Al contrario, in certi momenti e in particolari condizioni, può reagire male anche ad uno stimolo minimo. Ad esempio, è più facile che reagisca male quando è stanco e stressato per aver subito una giornata nella quale non sono stati rispettati i suoi bisogni fisiologici primari: sonno, cibo, gioco, movimento libero, attenzioni, coccole e serenità ambientale.

Altre volte le crisi di collera possono nascere in un bambino reso particolarmente irritabile a causa di uno stillicidio, nel tempo, di comportamenti poco opportuni, anche se questi atteggiamenti, esaminati singolarmente, non appaiono particolarmente intensi e gravi: troppi favoritismi a suo sfavore, troppe critiche e

confronti negativi, troppi rimproveri e punizioni, troppi lievi scontri all'interno della famiglia, richieste eccessive per quantità o qualità, manifestazioni d'ansia eccessive da parte dei genitori o dei familiari ecc.

Non sono da sottovalutare le crisi dovute ad uno stato di fragilità e debolezza fisica che si trasforma in uno stato di debolezza e fragilità psichica, come quando il bambino si trova o è appena uscito da uno stato di malattia organica, per cui ha dovuto subire terapie e interventi in ambiente ambulatoriale, o peggio, in regime di ricovero.

Gli spasmi affettivi

Una particolare modalità espressiva della collera sono gli spasmi affettivi. Rosine Debray così li descrive :

“In una situazione di frustrazione, che provoca collera, il bebè si mette improvvisamente a singhiozzare, il respiro si fa sempre più rapido e, dopo un ultimo sussulto accompagnato da stridore senza risposta respiratoria, il torace si blocca in inspirazione forzata e il bambino va in apnea. Compare cianosi, il bambino perde conoscenza, cade come una bambola di pezza, talora vi è un rivolgimento degli occhi. L'attacco può condurre a una crisi convulsiva, spesso di tipo tonico con eventuali scosse cloniche, con o senza perdita delle urine” (Debray e Belot, 2009, p. 57).

La durata della pausa respiratoria va da qualche secondo a un minuto circa. La forma pallida, più rara, è provocata dal dolore, da uno shock, da un'emozione o da una paura. Il bambino, dopo un grido, talora appena abbozzato, diventa pallidissimo e cade in sincope. Le forme più gravi di spasmi affettivi possono essere scambiati per crisi convulsive, in quanto il bambino, sistematicamente, subito dopo un trauma presenta una crisi convulsiva.

Le cause della collera

Per quanto riguarda le cause della collera dobbiamo saper distinguere:

1. La reazione a qualcosa d'ingiusto che è stato fatto al bambino.
2. Il bisogno ed il piacere di creare attorno a sé un momento di confusione e distruttività.
3. I comportamenti pretestuosi.

1. La reazione a qualcosa di ingiusto che è stato fatto al bambino.

Non è difficile che qualcosa di ingiusto sia stato fatto al bambino da parte dei genitori, dei fratelli, di qualche compagno o dagli insegnanti. In questi casi avere il coraggio di dire al bambino: “Hai ragione, noi come genitori ci siamo comportati male”. “Io come madre, come padre mi sono sbagliato, ti ho rimproverato ingiustamente”. “La maestra è stata troppo dura con te”. “Tuo fratello o il tuo compagno non dovevano trattarti in questo modo”. L’aver questo coraggio, dicevamo, fa scomparire la collera come per magia. Queste parole hanno il potere di comunicare al bambino delle indiscutibili verità e realtà : tutti possono sbagliare. Possono sbagliare i bambini ma anche gli adulti. L’importante, quando questo accade, è ammettere i propri errori, chiedere scusa, e sforzarsi di evitare che la stessa cosa accada in futuro. Queste parole, o parole come queste hanno il potere di far sentire al bambino l’amore e la stima che nutriamo nei suoi confronti e l’attenzione che sentiamo verso i suoi sentimenti e le sue emozioni.

2. Il bisogno ed il piacere di creare attorno a sé un momento di confusione e distruttività.

L'impulso a disordinare in modo convulso gli oggetti o i giocattoli, così come il bisogno di distruttività, è molto forte nei bambini che soffrono e hanno molto sofferto. In questi, soprattutto se maschietti, è presente il desiderio ed il bisogno di scacciare l'aggressività, l'ansia e la tensione interiore su qualcosa o su qualcuno. Ma, sempre maggiormente nei maschi, un certo grado di impulso distruttivo è presente anche nei soggetti normali (Isaacs, 1995, p. 69). Quando si evidenzia la necessità di esprimere in modo aggressivo la propria energia interiore, è importante assicurarsi che il bambino abbia una grande libertà e possibilità di fare ciò, senza far del male a se stesso o agli altri e senza dover incorrere in rimproveri e punizioni. Ciò è possibile utilizzando il gioco libero, o per mezzo di attività motorie altrettanto libere e spontanee, effettuate all'aria aperta.

3. I comportamenti pretestuosi.

Alcune crisi possono essere sicuramente pretestuose. Sono queste delle pseudo-crisi finalizzate ad ottenere qualcosa di proibito: un uso eccessivo della tv o dei videogiochi, cibi, giocattoli e oggetti che in quel momento i genitori non ritengono opportuno concedere o non sono in grado di comprare. In questi casi le crisi vanno certamente ignorate, ma mai sottovalutate. Vanno ignorate in quanto rispondere ad una crisi nata da un capriccio, soddisfacendo il capriccio stesso, rischia di innescare un circolo vizioso, per cui il bambino "si fa venire la crisi" ogni volta che vuole ottenere qualcosa di proibito. Tuttavia non vanno sottovalutate, poiché spesso queste manifestazioni eclatanti di disagio, nascono da comportamenti incongrui dei genitori.

In altre parole, spesso il bambino s'impunta ad ottenere un giocattolo costoso e inutile, ma dietro questa richiesta nasconde il suo disagio e la sua sofferenza, dovute a reali carenze molto più importanti: bisogno di regole chiare e comportamenti lineari; scarso dialogo o attenzione da parte dei genitori o familiari; sal-

tuaria o limitata possibilità di giocare giornalmente, liberamente e per un congruo tempo con dei coetanei; presenza di comportamenti poco adeguati da parte dei genitori nei suoi confronti o nei confronti della loro relazione; e così via.

I possibili interventi

Abbiamo constatato in numerosi casi di bambini con questa sintomatologia quali possono essere i comportamenti poco utili o che, anzi, tendono a peggiorare queste manifestazioni e quelli più utili e produttivi.

Non ci appare utile:

- ❖ *sgridare sempre di più o punire sempre più severamente il bambino.* Insomma, non funziona il dispotismo a qualunque costo. In questi casi, anche se si ottiene in quel momento l'effetto voluto, rimane, si alimenta e si accentua, dentro l'animo del bambino, altra rabbia e altra collera;
- ❖ *ignorare i motivi della rabbia e della collera.* La mancanza di comprensione accentua la sensazione di solitudine e di tristezza nel minore e accresce la sua reattività nei confronti dei genitori, degli altri adulti o coetanei;
- ❖ *non riflettere su quanto succede nell'animo del bambino.* In questi casi è come chiudere gli occhi davanti alla realtà, sperando che non esista, o ancor peggio, sperando che esista solo un bambino cattivo e ribelle da domare con la frusta e con la cavezza, come un cavallo selvatico;
- ❖ *rispondere con la rabbia e con la collera alla collera del bambino.* In questi casi, si inizia un duello che sicuramente non farà bene né ai genitori né al bambino, in quanto o quest'ultimo sarà costretto a interiorizzare le sue emozioni, con conseguenze autoaccuse, autopuni-

zioni, somatizzazioni ecc., oppure aumenteranno i comportamenti collerici, sia verso i genitori sia verso i fratelli, le sorelle o altri bambini, assolutamente innocenti;

- ❖ *a nostro parere è poco utile anche il cosiddetto “contenimento fisico”, messo in atto da parte dei genitori o degli educatori, per evitare che il bambino si faccia o faccia del male.* In quanto il bambino già prigioniero e sconvolto dalle sue emozioni, avverte gli altri ed il mondo che lo circondano in maniera ancora più negativa e repressiva.

Ci sembra utile invece:

- ❖ *riuscire a mantenere la calma, sforzandosi di capire quali possono essere state le cause che hanno comportato l'insorgere di quest'emozione nel proprio figlio;*
- ❖ *rispecchiare le sue emozioni e accettarle.* “Capisco che sei arrabbiato perché hai dovuto lasciare il tuo gioco preferito per uscire con papà e mamma. Ma si era fatto troppo tardi e non potevamo aspettare ancora”;
- ❖ *comunicare al bambino i motivi che ci hanno portato a rimproverarlo o punirlo.* Aniché dire: “Sono arrabbiato con te...”, è meglio dire: “Ho avuto paura per ciò che poteva accaderti in quella situazione ed è per questo motivo che ho dovuto rimproverarti o punirti”;
- ❖ *cercare di calmarlo con un atteggiamento affettuoso e sereno, impegnandosi nel contempo a risolvere i problemi di fondo, dai quali può essere scaturita la sua rabbia e la sua collera;*

- ❖ *distrarre e deviare la sua attenzione*, su un'attività o un gioco piacevole o neutro;
- ❖ *contenere in senso affettivo il bambino*, cercando di fargli capire i nostri sforzi per capire i motivi della sua rabbia, mentre, nel contempo, ci sforzeremo di indicargli i modi migliori per evitarla, meglio gestirla o controllarla;
- ❖ *mettere delle regole chiare*. I bambini accettano le regole se queste sono chiare, lineari e non sono continuamente modificate. Ad esempio, per un bambino che chiede continuamente soldi o giocattoli è indispensabile mettere delle indicazioni precise, tenendo conto delle proprie possibilità economiche e della necessità di insegnare al bambino l'uso accorto del denaro: “Avrai ogni settimana la tua paghetta settimanale di tot euro che potrai spendere come vuoi. Solo per il tuo compleanno, per l'onomastico e per la fine della scuola avrai un bel giocattolo”;
- ❖ *cercare di prevenire le crisi* dando, ad esempio, al bambino, un preavviso di qualche minuto per smettere quello che sta facendo, evitando così di costringerlo ad interrompere bruscamente l'attività iniziata;
- ❖ *intervenire con decisione*, facendogli capire che non siete disposti a farvi ricattare da questi comportamenti incongrui, quando le crisi avvengono in luoghi pubblici: chiesa, ristorante, negozio, con lo scopo di ottenere più facilmente qualcosa di proibito o non adeguato al momento;

- ❖ *abituare il bambino a manifestare il suo disagio e la sua sofferenza mediante un continuo ascolto, così da chiarire il vostro o l'altrui comportamento;*
- ❖ *insegnargli a dare risposte adeguate e non distruttive, senza farsi sottomettere dagli altri, ma anche senza arrivare agli scatti d'ira.*

L'ansia

Abbiamo parlato in un capitolo precedente, dell'ansia degli adulti. L'ansia dei bambini, almeno apparentemente, è molto diversa.

Intanto il bambino difficilmente riesce a comunicare in modo diretto la sua ansia. Dirà che sta male, che non vuole uscire o andare a scuola. Si lamenterà del male al pancino, vomiterà, piangerà, farà capricci, ma non vi dirà mai che avverte ansia. Quest'emozione interiore la dovremo capire dai suoi occhi e dal suo sguardo teso. Quest'emozione dolorosa la dovremo percepire dai suoi comportamenti: dagli abbracci alla madre o al padre dai quali non riesce a staccarsi quando deve andare a scuola o in un altro luogo, senza i suoi genitori. La dovremo interpretare osservando il modo convulso con il quale disegna. La dovremo percepire dai suoi racconti e dalle sue fantasie, nelle quali spesso prevalgono temi tristi e angosciosi. De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 277) così descrivono l'ansia del lattante:

“...è sufficiente ricordare il viso perso, i grandi occhi sbarrati, le grida stridenti ed incessanti di angoscia, l'ipertonìa generalizzata con la frequente agitazione degli arti inferiori del lattante di undici-dodici mesi, allorché viene ricoverato per un banale motivo intercorrente, ...”.

Per quanto riguarda i suoi comportamenti, il minore ansioso si dimostra spesso irritabile, scontroso, ha difficoltà ad addormentarsi, ma ha anche difficoltà ad effettuare i compiti giorno-

lieri; appare distratto, la concentrazione è altalenante, si mordicchia le unghie (*onicofagia*), il suo corpo, a volte, può essere scosso dai tic, ha difficoltà a respirare profondamente, per cui lamenta come un nodo alla gola, ha bisogno di rassicurazioni continue. Solo da queste e da altre manifestazioni del corpo o del comportamento riusciremo a capire quando e quanto è coinvolto da quest'emozione.

Le cause dell'ansia

Secondo la concezione costituzionalistica, l'ansia sarebbe il frutto di una predisposizione su base genetica che porterebbe a delle modalità di funzionamento neuropsichico in cui prevale l'iperemotività, l'ipereccitabilità neuro-muscolare, la labilità dell'equilibrio neuro-vegetativo, l'astenia, i tremori, etc. (Militerni, 2004, p. 372).

Secondo la teoria comportamentale, così come le nevrosi sperimentali pavloviane mediante frustrazioni ripetute comportano negli animali stati di irrequietezza, ipereccitabilità, anoressia, insonnia, allo stesso modo anche nell'uomo gli stress, le frustrazioni e i traumi ripetuti porterebbero ai disturbi ansiosi. "Successive elaborazioni della teoria comportamentale hanno proposto che i sintomi ansiosi siano da interpretare come modelli di condotta appresi disadattivi". (Militerni, 2004, p. 372). *Secondo la teoria psicoanalitica*, l'ansia fa parte delle nevrosi ed è quindi la conseguenza di un conflitto tra le esigenze dell'Es e quelle del Super-Io.

A nostro parere molti dei sintomi che notiamo nei bambini hanno come componente principale l'ansia, che è come il substrato di buona parte della patologia psicoaffettiva. L'ansia è commista alle paure e alle fobie; rappresenta l'altra parte della medaglia nei casi di depressione infantile; è nascosta dall'apparente indifferenza; è presente in modo massiccio nell'autismo; stimola in maniera abnorme la motilità nei bambini iperattivi; di-

sturba notevolmente la funzionalità degli organi interni traducendosi, nei bambini che tendono a somatizzarla, in *sintomi somatici* come: dolori di stomaco, cefalee, nausea, vomito, palpitazioni, vertigini.

I vari tipi di ansia

Ansia di separazione

Quando un bambino è costretto ad allontanarsi dai suoi genitori, dai familiari, dai suoi oggetti più cari, dalla sua casa, senza che abbia la maturità psicologica per fare ciò, la sua sofferenza si manifesta con un tipo di *ansia* che chiamiamo *di separazione*. Dietro l'ansia di separazione vi è sempre un bambino che soffre a causa della sua insicurezza o per le sue paure. Per questo bambino molto insicuro il padre, un altro familiare, ma ancor di più la madre, sono importanti fonti di sicurezza. Così come sono fonte di sicurezza, ma a un livello molto minore, la sua casa, la sua stanzetta, i suoi giocattoli. Queste persone e questi oggetti rappresentano per il bambino una possibile ancora di salvezza; sono strumenti capaci, almeno in parte, di tranquillizzare, rassicurare, scacciare le paure, allontanare gli incubi, dare sollievo all'inquietudine che l'attanaglia. Per tale motivo il suo malessere si accentua quando egli è costretto ad allontanarsi dagli oggetti, dai luoghi, ma soprattutto dalle persone che gli danno questa sensazione di tranquillità e sicurezza.

Quando è il momento di dormire, momento veramente difficile per questi bambini, se l'ansia e le paure non sono eccessive, si accontenterà di restare nella stanza dov'è presente almeno uno dei genitori, ma se l'ansia è maggiore, chiederà che la madre gli stia vicina tenendogli la manina, fin quando non riuscirà ad addormentarsi. Se l'ansia è ancora più grave, chiederà che la madre dorma insieme a lui per tutta la notte nel suo lettino. Quando le sue paure e la sua tensione sono ancora più intense, non gli ba-

sterà stare nella stanza dei genitori, né sarà sufficiente dormire nel loro letto: egli chiederà di stare abbracciato alla madre o almeno toccare una parte del suo vestito o del suo corpo, soprattutto dei suoi capelli.

L'ansia di separazione si manifesta anche quando il bambino è costretto ad andare lontano dai suoi genitori, per dei motivi che per altri bambini potrebbero essere molto piacevoli: una gita, un viaggio premio, un pernottamento con gli scout, una festa con i suoi compagni. In questi casi, anche se è in compagnia di amici o persone che ben conosce, è assalito dalle paure e da intensi sentimenti di nostalgia, per cui, quando i genitori sono lontani, farà di tutto per restare in contatto con loro mediante il telefono. A volte teme che possa loro succedere qualcosa di male: che possano ammalarsi, morire o scomparire e, quindi, lasciarlo solo e abbandonato. In altri casi può aver paura che eventi catastrofici possano colpire la sua famiglia o lui stesso: che possa smarrirsi e non ritrovare più i genitori, che possa stare male e non avere alcun aiuto da mamma e papà, e così via.

Disturbo d'ansia generalizzato

Nel disturbo d'ansia generalizzato l'oggetto dell'ansia non è legato ad un elemento specifico, come avviene nelle paure e nella fobie, né ad una determinata situazione, come avviene nell'ansia di separazione. Questi bambini hanno paura di tutto, per cui mostrano ansia e preoccupazione per svariati motivi: quando sono lasciati da soli, quando devono fare nuove esperienze, quando sono chiamati a svolgere un compito e così via. Si preoccupano della qualità delle prestazioni, ad esempio dei voti nelle interrogazioni scolastiche, così come si preoccupano di eventuali eventi catastrofici: terremoti, guerre, temporali. Queste preoccupazioni procurano loro irrequietezza motoria, facile faticabilità, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno, tensione mimica e manifestazioni neurovegetative.

Questi bambini che soffrono d'ansia generalizzata, per Militerni (2004, p. 376), tendono ad essere, inoltre, eccessivamente conformisti e perfezionisti, con sentimenti di insoddisfazione per le prestazioni effettuate.

Ansia somatizzata

Nei bambini il corpo rappresenta la via più comune per l'espressione dell'ansia. Questa si può manifestare con una serie di sintomi i quali, inizialmente, possono far pensare ad un problema di natura organica: tensione o dolore allo stomaco e all'intestino, vomito, diarrea, ma anche emicrania, dolori articolari che si manifestano in orari e in momenti ben precisi, vertigini, manifestazioni allergiche e così via. Sintomi apparentemente organici, ma che si rendono evidenti in alcune particolari situazioni emotive: quando mamma e papà si allontanano dal bambino, quando bisogna andare a scuola o in un altro posto, poco o nulla amato da lui. Sintomi che svaniscono completamente quando il minore ha la possibilità di restare con i suoi genitori o di rimanere lontano da certi luoghi e da particolari situazioni stressanti.

I possibili interventi

Le manifestazioni ansiose del bambino rischiano di aggravare l'ansia dei genitori e dei familiari. A sua volta questa tenderà ad accentuare l'ansia del bambino.

Per tale motivo il primo compito dei genitori e degli operatori è quello di cercare di capire, mediante un attento esame della vita del minore, cosa può aver provocato l'ansia, in modo tale da eliminare le possibili situazioni ansiogene ancora attive. In seguito, compito dei genitori e degli operatori sarà scoprire quali sono gli atteggiamenti più idonei, capaci di diminuire l'ansia del piccolo.

Molte volte, aiutati dal terapeuta, è necessario che i genitori prendano delle decisioni coraggiose e forti: come allontanare

momentaneamente il bambino dalla scuola, ridurre drasticamente il tempo dedicato allo studio, alla visione della tv, ai videogiochi, sforzarsi di modificare i propri comportamenti ansiosi, il proprio stile educativo non corretto o, quando è necessario, aumentare la propria presenza dialogante e giocosa. Si può, inoltre, intervenire dando più sicurezza e fiducia al bambino per quello che fa o dice. Molto utile si è dimostrato nella nostra esperienza stimolare il bambino a creare dei racconti come commento ai suoi disegni. In questi casi non bisogna assolutamente commentare se non positivamente i suddetti racconti. Utili si sono sempre dimostrati, presso tutti i popoli e in tutti i tempi, i racconti e le favole dei genitori, nelle quali i protagonisti della storia vivono delle difficoltà che però riescono a superare, così che vi sia sempre un lieto fine. Sarebbe inoltre importante far effettuare al bambino degli esercizi di rilassamento mediante il Training Autogeno.

Tricotillomania e onicofagia

Nella *tricotillomania*, il bambino avverte un bisogno irresistibile di arrotolare, toccare, accarezzare o, nei casi più gravi, strappare i capelli propri o quelli della madre quando rimane vicina a lui. Quando i capelli sono strappati, questi bambini possono procurare a se stessi chiazze di alopecia. Questo comportamento provoca stress all'intera famiglia che non sopporta di vedere il figlio che si strappa i capelli e si provoca la calvizie. "Questa condotta può comparire in situazioni di ansia, frustrazione o carenze affettive: separazione dai genitori, morte di uno di loro, nascita di un fratellino, collocamento in istituto..."(De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 92). In questi casi è inutile rimproverare il bambino: non è con i rimproveri che l'ansia diminuisce. È molto meglio avere con lui un comportamento più vicino e affettuoso ed eventualmente impegnarlo in piccoli lavori

manuali o suggerirgli di scaricare l'ansia su qualche oggetto morbido, da tenere e stringere tra le mani.

Nell'onicofagia, invece, il bambino avverte il bisogno di succhiarsi le dita, di mordersi le unghie o le pellicine attorno all'unghia. Questo comportamento è molto frequente nei bambini ansiosi, troppo vivaci, attivi ed autoritari, i quali hanno bisogno di contenere la loro tensione ed il loro nervosismo (De Ajuria-guerra, Marcelli, 1986, p. 92). L'onicofagia può essere interpretata come una persistenza del bisogno autoerotico infantile del succhiare: prima il ciuccio e poi il dito. Alcune volte è un comportamento transitorio della durata di pochi giorni o pochi mesi. Può però diventare un comportamento radicato e persistere anche in età adulta. Poiché è giudicato dagli adulti: genitori, familiari, insegnanti, come un "vizio" e un comportamento riprovevole, anche dal punto di vista igienico, il bambino stesso, se sensibile al giudizio altrui, cerca di evitarlo in ogni modo, ma spesso con scarsi risultati; per cui, anche se di nascosto, continua a mordicchiarsi le unghie.

Sono stati proposti numerosi interventi per dissuadere il bambino e anche il ragazzo da questo comportamento. Poiché si è visto che a nulla servono minacce, rimbrotti e castighi, si è cercato di agire mediante delle tecniche repulsive come fasciare le dita o mettere su di esse una sostanza amara. Oppure, al contrario, si è cercato di rendere orgogliose delle loro unghie le bambine e le ragazzine, mettendo uno smalto e curandole perfettamente. Tuttavia questo come tutti i sintomi che segnalano un disagio o un chiaro disturbo psichico, necessita di interventi che devono riguardare innanzitutto l'ambiente di vita del bambino, al fine di renderlo il più sereno possibile, mentre si segue e si cura il bambino mediante una psicoterapia individuale.

Paure e fobie

Le paure infantili sono molto più frequenti e numerose di quelle presenti nell'adulto, poiché il bambino, quando nasce, passa da una situazione intrauterina sicura e protetta ad una realtà avvertita "a rischio", in cui tutto gli è nuovo e sconosciuto. Egli non sa ancora di chi e di che cosa si può fidare e di ciò che può essere per lui fonte di pericolo. Poiché il piccolo si trova in una disposizione mentale di tipo proiettivo e animistico, il pericolo può nascere da ogni cosa e non solo da ogni persona.

Le paure sono molto più numerose nell'età infantile, in quanto, a quest'età, l'essere umano presenta una maggiore emotività, minore difese dell'adulto, ha una fisiologica carenza del giudizio di realtà e notevoli difficoltà a distinguere le paure che provengono dal mondo esterno, da quelle che nascono nel suo mondo interiore. In altri termini ha difficoltà a distinguere le *paure vere, oggettive, da quelle false e soggettive*. Per il bambino questa distinzione non esiste, e ciò che è interno può essere proiettato all'esterno e viceversa.

Le paure sono presenti in quasi tutti i bambini che, per motivi vari, soffrono di qualche problematica psicoaffettiva sia lieve, sia grave. Per tale motivo spesso ritroviamo paure nei bambini iperattivi come in quelli inibiti, nei bambini aggressivi come in quelli depressi. In maniera massiccia troviamo paure nell'autismo e negli altri disturbi pervasivi dello sviluppo. In definitiva la vita di ogni bambino che, per qualunque motivo, ha molto sofferto o ancora soffre, è spesso accompagnata dalle paure. E anche se queste non sono direttamente manifeste, sono spesso presenti e fanno capolino dai suoi comportamenti, che spesso noi giudichiamo come puerili e sciocchi.

Tutte le paure sono avvertite maggiormente quando il bambino è solo, sono meglio vissute e contrastate quando egli è in compagnia dei genitori o di qualche familiare. È la presenza fisica dei genitori e, soprattutto, la presenza fisica della madre, che

riesce meglio a scacciare le paure del bambino. È per tale motivo che egli, quando durante la notte è assalito dalle paure, si rifugia nel lettone dei genitori e rimane abbracciato alla sua mamma.

Paure fisiologiche e patologiche

Così come per l'ansia e gli altri segnali di sofferenza presenti nei bambini, per valutare se *una paura è fisiologica o patologica* è necessario tener presenti alcuni elementi distintivi:

1. *Intanto l'età del bambino.* Questo tipo di paura è o non è tipica per l'età del piccolo?

Se un bambino di uno-tre anni non vuole staccarsi dalla mano della madre o da una persona conosciuta, per andare tra le braccia di un estraneo, non si tratta certo di una paura patologica, in quanto, per un bambino di quest'età, tale comportamento è sano e naturale. In questo periodo del suo sviluppo è insita la diffidenza verso gli estranei, perché teme che possano fargli del male, mentre la fiducia è riposta solo verso persone perfettamente conosciute, con le quali si è stabilito un legame affettivo, particolarmente intenso e stabile. Ma se ciò avviene ad un'età maggiore: quattro-cinque anni, si può realisticamente dedurre che vi è qualcosa che turba l'animo di quel bambino.

Allo stesso modo se egli rifiuta o ha paura di andare all'asilo nido o prima dei tre-quattro anni nella scuola materna, per cui recalcitra, piange, e lamenta tutti i disturbi possibili ed immaginabili, pur di rimanere a casa, non è un bambino insicuro e pauroso, né tantomeno è un bambino capriccioso; egli reagisce in modo naturale e spontaneo ad una situazione che, per la sua età, è innaturale. Cosa diversa se lo stesso comportamento avviene in un bambino di cinque-sei anni. A quest'età possiamo razionalmente pensare che vi sia qualche problema nel bambino o nell'ambiente scolastico dove dovrebbe essere inserito, verso il quale vi è un ostinato rifiuto.

2. *Le caratteristiche delle fobie.* Per capire se una paura è sintomo di una patologia psichica oppure no, dobbiamo chiederci se gli oggetti fobici sono quelli tipici di una determinata fase evolutiva oppure no. Sappiamo, ad esempio, che da zero a tre anni è presente la paura dell'abbandono, che però diminuisce per poi gradualmente scomparire dopo quest'età. Se questa paura si presenta a cinque-sei anni o ad un'età successiva, possiamo ragionevolmente sospettare che si tratti di una paura patologica.
3. *Numero e frequenza.* Due altri elementi da considerare per giudicare se le paure che avverte il bambino sono fisiologiche o patologiche sono il numero e la frequenza delle sue paure. Dobbiamo chiederci: I timori del bambino in oggetto sono pochi o sono tanti? Essi si presentano raramente e solo in determinate circostanze o sono tanto frequenti da limitare la libera attività del piccolo e quindi gli impediscono una normale vita sociale? Ad esempio, il bambino ha solo paura del buio o accanto a questa vi sono anche le paure dell'acqua, degli insetti, di allontanarsi dai genitori ecc.? E questa paura del buio avviene solo occasionalmente, ad esempio quando sta male fisicamente, o quasi tutte le notti?
4. *L'intensità.* Queste paure quanto sono intense.? Sono talmente coartanti da limitare la sua autonomia, il suo spazio vitale, la sua possibilità di socializzazione in rapporto all'età, oppure il piccolo riesce a convivere abbastanza bene con questi timori?
5. *L'associazione con altri segnali di sofferenza.* Un altro elemento importante che ci aiuta a discernere le paure patologiche da quelle fisiologiche, è l'associazione o non con altri sintomi. Se accanto alle paure vi sono altre ma-

nifestazioni di sofferenza interiore, come i disturbi del sonno, l'instabilità psicomotoria, i tic, le eccessive gelosie, i disturbi del comportamento o peggio, sono presenti altre manifestazioni che indicano una regressione nel bambino, l'attenzione dovrà essere notevolmente maggiore, che non se è presente solo quel tipo di sintomi.

I motivi per cui frequentemente il bambino non è in grado di descrivere o soltanto di comunicare i suoi timori verbalmente e apertamente, sono vari:

- ❖ essendo piccolo gli mancano i termini verbali necessari;
- ❖ si vergogna dei suoi timori e teme di essere deriso;
- ❖ le paure gli creano una tale ansia da paralizzare le sue capacità di esprimerle verbalmente;
- ❖ a volte le paure non sono ben definite.

Nonostante ciò non è difficile comprenderle dal comportamento del piccolo, il quale, davanti a persone, oggetti o situazioni particolari, s'irrigidisce, piange, scappa o si rifugia nella sicurezza della sua casa o ancor meglio nelle braccia di mamma e papà.

Marco e Luisa riescono però a descrivere molto bene le loro paure.

Le paure di Marco

Marco, di sette anni, così le esprime:

“Le mie paure sono molte: la paura del buio quando sto solo, la paura degli insetti, e la paura quando mi trovo in serie difficoltà. Prima avevo altre paure, però ora mi sono passate ed erano le ombre, quando i miei genitori litigavano. Le ombre che vedo assomigliano a dei ladri che scambiano armi e che mi attaccano. Alcune volte vedo anche delle specie di ombre che si nascondono dietro la tenda”.

Le paure di Luisa

Luisa, di undici anni, così descrive le sue paure:

“Ho paura che i miei genitori mi abbandonino o muoiano, così come mia nonna e mia sorella. Mi viene una forte agitazione e non riesco a calmarmi e in quel momento ho paura di tutto. Ho paura di non riuscire a superare tutto questo. Provo delle brutte sensazioni: mi sembra di trovarmi in un labirinto dal quale non riesco più a uscire, poi questo labirinto si copre e lì muoio soffocata. Poi mi sembra che qualcosa di nero mi cada addosso. Ho paura perché vedo delle brutte cose. Ho paura che mia sorella non mi voglia bene, come anche i miei genitori e i miei nonni. Mi sento sola e ho paura di tutto. Ho paura di quello che vedo, di tutto quello che mi sta intorno. Vedo cose brutte dentro di me, che non riesco a cancellare: di gente morta che vuole uccidermi, che mi prende. Poi entro in un buco nero nel quale vedo brutte cose. Vedo gente morta che non conosco, in brutte condizioni che non so disegnare. Ho paura e se chiudo gli occhi è lo stesso. Tutto questo non riesco a levarlo dalla mente”.

Le cause delle paure

Secondo la concezione costituzionalistica vi sarebbero delle cause genetiche in quanto vi è una più elevata concordanza del disturbo nei gemelli omozigoti e una più elevata incidenza fra gli ascendenti e collaterali (Militerni, 2004, p. 383).

Le indagini neurochimiche hanno messo in evidenza una disfunzione serotoninergica.

Le neuroimmagini suggeriscono una disfunzione dei circuiti striato-talamo-corticali.

Per la psicoanalisi le paure nascono quando sono presenti dei pensieri di tipo sessuale o aggressivo che sono censurati. Questi pensieri minacciano di emergere dall'inconscio, per cui si attivano una serie di meccanismi di difesa che determinano lo

spostamento dell'ansia, dalla pulsione temuta, verso un oggetto o una situazione esterna che presenta una qualche connessione simbolica con essa.

Dal punto di vista ambientale, la paura somiglia molto all'ansia, al punto che possiamo considerarle due facce della stessa medaglia, in quanto queste due emozioni hanno in comune la spiacevolezza ed il comportamento che ne consegue, il quale, per la maggior parte delle volte, è disorganizzato e teso alla fuga, cioè all'allontanamento da quanto temuto.

Sia l'ansia sia la paura sono due emozioni che i bambini manifestano abbastanza frequentemente, anche se per noi adulti è sempre piuttosto difficile differenziare e interpretare in modo "adulto" l'emozione da loro manifestata. Ci è facile comprendere la paura che nostro figlio può provare davanti ad un serpente che si agita vicino a lui o ad un cane che gli abbaia contro. Quando invece il piccolo deve recarsi a scuola, dove trova insegnanti e compagni che conosce benissimo, o quando deve restare a dormire dai nonni o da solo nel suo lettino, mentre noi stiamo nella stanza accanto, non riusciamo a comprendere le cause del suo timore, per cui rimaniamo come interdetti chiedendoci: "Ma cos'è che lo terrorizza tanto?" E ancora: "Ma perché il mio bambino teme quello che gli altri non temono?"

In realtà le paure possono essere certamente *legate ad un trauma specifico*, dovuto all'elemento fobico, ad esempio la paura dei cani e dei gatti può essere sicuramente causata da un cane o da un gatto che ha aggredito o fatto del male al bambino. Così come la paura del buio può essere stata causata dallo spavento provato dal bambino quando è inciampato ed è caduto in una stanza buia. Spesso però non vi è alcun collegamento tra la paura ed il trauma specifico, in quanto, frequentemente, le paure patologiche sono solo il *frutto della sofferenza interiore del bambino*. Sofferenza dovuta ad un'educazione non idonea o ad un ambiente particolarmente disturbato, stressante o che presenta o ha

presentato scarsa attenzione e considerazione nei confronti dei bisogni affettivo-emotivi del bambino. Le paure possono nascere, inoltre, come *contagio genitoriale e familiare*: non è raro trovare nei genitori le stesse paure di cui soffrono i loro figli o paure simili.

Purtroppo nella nostra attuale società, la sofferenza che viene fatta subire ad un bambino è notevole, in quanto, stranamente, la capacità di valutare correttamente ciò che egli può e deve affrontare per la sua normale e sana crescita e ciò che invece non è giusto, né corretto fargli sopportare, è notevolmente maggiore nelle società più semplici e primitive che non nelle società più evolute come la nostra. È come se gli elementi culturali che sottostanno a queste capacità, elementi culturali che sono normalmente trasmessi da una generazione all'altra e da questa accettati e fatti propri, avessero subito, nelle moderne società occidentali, come un arresto o una notevole deformazione. Ciò è dovuto a varie cause, tra le quali ricordiamo: l'individualismo; il soggettivismo; il relativismo; la conflittualità tra i coniugi; gli eccessivi impegni lavorativi e sociali richiesti ai genitori e soprattutto alle madri; l'ingordigia di denaro e di potere che stimola molti gestori dei mass-media a non tener alcun conto dei possibili, anzi probabili, danni causati ai bambini da parte di programmi televisivi e di videogiochi nei quali sono profusi a piene mani elementi paurosi, ansiosi e terrifici o comunque non adatti ad uno sviluppo sereno dei minori.

In definitiva oggi, nonostante l'enorme diffusione della cultura dell'infanzia, capiamo e ci occupiamo molto meno e molto peggio dei bisogni del bambino rispetto a qualche decennio fa.

Inoltre, la totale libertà sessuale e sentimentale concessa ai giovani permette la procreazione anche a persone non idonee al ruolo di genitore, per cui molte paure sono trasmesse dai genitori ai figli, sia per imitazione, per cui genitori paurosi e ansiosi trasmettono i loro timori e le loro ansie ai figli, sia a causa di un

ambiente particolarmente stressante e ansioso, poco o nulla con-facente ad un sano sviluppo (De Negri e altri, 1970, p. 135).

Le paure in base all'età

Le paure fisiologiche sono molto frequenti verso i due –tre anni in quanto, affinché compaiano, è necessario che sia emerso nel bambino il sentimento di individualità. La frequenza delle paure cresce fino ai tre anni e decresce in seguito, mano a mano che la realtà si precisa e che l'adualismo diminuisce. Questo tipo di paure varia in base all'età:

Fra i due ed i quattro anni è comune la *paura degli animali* che si contorcono come i serpenti e gli altri rettili. *Nell'età prescolare*, che va dai tre ai cinque anni, prevale la paura del buio, della notte, dei mostri e dei ladri. È di quest'età anche la paura del dottore e delle uniformi in genere. Soprattutto quando le troppe visite, i troppi esami, l'eccesso di terapie effettuate da persone sconosciute, in ambienti altrettanto anonimi e maleodoranti, poco si conciliano con la sensibilità accentuata dei piccoli.

Nell'età scolare, che va dai sei ai dieci anni, è spesso presente la paura degli animali. Specie dei grossi animali, come i cani di grossa taglia, i cavalli, i buoi.

Per quanto riguarda la dimensione degli animali, più si è piccoli più si ha paura di animali grossi: lupi, cani, estranei, fantasmi, orchi ecc. Più si è grandi più si ha paura di animali piccoli, ad esempio, topolini, scarafaggi o insetti fastidiosi.

Le principali paure

Le paure specifiche che invadono l'animo di un bambino possono essere numerosissime. Ne descriviamo solo qualcuna.

❖ *Paura dell'abbandono*

Una delle prime *paure* è quella *dell'abbandono* del bambino da parte dei genitori. Questo timore, fisiologicamente, riguarda la fascia d'età che va da zero a tre anni. Ma se il bambino è ansioso e insicuro può estendersi anche ad un'età molto superiore a quella fisiologica.

Il timore di essere abbandonati, di perdere e non ritrovare i genitori è un'emozione comune ai piccoli di tanti animali. I pulcini si sentono sicuri solo se la chioccia con la sua ombra protettrice veglia su di loro. I gattini di poche settimane, anche se spavaldi, non si allontanano mai troppo dall'odore e dal calore della madre. Il motivo è semplice: se la madre è lontana vi è il rischio di non essere più curati e alimentati. Se la madre è lontana vi è il pericolo di essere sbranati e divorati da qualche altro animale in cerca di piccole prede indifese.

Poiché il piccolo dell'uomo rimane dipendente dai genitori e dagli adulti per un tempo molto superiore a quello dei cuccioli degli altri animali, egli avverte per molti anni il bisogno di avere accanto a sé non solo una madre, ma una coppia di genitori e, se possibile, anche uno stuolo di familiari e parenti. Questo bisogno è dovuto alla complessità dell'essere umano. Per il cucciolo dell'uomo ogni persona familiare è preziosa a causa dell'aiuto e del supporto che, in qualche momento della vita, questa gli può offrire. Dietro la paura dell'abbandono c'è, quindi, un'impronta chiaramente biologica, riguardante il benessere del bambino e la sua stessa possibilità di crescita sana ed equilibrata. Accanto a questa motivazione ritroviamo anche delle implicazioni psicologiche, in quanto, tra la madre umana ed il suo bimbo vi è un legame ed un rapporto molto intimo e particolare. La madre è per il figlio non solo fonte di benessere e sicurezza fisica, ma è anche fonte di benessere e sicurezza psicologica.

Se la madre si trova al primo posto, nell'ambito delle persone che possono dare sicurezza, subito dopo viene il padre e, successivamente, gli altri familiari: soprattutto i nonni e gli zii. Tut-

te queste persone sono per il bambino sorgenti d'amore e fiducia e, quindi, di sicurezza. Sono loro gli adulti capaci di rassicurare con lo sguardo, con le parole e i gesti. Sono loro gli adulti capaci di allontanare il dolore fisico e morale solo con un bacio. Solo loro lo amano immensamente.

❖ *Paura dell'estraneo*

Simile a questa è la *paura dell'estraneo*, la quale nasce fisiologicamente verso i sei – diciotto mesi. A quest'età il bambino riconosce bene la madre e il padre, per cui individua facilmente chi non è il proprio padre e la propria madre. Il bambino pertanto a quest'età, quando incontra una persona estranea la guarda con terrore, si volta e poi si tuffa tremante tra le braccia della madre o del padre, per richiedere protezione. La sua è, quindi, *la paura di ciò che non è*. Se è un viso familiare allora è qualcosa di buono, rassicurante, affidabile e sicuro. Se non è un viso conosciuto e amico, allora è qualcuno o qualcosa che può essere fonte di timore. A questo immaginario pericolo il bambino può reagire con angoscia, collera incontrollata, fuga, ma anche con comportamenti auto ed etero aggressivi.

❖ *Paure delle punizioni affettive*

Il bambino sa che la sua vita ed il suo benessere dipendono esclusivamente dai genitori. Uno dei suoi più grandi timori, è quello di non essere voluto bene da questi. Non essere amato significa rischiare di essere allontanato, abbandonato e lasciato a se stesso. Purtroppo questo rischio viene spesso paventato dai familiari per costringere il piccolo a ubbidire: “Se non lasci il tuo gioco e vieni subito a vestirti la mamma va via e ti lascia”. “Se continui a fare il monello, ti metto in collegio”. “Se non impari a fare la pipì nel vasino, la mamma non ti vuole più bene”. Queste paure sono anche alimentate dai programmi televisivi nei quali i fatti di cronaca che riguardano i bambini sono presentati in tutta la loro crudezza, ogni giorno, in tutti i canali televisivi, per di-

versi mesi, senza preoccuparsi minimamente del danno che si arrecava ai minori.

❖ **Paura degli spauracchi**

Sempre con lo scopo di reprimere i comportamenti del figlio giudicati non idonei, per spingerlo ad una maggiore autonomia o per ottenere l'ubbidienza richiesta, i genitori fanno emergere altre paure, come quelle degli "spauracchi". Queste sono entità misteriose che i genitori possono utilizzare per intimorire o punire il bambino: l'uomo nero, l'uomo con il sacco, il dottore, il babau.

❖ **Paura del buio**

Una delle paure più frequenti è la paura del buio. A causa di questa paura molti bambini temono di andare da una stanza all'altra, se questa non è ben illuminata, oppure, quando dormono, vogliono che vi sia sempre una lucetta accesa nella loro stanza, che scacci le ombre nere della notte.

Anche questa ha un'impronta biologica: con la luce i piccoli degli animali possono vedere tutto ciò che li circonda e se vi è un pericolo possono fuggire, mentre nel buio è più facile subire l'aggressione da parte di qualche predatore notturno. Per tale motivo agli occhi e al cuore del bambino, con il buio della notte, dietro ogni angolo, ogni porta, ogni tenda, ogni finestra, può nascondersi un elemento di rischio e pericolo. Nel buio si muovono i ladri e gli assassini. Con il favore delle tenebre sono attuate le imprese più turpi. Ma, soprattutto, con il buio sono facili le illusioni terrifiche, per cui le ombre possono assumere la veste di diavoli, streghe, orchi, maghi cattivi e draghi, come possono trasformarsi nell'uomo nero, di cui parlano mamma e papà.

La notte è anche un momento di separazione dal calore, dall'abbraccio, dall'odore, dallo sguardo dei genitori. Nella notte si è affidati, con il sonno, ad un mondo fantastico, sconosciuto,

sempre diverso e non direttamente gestibile dal bambino: mondo, dunque, per sua natura pericoloso ed infido.

La paura del buio si presenta più acuta e frequente nel nostro attuale momento storico giacché, quando il bambino si sveglia durante la notte, non ritrova, come avveniva nelle piccole tende o nelle povere case del passato, i suoi genitori o almeno qualcuno dei suoi molti fratelli e sorelle. Spesso accanto a lui trova solo pupazzetti inerti, incapaci di accoglienza e conforto, mentre mamma e papà si trovano in un luogo per lui lontanissimo: in un'altra stanza! Pertanto egli non può fare affidamento, per avere una maggiore sicurezza, sull'odore della madre o del padre o sul loro corpo caldo, morbido e accogliente. Inoltre, purtroppo sempre più spesso, il suo addormentamento è oggi preceduto non dalle tenere favole raccontate dal papà o della mamma, mentre lo tengono fortemente abbracciato a sé, ma dalle immagini crude e spesso violente e fredde che provengono dalla tv o dalle guerre e dai combattimenti contro i mostri dei videogiochi che ha appena lasciato. Mostri “che possono essere sì distrutti con il cannone o la pistola laser” ma “che possono anche colpirti improvvisamente, senza che tu te l'aspetti e divorarti in un solo boccone!”

❖ *Paura dei rumori forti*

Un'altra *paura* molto frequente è quella *dei rumori forti*: tuoni, bombe, schiamazzi improvvisi, grida, giochi d'artificio. Anche questa paura è facilmente comprensibile sul piano biologico. Un ambiente silenzioso è avvertito da tutti gli animali, e anche dal piccolo dell'uomo, come un ambiente pacifico e tranquillo, mentre un ambiente rumoroso, che di solito si manifesta quando un altro animale si lancia sui cuccioli per sbranarli, è avvertito come carico di pericoli e minacce.

❖ *Ansia e fobia sociale*

Il bambino timido prova *ansia sociale* quando deve fronteggiare o parlare con altre persone: egli manifesta il suo disagio mediante *l'evitamento*. Per tale motivo, ad esempio, il bambino timido chiede che siano mamma e papà a chiedere all'edicola se è arrivato il suo giornalino preferito. Allo stesso modo trema quando deve esporsi in pubblico, come avviene nelle recite di fine anno. In questi casi non è difficile che punti i piedi e si rifiuti di uscire da dietro il sipario del teatrino, nonostante conosca benissimo la sua partecina. L'ansia sociale compromette aree cruciali del funzionamento dell'individuo e può procurare gravi ripercussioni sull'autostima e sul senso di autoefficacia, con il rischio di sviluppare una depressione secondaria. A differenza dell'adulto, il bambino con ansia sociale anche se comprende l'origine della sua ansia, non riconosce che la sua paura è eccessiva e irragionevole. Questa sua difficoltà può diminuire con il tempo, per cui il bambino, acquisendo una maggiore sicurezza, è facile che riesca ad affrontare le stesse situazioni imbarazzanti senza alcun problema.

Lo stesso non avviene quando è presente la *fobia sociale*. In questi casi si ha intensa e persistente paura che gli altri possano umiliarci o avere un giudizio negativo nei nostri confronti. E poiché questa fobia che riguarda le situazioni sociali o prestazionali che possono creare imbarazzo è marcata, irrazionale e persistente, più i genitori spingono il bambino ad attuare dei comportamenti che gli creano ansia, più questa difficoltà si accentua.

La paura sociale si traduce in un'eccessiva timidezza di fronte alle persone poco note, mediante il rifiuto di partecipare ai giochi di gruppo, ma anche di andare in luoghi, come la scuola, dov'è necessario rapportarsi e confrontarsi con adulti e coetanei che possono mal giudicare il bambino (Militeri, 2004, p. 377). Tra ansia sociale e fobia, così come con tutti i sintomi di sofferenza non vi sono delle nette separazioni ma vi è un *continuum* di gravità. Dice la De Acutis (2009, p. 609):

“Si osserva l’esistenza di un legame tra le due condizioni che permetterebbe di delineare un continuum tra normalità e patologia nell’ambito dell’ansia sociale, che sottende il timore di essere giudicati negativamente dagli altri sia rispetto alle proprie qualità che alle proprie performances, all’interno di specifici contesti sociali”.

❖ *Paura dei visi deformati*

Questa paura insorge quando si para innanzi al bambino un volto deformato, rispetto all’usuale forma del viso umano. Può suscitare paura la barba folta e incolta di Babbo Natale o il naso e la bocca, enormi del clown. Allo stesso modo può creare paura il volto di un vecchio o di una vecchia, che presenta un aspetto molto cadente. Anche in questo caso il timore nasce da una realtà diversa da quella solita alla quale il bambino era assuefatto. Il volto della mamma e del papà è giovane e bello, mentre tutto ciò che appare deformato appare brutto e crea timore.

❖ *Paura dell’acqua*

In genere i bambini amano l’acqua e si trovano a proprio agio nel mondo liquido, sia del mare che della propria vaschetta. Pertanto questo tipo di paura è facile che nasca da esperienze frustranti avute: come ad esempio, a causa di qualche onda del mare che abbia per qualche momento sommerso il piccolo o per qualche comportamento poco attento e accorto avuto dalla madre nel momento del bagnetto. Per tale motivo, proprio perché il bambino ama istintivamente l’acqua, se non sono presenti validi motivi scatenanti, come quelli che abbiamo appena descritto, questo tipo di paura rivela una notevole tensione e ansia nell’animo del piccolo, dovuta a problematiche più profonde.

❖ *Paura della morte*

Una paura frequente è quella che possa capitare qualcosa di gravemente nocivo a se stesso, ai propri genitori o alle persone a

lui vicine e molto amate: come subire ferite, traumi o, peggio, che vi sia la possibilità che queste persone possano morire. Il bambino, a causa della sua dipendenza dagli altri, per molti anni si trova costantemente in una situazione di impotenza e fragilità. Ciò può spiegare questo tipo di timore, il quale, anche se non sempre è espresso verbalmente, si può manifestare in vari modi e con varie richieste: di non essere lasciato solo durante l'addormentamento, di non andare a scuola, di non recarsi senza i propri genitori alle feste e così via. In questi casi, e in casi simili, il bambino ha timore che nella sua assenza i genitori possano morire o farsi molto male o che la stessa disavventura possa accadere a lui, se privato della cura e dell'immediato intervento di mamma e papà.

Una radiocronaca per sconfiggere la paura

Francesco, figlio di genitori di ottimo livello sociale, il quale era vissuto in un ambiente difficile a causa dei tratti ossessivi del padre e dell'ansia materna, quando giunse alla nostra osservazione presentava numerose paure che gli impedivano una normale vita sociale.

Tra queste, sicuramente le più gravi erano quelle che si riferivano ai propri genitori: aveva paura di lasciarli e quindi si rifiutava di andare a scuola, perché ciò poteva comportare non vederli più ed essere abbandonato. Contemporaneamente però, nei suoi disegni e nelle storie che costruiva, vi era il desiderio di allontanarsi da loro e dai loro comportamenti psicologicamente oppressivi e ansiosi, recandosi addirittura in paesi e città straniere. Nel corso della terapia queste paure si modificarono gradualmente fino ad assumere sconcertanti aspetti protettivi, probabilmente dovuti a sensi di colpa, nei confronti di papà e mamma. Ad esempio, quando il padre andava al lavoro, era costretto, durante tutto il tragitto, a parlare con il figlio con il cellulare inserito nel casco della moto, per rassicurarlo di star bene e di

non essere incappato in qualche incidente. Il papà, durante il tragitto tra la casa e il luogo di lavoro, era costretto ad effettuare come una radiocronaca di tutto ciò che succedeva lungo la strada: dove si trovava, cosa accadeva attorno a lui in quel momento, e come si sentiva. Ma anche quando era in ufficio, per un bel pezzo doveva tenersi in contatto con il figlio, raccontando minuziosamente ogni attività intrapresa. Solo quando il bambino riacquistò una buona serenità, mediante la modifica del suo ambiente di vita unito alla psicoterapia individuale, riuscì ad accontentarsi di un semplice saluto, quando il padre partiva dalla sua casa e quando, sano e salvo, arrivava in ufficio.

Interventi

- ❖ Intanto per capire se si tratta di una paura fisiologica o patologica, ma anche per accertare se quello che manifesta il bambino è solo paura o si tratta, invece, di una vera fobia, è spesso necessario il parere di un neuropsichiatra. Questi cercherà le possibili cause ambientali di tale sintomatologia e valuterà anche se vi è la compresenza di altri sintomi che possono chiarire meglio il quadro complessivo.
- ❖ È molto utile ascoltare quello che prova il bambino e le motivazioni che egli dà delle sue paure. Altrettanto importante è permettergli di esprimere i suoi bisogni e le sue emozioni attraverso il disegno, i racconti e mediante il gioco libero autogestito. In tal modo egli potrà liberarsi da questi timori, traducendoli in immagini, in racconti, in giochi e comportamenti.
- ❖ Mentre siamo impegnati a cercare e poi ad eliminare, o perlomeno a ridurre, ogni atteggiamento e comportamento che potrebbero essere causa del suo malessere e dei suoi timori, è bene evitare assolutamente di

trattare con sufficienza le sue paure, o peggio di deriderlo per quanto egli prova. Questi incongrui comportamenti non farebbero che accentuare la sfiducia del bambino negli altri, mentre nel contempo potrebbero provocare un'ulteriore diminuzione della sua autostima. Come dice Bettelheim (1987, p. 97): “Il genitore che non accetta le nostre paure è fuori e quindi non riesce a consolarci, quello che li accetta è vicino a noi”.

- ❖ Poiché, come abbiamo detto, i sintomi sono il modo con il quale il bambino manifesta la sua sofferenza o si difende da questa, è bene rispettare le paure del bambino evitando di forzarlo ad affrontare bruscamente una situazione che teme, anche perché la paura ha una grossa componente di irrazionalità. È molto meglio aspettare che il bambino abbia acquisito una maggiore serenità prima di affrontare gradualmente le situazioni temute.
- ❖ Giacché una delle cause delle paure è data dal *contagio genitoriale o familiare*, è importante che i genitori limitino al massimo le loro ansie e le apprensioni, sia per le attività didattiche del figlio, sia per i piccoli problemi di tipo medico o familiare, in modo tale da non contagiare e coinvolgere il bambino con le proprie paure di adulto. Pertanto è bene non farsi influenzare dai frequenti e numerosi allarmi che provengono dai mass media. Allarmi che stimolano i genitori ad effettuare frequenti raccomandazioni al bambino, al fine di evitare improbabili pericoli. Il rischio è che l'eccessiva protezione attuata nei suoi confronti gli faccia credere che la natura, il mondo, gli altri, tutto

ciò che lo circonda, può essere fonte di pericolo (*immagine del mondo deformata in senso negativo*).

Odio per i cuori e per i baci

Luigi, di anni 10, era nato in una famiglia normo strutturata. Il padre veniva descritto dalla moglie come un uomo molto apprensivo, ma affettuoso e presente nella famiglia e nell'educazione dei figli quando il lavoro lo consentiva. Pertanto riusciva a ben rapportarsi con Luigi. La madre, invece, si descriveva come una donna impulsiva, nervosa, ansiosa, di umore mutevole, molto condizionato dagli avvenimenti. La donna era consapevole di trasmettere ansia ai figli e al marito, ma non riusciva a controllare questa sua emozione. Inoltre, nei suoi comportamenti educativi, si vedeva come una "donna soldato" poco materna, scarsamente dolce e affettuosa nei confronti dei due figli. A volte presentava degli scatti aggressivi verso gli oggetti o nei confronti di Luigi e della sorella, ai quali imputava le problematiche negative presenti nel contesto familiare.

La donna, sposandosi, aveva focalizzato buona parte dei suoi interessi e dei suoi obiettivi nei confronti del marito e nel rapporto di coppia: "Pensavo che la coppia fosse la cosa più importante nel matrimonio", per cui avvertiva l'impegno verso i figli eccessivamente pesante e difficile. Per tale motivo descriveva il rapporto con il marito come "buono", mentre quello con Luigi nel tempo era diventato sempre più conflittuale.

I problemi di Luigi erano iniziati molto presto. Inserito in asilo nido a soli due anni, piangeva durante i primi giorni, ma poi, almeno apparentemente, sembrava si fosse abituato al nuovo e diverso ambiente. Nella scuola dell'infanzia, nonostante il bambino cercasse di relazionarsi con gli altri coetanei, non riusciva ad integrarsi pienamente, in quanto tendeva a parlare delle cose che interessavano e piacevano a lui e non a quelle che potevano piacere o interessare agli altri. Le difficoltà di socializzazione e d'integrazione erano peggiorate durante la scuola

elementare. Durante questo periodo il bambino tendeva ad estraniarsi ed isolarsi dal gruppo classe, dal quale, per altro, veniva, deriso. A sette anni Luigi era stato inserito anche in un servizio di pre e post scuola, mentre durante l'estate, gli era fatto frequentare il Grest organizzato dallo stesso servizio. In seguito a questa frequenza i genitori notarono un netto peggioramento del suo comportamento: maggiore reattività e aggressività e uso di parolacce nei confronti sia dei coetanei sia degli adulti. Le sue capacità di socializzazione erano molto scarse: riusciva a giocare solo con un compagno. Per un anno i genitori l'avevano iscritto a calcetto ma anche in questo ambiente si presentavano dei problemi, in quanto, gli altri bambini, vedendo che non sapeva giocare bene, non gli passavano la palla.

Inutile aggiungere che la sua autostima, anche a causa di queste esperienze negative nei rapporti con i coetanei e gli adulti, era molto ridotta.

Insieme ai problemi d'integrazione, socializzazione e comportamentali Luigi, fin da piccolo, soffriva di varie e numerose paure e fobie: di rimanere da solo a casa, di andare da una stanza all'altra, del buio e delle malattie. Da quando il ragazzo aveva iniziato a manifestare quest'ultima fobia, quando si bagnava con l'acqua avvertiva il bisogno di asciugarsi immediatamente con il phon. Avendo inoltre paura delle infezioni e dei microbi rifiutava di essere baciato da tutti e se qualcuno lo baciava a forza o inavvertitamente, si puliva subito il viso per evitare ogni contaminazione. Manifestando anche fobia per lo sporco, con l'intento di pulirsi, apriva spesso il rubinetto dell'acqua, bagnava il dito e lo passava sopra tutte le parti del corpo che riteneva sporche. Forse, per questa stessa paura di infettarsi, quando era a scuola, rifiutava di togliersi il giubbotto.

Presentava, inoltre, un odio particolare per i disegni che raffigurano dei cuori o dei baci. Pertanto non voleva assolutamente che la madre, la sorellina o altre persone della famiglia

indossassero qualche indumento nel quale erano rappresentate queste due immagini. Anche quando vedeva la Tv, cambiava immediatamente canale se vedeva immagini di questo genere. Stranamente però amava i film e i documentari nei quali erano presenti dei serpenti, dei dinosauri, degli squali e dei piranha. Di tutti questi animali non solo non aveva alcuna paura ma anzi era molto attratto. Accanto a questi il bambino manifestava numerosi disturbi del comportamento: poiché si sentiva incompreso da tutti si comportava in maniera disubbidiente, nervosa, irritabile, scontrosa e aggressiva. Inveiva con parolacce verso tutti ed in particolare verso la sorella minore, che insultava pesantemente e con la quale bisticciava spesso. Nei giochi e nei comportamenti non accettava alcun consiglio dei genitori. Il suo umore era quasi sempre improntato a tristezza e rabbia. La madre riferiva amaramente che “Luigi non ride mai, non manifesta mai contentezza o entusiasmo per i giocattoli che riceve. Appare sempre scontento di tutto. Tende a girare nella sua stanza brontolando e parlando tra sé”. Per quanto riguardava le attività e gli interessi Luigi tendeva a focalizzare per un tempo notevolmente lungo ed in modo ossessivo la sua attenzione su determinati temi: ad esempio, i dinosauri o i calciatori. Nel periodo nel quale la sua attenzione si era focalizzata sui dinosauri camminava e si muoveva per la casa come loro, mentre faceva collezione di libri, immagini e oggetti che li riproducevano. Quando la sua passione si era spostata sul calcio parlava continuamente di calcio e voleva vedere tutte le partite. Molto scarsa era, inoltre, l’attenzione e la concentrazione nei compiti assegnati per cui anche se a volte accettava qualche richiesta dei suoi genitori, non riusciva mai a portarla a termine.

Se esaminiamo questo caso abbiamo la possibilità di meglio capire come possono nascere, evolvere e manifestarsi i disturbi psicologici dell’infanzia.

1. Intanto è bene evidenziare come la sofferenza di questo ragazzo si manifesti non con uno ma con una molteplicità di sintomi: paure, fobie, compulsioni, gravi difficoltà nell'integrazione e nella socializzazione, rabbia, tristezza, disturbi del comportamento, scarse capacità nell'attenzione e nella concentrazione, comportamenti ripetitivi ecc.
2. Inoltre, se rivediamo la storia di Luigi capiamo bene ciò che succede nel momento in cui la relazione con una figura importante, anzi essenziale, come la madre, non procede correttamente. Poiché questa donna non presentava le capacità necessarie per affrontare il suo ruolo materno, era spinta a cercare all'esterno della famiglia in vari servizi per l'infanzia l'aiuto necessario a gestire il figlio. Pur non avendo impegni lavorativi extra familiari aveva sentito il bisogno di utilizzare l'asilo nido, i servizi di pre-scuola e di post-scuola e, nelle vacanze, il Grest.
3. Il sostegno avuto da parte di questi servizi non solo non era valso ad affrontare o diminuire le problematiche del figlio ma, quasi sicuramente, aveva concorso ad accentuarle, in quanto aveva contribuito a scavare un solco più profondo nella relazione madre-figlio.
4. È inoltre interessante notare ciò che avviene nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente sociale quando lo sviluppo psicoaffettivo non procede correttamente. Per quanto riguarda il rapporto con i suoi genitori e, soprattutto, con la madre, nel momento in cui il bambino non riusciva ad avere da loro le cure e le attenzioni necessarie, si erano manifestati i primi disturbi psichici. Questi, a sua volta avevano reso ancora più difficili i rapporti con i genitori, con conseguenze accentuazione del suo disagio,

ma anche con maggiore predisposizione da parte loro nel cercare di allontanare il bambino dall'ambiente domestico, per un tempo sempre maggiore, con conseguente peggioramento delle condizioni psichiche di Luigi, ma anche della relazione e del legame genitori-figlio. Il suo odio nei confronti delle immagini dei cuori e dei baci esplicita molto bene questa grave crisi nella relazione. Egli avvertiva che tra i suoi genitori vi era un sentimento di amore dal quale lui era escluso!

5. Per quanto riguarda il rapporto con i coetanei, Luigi, nella scuola materna, cercava di relazionarsi con questi ma, non riuscendo a farlo correttamente, in quanto la sua scarsa serenità interiore gli impediva di modellarsi in modo adeguato con gli altri bambini, veniva da questi allontanato. Ciò, con molta probabilità, aveva contribuito ad accentuare la sua sofferenza, il senso di esclusione, la rabbia e la collera, mentre diminuiva ancor di più la sua autostima. Questa difficile condizione psicologica, a sua volta, lo costringeva ad isolarsi ancora di più dagli altri e ad assumere comportamenti aggressivi nei confronti di tutti: sia coetanei, sia adulti.

Il rifiuto della scuola

Questo disturbo si manifesta con il rifiuto più o meno esplicito di andare a scuola.

L'intensità e la gravità dell'opposizione nei confronti di questa istituzione sono molto varie. Si va da un lieve disagio, quando il bambino è costretto a allontanarsi da casa per andare a scuola, manifestato con frasi del tipo: "Che seccatura la scuola!". "Oggi sono stanco: non vorrei andare a scuola", alla fobia vera e propria. In questo caso, i segnali della notevole sofferenza del bambino sono evidenti e caratteristici: la mattina il piccolo tende

ad alzarsi tardi, si muove lentamente in ogni attività che è costretto ad effettuare. Si veste, si lava e fa colazione, cercando in tutti i modi di postergare il momento di lasciare la sua casa e la sua famiglia. A volte manifesta chiaramente il suo rifiuto. Le motivazioni esplicitate, quando richieste, sono del tipo: “la scuola è brutta”, “gli insegnanti sono cattivi”, “i compagni mi spingono, mi danno botte”. In altri casi, semplicemente, il bambino sottolinea il suo rifiuto con un “non voglio, non mi piace”. Quando i genitori non si fanno intenerire e insistono perché si rechi lo stesso tutti i giorni a scuola, il bambino può manifestare dei sintomi psicosomatici: come dolori addominali, nausea, vomito, debolezza fisica, tremori, sudorazione diffusa, vertigini, cefalea o, peggio, può avere delle crisi d’ansia che possono arrivare fino al panico. Se poi i genitori insistono nel non tenere nel giusto conto i timori del figlio, possono presentarsi sintomi regressivi come l’enuresi, l’encopresi, la ricerca di un’alimentazione liquida, il bisogno di ritornare a dormire nel lettone di mamma e papà. Inoltre possono manifestarsi o peggiorare altre paure concomitanti, come quella della morte propria e/o dei propri genitori o che la famiglia si sfaldi con la separazione di mamma e papà e così via. Talvolta si evidenziano sintomi da conversione isterica: sordità, paralisi diffuse. Così come possono essere presenti dei tic.

Tutti questi sintomi, però, scompaiono, o regrediscono notevolmente, quando i genitori accettano di lasciare a casa il figlio.

Queste manifestazioni sono più frequenti nella scuola dell’infanzia, in quanto questa istituzione rappresenta il primo vero distacco del bambino dai suoi genitori e dalla sua casa, ad un’età nella quale non tutti i bambini sono psicologicamente maturi per affrontare il mondo esterno alla propria famiglia.

In questi casi la scena tipica è quella di una mamma la quale, avendo deciso che il bambino deve andare a scuola, lo incoraggia e lo prepara psicologicamente: gli compra un bello zainet-

to nel quale mettere il suo giocattolino preferito, una buona merendina, qualche album per colorare e lo accompagna, dicendo che andranno in un luogo dove lui potrà incontrare tanti bei bimbi, con i quali giocare e divertirsi. Il bambino, che di solito acconsente gioiosamente, entra in auto e poi, tenendo ben stretta la mano della madre, cammina nei corridoi ed entra nell'aula a lui destinata. Tutto sembra andare per il verso giusto fino a quando la mano della madre è stretta alla sua o fino a quando questa è lì con lui. Quando, dopo averlo affidato alla maestra, lo saluta con un forte bacio e un "arrivederci a presto" e scompare dalla porta, ecco che il bambino, prima stupito di quanto accade, e poi spaventato, inizia a piangere e la chiama correndole dietro. Se la madre ritorna sui suoi passi egli le si stringe addosso, la guarda teso e tremante e dopo, per un bel po', non si stacca da lei, in quanto teme che si possa ripetere la penosa esperienza della quale un momento prima è stato vittima. Se la madre, acconsentendo alle pressioni delle insegnanti, si allontana, per tornare dopo qualche ora, il bambino, dopo aver pianto per un bel po' smette, e, imbronciato, comincia a giocare con gli altri bambini, oppure teso e spaventato rimane in un angolo o accanto alla porta della classe, nella vana attesa della donna. Quando questa dopo qualche ora ricompare, la guarda rimproverandola con lo sguardo, ma è felice di poter ritornare nella sua casa. Purtroppo, da quel momento, il bambino guarderà la madre e le sue parole con sospetto, giacché la fiducia sconfinata che egli aveva nei confronti di lei, come della persona che sceglie per lui solo cose belle e buone, si sarà, almeno in parte, incrinata!

Può succedere, inoltre, che dopo un'apparente scomparsa del sintomo, questi si ripresentino con la stessa intensità, ogni volta che il bambino è costretto a confrontarsi con un nuovo ambiente scolastico. Questo fu il caso di Dario, di undici anni.

Dario fu portato alla nostra osservazione in quanto rifiutava in maniera molto decisa di frequentare la scuola media. Poi-

ché era un ragazzo molto capace ed intelligente, non aveva alcun problema nell'apprendere le materie curricolari. Il suo rifiuto della scuola era motivato solo con le parole: "La scuola è brutta. La scuola non mi piace, non ci voglio andare". I genitori erano disperati in quanto il ragazzo aveva presentato lo stesso rifiuto sia nella scuola materna sia nella scuola elementare ma, dopo qualche mese di continue insistenze e di violente scenate, "si era adattato". Questa volta, invece, manifestando atteggiamenti aggressivi e violenti, non voleva assolutamente acconsentire alle loro richieste. Quando abbiamo consigliato ai genitori di accettare la paura del figlio e di farlo studiare, almeno per qualche tempo, a casa, il bambino ne è stato felicissimo, tanto che era lui stesso a telefonare ai compagni per farsi dare i compiti che faceva sistematicamente e con molta gioia al suo domicilio. Era lui stesso a chiedere di andare a scuola, ma solo una volta al mese, insieme alla madre, e solo per il tempo necessario per essere interrogato dagli insegnanti, per poi tornare a casa.

Questa fobia è più frequente nei maschi e si è visto che maggiore è l'età nella quale si presenta, più gravi sono le problematiche psicologiche del minore. Pertanto se la paura di andare a scuola può essere solo un segno di immaturità nel bambino di tre-quattro anni, la stessa può essere un segnale di un'importante sofferenza psicologica, se compare o continua dopo i sei anni.

Purtroppo, quando questa paura si presenta nel periodo della scuola dell'obbligo, assume agli occhi dei genitori una maggiore rilevanza sociale, rispetto a quando si presenta nella scuola materna. In questi casi papà e mamma difficilmente riescono ad accettare la decisione di lasciare che il bambino si allontani dall'ambiente scolastico, anche se per breve tempo.

Le cause:

Cause biologiche:

Si è pensato a una labilità di alcuni sistemi endocrini e neurotransmissoriali, noradrenergici (Militerni, 2004, p. 374).

Cause psicologiche e ambientali

Per capire questo tipo di rifiuto dobbiamo necessariamente considerare che l'ingresso nella scuola costringe il bambino a confrontarsi con ambienti, persone e situazioni notevolmente diversi e molto più complessi di quelli presenti in una normale famiglia. È molto difficile affrontare questi nuovi ambienti, persone e situazioni, specie se non vi è la maturità intellettiva o psicoaffettiva necessaria. Sono molto diversi i locali della scuola rispetto alle stanze della sua casa, che il piccolo conosce molto bene perché sono state mute spettatrici di tanti suoi momenti di gioco. Sono diverse le persone: bidelli, insegnanti e compagni di classe, rispetto a quelle con le quali era abituato a rapportarsi e con le quali aveva già instaurato un legame affettivo importante. L'ambiente scuola, inoltre, è molto più ampio rispetto a quello presente nella sua famiglia: non alcune stanzette ma grandi e lunghi corridoi con numerose aule. Inoltre, l'ambiente scuola difficilmente è disposto a manifestare nei suoi riguardi quei comportamenti particolarmente protettivi, affettuosi e accettanti, presenti in un normale contesto familiare. Quest'ambiente richiede un'attenzione e delle prestazioni ben definite: bisogna ascoltare quanto spiegato, bisogna disegnare, scrivere, leggere, imparare e poi riferire quanto studiato, e così via. È questo un ambiente che giudica ogni sua prestazione. È un ambiente che richiede dal bambino un notevole autocontrollo: non si esce dalla classe e non si va in bagno quando si vuole; non ci si alza dal banco senza l'autorizzazione dell'insegnante; non si gioca quando bisogna studiare; non si parla con gli altri compagni quando è in atto la lezione, e così via.

È naturale, pertanto, che molti bambini, anche perfettamente normali, provino un qualche timore e una certa difficoltà nell'adattarsi, durante i primi giorni o anche le prime settimane di frequenza scolastica. Questa realtà, per sua natura difficile, può diventare angosciata quando il bambino, per vari motivi, già presenta o soffre di immaturità, ritardo, disabilità, difficoltà psicologiche.

Le possibili cause di rifiuto della scuola sono numerose:

- ❖ *ansia di separazione*. Poiché per un bambino troppo piccolo o con problemi psichici è ancora indispensabile la presenza rassicurante dei suoi genitori, familiari e/o del suo consueto ambiente di vita, vi è un intenso timore di separarsi dalla madre e dall'ambiente familiare per affrontare persone e ambienti sconosciuti;
- ❖ *immaturità psicoaffettiva*. Per il bambino ancora immaturo, l'inserimento nell'ambito scolastico può significare essere costretto a diventare grande così da perdere l'intimità con la madre (Bettelheim 1987);
- ❖ *esperienze traumatiche precedenti*. A volte il rifiuto di andare a scuola nasce da esperienze traumatiche avute precedentemente nel contesto della scuola o nei rapporti con un gruppo di coetanei irritanti, aggressivi, violenti, anche al di fuori dell'ambiente scolastico. L'esperienza negativa può essere avvenuta anche con adulti non familiari, che hanno avuto nei riguardi del bambino comportamenti eccessivamente oppressivi, ansiosi, autoritari o repressivi. In questi casi, agli occhi del piccolo, al di fuori del contesto familiare, sia i minori sia gli adulti assumono delle caratteristiche nettamente negative;

- ❖ *presenza di desideri ostili.* Il bambino può avere timore che i propri inconsci desideri ostili nei confronti dei genitori o degli altri familiari si possano avverare, per cui potrebbero ferirsi o morire, durante la sua assenza;
- ❖ *gelosia nei confronti del fratello minore.* Per un bambino che soffre d'intensa gelosia può essere molto penoso lasciare in casa con i genitori i fratellini più piccoli;
- ❖ *timore di non essere soccorso.* Molti bambini hanno paura delle malattie e/o della morte. Questa paura è notevolmente attutita dalla presenza dei genitori i quali, ai loro occhi, sono i soli che possono soccorrerli e salvarli in caso di importante malessere;
- ❖ *difficoltà nell'apprendimento.* Gli insegnanti assumono spesso agli occhi degli allievi il ruolo di giudici severi del loro operato. Pertanto il bambino che presenta eccessive difficoltà nelle attività scolastiche, da lui avvertite come molto impegnative e stressanti, può risentire di una notevole paura dei loro giudizi negativi. Ciò lo spingerà a cercare di evitare ogni contatto con gli insegnanti, rimanendo lontano dalla scuola;
- ❖ *giudizi sulla sua condotta.* Altro timore può nascere dai giudizi che gli insegnanti possono emettere sul suo comportamento. Specie se questo è caratterizzato da un'incontrollabile instabilità e irrequietezza. In questi casi appare scontato il bisogno imperioso di tenersi lontani da insegnanti e altre autorità scolastiche, pur di evitare rimbrotti e punizioni;

- ❖ *difficoltà nell'integrazione, nella socializzazione e nella comunicazione.* Quando un bambino presenta tali problematiche la scuola diventa intollerabile in quanto lui è costretto a subire l'emarginazione e il disprezzo da parte dei coetanei, i quali notano facilmente le sue problematiche e i suoi limiti.

Gli interventi

Poiché, come abbiamo appena detto, le cause che possono turbare il bambino, impedendo alla sua sicurezza di maturare sufficientemente, così da affrontare la nuova e difficile realtà della scuola, possono essere tante e diverse, nell'attesa di capirle e risolverle sono sicuramente controproducenti tutte le misure atte a castigare e /o rimproverare il minore per il suo comportamento. È bene, quindi, accettare come reale la sua sofferenza (Bettelheim 1987), e non sottovalutare i suoi timori, né tantomeno scambiarli sistematicamente per capricci o segnali di pigrizia.

È importante cercare di capire i motivi della sua paura, analizzando il suo ambiente di vita, non solo a scuola ma anche e, soprattutto, in famiglia. Non sempre è facile riuscire in questo compito, in quanto il bambino tende a dare le spiegazioni che pensa siano maggiormente accettate dagli adulti e non quelle più profonde e vere. I genitori e gli insegnanti, d'altra parte, tendono a far proprie le motivazioni che più si adattano ai loro desideri e bisogni, piuttosto che ammettere le reali motivazioni. Nonostante ciò è necessario cercare di comprendere i veri motivi del rifiuto, così da intervenire in maniera decisa nel rimuovere le possibili cause. Si può allora scoprire, ad esempio, un'immaturità psicoaffettiva del bambino con ancora un'eccessiva dipendenza dalle figure genitoriali. Si può evidenziare nel suo ambiente familiare una madre iperprotettiva o invadente nei confronti del figlio da lei dipendente, oppure un'assenza o una scarsa presenza fisica

o morale della figura paterna. Possono essere presenti delle situazioni stressanti o difficili, come un lutto in famiglia, un divorzio o la separazione dei genitori, dei bruschi cambiamenti d'ambiente, l'inadeguatezza delle figure di riferimento, delle recenti ospedalizzazioni ecc.

Mentre, però, ci si impegna a scoprire e curare i motivi del malessere del bambino, è spesso necessario allontanarlo, anche se momentaneamente, dalla scuola per qualche giorno o qualche settimana. Quest'interruzione viene spesso percepita come fumo negli occhi, sia da parte dei genitori sia da parte degli insegnanti che seguono il piccolo. Da parte dei genitori, nel caso che entrambi siano impegnati nel lavoro, le maggiori resistenze sono dovute spesso a difficoltà di natura gestionale: "Dove possiamo lasciare il bambino e chi si può occupare di lui durante le tante ore della nostra assenza?" Da parte di entrambi: insegnanti e genitori è, inoltre, molto intenso il timore del mancato o scarso rendimento scolastico da parte del minore, dovuto alle sue assenze. A ciò si aggiunge la paura "che egli si abitui a non frequentare la scuola e a restare a casa", per cui, in un momento successivo, potrebbe essere per lui difficile rientrare nelle aule scolastiche.

Purtroppo, sia i genitori sia gli insegnanti non usano per la paura della scuola lo stesso metro di giudizio che costantemente utilizzano per le loro personali fobie. È facile, ad esempio, che questi stessi adulti abbiano delle paure: dell'ascensore, dell'aereo, degli insetti, a causa delle quali non salgono sugli ascensori e preferiscono farsi a piedi vari piani di scale, non mettono piede sugli aerei ma prenotano i viaggi in pullman o in treno, non vanno in campagna per restare ben lontani dagli insetti. Tuttavia ritengono inaccettabile che un bambino abbia paura di andare a scuola! Pensiamo che questa, come le altre fobie, debba avere il massimo rispetto da parte dei genitori ed educatori, in quanto l'obiettivo fondamentale rimane sempre il benessere psicologico

del bambino; pertanto, un suo allontanamento momentaneo dovrebbe essere accettato con serenità. Abbiamo constatato come in molti casi, l'interrompere momentaneamente l'attività scolastica, dia al minore il senso concreto della solidarietà e comprensione da parte dei suoi genitori, degli insegnanti e degli adulti in genere. È come dire al bambino: "Noi sappiamo che tu stai male e capiamo la tua sofferenza, che condividiamo, perciò non abbiamo nessuna intenzione di sacrificare il tuo benessere all'obbligo scolastico". Questo messaggio di affetto e di amore rasserena e rassicura più di qualunque altro discorso e impedisce che le condizioni psichiche del minore si aggravino ulteriormente.

D'altra parte, la nostra personale esperienza ci ha sempre confermato che il bambino che ha l'età adeguata per potersi allontanare agevolmente dalla famiglia (tre-quattro anni), che ha la serenità necessaria per poterlo fare, e che trova un ambiente classe normalmente accettante e accogliente, preferisce stare a scuola con i propri compagni piuttosto che a casa, senza coetanei e con la sola compagnia della tv e di uno dei genitori o dei nonni.

In un momento successivo, dopo che sono stati adottati gli opportuni provvedimenti per migliorare il benessere psicologico del minore, potrà iniziare la fase del rientro nell'ambito scolastico: rientro da eseguire con molta gradualità. Dapprima la presenza a scuola potrà essere soltanto di pochi minuti, anche in compagnia della madre, del padre o di qualche altro familiare che più riesce a dare serenità e sicurezza al piccolo, per poi, gradualmente, aumentare il tempo trascorso nella classe, mentre potrà diminuire la presenza dei familiari nell'ambito scolastico.

Da parte degli insegnanti è bene che questi rispettino i problemi dell'alunno mettendolo a proprio agio, anche mediante l'impegno in attività piacevoli, soprattutto durante i primi giorni di rientro in classe, in modo tale che il processo di scolarizzazione avvenga in maniera graduale, serena, piacevole e gratificante.

La perdita della sicurezza

Per Militerni (2004, p. 97) “La sicurezza si riferisce a quel sentimento di stabilità emotiva derivante dalla maturazione di alcune certezze “interne”, che permettono al bambino di affrontare situazioni nuove e fronteggiare situazioni insolite”. Una delle maggiori ansie del bambino è data dalla perdita della sicurezza. È nota l’angoscia che egli prova in questi casi.

Gli eventi che possono comportare insicurezza sono numerosi. Facciamo qualche esempio. Un mattino, mentre il piccolo si alza dal letto, la mamma gli presenta la nuova tata, la quale, con fare dolce e accogliente, si sforza in tutti i modi di fare amicizia con lui. Per fortuna questa giovane donna, già dopo qualche giorno, riesce in pieno a conquistare la sua fiducia e il suo affetto. Purtroppo, dopo qualche mese, giacché i genitori del piccolo hanno trovato un’altra ragazza più disponibile o più a buon mercato, la tata gli si avvicina con le lagrime agli occhi per salutarlo, poiché dovrà andare via. Nello stesso tempo lo rassicura che verrà a trovarlo spesso e che continueranno a restare sempre buoni amici. Naturalmente ciò non avviene! Questa promessa è solo una pietosa bugia. Dopo i primi saltuari contatti la giovane donna, avendo trovato un altro lavoro e altri interessi, non telefona più, mentre le visite diventano sempre più rare.

Facciamo ora un altro esempio fra i tanti possibili: la mamma accompagna il bambino all’asilo nido e lo lascia, rassicurandolo, tra mille baci e calde lagrime, che verrà prestissimo a riprenderlo: “Il tempo di comprarti un regalino e poi sarò di nuovo da te e ce ne andremo a casa”. Naturalmente, trattandosi di una pietosa bugia, ciò non avviene. La mamma compra sì un regalino per il piccolo, ma la sua assenza, durata troppo a lungo per poterla sopportare tranquillamente, determina nel bambino la paura di averla perduta per sempre, paura che si confonde con la rabbia per l’inganno subito. E a nulla vale il regalino per cancellare questi sentimenti! Se questi eventi, o eventi simili si ripeto-

no più volte, sarà facile che nell'animo del bambino alligni la sfiducia. Sfiducia non solo nei confronti della figura materna ma anche verso tutti gli adulti e verso la vita in generale. Accanto alla sfiducia emergerà prepotentemente l'insicurezza.

Per tale motivo, il senso della perdita della sicurezza può essere *acuto* o *cronico*. In entrambi i casi il bambino prova, insieme alla paura, dolore, sofferenza e rabbia. Naturalmente le conseguenze saranno più gravi quando la perdita della sicurezza è cronica, piuttosto che quando l'evento traumatico è raro e si risolve in breve tempo.

I motivi che possono portare alla perdita della sicurezza sono molti. Ne ricordiamo solo qualcuno dei più importanti:

- ❖ poiché fonte primaria della sicurezza per il bambino è la propria madre ed i propri genitori verso i quali, specie quando egli è piccolo, vi è un attaccamento particolare, una madre o un padre poco o saltuariamente presenti comportano senso di insicurezza;
- ❖ lo stesso sentire è presente quando il bambino, pur non essendo maturo per affrontare una separazione dai suoi, viene forzatamente allontanato dalla propria casa e dalla propria famiglia per essere inserito in ambienti a lui non consueti, in compagnia di persone sconosciute. Anche in questo caso può avvertire ansia o peggio *angoscia abbandonica*;
- ❖ anche le difficoltà economiche possono essere fonte di insicurezza, sia perché il bambino avverte nell'ambiente attorno a lui l'ansia e la preoccupazione per questa difficile e preoccupante situazione di vita, sia perché nel confronto con gli altri si sente sminuito e "diverso";
- ❖ per quanto riguarda la presenza di una disabilità, questa comporta senso di insicurezza solo quando la famiglia, la

scuola e l'ambiente sociale che il bambino frequenta non riescono a ben gestire i suoi limiti e le sue difficoltà;

- ❖ motivi di insicurezza prova il bambino quando si ritrova coinvolto in situazioni di disarmonia familiare (De Negri e altri, 1970, pp. 116-117). In questi casi, poiché ogni minore ha bisogno di sentirsi protetto, sostenuto ed amato dai suoi familiari, fonte di sicurezza è l'avvertire che i suoi genitori sono uniti e il loro legame è stabile e solido. Quando invece tra i genitori vi sono continui, traumatici contrasti, il bambino avverte la paura ed il rischio concreto della rottura del legame familiare e della possibile perdita di uno o di entrambi i genitori;
- ❖ da non dimenticare, infine, che motivi di insicurezza possono sorgere da comportamenti genitoriali eccessivamente autoritari, limitanti e frustranti o, all'opposto, da comportamenti eccessivamente permissivi.

I disturbi della condotta

Con il termine di disturbi della condotta sono descritti una serie di comportamenti inadeguati, in cui i diritti fondamentali degli altri oppure le norme e le regole della vita sociale sono violati (DSM – IV-TR). I bambini che presentano disturbi della condotta si riconoscono facilmente poiché sono la disperazione dei loro genitori, degli insegnanti e di tutti gli educatori in genere. Sono chiamati “bambini difficili” o “bambini terribili”, per evitare di utilizzare la denominazione di “bambini cattivi”, che comporterebbe un giudizio e una condanna morale. Come denominare, d'altra parte, dei bambini litigiosi, che perdono facilmente il controllo, che hanno atteggiamenti aggressivi, vendicativi, rancorosi, che raccontano bugie, che usano un linguaggio scurrile? Come giudicare dei bambini irritanti, che sembra provi-

no gusto a violare le regole, sia in ambito familiare che scolastico ed extrascolastico? Bambini che sognano e, a volte, attuano delle fughe, che marinano la scuola? Come valutare dei bambini apparentemente insensibili per i danni arrecati agli altri, mentre sono pronti a sfidare e accusare coetanei ed adulti? Bambini che sembra non provino alcun sentimento di colpa o vergogna delle loro condotte deplorevoli? Bambini che, per evitare severe punizioni, sembra facciano finta di pentirsi e di avvertire sensi di colpa, per poi continuare a commettere gli stessi atti e assumere gli stessi comportamenti?

D'altra parte le punizioni, anche le più severe, come la espulsione dalla scuola o gli schiaffi della madre, o peggio le cinghiate del padre, in seguito alle loro bravate, sembrano non avere alcun effetto positivo. Il loro comportamento non si modifica, se non di poco e per breve tempo, dopodiché continuano ad aggredire, continuano a marinare la scuola, continuano a rubare e a dire parolacce.

In sintesi, i bambini che presentano disturbi della condotta possono presentare:

- ❖ scarsa attenzione per i sentimenti altrui;
- ❖ atteggiamenti disubbidienti, irritanti, di sfida e accusa;
- ❖ poco rispetto ed empatia verso i bisogni e le necessità degli altri e verso i loro oggetti;
- ❖ sentimenti di acredine verso chi ha fatto loro del male;
- ❖ atteggiamenti aggressivi e, a volte, crudeli verso le persone e gli animali;
- ❖ gioia e godimento nel distruggere, far dispetto o del male agli altri: male fisico con violenze e, a volte, lesioni gratuite o provocate da atti assolutamente irrilevanti, ma anche male morale, in quanto nell'età dell'adole-

scenza questi ragazzi possono trascinare gli altri, “i buoni”, in atti e condotte deprecabili: come il bere eccessivamente, il fumare, il fare baldoria;

- ❖ scarsa sensibilità nei confronti degli atteggiamenti educativi autoritari e punitivi;
- ❖ presenza frequente di linguaggio scurrile.

I ragazzi più grandi che presentano disturbi della condotta, sono quelli che più marinano la scuola, ed è anche per questo che hanno minori competenze cognitive; sono quelli che più facilmente fuggono da casa e, a volte, trascorrono la notte fuori di casa; possono compiere vari gesti delinquenziali: furti, scippi, estorsioni, prepotenze e atti di bullismo nei confronti dei coetanei, violenze sessuali, imbrattamento di muri, danneggiamento dei monumenti, frodi, furti ecc.

A causa dei loro comportamenti questi minori sollecitano atteggiamenti di rifiuto, non accettazione ed isolamento sia dagli adulti, come i genitori e gli insegnanti, sia, a volte, anche dai compagni, quando i loro comportamenti disturbanti e aggressivi si rivolgono verso di essi.

La gravità di questi sintomi può essere molto varia, per cui il *disturbo della condotta* può essere classificato come: *lieve, medio o grave*, in base al numero, alla tipologia e all'intensità con i quali si presentano i comportamenti disturbanti del bambino. Il numero di minori ai quali è diagnosticato un disturbo della condotta appare nettamente aumentato negli ultimi decenni.

Le cause

Cause neurobiologiche

È ipotizzata una predisposizione genetica in quanto, almeno uno dei genitori presenta spesso un disturbo analogo e tra gli ascendenti e collaterali sono presenti disturbi psicopatologici:

quali dipendenza da alcool, disturbi dell'umore e schizofrenia (Militerni, 2004, p. 325).

Cause ambientali

Queste cause assumono un significato preminente (Militerni, 2004, p.325). Se si scava nella vita intima di questi minori, ci si accorge che, anche senza volerlo, è stato fatto loro o ancora viene fatto del male.

A volte si scopre che hanno subito del male fisico, ma il più spesso è stato fatto loro del male psicologico: “rifiuto e abbandono da parte dei genitori, [...] norme contraddittorie di educazione con disciplina rigida, maltrattamento fisico e sessuale, mancanza di sorveglianza, inserimento precoce in istituzioni, frequenti cambiamenti delle persone che si prendono cura del soggetto, [...] rifiuto da parte dei coetanei, esposizione alla violenza da parte del vicinato (DSM – IV- TR). Anche per Bowlby (1982, p.48), questi disturbi nascono quando il bambino è sottoposto a un'eccessiva pressione. Cosicché deve usare massicciamente le sue manovre difensive per fronteggiare l'ansia. Tali pressioni possono scaturire dalle malattie organiche, da un impedimento fisico, dalla povertà delle doti intellettuali e da molte altre circostanze ambientali: rifiuto e ostilità aperta da parte dei genitori, illegittimità, perdita delle cure materne. Per Wolff (1970, p. 164), a volte un genitore di questi bambini, spesso la madre, ha un atteggiamento ambivalente: da una parte rimprovera il figlio per il suo comportamento, dall'altra, senza esserne consapevole, lo incoraggia. Vi è pertanto in queste madri incoerenze o inconse permissività. Alcune perdonano per anni un comportamento delinquenziale prima di agire sul figlio in maniera inaspettata, e spesso lo fanno solo quando il suo comportamento ha attirato sulla famiglia l'attenzione pubblica.

Altre cause possono ricercarsi nella tensione sotterranea o nell'aperto conflitto genitoriale. Questi minori sono spesso il campo di battaglia o le armi usate nei conflitti tra i coniugi,

quando questi non riescono a tenere lontani i propri figli dai loro comportamenti conflittuali.

Altri genitori, infine, nel campo della disciplina non riescono a sviluppare adeguatamente il super-ego dei loro figli (Wolff, 1970, p. 164).

In definitiva, la sofferenza subita da questi bambini provoca la loro scarsa tolleranza alle frustrazioni, la iperreattività e la rabbia interiore, che li stimola a tale tipo di comportamenti. A questo punto si innesca quasi sempre un circolo vizioso: più loro presentano dei comportamenti irritanti, aggressivi e distruttivi, più gli altri li puniscono, manifestando atteggiamenti di rifiuto, condanna morale, isolamento, non accettazione ed esclusione. Questi atteggiamenti, a loro volta, accentuano la loro frustrazione, la loro rabbia, con conseguente aumento dei disturbi della condotta.

Instabilità psicomotoria

Uno dei più frequenti motivi di consultazione, nell'ambito della neuropsichiatria infantile, è l'instabilità psicomotoria. I minori che manifestano questo disturbo hanno notevole difficoltà a restare tranquillamente seduti per tempi prolungati. Sono quindi descritti come bambini con "l'argento vivo addosso". Questi bambini non riescono spesso a mantenere l'atteggiamento motorio che viene loro richiesto, anche per un tempo molto breve (*impersistenza motoria*); camminano nervosamente su e giù per la stanza; se sono costretti a stare seduti muovono continuamente la sedia ma anche il banco, che oscilla e trema seguendo i loro movimenti inconsulti. Nonostante che nell'ambiente di casa e di scuola non riescano a fermarsi, se non per brevi momenti, quando gli stessi bambini hanno la possibilità di muoversi, giocare e correre liberamente su grandi spazi, stranamente, si muovono quasi normalmente.

Ciò non dovrebbe apparire inconsueto, se si pensa che l'ansia di questi minori si accentua notevolmente quando sono ristretti in un ambiente per loro stressante, come può essere una normale classe scolastica nella quale, giustamente, si richiede disciplina e autocontrollo. In questi ambienti questi bambini, poiché disturbano continuamente le lezioni, non stando mai al loro posto ma girando tra i banchi, toccando tutto e dando fastidio a tutti, sono continuamente redarguiti e puniti dagli insegnanti. Inoltre, poiché interrompono spesso gli altri alunni nei loro compiti, urtandoli, spingendoli e prendendo i loro oggetti e i loro strumenti di lavoro, sono allontanati dai loro stessi compagni.

Nei giochi, a causa della notevole impazienza, giacché avvertono il tempo che li separa dalla realizzazione dei loro desideri come eccessivo e frustrante, hanno molta difficoltà a rispettare i turni, per cui cercano di scavalcare gli altri bambini, creando confusione e reazioni di collera, con conseguente emarginazione. Gli insegnanti, "distrutti" dal loro modo di agire, ma consapevoli del fatto che essi possiedono una buona intelligenza, affermano che: "potrebbero fare molto se solo fossero più attenti". In definitiva, il loro rendimento scolastico è spesso modesto, ma non certamente per particolari deficit intellettivi.

Da quanto abbiamo detto, è facile dedurre che i rapporti con i coetanei, ma anche con i docenti ed i genitori, sono particolarmente tesi, difficili e spesso conflittuali. È facile che ai disturbi dell'attenzione e dell'instabilità si associno anche disturbi del comportamento, con aggressività, scoppi di collera, atteggiamenti oppositivi, tendenza a mentire, insultare o commettere atti vandalici, nel momento in cui sono costretti a rimanere fermi nel loro banco o quando sono ripresi e puniti frequentemente. Alcune volte riescono ad essere leader dei loro compagni più scavezzaccolli. Se invece prevale l'aggressività sono rifiutati sia dai coetanei sia dagli adulti.

“La maggior parte dei contributi presenti in letteratura ha analizzato la problematica relazionale di bambini con ADHD evidenziando come la presenza di un deficit delle funzioni esecutive di controllo inibitorio –alla base dei componenti oppositivi (Pfiffner et al., 2005)- inneschi frequentemente un circolo vizioso nella relazione con altri individui” (Bacchini et al.2011, p. 621).

In famiglia questi bambini corrono, saltano, si arrampicano in maniera frenetica sui divani e gli altri mobili, mentre sono in continua agitazione. Mettono a soqquadro la casa, lasciando tutto in disordine, per cui sono continuamente sgridati e puniti, mentre le persone che li circondano stanno continuamente sul chi vive e sono pronte a bloccare ogni loro iniziativa, immaginandola nefasta per i mobili e per le suppellettili. E sono queste continue limitazioni, questi ripetuti richiami e rimbrotti per ottenere da loro dei comportamenti più tranquilli e adeguati che irritano questi bambini e stimolano in loro l’aggressività e gli scoppi di collera. Anche perché, avendo poca tolleranza alle frustrazioni, perdono facilmente l’autocontrollo.

Se è modesto l’autocontrollo, è scarsa anche l’autostima, poiché subiscono un’infinità di giudizi negativi e rimproveri, tanto che sono anche definiti “bambini insopportabili”.

Nell’età giovanile a questa instabilità c’è il rischio che si aggiungano atteggiamenti e comportamenti a rischio, come l’uso di sigarette, droghe e alcool, ma anche comportamenti autolesivi e antisociali: sono giovani arrestati il due volte più degli altri; sono giovani condannati per reati gravi, cinque volte più degli altri e scontano in carcere delle condanne nove volte più degli altri giovani.

I loro guai continuano nell’età adulta. A quest’età sono spesso licenziati, sono costretti a cambiare frequentemente lavoro e, se sposati, i loro rapporti familiari e di coppia sono difficili e conflittuali.

I falsi instabili

È necessario, però, distinguere nettamente i bambini instabili da quelli che instabili non lo sono per nulla.

1. *Non sono instabili i bambini vivaci.* La vivacità è una condizione fisiologica dell'infanzia, legata alle differenze temperamentali e al sesso. I maschietti si muovono di più delle femminucce e alcuni bambini sono geneticamente più vivaci di altri. Ma, come ben dice Oliverio Ferraris (2005, p. 56): *“il problema è che essere vivaci, in condizioni di vita urbana, pone problemi che un tempo non esistevano o esistevano in misura decisamente inferiore. Bambini e ragazzi potevano sfogarsi in giochi scatenati all'aria aperta e di gruppo e non erano costretti a condurre una vita sedentaria, alternandosi tra i banchi di scuola e il televisore domestico”*. Purtroppo nell'attuale ambiente familiare e urbano vi è scarsa possibilità di esprimere la normale vitalità infantile, senza incorrere in continui rimproveri e punizioni!
2. *Non sono instabili i bambini con ritardo mentale.* Questi appaiono come irrequieti agli occhi degli insegnanti e dei genitori solo perché sono mentalmente più piccoli della loro età cronologica e, quindi, hanno ancora la vivacità di tutti i bambini piccoli. Inoltre questi bambini diventano spesso insofferenti quando sono costretti a restare in una classe non adatta e confacente al loro sviluppo linguistico e culturale, per cui sono costretti ad impegnarsi in attività non adeguate alla loro età mentale. Questi scolari con ritardo mentale non si comporterebbero da "instabili" se solo potessero avere gli spazi e i tempi adeguati alla loro età mentale, ma anche strumenti e metodologie didattiche confacenti al loro sviluppo intellettuale e cognitivo.

3. *Non sono instabili i bambini costretti a restare seduti per ore e ore nei banchi*, senza la possibilità di godere di una lunga e sana ricreazione all'aria aperta. Ricreazione che potrebbe permettere loro di scaricare la tensione psichica e motoria, accumulatasi nell'ambiente ristretto della classe, anche a causa dell'attenzione continua nei confronti delle attività didattiche. Il loro comportamento non dovrebbe essere definito come instabile ma come *insofferente*: giustamente insofferente verso una prassi scolastica non fisiologica che, purtroppo, è sempre più diffusa nelle nostre aule.
4. *Sono soltanto maleducati*, in senso letterale, quei bambini il cui comportamento irrequieto è rafforzato continuamente da atteggiamenti incongrui o eccessivamente permissivi, da parte dei genitori e, a volte, anche da parte degli insegnanti.
5. *Non sono instabili, infine, quei bambini vittime di un insegnamento talmente noioso e pedante* da stimolare la fuga come unica possibilità di salvezza, per non morire di tedio!

I disturbi dell'attenzione

Nei bambini che soffrono d'instabilità motoria, ritroviamo frequentemente anche il disturbo dell'attenzione.

L'attenzione è un concetto molto complesso, pertanto cercheremo di semplificarlo al massimo. Galimberti (2006, p. 219) la definisce come “la capacità di selezionare gli stimoli e di mettere in azione i meccanismi che provvedono a immagazzinare le informazioni nei depositi memoria a breve e a lungo termine”. L'attenzione comporta varie capacità.

Intanto per riuscire ad avere una buona attenzione è necessario rispondere solo agli aspetti rilevanti di un compito o di una situazione, ignorando quelli non essenziali (*attenzione selettiva*) (Silieri e altri, 1998, p. 8). Questa capacità di focalizzarsi solo su alcuni stimoli ritenuti importanti, tralasciando gli altri, dipende dalle caratteristiche degli stimoli, dai bisogni interni del soggetto, dalle aspettative e dalle esperienze del passato (Galimberti, 2006, p. 220). Secondo la combinazione di questi elementi, tra i vari individui, si hanno diversi livelli di attenzione. Poiché questa capacità consente di selezionare determinati stimoli, trascurandone altri, è strettamente collegata con l'apprendimento: "Io apprendo ciò che mi interessa apprendere e non altro" (Galimberti, 2006, p. 221).

Nel concetto di attenzione troviamo anche l'abilità nel mantenerla su uno stimolo e non disperderla (*attenzione prolungata*), ma anche l'abilità nel dividerla contemporaneamente su stimoli diversi quando è necessario (*capacità attentiva*). Per poter poi fissare l'informazione nella memoria è indispensabile *la concentrazione*.

Mentre l'attenzione rivela uno stato di recettività che consente la percezione e l'acquisizione dell'informazione, la concentrazione è selettiva e orienta l'attenzione verso delle informazioni specifiche, per cui permette di fissare l'informazione (Oliverio Ferraris, 2005, p. 70). È evidente che più il bambino si concentra su un dato, maggiore sarà la traccia che quel dato lascerà nella sua memoria e migliore sarà l'apprendimento. Per fare tutto ciò sono sicuramente necessari dei grandi sforzi di volontà, ma anche una notevole serenità interiore.

I disturbi dell'attenzione possono essere temporanei come *la disattenzione, la distrazione, la distraibilità*, o strutturali come *l'aprosessia* (Galimberti, 2006, p. 221).

La disattenzione è una riduzione temporanea dell'attenzione, dovuta a stanchezza fisica o mentale.

La distrazione è un'interruzione dell'attenzione, per l'azione di altri stimoli estranei a quest'attività.

La distraibilità, a differenza della distrazione che è temporanea, è la propensione naturale di un soggetto a distrarsi. La distraibilità è normale nei bambini, ma può essere un sintomo di disadattamento se protratta e se associata ad altri disturbi.

L'aprosessia è l'incapacità strutturale a mantenere l'attenzione: perché l'ideazione è rarefatta; concentrata su pochi temi, come negli stati depressivi; perché è sovrabbondante come negli stati maniacali; per un eccesso di emozioni o cariche affettive che interferiscono nei processi di pensiero, o per la presenza di idee fisse, come negli stati fobico-ossessivi, che imponendosi in modo coatto alla coscienza, riducono la possibilità di attenzione" (Galimberti, 2006, p. 221).

Le capacità di autocontrollo

Sia nell'instabilità psicomotoria che nei disturbi dell'attenzione sono molto carenti *le capacità di autocontrollo*. Per Galimberti (2006, p. 252): "L'autocontrollo è la capacità di dominare, selezionare, coordinare o inibire i propri affetti, desideri o pulsioni, affinché la propria condotta non pregiudichi il raggiungimento di una o più mete considerate altamente desiderabili per sé. Richiedendo un differimento di piaceri e gratificazioni immediate".

Purtroppo non sempre ciò è possibile, anche se la meta da raggiungere è anche desiderabile e attraente. Non sempre è possibile quando l'ansia, la tensione interiore, l'aggressività, la distruttività e le paure presenti nell'animo del bambino superano le sue capacità di autocontrollo, per cui, nonostante questi voglia in tutti i modi essere tranquillo, buono e bravo, così da compiacere i propri genitori e gli educatori, non riesce a controllare la spinta di emozioni troppo intense per le sue possibilità. Né d'altra parte ciò è realizzabile quando l'immagine che il bambino ha dei

genitori, degli educatori, ma anche del mondo che lo circonda è notevolmente negativa. In questi casi, compiacere i propri genitori, gli educatori e il mondo, significa ancor di più soggiacere a qualcuno o a qualcosa che pensa gli abbia fatto del male e che teme possa continuare a danneggiarlo anche in futuro.

Quando il bambino esercita su di sé il massimo dell'autocontrollo, si hanno *l'inibizione e la coartazione*. Quando invece esercita un bassissimo autocontrollo, si ha *un'estrema impulsività*. Quest'ultima è definita come la disposizione a comportarsi in modo precipitoso e violento, così da rispondere velocemente e senza adeguata riflessione a uno stimolo. Quest'agire in maniera immediata e senza un'adeguata riflessione, comporta una notevole difficoltà a prevedere le conseguenze delle proprie azioni.

Vi sono varie tipologie d'impulsività:

- ❖ *l'impulsività motoria*, la quale si esprime mediante attività motorie scarsamente controllate;
- ❖ *l'impulsività cognitiva*, quando vi è una mancanza di concentrazione rispetto al compito ed è presente la tendenza a prendere decisioni eccessivamente rapide;
- ❖ *l'impulsività non pianificata*, quando vi è una scarsa valutazione delle conseguenze dei propri atti o delle proprie parole, e, quindi, manca la corretta pianificazione.

Le cause

Cause organiche

Nell'instabilità psicomotoria è stata ipotizzata la presenza di una disfunzione cerebrale minima o un'ipofunzionalità del sistema dopaminergico.

Cause ambientali

Le cause ambientali sono da ricercarsi nella sofferenza psicologica, la quale si manifesta nei bambini, soprattutto se maschietti, mediante il corpo e con l'eccessiva attività motoria.

L'esame attento dell'ambiente di vita di questi minori rivela la presenza di situazioni ambientali emotivamente difficili da affrontare e gestire. Secondo la maggior parte degli studi effettuati al riguardo, i casi più frequenti d'instabilità psicomotoria e di mancato autocontrollo sono stati identificati in soggetti che hanno avuto genitori critici, intolleranti e svalutanti. In tali ambienti spesso troviamo dissapori familiari, genitori separati, divorziati o genitori che, pur restando sotto lo stesso tetto, frequentemente si aggrediscono senza riuscire ad avere un dialogo sereno e costruttivo. Nell'ambiente di vita di questi bambini troviamo esperienze di istituzionalizzazione o di ospedalizzazioni traumatiche o prolungate. Osserviamo la presenza di vite familiari caotiche, con ritmi di lavoro esasperati. Notiamo frustrazioni e traumi, subiti dai minori a causa di problematiche psicologiche presenti nei genitori, con conseguenti atteggiamenti educativi frustranti e poco adeguati ai loro bisogni. Altre volte si tratta di bambini che sono stati costretti a uscire precocemente dal caldo e sicuro nido familiare, per essere inseriti in istituzioni come gli asili nido o i baby parking, nelle quali si sono ritrovati a disagio per la presenza di adulti e minori sconosciuti, con i quali non si è instaurato alcun importante e solido legame affettivo.

Vi sono però anche delle cause più specifiche che possono portare a questo tipo di sintomi:

- ❖ *l'uso eccessivo di strumenti elettronici* come la tv, i Video Giochi, l'I Pod, l'IPad. Questi strumenti limitano il gioco libero e spontaneo all'aria aperta, il dialogo con i coetanei e con gli adulti, il moto, il contatto con la natura. Inoltre impediscono i momenti di silenzio interiore e di riflessione. Tutte esperienze fondamentali, per una sana e serena crescita umana;

- ❖ *l'ambiente scolastico poco adeguato.* Purtroppo, spesso, la scuola contribuisce in maniera pesante a queste sintomatologie. Le troppe ore di lezioni, lo scarso tempo dedicato alle attività motorie e alla ricreazione accentuano l'ansia e la tensione, con conseguenti comportamenti disturbanti, ai quali seguono rimproveri e punizioni che accentuano il malessere del bambino;
- ❖ *il tempo eccessivo impegnato nelle attività didattiche da effettuate a casa.* Quando il minore utilizza buona parte del suo tempo extrascolastico per effettuare ulteriori attività di tipo scolastico, viene alterato il giusto equilibrio tra impegni intellettivi e attività fisiche, fatte, queste ultime, di gioco e di movimento. Attività queste, altrettanto indispensabili per il benessere fisico e psichico dei minori;
- ❖ *la relazione con genitori, insegnanti ed educatori, eccessivamente stressati.* Molto spesso il bambino è costretto a relazionarsi con adulti logorati dagli impegni di lavoro, dalla vita frenetica delle città, da rapporti familiari e coniugali poco gratificanti. Questi adulti mal sopportano la normale vivacità infantile, specie quella dei maschi, per cui sono facili i rimproveri e le punizioni ingiustificate nei confronti di bambini normalmente vivaci. A ciò, purtroppo, segue un peggioramento dello stato psicologico del piccolo, con l'emergere di una reale instabilità psicomotoria;
- ❖ *la presenza di un'accentuata vivacità congenita.* Questa, quando è mal sopportata e non ben gestita dall'ambiente di vita del bambino, fa scaturire delle risposte non adeguate, costituite da continui rimpro-

veri, limitazioni e castighi, con conseguente evoluzione in una instabilità di tipo patologico;

- ❖ *la non accettazione dei diversi bisogni specifici di genere.* La mancata accoglienza nell'ambito scolastico degli specifici bisogni di genere, costringe gli insegnanti ad un'identica programmazione educativa e formativa. Ciò penalizza notevolmente i maschietti i quali, per loro natura, avrebbero bisogno, rispetto alle femminucce, di una maggiore quantità di attività motorie e gioco libero, svolti all'aria aperta;
- ❖ *la povertà della rete familiare e amicale.* Una rete familiare carente, sfilacciata, a volte assente, impedisce ai bambini quegli scambi e quei giochi giornalieri, sia con altri minori sia con gli adulti, che sono preziosi per il benessere psicologico;
- ❖ *l'organizzazione della vita nei quartieri della città.* Non è indifferente una vita cittadina organizzata prevalentemente sulle attività lavorative ed economiche, che trascura in modo evidente i bisogni di gioco e movimento dei bambini e le loro necessità relazionali e affettive.

Interventi

- ❖ Intanto è bene ridurre drasticamente l'uso di strumenti elettronici e, contemporaneamente, è importante favorire il gioco libero e spontaneo all'aria aperta, il dialogo con i coetanei e con gli adulti, il contatto con la natura. La riduzione del tempo dedicato agli strumenti elettronici può permettere attività preziose come la lettura, nonché la

possibilità di gustare il piacere del silenzio interiore e della riflessione.

- ❖ Fissare e delimitare il tempo da destinare ai compiti scolastici. Tempo che non dovrebbe superare le due-tre ore giornaliere. Inoltre, le ore dedicate a questa attività dovrebbero essere sempre alternate con momenti di svago e gioco libero.
- ❖ L'uso di psicostimolanti per curare l'instabilità, così come avviene frequentemente negli Stati Uniti, può modificare momentaneamente in senso positivo questo sintomo, ma non lo risolve. I risultati ottenuti sono piuttosto scoraggianti nel lungo periodo. Nei bambini trattati con tali psicofarmaci non si è evidenziato un migliore inserimento sociale o il raggiungimento di più alti livelli di scolarità rispetto ai controlli.
- ❖ È importante dare a questi minori la possibilità di giocare in grandi spazi, perché in questi la loro esuberanza diminuisce notevolmente.
- ❖ Poiché questi minori si tranquillizzano notevolmente se tutte le loro iniziative non sono continuamente bloccate, mediante rimproveri o minacce ripetute, bisogna essere in grado di far sentire loro che i propri bisogni di esuberanza sono compresi ed accettati e che si è disposti a giocare con loro, aiutandoli a scoprire, manipolare ed usare nel miglior modo possibile, gli oggetti e il mondo che li circonda. Molto utile a questo riguardo è la tecnica del *Gioco Libero Autogestito*.
- ❖ Le attività didattiche nell'ambito scolastico devono necessariamente tener conto di questa realtà; pertanto devono essere molto brevi, varie, graduali ed interessanti. Bi-

sogna, inoltre, intervallare tali attività con momenti di gioco libero.

- ❖ Sono fondamentali i suggerimenti da dare ai genitori per migliorare gli atteggiamenti educativi errati, così da offrire al bambino il giusto spazio fisico oltre che psicologico, ma anche per ridurre l'eccessivo controllo dei genitori, le eventuali carenze affettive e le scarse attenzioni date ai bisogni del minore.
- ❖ Se associato ad altri interventi può essere sicuramente utile *l'approccio comportamentale*, nel quale il bambino viene premiato quando raggiunge determinati obiettivi: ad esempio, quando dimostra maggiore attenzione e minore iperattività.
- ❖ *Nell'approccio sistemico* questi bambini sono visti come capro espiatorio dei conflitti o delle ansie della famiglia, per cui è adottata la terapia familiare;
- ❖ Utile la *terapia di coppia* quando è presente uno stato di conflitto nei genitori.
- ❖ In questo tipo di problematiche, inoltre, sono usati gli *esercizi psicomotori, la musicoterapia, le terapie di rilassamento, la psicoterapia di tipo analitico*.
- ❖ Nell'ambito scolastico per mantenere l'attenzione sono consigliate una serie di strategie come il coinvolgere direttamente e frequentemente i bambini che presentano queste problematiche cercando di collegarsi all'esperienza personale di questi alunni, cogliendo e valorizzando i loro interessi specifici. Viene consigliato, inoltre, agli insegnanti di modulare il tono della voce così da attirare maggiormente la loro attenzione, nonché di gratificare

molto questi soggetti. Utili sono, inoltre, strumenti alternativi per l'apprendimento come le *schede a scelta multipla incrociata*, le *ricerche e l'apprendimento programmato*.

La disubbidienza

Il bambino disubbidiente ha scarsa aderenza alle richieste dell'altro, ha difficoltà a coinvolgersi in attività condivise, ha poco rispetto per le regole, ha un comportamento oppositivo, a cui corrispondono, se i genitori e gli educatori vogliono costringere il bambino ad effettuare quanto richiesto, crisi di collera (Militeri, 2004, p. 105).

Questo comportamento, per cui il bambino rifiuta di sottostare alle richieste impartite dai genitori o da un'altra autorità, è considerato dalla psicoanalisi caratteristico della fase anale dello sviluppo psichico (secondo – terzo anno). In questa fase il bambino ha bisogno di differenziare il proprio Io da quello della madre e da quello delle persone che l'accudiscono, in modo tale da avere una sua autonomia e, di conseguenza, un maggior controllo su se stesso e sul mondo esterno. A quest'età, pertanto, questo tipo di comportamento non dovrebbe essere valutato come patologico, né dai genitori, né dagli altri educatori. Questo sintomo dovrebbe invece essere degno di attenzione solo se lo si rileva in maniera abnorme ad un'età superiore.

Ritroviamo comportamenti disubbidienti in molti bambini che presentano vari altri segnali di sofferenza: bambini con paure, iperattività, irritabilità; bambini che presentano disturbi dell'attenzione o disturbi oppositivo-provocatori. Il massimo della disubbidienza crediamo sia appannaggio dei bambini con disturbo pervasivo dello sviluppo. Questi sembrano non udire nemmeno le richieste fatte dagli altri, per cui continuano imperturbabili nell'attività o nel gioco intrapreso e quando li si costringe a

smettere rispondono con irritazione ed aggressività. In questi piccoli, se la patologia è molto grave, questo sintomo viene meglio accettato dagli educatori e dai genitori, in quanto l'handicap evidente lo giustifica; se invece è presente nei bambini con disturbo autistico ad alto funzionamento, la vivace intelligenza, unita alle notevoli capacità nel ricordare, calcolare e nell'effettuare spontaneamente attività complesse, provoca nei genitori e negli insegnanti, dei giudizi nettamente negativi, nonché manifestazioni di stizza con minacce e castighi, in quanto sono giudicati come bambini molto capricciosi e insubordinati da mettere in riga mediante delle punizioni, piuttosto che come piccoli esseri sconvolti da gravi problemi psicologici.

Gli interventi

1. Isaacs (1995, p. 89) consiglia, intanto, di dividere le richieste fatte al bambino in tre categorie:
 - *le cose per cui pretendiamo un'obbedienza assoluta.* In questo caso se la nostra richiesta è saggia e utile, è bene comportarsi con decisione, anche se gentilmente e affettuosamente. È importante però che queste richieste non siano numerose e frequenti in quanto, se così fosse, costringeremmo il bambino in modo eccessivo, limitando notevolmente le sue possibilità di giudizio e di scelta, per cui rischiamo di alimentare nel bambino o dei comportamenti eccessivamente deboli e inibiti o, al contrario, atteggiamenti aggressivi, oppositivi, distruttivi e ribelli.
 - *Le cose nelle quali abbiamo delle speranze e delle preferenze che suggeriamo direttamente o indirettamente ma che non imponiamo.* In questo caso è bene far chiaramente capire al bambino quali sono, secondo il nostro parere, le scelte migliori, ma evitiamo di imporgliele.

- *Le cose nelle quali lasciamo il bambino libero di scegliere.* In questo caso accettiamo con gioia le sue scelte senza fargli pesare il fatto che noi avremmo fatto diversamente.
2. Nel fare delle richieste è utile ricordarsi che il bambino ha una visione temporale diversa dalla nostra. Per tale motivo cerchiamo di non intralciare all'improvviso le attività nelle quali è impegnato. Quando abbiamo bisogno di chiedergli qualcosa, avvisiamolo per tempo, in modo tale che possa completare ciò che ha già iniziato. Se i genitori vogliono fare tutto in fretta si ritroveranno con un bambino che non collaborerà.
 3. Dopo esserci assicurati che quanto chiediamo sia giusto, nelle nostre richieste usiamo un atteggiamento nel quale la fermezza sia associata alla dolcezza, all'affettuosità e alla fiducia, così che egli avverta la nostra stima, il nostro rispetto ma anche la fiducia che abbiamo verso di lui. Fiducia che quanto abbiamo chiesto egli lo farà. Se rimaniamo calmi, affettuosi e fiduciosi, è molto più facile che il bambino ubbidisca alle nostre richieste; se, invece, dentro di noi vi è già il preconcetto che lui si comporterà in maniera disubbidiente, egli avvertirà la nostra scarsa fiducia nei suoi confronti, ma anche la nostra rabbia e collera pronte a manifestarsi, per cui interpreterà quello che gli chiediamo come una violenta, ingiusta imposizione. Pertanto è sicuramente controproducente urlare. Quando i genitori urlano, i bambini ubbidiscono solo in quanto si spaventano, ma questo spaventarsi li sconvolge, per cui in futuro tenderanno a vivere ancora di più nel loro mondo e a vedere i genitori come dei nemici cattivi, e quindi ubbidiranno sempre meno.

4. Teniamo inoltre presente che nel rapporto con un bambino è bene non considerare ogni momentaneo rifiuto come una disobbedienza assoluta. A volte i suoi “no” significano soltanto che ancora non ha finito quello che aveva iniziato, per cui, dopo che egli avrà concluso il suo gioco o avrà messo ordine nei suoi pensieri e nelle sue emozioni, i suoi “no” potranno benissimo trasformarsi in “sì”.
5. Se il bambino manifesta un atteggiamento aperto di sfida, di rabbia e si mette a fare capricci, non è utile sgridarlo. È molto meglio aspettare che si calmi e poi fare di nuovo la nostra richiesta, sempre con molta calma e affettuosità. L’importante è assicurarci che non ottenga niente con i suoi capricci (Isaacs, 1995, pp. 92-93).
6. Per distinguere ciò che è capriccio da ciò che non lo è, dobbiamo necessariamente metterci in ascolto dei suoi vissuti interiori. Se il bambino è psicologicamente disturbato e quindi è ansioso, teso, stanco e nervoso, non potrà sicuramente rispondere prontamente alle nostre richieste. Il nostro compito, in questi casi, non è imporre la nostra disciplina e farci ubbidire a qualunque costo, ma renderlo più sereno, in modo tale che possa avere la possibilità e la capacità di essere ubbidiente, senza effettuare un notevole sforzo su se stesso. Se, in questi casi, come spesso accade, attuiamo delle imposizioni violente, rischiamo di accentuare il suo disagio e, quindi, rischiamo di peggiorare tutta la sua vita affettivo- relazionale, compresi i suoi comportamenti disubbidienti. Abbiamo detto che il massimo della disobbedienza lo ritroviamo nel bambino con disturbo autistico ma non è un caso che in questi bambini ritroviamo il massimo dei disturbi psicologici.

Le manifestazioni aggressive del bambino

L'aggressività è sempre presente nell'essere umano e assume le più varie forme in base all'età. È presente nel neonato, come nell'adolescente o nell'adulto, anche se variano le modalità e gli strumenti con i quali viene manifestata ed espressa.

Già nei *primi mesi di vita*, soprattutto quando le sequenze abituali non sono rispettate o le consuete gratificazioni non compaiono al momento giusto, il neonato, se irritato o insoddisfatto, dimostra la sua aggressività mordendo il capezzolo della madre, stringendo i pugnetti, rigurgitando o rifiutando il cibo.

Nel *bambino di due – quattro anni*, la collera e l'aggressività si manifestano quando egli è frenato, contrastato, frustrato, nelle sue aspettative in modo eccessivo (Osterrieth, 1965, p. 62). A quest'età, quando la madre, per fare le pulizie o perché stanca di vederlo correre in giro per la casa, lo isola per qualche momento nel box o nel suo lettino egli, come un adirato prigioniero, manifesta la sua indignazione sbattendo i giocattoli sul lettino o sul box. Altri bambini, nel desiderio e nella ricerca di far del male, si attaccano, strappandoli, ai capelli della madre o della sorella. Tuttavia, con la maturazione affettivo-relazionale vi è una graduale diminuzione nell'uso dell'aggressività o un suo utilizzo prevalente nel gioco simbolico. Come dice Spok (1957, p. 423):

“Un bambino normale impara a controllarsi a poco a poco, crescendo, attraverso le manifestazioni della propria natura e i buoni rapporti con i genitori. A uno-due anni, quando è arrabbiato con un altro bimbo, è capace di mordergli un braccio senza un attimo di esitazione. Ma a tre-quattro anni ha già imparato che l'aggressività violenta è una brutta cosa, però gli piace fingere di uccidere sparando ad un ipotetico indiano”.

Per Bollea (1985, p. 267) lo sviluppo della pulsione aggressiva passa per tre stadi:

- a) *In una prima fase* il bambino non si rende conto del male che i suoi atti ostili possono fare ad un'altra persona.

- b) *In una seconda fase* il bambino percepisce che l'altro riceve un danno a causa della sua attività, ma non gliene importa niente e, semmai, è contento di aver esercitato un potere;
- c) *In una terza fase* il bambino s'identifica con quello che l'altro prova, percepisce che l'altro sente dolore come lui e prevede il giudizio negativo della madre sulla propria attività aggressiva.

Nella *prima e nella seconda infanzia* prevale l'aggressività motoria, per cui, nel periodo scolastico, i bambini tempestano di pugni la persona da cui hanno ricevuto delle frustrazioni. Spesso però aggrediscono anche i più piccoli e i più deboli: come i fratellini, le sorelline o i compagni di scuola più fragili e meno agguerriti. *Verso la fine della seconda infanzia* si aggiunge all'aggressività fisica anche l'aggressività verbale.

Tuttavia, globalmente, a mano a mano che procede la maturazione affettivo-relazionale, tutte le manifestazioni aggressive, sia verbali sia fisiche tendono a diminuire poiché il minore è sempre di più capace di un maggior controllo emotivo e razionale.

I vari tipi di aggressività

Aggressività fisiologica, patologica e apparente

Così come l'adulto più pacifico e disponibile può diventare, se provocato, aggressivo, allo stesso modo anche il bambino più soddisfatto e felice può avere i suoi momenti di rabbia e di sfida e la sua voglia di distruggere e di far del male (Isaacs, 1995, p. 75). Vi è pertanto anche nel bambino un'aggressività fisiologica, usata per difendere il proprio corpo, la propria vita, i propri diritti, i propri bisogni e vi è un'*aggressività patologica*.

Nel bambino l'aggressività è patologica:

- ❖ quando per la sua età dovrebbe avere una buona consapevolezza dell'eventuale sofferenza inflitta agli altri;
- ❖ quando aggredisce persone o cose che non gli hanno procurato alcun male, né hanno minacciato la sua integrità fisica e/o morale, né hanno cercato di impossessarsi dei suoi beni;
- ❖ quando la reazione ai negativi comportamenti altrui è eccessiva e sproporzionata;
- ❖ quando tende ad interpretare come aggressivi dei comportamenti e degli atteggiamenti che aggressivi non sono;

Vi è poi *un'aggressività apparente* che si manifesta, ad esempio, quando i bambini utilizzano i piccoli animali, soprattutto gli insetti, i vermi, le lumache ma, in alcuni casi, anche gli animali più grandi, come i pulcini, i gatti ed i cani, per giocare, ma anche per soddisfare la loro curiosità e il loro desiderio di possesso. Ad esempio, quando i bambini piccoli tolgono le ali alle mosche, schiacciano i vermi, smembrano le farfalle, tormentano i gattini o i cagnolini, tirando loro la coda, facendoli rotolare, portandoli da una parte all'altra della casa o del giardino, come fossero fatti di pelouche, non è per nulla detto che queste siano manifestazioni di aggressività o crudeltà. Potrebbero essere dei comportamenti che hanno solo lo scopo di giocare, conoscere, capire o possedere. Aggressività apparente è anche quella dei fratelli che si azzuffano quando in casa non hanno nulla da fare o quella dei maschietti che nell'intervallo delle lezioni scolastiche guerreggiano, lottano e si rincorrono per giocare e per provare la loro forza, la loro virilità e destrezza, ma anche per sfogare l'energia repressa. Anche in questi casi "l'apparenza inganna", per cui è molto meglio evitare di intervenire, punire ma anche preoccuparsi eccessivamente.

Le manifestazioni aggressive

Il bambino può manifestare la sua aggressività mediante *attività motorie*: mordendo, colpendo, schiaffeggiando, dando calci e pugni, lanciando sputi verso le persone, gli animali o gli oggetti .

Se il minore ha la possibilità del linguaggio, l'aggressività può esprimersi verbalmente, anche mediante l'*uso di parole e frasi* che possono offendere, insultare o ferire chi gli sta di fronte. In alcuni casi, al contrario, il bambino ottiene lo stesso scopo *ignorando*, a volte per ore e giorni, la o le persone che vuole far soffrire.

Naturalmente maggiore è l'aggressività, più frequenti sono le situazioni conflittuali sia con gli adulti: familiari e insegnanti, sia con i coetanei. Pertanto i processi d'integrazione e di socializzazione sono molto compromessi e limitati.

Altre manifestazioni di aggressività sono legate ai *comportamenti oppositivi e negativisti*. I bambini che utilizzano questo tipo di comportamenti si ostinano a rifiutare in modo sistematico e categorico qualsiasi richiesta venga loro rivolta, anche se, a volte, sono proposte che dovrebbero essere per loro piacevoli e congeniali. Con tali condotte il bambino riesce a rallentare o boicottare le esigenze ed i bisogni di chi, in quel momento, vuole far soffrire.

Se il bambino aggressivo è inserito a scuola, il suo comportamento spesso crea scompiglio nel gruppo classe e, a volte, anche negli altri ambienti dell'istituto. La scuola diventa per lui luogo di minacce, insulti, aggressioni, danneggiamenti e provocazioni. Gli atteggiamenti impulsivi e violenti lo portano a reagire in modo collerico e rabbioso di fronte a contrarietà anche minime, così come lo inducono a picchiare i compagni e gli adulti e a rompere gli oggetti propri e altrui. A volte, e oggi ciò accade sempre più frequentemente, questi bambini riescono a coinvolgere nei loro comportamenti disfunzionali anche i propri genito-

ri, i quali sono sollecitati ad agire contro gli insegnanti o i loro compagni, minando e distruggendo in tal modo l'alleanza che dovrebbe sempre sussistere tra la scuola e la famiglia, nonché tra le varie famiglie degli alunni.

Differenze di genere

Per quanto riguarda le differenze di genere, i diverbi delle bambine e quelli dei bambini sono gestiti in maniera nettamente diversa. Mentre le prime per colpire gli altri utilizzano soprattutto le parole, i ricatti morali ed i comportamenti di rifiuto affettivo e di dialogo, l'aggressività dei maschi è espressa in maniera diretta, per cui tendono a difendersi ed aggredirsi fisicamente più che verbalmente. Se i maschietti aggrediscono i loro compagni soprattutto con pugni, schiaffi e calci, le femminucce preferiscono utilizzare il linguaggio e le cattive allusioni, per colpire gli avversari e, soprattutto, le "avversarie". Inoltre, nell'uso delle parolacce, i maschi prevalgono nettamente sulle femmine. Questo comportamento induce i genitori e gli insegnanti a punire maggiormente e più duramente i maschietti rispetto alle femminucce.

Queste differenze di genere erano maggiormente presenti in passato, quando era prevalente un'educazione diversa tra i due generi. In questo periodo, sia per il tipo di educazione molto simile tra maschi e femmine, sia per la costante frequenza di un sesso con l'altro, queste differenze si sono alquanto ridotte. Si è notato come nelle classi miste, che sono in Italia nettamente prevalenti, l'uso delle parolacce, delle minacce esplicite, ma anche il menare le mani da parte delle ragazze, sia notevolmente aumentato, rispetto a quando le classi erano divise per sesso.

Le cause

Le cause delle manifestazioni aggressive possono essere molteplici.

1. *Aggressività come bisogno di crescita.*
2. *Aggressività come segnale della sofferenza causata da un conflitto interiore profondo.*
3. *Aggressività come ricerca di dialogo.*
4. *Aggressività come difesa dei propri diritti.*
5. *Aggressività come bisogno di difendersi dai comportamenti altrui ritenuti lesivi.*
6. *Aggressività come bisogno di difendere le persone care.*
7. *Aggressività come gelosia.*
8. *Aggressività come competizione.*
9. *Aggressività come emulazione.*
10. *Aggressività come desiderio di possesso.*
11. *Aggressività come espressione del senso di colpa.*
12. *Aggressività come conseguenza di uno stile educativo non idoneo.*
13. *Aggressività come disponibilità e difesa di un genitore contro l'altro.*

1. Aggressività come bisogno di crescita

Il bambino ha bisogno di far crescere ed affermare il proprio Io, la propria volontà, i propri desideri, la propria autonomia. È attraverso l'affermazione di sé che l'Io del bambino si distingue

dall'Io dei genitori e da quello degli altri adulti o coetanei. La capacità di dire di “no” diventa uno strumento ed un mezzo di maturazione per lo sviluppo della sua identità e personalità. Affermare se stesso come individuo diverso e separato dagli altri è, quindi, del tutto normale, durante la fase della crescita. Il genitore o l'educatore deve necessariamente tener conto dei bisogni del bambino in questo particolare periodo: bisogno di scoprire e cercare nuovi oggetti e materiali diversi; bisogno di effettuare nuove esperienze; bisogno di provare gli oggetti e gli esseri viventi, ma anche bisogno di mettersi alla prova. Questi bisogni non possono essere soddisfatti dai soliti giocattoli, dei quali sono stracolme le nostre case: tutti dello stesso materiale, tutti costruiti dagli adulti per dei giochi specifici. Gli educatori dovrebbero accettare e fare propri questi bisogni, aiutando i minori nelle loro scoperte e ricerche, collaborando gioiosamente con loro, senza intralciarli con continui “no”, che nascono per lo più da pregiudizi e ansie ingiustificate. In questi casi le frasi più frequenti che si ascoltano sono: “Questo è pericoloso: non lo toccare”; “Questo non si fa”; “Questo non è adatto a te; “Questo è sporco”; e così via.

A causa di ciò il bambino si sente bloccato in ogni sua iniziativa, nella sua creatività, nella libertà di movimento e di scoperta del mondo e della realtà circostante. Questo essere bloccato e limitato gli crea frustrazione e ansia e da ciò possono nascere dei comportamenti aggressivi.

Quando i genitori e gli educatori notano che le espressioni dell'aggressività del bambino nascono dal suo desiderio di scoperta e dal bisogno di acquisire maggiore autonomia, hanno il dovere di insegnargli le modalità migliori per affermare i propri bisogni e la propria individualità, senza utilizzare dei comportamenti che peggiorano la relazione con lui.

D'altra parte anche il bambino deve gradualmente accettare che vi sono dei giochi e delle attività che può fare e altre che non

può effettuare. Deve accettare che vi sono degli oggetti che mamma e papà possono permettergli di utilizzare a modo suo e se necessario anche rompere, come vi sono degli oggetti, notevolmente pericolosi o costosi, dei quali i genitori hanno il dovere di negargli l'utilizzo. Ma anche in questo caso il figlio ha bisogno di sentire che papà e mamma sono lieti del suo bisogno di scoprire nuovi oggetti e nuovi giochi e che partecipano con piacere alle sue avventure.

Il bambino ha il bisogno di costatare che i suoi genitori hanno un grande rispetto delle sue necessità per cui se dicono di "no" a un giocattolo, sono pronti a proporgliene degli altri in cambio; oppure sono pronti ad assisterlo nell'usare il giocattolo da lui scelto, nel modo migliore e nella maniera più sicura. Inoltre egli ha bisogno di avvertire che le persone che sono a lui vicine sono disponibili ad instaurare degli accordi; che i bisogni dell'uno non contrastano ma si possono benissimo sposare con i bisogni dell'altro; infine, che se le regole ed i divieti sono pochi e giusti, si possono tranquillamente accettare.

I contrasti dai quali può nascere l'aggressività come bisogno di crescita e autonomia, sono più frequenti quando il bambino è affidato prevalentemente o soprattutto alla madre o ad altre figure femminili. Queste, per loro natura, tendono a limitare e a proteggere eccessivamente i minori, piuttosto che stimolarli ad utilizzare nel modo migliore anche strumenti e materiali nuovi e diversi. Quest'atteggiamento iperprotettivo e limitante si accentua quando il bambino è curato da persone che, vuoi per le loro problematiche psicologiche, vuoi per l'età o per il loro ruolo, tendono a vedere con facilità, in ogni comportamento del piccolo, pericoli inesistenti e disgrazie incombenti.

2. Aggressività come segnale della sofferenza causata da profondi conflitti interiori

Fin dai primi mesi di vita il bambino ha nei confronti del mondo, e quindi della madre e del padre e degli altri familiari, un doppio atteggiamento: da un parte vi è amore, quando essi lo sanno capire, accettare, consolare, difendere, manifestando rispetto, affetto, stima, considerazione e attenzione verso di lui, dall'altra egli può avvertire risentimento, rabbia e anche odio, quando la madre, il padre o gli altri familiari non comprendono o non soddisfano pienamente i suoi bisogni più profondi ed essenziali. Ciò può avvenire, ad esempio, quando non gratificano i suoi comportamenti, quando nell'educazione prevale un eccessivo rigore piuttosto che l'amore ed il rispetto. Risentimento, rabbia e odio, il bambino può manifestare anche quando è costretto a vivere in un clima frequentemente conflittuale: in un ambiente nel quale prevale la tensione, rispetto alla serenità, la discordia rispetto alla concordia, la insofferenza rispetto all'accettazione, la disistima rispetto alla stima reciproca.

Per Bollea (1985, p. 267): "L'aggressività può dare comportamenti negativi e più tardi distruttivi solo ed essenzialmente come reazione ad un conflitto esterno o interno, conflitto che, a seconda del periodo evolutivo in cui è sorto, fissa, in parte, anche per i periodi successivi la modalità dell'aggressività propria di quel periodo.

Questi bambini spesso sono denominati "*bambini suscettibili*" in quanto, essendo molto sensibili al giudizio e ai comportamenti altrui, si offendono e si arrabbiano molto facilmente. Quando tutto ci va bene, quando il nostro animo è sereno e soddisfatto, accettiamo facilmente le frustrazioni che la vita inevitabilmente comporta. Ciò non avviene quando il nostro animo è turbato e la sofferenza scuote il nostro cuore. In questi casi anche la minima frustrazione diventa insopportabile, per cui la rifiutiamo energicamente, poiché sconvolge il già precario equilibrio della nostra psiche. I bambini suscettibili diventano facilmente di cattivo umore, tendono ad essere molto critici verso gli

altri, non accettano gli scherzi, si chiudono facilmente in se stessi. Poiché sono molto sensibili al tono della voce, agli atteggiamenti, alle espressioni, i loro rapporti sociali sono difficili.

In tutte le circostanze, nelle quali l'ambiente di vita del bambino non è consono ai suoi bisogni, l'aggressività manifestata segnala, oltre all'interno sofferenza, anche la necessità di rivalsa per le sofferenze subite, le quali sono momentaneamente alleviate, mediante i comportamenti aggressivi.

Il distruggere, ad esempio, a scuola, ciò che è caro agli altri bambini, strappando i loro quaderni, rompendo le loro matite, scagliando su di loro le gomme, offre un momentaneo sollievo all'angoscia interiore di questi bambini. Abbiamo detto momentaneamente, in quanto questo tipo di manifestazioni innesca un circolo vizioso, fatto di rimproveri, note sul registro, allontanamenti dalla classe e dalla scuola, punizioni, manifestazioni di disistima da parte degli insegnanti e dei compagni. Tutto ciò, a sua volta, non fa che aumentare la sofferenza del minore e quindi, di conseguenza, sono alimentati ulteriori comportamenti aggressivi e/o distruttivi.

In questi casi è necessario rompere questo circolo improduttivo: eliminando tutto ciò che fa star male il minore e instaurando con lui un rapporto nuovo e diverso. Un rapporto che gli permetta di esprimere e manifestare, mediante il dialogo o il gioco il suo dolore, le delusioni, le sofferenze intime subite, i sensi di colpa, i pensieri aggressivi e distruttivi. In questi casi, in definitiva, è necessario instaurare un rapporto che gli permetta di avere fiducia negli altri, nella vita e nel mondo.

Infine, poiché tra i fattori delle turbe del comportamento premezzano i fattori psico-ambientali e fra essi la "psicologia dei parenti, anzi, in alcuni casi, la psicopatologia, non solo delle figure parentali ma di tutto il nucleo familiare e il suo grado d'interazione nell'ambiente circostante"(Mastrangelo 1975 p. 249), è

spesso indispensabile un aiuto psicologico a queste figure parentali mediante delle opportune psicoterapie.

3. Aggressività come ricerca di dialogo

Dietro alcuni comportamenti battaglieri e bellicosi dei bambini, si nasconde spesso il desiderio di attenzione e di ascolto. Il bambino, in questi casi, si comporta male per comunicare quei bisogni che sono stati trascurati o non presi nella giusta considerazione. Sono dei messaggi del tipo: “Sono stanco, ho bisogno di allontanarmi dagli altri e di essere portato nella mia stanza e nel mio lettino per riposare”. Oppure: “Ho bisogno di coccole da parte di mamma e papà, i quali, per tutta la serata, sono stati impegnati ad ascoltare gli altri e mi hanno trascurato”. O ancora: “Mi mancano i giochi con mamma e papà, troppo occupati nel lavoro. Mi manca il poter ascoltare le loro fiabe e parlare con loro, piuttosto che stare sempre davanti alla tv”.

In tutti questi casi, cosa consigliare ai genitori se non di ascoltare e soddisfare i bisogni dei loro figli?

4. Aggressività come difesa dei propri diritti

L'uomo, come tutti gli animali, possiede l'istinto di proteggere quanto è suo, quanto gli è caro, o ciò che è indispensabile alla sua salute fisica e psichica.

Attaccare chi ci minaccia, chi ci sottrae qualcosa d'importante o non tiene conto dei nostri sentimenti e bisogni, è un comportamento istintivo fondamentale per la sopravvivenza dell'individuo e della specie. Questo tipo di *aggressività fisiologica* cessa quando la minaccia viene a mancare o si attenua.

Ad esempio, l'aggressività del fratello maggiore verso il minore quando questi, approfittando della protezione dei genitori verso di lui, gli sottrae i giocattoli e scappa via o peggio li butta e rompe per dispetto.

Vi sono altri diritti che il bambino cerca di difendere. Ad esempio, il diritto di affrontare la vita e l'incontro con gli adulti ed i coetanei sconosciuti, con la giusta gradualità: "Mi avete portato alla scuola materna senza tener conto delle mie paure e della mia sofferenza: adesso tocca a me farvi soffrire". Il diritto di vivere in un ambiente tranquillo: "Non sopporto le vostra grida, i vostri bisticci, le vostra urla, le vostre accuse reciproche". Il diritto ad avere dei genitori adulti e responsabili: "Non accetto che mamma porti in casa i suoi fidanzati, imponendomi di rispettarli e accoglierli come fossero persone di famiglia o, addirittura, come fossero nuovi papà, mentre per me sono solo delle persone odiose che compaiono per qualche tempo, per poi scomparire, improvvisamente, senza alcun motivo apparente, lasciandomi sempre più solo e confuso".

In queste situazioni è necessario saper ascoltare le ragioni del figlio, prima di decidersi a pensare che, in ogni caso, chi manifesta aggressività ha sempre torto e quindi merita rimproveri e castighi.

Questo non significa che bisogna accettare ogni atteggiamento aggressivo, ma che è dovere degli adulti capire se, e per quanto tempo, il bambino è stato privato di qualche suo diritto. Diritto che ora egli reclama con mezzi sicuramente eclatanti, ma comprensibili, data la sua età. Per fortuna, quando ci mettiamo in ascolto e ci sforziamo di comprendere le sue motivazioni, così da offrirgli o ridargli quanto gli era stato ingiustamente tolto o negato, molto spesso questi atteggiamenti negativi scompaiono come d'incanto.

5. Aggressività come bisogno di difendersi dai comportamenti altrui, ritenuti lesivi

Quando i bambini sono inseriti in comunità scolastiche e in gruppi sociali o sportivi nei quali i rapporti tra i coetanei sono caratterizzati da atteggiamenti prevaricatori e violenti, è facile

che i minori si sentano costretti a utilizzare le stesse modalità negative degli altri coetanei, per difendersi o autotutelarsi. Questi comportamenti possono essere attuati anche dai bambini sereni e responsabili, che provengono da famiglie nelle quali è esclusa la violenza nei rapporti tra persone. Quando gli insegnanti ed educatori in genere si accorgono di ciò, a nulla valgono le punizioni e gli atteggiamenti repressivi individuali o di gruppo. In questi casi bisogna iniziare a ragionare sul perché si è creato questo clima di violenza, e su quali possono essere i migliori programmi educativi da attuare su tutto il gruppo interessato al problema. Vale sempre la pena raggiungere gli obiettivi di una sana e serena convivenza, anche se, per ottenere ciò, si dovesse impegnare una notevole quantità di tempo e di energie.

6. Aggressività come bisogno di difendere le persone care

Il bambino si trova spesso nella necessità di difendere delle persone care o per lui importanti, come possono essere mamma e papà, i propri fratelli, le proprie sorelle, gli amici, da chi cerca di infangare il loro nome o la loro dignità. Purtroppo, nei contrasti fra minori, sono frequenti gli insulti verso i genitori dell'altro: "Tua madre è..." "Tuo padre è..." "Sei figlio di ...", ai quali il bambino si sente costretto a rispondere con altri insulti, minacce o comportamenti maneschi. Meno evidente ed esplicita è la difesa che il bambino attua quando è un familiare ad offendere e parlar male di un altro familiare: la mamma contro il papà, la nonna contro il genero e viceversa. In questi casi non vi è, di solito, un'immediata risposta bellicosa contro chi infanga o accusa. Più spesso nasce un forte risentimento, che però viene tenuto celato. Risentimento che si manifesterà soltanto in altre occasioni, provocato, a volte, anche da banali e futili motivi, sotto forma di pseudo-capricci o espliciti comportamenti irritanti. Anche in questo caso, prima di reagire all'aggressività del bambino, con

altrettanta violenza, è bene cercare di capire ciò che turba il suo animo e correggere i comportamenti propri o degli altri.

7. Aggressività come gelosia

La gelosia, e quindi la rivalità, possono evidenziarsi sia nei confronti degli altri bambini sia nei confronti degli adulti. Si può essere gelosi del fratellino appena nato o di quello particolarmente ben voluto da parte di uno o di entrambi i genitori. Si teme, infatti, che il fratellino possa usurpare il proprio ruolo predominante. Si può essere gelosi dei compagni di classe, in quanto più bravi o più ben voluti dagli insegnanti. Si può essere gelosi anche di uno o di entrambi i genitori quando, come avviene oggi sempre più spesso, dopo la separazione o il divorzio, papà e mamma iniziano delle altre “storie” con nuovi “amici e amiche”, “fidanzati o fidanzate”, “mariti o mogli”.

La gelosia patologica colpisce frequentemente i bambini insicuri: insicuri delle loro qualità, insicuri dell’amore e della presenza dei loro genitori, insicuri della bontà degli altri, ma anche del mondo che li circonda. In questi casi bisogna raggiungere l’obiettivo di ristabilire nel minore una buona autostima e ricostruire la fiducia nei propri genitori e negli altri.

8. Aggressività come competizione

Sappiamo che la contesa ed il confronto in ambito familiare, scolastico o sportivo, tende a far emergere notevoli atteggiamenti violenti. Frequentemente, purtroppo, la competizione è provocata ad arte, in famiglia da parte dei genitori, a scuola per opera degli insegnanti, nello sport dagli allenatori. Essere il più bravo dei compagni di classe, prendere il voto più alto, essere il migliore della scuola, vincere e umiliare gli avversari nelle gare sportive, sono considerati dagli adulti come il modo migliore per stimolare al massimo le capacità dei minori. Per ottenere dai bambini il massimo della grinta e della motivazione, così da rag-

giungere gli obiettivi prefissati, gli adulti non lesinano l'utilizzo di un linguaggio nettamente aggressivo. Quest'atteggiamento infantile da parte degli educatori non tiene in alcuna considerazione il fatto che le capacità e la maturità di un bambino non si misurano in voti o in vittorie sportive! D'altra parte non crediamo sia il caso di aggiungere nuovi stimoli aggressivi, rispetto a quelli già abbondantemente presenti nei programmi televisivi, nei film e nei videogiochi!

9. Aggressività come emulazione

Il bambino apprende e poi imita gli atteggiamenti ed i comportamenti che scorge nel suo ambiente di vita. Non è difficile quindi che riproduca anche i comportamenti violenti che osserva attorno a sé. In questi casi l'aggressività nasce dal modellarsi allo stile comportamentale di chi gli è più vicino o della persona con la quale egli s'identifica. Per tale motivo gli adulti hanno il dovere di dare costantemente il buon esempio nel ben controllare la propria impetuosità.

Lo stesso avviene negli adolescenti inseriti tra i giovani del "branco", i quali, condizionati dalle regole presenti nel gruppo, hanno notevoli difficoltà a controllare i propri comportamenti e atteggiamenti violenti. In questi casi il singolo individuo si sente come sollevato e deresponsabilizzato dalle decisioni personali, poiché avverte il dovere di accettare le decisioni prese dai capi o dalla maggioranza dei coetanei. Per tali motivi il minore non agisce aggressivamente per frustrazione o per scaricare l'ansia eccessiva, ma per aderire ad una logica di gruppo, che vede la violenza come necessaria e coerente con i bisogni del gruppo stesso.

L'emulazione non si limita, purtroppo, alla visione dei comportamenti degli altri adulti o dei coetanei presenti nella sua vita reale, ma può riguardare anche gli atteggiamenti osservati nella tv, nei film e nei video giochi. Spesso, senza che i genitori, troppo impegnati o assenti, riescano a fare da filtro, i minori sono in

contatto con delle rappresentazioni nelle quali l'aggressività e l'arbitrio la fanno da padroni. In molte trasmissioni della tv da molti anni prevalgono modelli di eroi senza paura ma anche senza pietà e senza alcuna disponibilità all'ascolto e alla comprensione dell'altro. L'adulto da imitare è veloce, forte, sicuro di sé, ma molto spesso è anche notevolmente violento e privo di ogni sentimento di pietà nei confronti dei "nemici". Agli spettacoli della tv e dei film si aggiungono i videogiochi, dove distruggere l'altro, con tutte le armi a disposizione, è quasi sempre la regola base del gioco, per cui alla lunga l'aggregare e il distruggere diventano atteggiamenti "normali", piacevoli e divertenti nella vita dei minori. Questo tipo di violenza riduce le inibizioni e non educa sicuramente alla necessità di ricercare e trovare soluzioni alternative ai problemi e ai conflitti tra esseri umani.

Com'è facilmente comprensibile, l'influenza negativa di questi strumenti di comunicazione è tanto maggiore quanto più il bambino è piccolo, in quanto, data la sua immaturità, non ha la possibilità di elaborare criticamente i messaggi che riceve, così come non è in grado di discriminare correttamente le differenze esistenti tra vita reale e fantasia. La suggestione è nettamente maggiore anche nei bambini, negli adolescenti e nei giovani che presentano problematiche psicoaffettive, che li rendono più fragili e suggestionabili.

La prevenzione di questo tipo di violenza va attuata certamente nelle scuole ed in famiglia ma, le maggiori responsabilità sono a livello sociale. È lo Stato che ha i mezzi normativi per evitare che la violenza rappresentata entri in ogni ora del giorno e della notte nelle case, nelle stanze e negli animi dei minori ma anche degli adulti.

10. Aggressività come desiderio di possesso

Il movente del possesso è originato dall'impellente desiderio infantile di esercitare un potere e di pretendere per sé una po-

sizione di maggior controllo sugli altri, o di possedere, in modo esclusivo, un oggetto o un ruolo.

Il bambino che strappa la palla al fratellino più debole e indifeso, tende ad esercitare su di esso un potere, in quanto si sente più grande e più forte. Allo stesso modo però, un bambino piccolo, mediante il pianto, il lamento e gli strilli, fa in modo che la madre, pur di assecondarlo, tolga, per darlo a lui, l'oggetto desiderato che appartiene al fratello maggiore. Anche in questo caso, pur se indirettamente, il bambino più piccolo utilizza, mediante la madre, un potere sul fratello maggiore.

Controllare ed educare questo desiderio di potere è possibile, non solo mediante le parole, ma anche con l'esempio degli adulti.

11. Aggressività da senso di colpa

Quando il bambino avverte un forte senso di colpa e di vergogna, tende ad aggredire non solo chi ha generato questo sentimento, ma anche chi, innocentemente, si trova in quel momento sulla sua strada. Quando i genitori ma anche gli insegnanti o altri adulti, con le parole o con i comportamenti inducono nel bambino dei sensi di colpa, questi avverte il senso di colpa come una ferita, la quale ha bisogno di un comportamento vendicativo ed aggressivo per essere in qualche modo risanata.

12. Aggressività come conseguenza di uno stile educativo non idoneo

Vi sono degli stili educativi nei quali ai minori sono trasmessi i valori dell'accoglienza, della fratellanza, dell'amore, dell'accettazione e del dono, ma vi sono purtroppo anche degli stili educativi nei quali sono trasmessi disvalori: come la violenza, la prepotenza, la protervia e lo sfruttamento dell'altro ai propri fini. In questi casi è costantemente sottolineato l'errato principio del rispondere "occhio per occhio e dente per dente" a

quanto subito. Vi sono, inoltre, stili educativi nei quali i genitori utilizzano costantemente e frequentemente le punizioni psicologiche, morali o fisiche. Questi stili educativi errati sollecitano ad accettare e utilizzare l'uso della forza e della violenza in molte, troppe occasioni della propria vita. Se questi sono i motivi dell'aggressività del bambino in oggetto, si impone un cambiamento radicale dello stile educativo dei genitori, anche mediante un lungo e costante training familiare.

I litigi tra bambini

Il litigare esprime, mediante le parole ed i gesti, il disagio nei confronti di un altro. Spesso il litigio non è preceduto da alcuna riflessione ma si attiva immediatamente a causa di un conflitto interpersonale: "Lui non mi doveva dire quelle parole". "Lei non doveva fare quel gesto nei miei confronti". "Lui non mi doveva sottrarre le mie cose". E così via.

I bambini litigano soprattutto per il possesso di un giocattolo o per un diverso modo con il quale si vuole giocare. Queste divergenze consentono di imparare ad accettare i limiti che gli altri, la vita e il mondo imporranno ai loro bisogni e alla loro volontà.

I litigi tra bambini sono notevolmente diversi da quelli tra adulti. Intanto sono molto più frequenti. Ci sono bambini capaci di "fare bisticcio" dieci volte al giorno e di "fare pace" altrettante volte. E dopo aver fatto pace i bambini sono pronti a giocare di nuovo insieme "amici come prima e più di prima". Per Berberri (2013, p. 60) i bambini "partono in quarta senza freni inibitori. Ma la differenza più grande tra i litigi degli adulti e quelli infantili si registra dopo il contrasto: quando la fase acuta è terminata, i bambini hanno una decantazione emotiva rapidissima, le emozioni negative si spengono immediatamente, senza lasciare strascichi".

Gli adulti, invece, litigano più raramente, poiché riescono meglio a controllarsi e ad avere atteggiamenti diplomatici nei rapporti che intercorrono tra di loro, ma con difficoltà riescono a perdonare e, quindi, a fare pace. Ciò in quanto le emozioni degli adulti sono molto più stabili, durevoli e interferiscono sulla relazione. Pertanto negli adulti il rancore e la rabbia possono perdurare per decenni (Barberi, 2013, p. 62).

I bambini, inoltre, hanno, a differenza degli adulti, una notevole ed innata capacità nel risolvere rapidamente e da soli i loro problemi e non necessitano affatto dell'intervento di estranei, in quanto questi ultimi rischiano soltanto di complicare la loro relazione. Gli adulti, quando intervengono, lo fanno per motivi di giustizia, per tenere sotto controllo la situazione, per paura che i piccoli si facciano del male, per proteggere e difendere il minore più piccolo e più fragile. Questi interventi sono quasi sempre controproducenti in quanto, se non ben attuati, accentuano il problema. Per tale motivo è necessario che gli adulti siano molto cauti e sappiano quando e come intervenire, lasciando ai bambini, fin quando è possibile, la soluzione dei loro contrasti. Quando è necessaria l'azione degli adulti, giacché questi avvertono la presenza di un pericolo concreto e imminente, è bene che il loro intervento sia effettuato in modo sereno, controllato e tranquillo, senza mai aggiungere aggressività ad altra aggressività, mediante botte o punizioni, senza cercare il colpevole e senza imporre delle soluzioni. L'accordo tra bambini nasce più facilmente se è gestito da loro stessi, poiché il bambino di fronte alla resistenza altrui è costretto a trovare un'alternativa (Barberi, 2013, p. 66). Tuttavia, in un secondo momento gli adulti s'impegheranno ad insegnare ai loro pargoli furibondi le migliori e più sperimentate modalità per non litigare: imparare a rispettare i turni, accettare i compromessi, decidere le regole prima di iniziare il gioco, accettare l'eventuale vittoria dell'avversario con spirito sportivo, e

così via. Regole queste che i bambini saranno desiderosi di applicare per dirimere le loro controversie.

Alcune volte i bambini, così come gli adulti, suscitano il litigio per avere l'occasione di esprimere e manifestare con questo comportamento la frustrazione, la tensione e l'aggressività repressa, a causa dello stress accumulato nel rapporto con l'ambiente di vita.

Da tener presente che i litigi dei bambini possono essere solo apparenti. Molte volte quello che sembra un litigio non lo è per nulla. È facile che il loro azzuffarsi, specialmente quando questo avviene tra maschietti, sia solo un modo per attivare e confrontare alcune loro capacità: come la forza, l'agilità, l'intelligenza, la destrezza e la furbizia.

Il linguaggio scurrile

Il linguaggio scurrile è fatto di insulti, bestemmie, imprecazioni, epiteti, uso di espressioni che si rifanno agli escrementi umani (*scatologia*). L'uso del linguaggio scurrile è presente nei disturbi della condotta, ma questo sintomo, come tanti altri segnali di sofferenza del bambino, non ha un significato univoco.

L'uso delle parolacce può essere dovuto a molteplici motivi:

- ❖ a volte si tratta soltanto di un modo per sorprendere e mettere in imbarazzo l'interlocutore;
- ❖ nell'ambito delle aule scolastiche la parolaccia può essere un modo per attirare l'attenzione degli altri bambini, così da farli ridere o scandalizzare;
- ❖ altre volte i bambini dicono le parolacce per sentirsi grandi, ciò avviene soprattutto quando si accorgono che gli adulti le usano costantemente nel loro ambiente di vita;

- ❖ da non sottovalutare l'uso che ne può fare un bambino come mezzo di difesa, verso dei compagni che lo tormentano con gesti o parole offensive e denigratorie;
- ❖ le parolacce, inoltre, possono rappresentare il prezzo da pagare per essere accolti in un gruppo di coetanei;
- ❖ in alcuni casi dire parolacce è solo un modo per allentare la tensione psichica.

Il problema del linguaggio scurrile non si pone di solito nell'ambito familiare in quanto, se i genitori non ne fanno alcun uso e se al bambino è stato proibito tassativamente di usare questo tipo di espressioni, il figlio, almeno in loro presenza, è difficile che contravvenga a tale norma. Nel caso in cui, invece, i genitori utilizzano questo tipo di linguaggio, questi non si scandalizzano più di tanto per le espressioni del figlio.

Nell'ambito scolastico per limitare o eliminare quest'uso è bene che gli insegnanti evitino le reazioni di sbigottimento, di scandalo o di rabbia, in quanto gli studenti provano un senso di potere se il professore manifesta tali emozioni. Contemporaneamente però, per evitare fenomeni d'imitazione e di adeguamento da parte degli altri allievi, è necessario bloccare sul nascere tale uso anche mediante le tecniche comportamentali come il premio alla risposta, il costo alla risposta, e le conseguenze avversative. Gli eventuali rimproveri e punizioni devono naturalmente essere adeguati al livello sociale del bambino, al suo sviluppo psicoaffettivo e alla realtà sociale del soggetto.

Le bugie

Le bugie sono definite come un occultamento o una falsa riproduzione di fatti, allo scopo di ricercare situazioni vantaggiose e di evitare situazioni difficili, così da non recare danno a sé e agli altri. Le bugie dei bambini però non sempre hanno queste

caratteristiche, in quanto l'alterazione della realtà, più che per ottenere un vantaggio, può essere effettuata soltanto per il piacere della riproduzione fantastica (Barberi, 2013, Vol. 2, p. 529).

Per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 162) vi sono vari tipi di menzogne.

1. *Le menzogne utilitaristiche* servono al bambino per avere un vantaggio o per evitare fastidi e punizioni. In questi casi è bene rilevare la bugia per evitare di favorirne altre in futuro, ma, d'altra parte, è giusto evitare di drammatizzarle, per non compromettere l'autostima del bambino.
2. *Le menzogne compensatorie* sono delle bugie che servono al bambino per dare agli altri e a se stesso un'immagine migliore. Il bambino può raccontare ai suoi compagni di essere figlio di una persona molto ricca, molto importante, di abitare in una grande villa, di trascorrere le vacanze in qualche paradiso tropicale, mentre la realtà è molto più modesta. Questo tipo di bugie che possono essere normali fino ai sei anni giacché s'inseriscono nelle fantasticherie narcisistiche dei bambini, se persistono hanno, dal punto di vista psicopatologico, una valenza maggiore che non le menzogne utilitaristiche, per cui è bene approfondire i motivi che possono aver portato il bambino ad utilizzarle.
3. *La mitomania*. Il massimo della fantasticheria confabulatoria si ha nella mitomania, una condizione nella quale il supporto narcisistico è costruito sul nulla (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 163).

A volte però, come possiamo leggere in questo racconto effettuato da una bambina, le bugie sono provocate da genitori poco attenti ai bisogni dei loro figli.

Una bambina bugiarda

C'era una volta un cestino che era stato perduto e viene trovato da una ragazza che lo porta a casa. La madre non vuole e le dice: "Prendilo e portalo fuori". Lei lo riporta, ma siccome è furba lo riporta con sé, e dice alla mamma che lo aveva portato fuori. La mamma aveva il dubbio che non lo avesse portato e quando la bambina va a scuola lei controlla e trova il cestino. Quando la bambina ritorna a casa trova la mamma arrabbiata e le chiede: "Mamma perché sei arrabbiata?" E la mamma risponde: "Perché tu mi hai mentito e ora vai in punizione"

La mamma butta il cestino, ma la bambina non si arrende e riprende il cestino e lo nasconde sotto terra e dice alla mamma di averlo buttato e la mamma le ha creduto e ha fatto pace con la bambina.

L'interpretazione del racconto è abbastanza semplice. La bambina trova qualcosa di importante per lei, in questo caso *un cestino*, ma potrebbe essere qualunque altra cosa alla quale la bambina tiene molto. Potrebbe essere un'amicizia, un sentimento, un'emozione amorosa, perfettamente normale e fisiologica, ma il genitore, senza alcun motivo valido, non solo rimprovera la bambina ma la costringe a privarsi di ciò che per lei è molto caro (*La madre non vuole e le dice "Prendilo e portalo fuori"*). La bambina, vista l'ingiusta richiesta da parte della madre, inizia un percorso fatto di bugie ed inganni (*Lei lo riporta (fuori), ma siccome è furba lo riporta con sé e dice alla mamma che lo aveva portato fuori*). Questo percorso educativo, fatto di immotivate lotte e prevaricazioni da parte del genitore, si dimostra assolutamente inutile e controproducente, sia per la figlia sia per la madre (*La mamma aveva il dubbio che non lo avesse portato e quando la bambina va a scuola lei controlla e trova il cestino*). Il percorso educativo errato continua mediante punizioni e ripicche (*Quando la bambina ritorna a casa trova la mamma arrab-*

biata e le chiede “Mamma perché sei arrabbiata?” E la mamma risponde “Perché tu mi hai mentito e ora vai in punizione”).

Nella conclusione di questa storia sembra che la vittoria sia della bambina (*ma la bambina non si arrende e riprende il cestino e lo nasconde sotto terra e dice alla mamma di averlo buttato e la mamma le ha creduto e ha fatto pace con la bambina*); in realtà entrambi i contendenti ne escono sconfitti: la madre come educatrice che ha perduto, con il suo comportamento, la stima e la fiducia della figlia e questa che ha imparato ad avere con gli altri e con il mondo un comportamento falso e bugiardo.

I furti

Non si dovrebbe parlare di furto prima dei sei anni o comunque prima che il bambino abbia acquisito il concetto di proprietà: “Questa cosa è mia, questa, invece, è di Giulio”, ma anche prima che il bambino abbia interiorizzato il concetto morale: “Questo mio gesto è bene”; “Questo mio comportamento è male”.

I luoghi del furto si modificano con l’età. I bambini piccoli rubano in casa, quando sono più grandi rubano nei luoghi che il bambino frequenta abitualmente e solo dopo nei supermercati (Ajuriaguerra e Marcelli, 1986, p. 163).

Questo comportamento è più frequente nei maschi che non nelle femmine.

Il bambino può rubare gli oggetti che maggiormente lo interessano in quel momento, oppure può appropriarsi di cose che per lui non hanno alcun valore. Dal punto di vista psicopatologico questa distinzione è importante, in quanto il bambino può avere la “necessità” di rubare le cose che non ha e che vorrebbe avere, oppure il bambino ha bisogno di soddisfare un imperioso bisogno interiore di sottrarre ad altri ciò che non gli appartiene, solo per il piacere di togliere qualcosa agli altri o solo per il pia-

cere di possedere lui qualcosa, anche se non gli serve e non sarà da lui mai utilizzata.

Anche questo sintomo può avere, quindi, vari significati:

- ❖ “Voglio avere quello che hanno gli altri”.
- ❖ “Se mamma e papà comprano ciò che desiderano in quel momento, è giusto che anch’io prenda i loro soldi per avere le cose che mi piacciono”.
- ❖ “Gli altri sono cattivi con me, è giusto che io per punirli sottragga le loro cose”.
- ❖ “Mi piace vedere le facce arrabbiate che hanno gli altri quando scoprono che mancano loro degli oggetti”.
- ❖ “Prendo i soldi o gli oggetti di mia madre o di mio padre che mi trascurano, per avere da loro qualcosa di materiale, anche se non posso avere quello che mi toccherebbe possedere: le loro attenzioni”.
- ❖ “È piacevole sentirsi capace di fare qualcosa di negativo alla barba degli altri e non essere scoperti”.

Per Bettelheim (1987 p. 153): “Forse non esiste cosa che più turbi i genitori del furto. E più sconvolgente dell’atto in sé è che nostro figlio possa diventare da grande una persona disonesta. Perciò le nostre reazioni sono proporzionate più all’ansia circa il futuro che non al misfatto concreto”. Ma non sempre è così. Per alcuni genitori, all’opposto, è un vanto la destrezza del loro figlio, per cui anche se rimproverano il minore, in cuor loro sono orgogliosi delle sue capacità.

Anche in questo caso gli interventi non possono che nascere dalla conoscenza dei vissuti interiori del bambino. In ogni caso è bene non trascurare questo sintomo, in quanto il bambino potrebbe vedere questi comportamenti come qualcosa di cui essere

orgogliosi e pertanto ripeterli, con conseguenze disastrose sulla sua vita futura.

Interventi nei disturbi del comportamento

Nei disturbi del comportamento spesso gli operatori e i genitori si chiedono se e come intervenire: se è bene punire o consolare; se avere un atteggiamento indifferente o permissivo.

Come abbiamo detto parlando dei vari sintomi, ognuno di questi può avere più motivazioni. È importante scoprire qual è quella corretta. Se il disturbo del comportamento scaturisce da problematiche psicoaffettive del minore è assolutamente inutile basare il nostro intervento sulle punizioni, sui rimproveri o sui castighi. Queste misure non farebbero che peggiorare i suoi vissuti interiori, già notevolmente disturbati. Un bambino con molti problemi psicologici difficilmente potrà comportarsi in modo esemplare! Per ottenere dei miglioramenti sul piano del comportamento è necessario fare in modo che il bambino acquisti maggiore serenità e fiducia negli altri e in se stesso. Bisogna, quindi, impegnarsi a migliorare la sua autostima, ma anche la fiducia nei suoi genitori, o comunque in qualche adulto dal quale possa introiettare un'immagine positiva.

Se invece riteniamo che a questo bambino sia mancata una guida efficace, la presenza di un adulto autorevole, ma anche affettuoso, potrebbe ottenere dei buoni risultati in breve tempo. Quando manca ai minori un adulto che dia loro delle precise regole, essi si sentono come abbandonati a se stessi. Pertanto le manifestazioni di ostilità, prepotenza e aggressività vanno affrontate e contenute dall'adulto, pur senza atteggiamenti repressivi. Il controllo esterno tranquillizza il bambino e gli dà la possibilità di imparare a controllare la propria ostilità e di adattare i propri desideri alla realtà che lo circonda. In tal modo egli si sentirà maggiormente protetto dai suoi stessi impulsi, dall'ansietà e sensi di colpa che tali impulsi comportano. Questi interventi ne-

cessitano però del massimo rispetto. I bambini non vanno né umiliati, né ridicolizzati. Inoltre, se sono stabilite delle regole chiare e precise, la necessità di punizioni è ridotta al minimo. Quando un divieto non è rispettato è bene manifestare dispiacere in modo sincero e disapprovare non il bambino ma l'azione che egli ha compiuto. Se poi viene spiegato al bambino cosa comporta o può comportare il suo comportamento errato e quale invece sarebbe stato il comportamento corretto, è più facile che egli impari a comportarsi meglio.

Vi è un'altra condizione della quale si parla poco, ed è quella nella quale lo stesso bambino presenta numerosi disturbi del comportamento con una persona, ad esempio, il padre, ma non con un'altra, ad esempio, con la madre o con la nonna. Allo stesso modo un disturbo del comportamento si può manifestare in un ambiente, ad esempio a scuola ma non a casa o viceversa. In questi casi è evidente che l'impegno terapeutico dovrà necessariamente essere rivolto prevalentemente a queste persone o a quest'ambiente, piuttosto che al bambino.

Le punizioni

Sappiamo che è illusorio pensare di potere fare a meno delle punizioni; ma quando i genitori sono autorevoli e la loro linea educativa è chiara, precisa e ferma, quest'evenienza si dovrebbe presentare raramente. Nel caso in cui questo non avviene, per cui si nota che i comportamenti errati sono troppo frequenti, bisogna necessariamente chiedersi se lo stile educativo utilizzato sia corretto.

Le punizioni, per non essere inopportune, devono essere giuste, equilibrate e limitate nel tempo e devono inserirsi in un disegno educativo sereno e lineare.

Le punizioni possono essere inopportune per vari motivi:

- quando il bambino a causa della sua età o maturità intellettuale o affettiva non ha ancora la consapevolezza della mancanza fatta;
- quando non è in grado di controllare efficacemente le proprie azioni. Ad esempio, a causa della presenza di problematiche psicologiche;
- quando il bambino non aveva alcuna intenzione di trasgredire, per cui la mancanza evidenziata è stata causata da un evento occasionale;
- quando i genitori non avevano stabilito una norma chiara e precisa. Spesso le punizioni nascono in quanto il bambino non sa esattamente quali sono i propri diritti e i propri doveri;
- quando la punizione nasce da uno sfogo di malumore o da un momento di collera, da paure o ansie immotivate o da stanchezza dei genitori o degli educatori;
- quando i limiti e i divieti imposti al bambino sono eccessivi.

È bene evitare le punizioni fisiche in quanto, mediante questo tipo di punizioni, si ottiene sì una immediata docilità e remissività da parte del bambino, accompagnata dall'istantanea interruzione del comportamento inopportuno messo in atto, ma non viene raggiunto l'obiettivo più importante, rappresentato dal mantenimento del comportamento adeguato nel tempo, anche in assenza dei genitori.

Dice la Bonino (2012, p. 34):

“... è bene ricordare che le punizioni fisiche sono del tutto inutili per recuperare autorevolezza e insegnare ai bambini a comportarsi in modo positivo. Non servono per ottenere il ri-

spetto delle regole di convivenza e sono anzi controproducenti. La punizione fisica, anzitutto, insegna ai bambini che i problemi si risolvono con l'aggressione, cioè con la legge del più forte. In questo modo non imparano a risolvere le situazioni difficili, e soprattutto non imparano ad affrontare i conflitti in modo costruttivo, con soluzioni meno primitive e capaci di appianare davvero i problemi di convivenza: i bambini non possono imparare a non picchiare se vengono picchiati”.

Inoltre spesso la punizione fisica è frutto di esasperazione, irritazione, o stanchezza, è quindi frutto di una reazione impulsiva, per cui non ne risulta alcun apprendimento.

L'autolesionismo

Nell'autolesionismo il bambino, nei momenti di crisi in cui è particolarmente ansioso, nervoso, arrabbiato, depresso, ma altre volte anche senza apparente motivo, si fa del male in vari modi: batte la propria testa sul muro, si dà pugni e schiaffi, si graffia le braccia e le gambe ecc. Non vi è, quindi, qualcuno o qualcosa che gli fa del male, ma è lui stesso che si autoinfligge sofferenza, dolore, e a volte, anche mutilazioni. Le reazioni di chi assiste a questi comportamenti sono le più varie: alcuni sgridano il bambino per farlo smettere, altri lo abbracciano e cercano di consolarlo, altri si agitano e gridano scompostamente, altri ancora cercano di bloccare con tutti i mezzi le sue mani e il suo corpo.

Le cause

Le motivazioni di questo comportamento possono essere molte:

- ❖ desiderio di punizione per tacitare dei sensi di colpa;
- ❖ risposta ad una grave frustrazione subita;

- ❖ segnale di richiamo o di sollecitazione nei confronti dell'ambiente. Come dire "Io ci sono. Io ho dei bisogni. Ascoltatevi!"(De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p.187);
- ❖ autostimolazione in un contesto di isolamento (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986 p.187);
- ❖ modo per fronteggiare conflitti interni fatti di pensieri ed emozioni opprimenti ed insopportabili, mediante un dolore fisico auto procurato;
- ❖ modalità per concentrare la propria attenzione sulla realtà e non sulle idee fantastiche. Anche perché è stato sperimentalmente verificato che più i pazienti soffrono di tensione o di sensazioni dissociative, come il senso di irrealtà, minore è il dolore provato;
- ❖ bisogno di manifestare la propria rabbia verso gli altri. In questo modo il bambino evita di aggredire la o le persone chi gli stanno accanto e a cui tiene molto;
- ❖ piacere masochistico nel provare delle intense sensazioni dolorose;
- ❖ alterazione della differenziazione tra sé e non sé;
- ❖ percezione ed integrazione difettosa degli stimoli dolorosi (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 490-492);
- ❖ alcuni autori associano l'autolesionismo ai tentativi di suicidio, partendo dal presupposto che si tratti di comportamenti autodistruttivi e di attacco al proprio corpo.

Non vi è dubbio che spesso questo aggredire se stessi è di solito accompagnato da uno stato di notevole sofferenza interiore, associato a rabbia. Queste manifestazioni sono frequenti in bambini privati di cure materne, nei soggetti affetti da disturbo autistico o nei soggetti istituzionalizzati, ma anche in tutti i bambini nei quali la sofferenza e la rabbia non trovano mezzi o strumenti più idonei per manifestarsi se non quelli drammatici sopra descritti. Ne abbiamo una prova evidente nel fatto che quando questo stato di notevole disagio o sofferenza diminuisce, questi comportamenti come per magia scompaiono.

Le scorribande di Giovanni

Il caso di Giovanni è significativo. Questo ragazzo adolescente, ricoverato in ospedale psichiatrico per paresi spastica agli arti inferiori e per gravi disturbi del comportamento era, sia di giorno sia di notte, costantemente contenuto, giacché gravemente autolesionista: si dava pugni sul viso e metteva le dita in bocca fino a lacerare le guance così da far sgorgare rivoli di sangue. Questa sintomatologia sembrava resistente a qualunque terapia con psicofarmaci ma anche ai tentativi di comunicazione che, quando era possibile, vista la grave situazione del reparto, cercavamo di attuare. Poiché stimolati dalle idee del Prof. Basaglia eravamo riusciti ad aprire il reparto verso l'esterno cosicché gli ammalati venivano invitati ad uscire non solo nel giardino dell'ospedale, ma anche fuori dalle sue mura, Giovanni era l'unico paziente che rimaneva confinato dentro la sua camerata e, per giunta, contenuto nel suo letto. Un giorno, visti falliti tutti i tentativi, abbiamo pensato di provare a mettere anche lui fuori del reparto, anche se seduto e legato su una sedia a rotelle. Poiché i primi due-tre giorni urlava con rabbia e si dibatteva cercando di far capovolgere la sedia, così da farsi male cadendo, abbiamo pensato di mettergli accanto, per evitare che ciò avvenisse, un robusto paziente affetto da ritardo mentale, molto socievole, disponibile e allegro.

Tra i due era scoccata un'amicizia insperata. Il paziente con ritardo mentale, nonostante non riuscisse a parlare, imboccava Giovanni all'ora di pranzo e cena, gli permetteva di fumare porgendogli la sigaretta e lo faceva rientrare in reparto quando aveva bisogno di espletare i suoi bisogni fisiologici. Vedendo Giovanni più allegro e sorridente, mentre prima era perennemente triste e arrabbiato, abbiamo provato a lasciargli libero un braccio. Il ragazzo non solo non si picchiava più, ma era felice di poter fumare e mangiare senza bisogno di alcun aiuto esterno. Questo ci ha incoraggiato a lasciargli libero anche l'altro braccio e le gambe. L'autolesionismo era scomparso, non solo, ma egli, approfittando della forza notevole dell'amico che aveva trovato, utilizzando la sua sgangherata sedia a rotelle, aveva trovato il modo per divertirsi, facendo delle scorribande in tutto l'ospedale, ridendo e scherzando con tutti quelli che incontrava, comprese delle suore che non vedevano di buon occhio le sue corse su e giù per le stradine del nosocomio, unite ai tanti sberleffi che distribuiva a destra e a manca alle persone che incontrava.

I segnali di sofferenza di Fabrizio

Fabrizio, di anni cinque, è stato un altro caso nel quale, insieme a molti altri sintomi legati alla sofferenza provata, era presente aggressività sia verso gli altri sia verso se stesso.

Il bambino era figlio di una coppia di separati. Il padre era descritto dalla madre come un uomo introverso, egoista, poco attento e delicato nei confronti della moglie e del bambino. Questa, d'altro canto, si descriveva come una donna espansiva, un po' aggressiva ma sensibile.

Già dopo alcuni mesi dal matrimonio vi erano stati dei problemi nella relazione coniugale, che erano sfociati nella separazione. Giuseppe era, quindi, vissuto in una famiglia nella quale i rapporti genitoriali erano stati sempre conflittuali.

Le manifestazioni della sua sofferenza erano state, negli anni, molteplici: inizialmente presentava balbuzie, tendenza all'isolamento, facile pianto, attaccamento morboso alla madre e alla nonna materna. Successivamente, invece, si era chiaramente manifestata aggressività verso i genitori, i parenti e gli altri bambini, mentre aumentava il distacco emotivo verso il padre. Dopo la separazione dei genitori, i sintomi prevalenti riguardavano un'accentuazione dell'isolamento, l'enuresi notturna, la tristezza, l'odio verso la casa nella quale viveva, la paura della solitudine, il bisogno di dormire sistematicamente nel letto dei genitori, anche su richiesta e bisogno della madre, ed infine la presenza di etero ed auto-aggressività,

Come si può ben osservare nei due casi che abbiamo presentato, l'auto ed etero aggressività non si evidenzia mai come sintomo isolato, ma è quasi sempre collegata ad una costellazione di segnali che evidenziano una notevole sofferenza del bambino o dell'adolescente. Sofferenza che può essere nata in epoca precoce, ma che continua ancora nel tempo ad accompagnare il minore come un triste retaggio.

I disturbi ossessivi e compulsivi

Che i bambini, insieme al piacere di disordinare, abbiano anche, in alcuni momenti della loro giornata, un istintivo bisogno di ordine è risaputo. Una delle componenti che offre loro sicurezza è data dal constatare che gli avvenimenti nella loro famiglia e attorno a sé si svolgono secondo una prassi e un rituale ben consolidati. Ad esempio, a colazione alcuni bambini desiderano bere il latte dalla tazza alla quale sono affezionatissimi; durante il pranzo vogliono sedersi sempre nella stessa sedia; se sono abituati a vedere dei cartoni animati mentre mangiano, s'impuntano affinché le cose non cambino. Sono poi ben conosciuti i rituali per andare a letto. Rituali fatti da attività routinarie: andare in bagno, pulirsi i denti, dare a papà il bacio della

buona notte, sistemare il cuscino, storia da raccontare o lettura di una favola e poi, per le femminucce, orsacchiotto o bambola preferita tra le braccia e per i maschietti spada dell'eroe dei cartoni animati messa accanto al letto, pronta per essere sguainata contro nemici immaginari. Questi ed altri rituali tendono a scomparire, in genere, verso i sette-otto anni, (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 285) dopo tale periodo buona parte dei bambini accettano alcuni cambiamenti nella loro routine quotidiana.

Solo quando questo tipo di manifestazioni è molto coattivo ed è associato ad altri segni di sofferenza del bambino, siamo alla presenza di *sintomi ossessivi*. Questi sono caratterizzati da persistenti e ricorrenti idee, pensieri, impulsi o immagini mentali, che la volontà non riesce ad eliminare dal campo della coscienza. Idee, pensieri ed impulsi, che costituiscono motivo di turbamento e di disagio per il bambino. Queste idee e questi impulsi possono avere anche delle componenti aggressive o distruttive, delle quali il bambino si vergogna o si fa una colpa.

Le ossessioni e/o le compulsioni interferiscono, a volte pesantemente, sulle sue attività quotidiane: studio, vita di relazione, igiene, gioco, ecc., rendono difficili molti momenti della giornata del minore, in quanto non solo non gli lasciano tregua e spazio per dedicarsi ad altro, ma gli procurano anche molta stanchezza e spossatezza.

I bambini che soffrono di sintomi ossessivi avvertono questi pensieri come qualcosa di *intrusivo* e, quindi, indipendente dal normale flusso dei loro pensieri, ma anche come un qualcosa di *fastidioso*, sia per il contenuto, sia per la frequenza con il quale si manifestano e gli recano disagio. Ma mentre l'adulto avverte questi pensieri come *privi di senso, irrazionali ed esagerati*, o comunque *non giustificati* dalla realtà nella quale egli vive e si muove, per cui è consapevole del loro carattere morboso, anche se non può fare a meno di subirli, il bambino non sempre ha la

chiara consapevolezza che le ossessioni e le compulsioni siano qualcosa di irragionevole che lo coinvolge.

Le compulsioni

Accanto alle ossessioni il minore soffre anche delle *compulsioni o rituali ossessivi*. Questi consistono in azioni mentali e comportamenti che si attuano come risposta alle ossessioni e che rappresentano un tentativo di soluzione; in quanto, anche se temporaneamente, questi rituali sono seguiti da un senso di sollievo dal disagio causato dalle ossessioni.

I rituali possono essere di vario genere: alcuni bambini hanno la necessità di ripetere una preghiera per un certo numero di volte per scongiurare la morte o la malattia propria o di un altro familiare. Altri che hanno paura che certi oggetti o certi indumenti da loro toccati possano contaminarli, hanno la necessità di lavare continuamente le proprie mani, i vestiti o altri oggetti personali. Vi sono poi dei bambini che avvertono l'impulso di far del male a qualche familiare o di effettuare delle azioni molto rischiose: ad esempio, attraversare la strada mentre sfrecciano le auto; per cui, pur di scongiurare ciò, sentono la necessità di camminare sul marciapiede toccando tutti i pali che incontrano sul loro cammino. Altri bambini ancora possono avere il timore di essere esposti a un pericolo, o si sentono responsabili e colpevoli di tale pericolo e, quindi, avvertono la necessità di contare alcuni particolari oggetti che incontrano, ad esempio, tutte le auto di colore bianco, o di ripetere determinate parole al fine d'impedire eventi catastrofici.

Come abbiamo visto, i tipi di ossessioni e di rituali compulsivi possono essere molto vari e numerosi, possono modificarsi nel tempo (Militerni, 2004, p. 384), e possono presentarsi in *forma più o meno grave*. In quest'ultimo caso provocano nel bambino notevoli frustrazioni e sofferenze, anche perché i vari rituali che sono costretti ad effettuare hanno ripercussioni sulla sua vita

familiare, sociale e sul rendimento scolastico. Per tale motivo la depressione e ansia, che spesso si evidenziano in questi casi, se da una parte possono essere causa dei sintomi, dall'altra possono esserne la conseguenza.

Le cause

Le indagini genetiche hanno evidenziato un'elevata concordanza del disturbo nei gemelli omozigoti e una più elevata incidenza fra gli ascendenti e collaterali (Militerni, 2004, p 383).

Le indagini neurochimiche hanno messo in evidenza una disfunzione serotoninergica.

Le neuroimmagini suggeriscono una disfunzione dei circuiti striato-talamo-corticali.

Cause ambientali. I sintomi ossessivo-compulsivi spesso si presentano in concomitanza con alcuni eventi stressanti come l'inizio della scuola, la separazione dei genitori, i cambiamenti di abitazione. È evidente, inoltre, come alcune caratteristiche psicopatologiche dei genitori, con conseguenti comportamenti educativi impropri, possono contribuire alla genesi del disturbo. Accanto a questi bambini possiamo trovare dei genitori molto ansiosi o con problematiche simili, i quali attuano nei confronti dei figli dei comportamenti educativi eccessivamente severi, responsabilizzanti e colpevolizzanti. Secondo l'interpretazione psicoanalitica questi sintomi sono dei tentativi più o meno disperati di contenzione delle pulsioni vissute come pericolose e distruttive, in modo tale da mantenere un ambiente circostante identico ed invariabile e di assicurare questa immobilità.

Amore e odio

Salvatore, di anni undici, era figlio di genitori separati, i cui rapporti di coppia si erano deteriorati dopo la nascita del bambino. I genitori iniziarono a fargli frequentare la scuola dell'infanzia a due anni e otto mesi ma, nonostante il bambino piangesse ogni volta che veniva portato a scuola, non accettan-

do di allontanarsi dalla sua casa e dai suoi genitori, questi non desistevano dal loro intento in quanto il bambino “doveva abituarsi”. Le maestre durante la scuola materna notavano che il piccolo dimostrava una buona intelligenza ma appariva scontroso e chiuso, con difficoltà nella socializzazione e nell’integrazione con i coetanei.

La sintomatologia del piccolo si accentuò quando si evidenziarono nella madre dei disturbi psichici. Era diventato più aggressivo con i genitori e con i nonni, mentre presentava paura degli altri, del mondo esterno: temeva che potesse succedere qualcosa di male a se stesso o ai suoi genitori. Presentava, inoltre, fobia degli insetti, delle malattie e dei germi. E poiché temeva di essere contagiato si lavava le mani molte volte al giorno e soffiava in continuazione per eliminare i microbi dalla bocca. Sempre per lo stesso motivo non voleva essere toccato e non accettava i baci da nessuno. I suoi problemi non si limitavano alle fobie e ai sintomi ossessivi-compulsivi egli, se rimproverato, reagiva aggredendo verbalmente e fisicamente la madre, in quanto diceva che non poteva accettare di sottomettersi ai suoi comandi. Appariva disubbidiente, nervoso, irritabile e manifestava nell’ambiente domestico atteggiamenti provocatori, ostili, negativisti, facile perdita del controllo e atteggiamenti vendicativi. Se la madre gli chiedeva qualcosa o diceva o faceva un gesto che a lui dava fastidio “gridava come un pazzo”. Le emozioni che manifestava più frequentemente erano, pertanto, rabbia e aggressività.

Erano evidenti anche gravi problemi nella socializzazione: non voleva uscire da casa e solo alla fine della quarta elementare era riuscito a fare amicizia con due bambini. Molto geloso delle sue cose, non dava niente e non regalava niente a nessuno. Inoltre si rifiutava di assaggiare i cibi che non rientravano nel suo limitato menù. I suoi interessi erano molto ristretti: parlava, leggeva, collezionava e si interessava solo dei dinosauri. D’al-

tra parte era molto impegnato nello studio tanto che non praticava alcuno sport per paura di non riuscire a studiare sufficientemente. Mentre era aggressivo verso i compagni di classe, nei confronti delle insegnanti era particolarmente educato e molto rispettoso. Nonostante verso la madre avesse dei comportamenti provocatori e aggressivi era molto geloso di lei, tanto che diceva al padre: “La mamma è mia, tu te ne devi andare”.

Quando si chiedeva al bambino quale poteva essere il motivo dei suoi problemi egli sottolineava soprattutto la separazione dei genitori.

Dall'esame di questo caso notiamo come le componenti ambientali siano state rilevanti nella nascita e nel mantenimento dei disturbi psicologici del bambino: presenza nella madre di importanti problematiche psichiche, conflittualità nei genitori sfociata in seguito nella loro separazione, scarsa attenzione ai segnali di sofferenza del bambino manifestata da entrambi i genitori.

Accanto alle problematiche di tipo ossessivo compulsivo sono evidenti in Salvatore molti altri sintomi di sofferenza: gravi problemi nella socializzazione, atteggiamento rabbioso e aggressivo nei confronti della madre e del padre, interessi notevolmente limitati.

Pensiamo sia evidente come il conflitto tra i genitori con la successiva separazione abbia provocato in Salvatore un conflitto interiore difficilmente superabile, che si manifestava con atteggiamenti di odio ma anche di gelosia nei confronti della madre e con rifiuto del padre. Tra i due genitori il bambino sembrava avesse scelto la madre, giacché era la persona dalla quale poteva ricevere delle cure, ma nello stesso tempo vi era in lui la consapevolezza che anche la donna aveva partecipato e partecipava al suo malessere.

La gelosia e la rivalità

Nel sentimento della gelosia è presente il timore di perdere l'altro o qualcosa dell'altro: la sua presenza, il suo amore, gli apporti materiali, affettivi o spirituali che l'altro può elargire.

È geloso il bambino quando nasce il fratellino o quando il papà bacia la mamma. È gelosa la madre quando il figlio osa dare più baci alla nonna o alla tata che a lei. È gelosa la bambina quando a scuola, l'amica del cuore le fa il torto di sedersi con un'altra bambina. È geloso il giovane quando la ragazza dei suoi sogni presta attenzione a un altro uomo. È geloso anche l'impiegato, quando il capufficio mette vicino a sé nella sua stanza, per aiutarlo, un altro dipendente e non lui.

Poiché tutte le persone, almeno una volta nella vita, hanno avvertito i morsi della gelosia e poiché è presente in tutte le età ed in entrambi i sessi, questo sentimento non è di per sé segnale di patologia.

Anzi, poiché in tutte le relazioni è sempre presente il sentimento d'appartenenza e la paura di perdere qualcosa che sentiamo come nostro, la gelosia viene considerata un sentimento non solo fisiologico ma anche indispensabile, in quanto mette in moto l'istinto di difesa, che tende a proteggerci e tutelarci dalla perdita di un elemento importante o fondamentale per la nostra vita e per il nostro benessere fisico o psicologico.

La gelosia patologica

Se, però questo sentire è molto forte e coinvolgente e si accompagna anche ad altre problematiche del bambino, specie se si abbina a manifestazioni di tipo regressivo, possiamo senza dubbio catalogarlo come un segnale importante della sua sofferenza interiore, da affrontare nel modo dovuto. Le manifestazioni che ci devono mettere in allerta riguardano soprattutto una serie di comportamenti inusuali.

Quando è il fratello maggiore che è geloso nei confronti del nuovo fratellino, visto come colui che ruba l'amore e l'interesse della madre, il bambino più grande, nonostante l'età, tende ad assumere dei comportamenti più infantili rispetto a quelli che aveva precedentemente: come ritornare a dormire nel letto dei genitori; voler mangiare le stesse pappe del fratellino più piccolo o succhiare il latte dal biberon o addirittura dal seno materno; perdere il controllo degli sfinteri che aveva già acquisito; ritornare nuovamente a strisciare o camminare carponi. In questi casi sono evidenti, inoltre, i comportamenti aggressivi verso il nuovo venuto sia con le parole che con gli atteggiamenti: "Mamma perché non lo regaliamo alla zia Anna che non ha figli, il fratellino?" O peggio: "Perché non lo rimandiamo indietro all'Ospedale dove l'hai preso?" A volte il bambino geloso teme che la venuta del fratellino sia collegata al suo comportamento "cattivo" (Isaacs, 1995, p. 79). "È vero, mamma, che se io sono buono il fratellino lo mandi via?"

In questi casi, se indaghiamo la realtà del bambino prima della nascita del fratellino, ritroviamo, quasi sempre, già presenti ed attive, alcune problematiche psicologiche le quali, anche se non manifestate in modo eclatante, così come sono i comportamenti regressivi, già disturbano la normale vita relazionale del minore.

La controprova di quanto abbiamo detto, la ritroviamo nell'esame di molti bambini che vivono un buon rapporto con i propri genitori. Questi, essendo vissuti in un ambiente sereno, sazi d'amore, attenzioni e dialogo, non manifestano alcun sentimento di gelosia nei confronti del nuovo venuto. Anzi, la presenza di un fratellino o di una sorellina risveglia, fa maturare e attiva, sentimenti materni e paterni, intrisi di gioia, tenerezza, protezione e amore.

Pertanto, quando la gelosia si manifesta in modo clamoroso, la nascita del fratellino è solo "l'ultima goccia che fa traboccare

il vaso”, è solo quell’evento problematico in più che si innesta prepotentemente sulla psiche di un bambino già fragile e affettivamente carente. È molto difficile essere costretti a dividere qualcosa con altri, quando si è molto poveri! Com’è altrettanto difficile armonizzare nella propria vita interiore un evento così importante, quando già il proprio Io si barcamena con difficoltà in un fragile ed instabile equilibrio. È necessario allora arricchire di tenerezze, cure e attenzioni il bambino geloso, piuttosto che aggredirlo con rimproveri e con frasi colpevolizzanti, in quanto, come dice Osterrieth (1965, p. 120):

“Non bisogna dimenticare che il bambino ha tanto più modo di sentirsi respinto e di temere di essere privato di amore, quanto più prova sentimenti ostili verso il nuovo venuto che fa la gioia e la felicità dei genitori: in un certo senso egli è dunque doppiamente colpevole. In conseguenza di ciò dovrebbe essere doppiamente amato e assistito, proprio quello che non fanno i genitori, i nonni, gli zii e le zie, nella classica situazione in cui tutti vanno in estasi davanti alla perfezione del neonato e non prestano la minima attenzione al malcapitato fratello maggiore, che si trova improvvisamente relegato in secondo piano e che attribuirà tutto ciò alla sua cattiveria o ai suoi cattivi sentimenti”.

In Antonio ritroviamo molti elementi di quanto abbiamo detto sopra.

La gelosia di Antonio

Antonio, che era stato portato alla nostra osservazione a cinque anni, quando il fratellino era nato aveva quasi quattro anni, per cui la madre si era molto meravigliata dei diversi sintomi regressivi e dei comportamenti che il bambino manifestava in quel periodo. Il bambino era ritornato a gattonare, metteva tutto in bocca come un bambino piccolo e qualche volta voleva essere imboccato. In assenza della madre cercava di aggredire

il fratellino. Inoltre, quando la donna allattava il neonato, egli andava in un'altra stanza e "buttava tutto in aria", manifestando così la sua collera. Se era nervoso, e voleva fare qualcosa che gli veniva proibito, scagliava tutto ciò che aveva in mano sui muri ma anche addosso alle persone. Si calmava solo davanti alla tv, che voleva accesa per tre-quattro ore al giorno.

Se andiamo ad esaminare le dinamiche intra familiari ci accorgiamo che i problemi di Antonio erano già presenti prima della nascita del fratellino. Il padre, un uomo tranquillo e buono, aveva poco tempo da dedicare ai figli. La madre più autorevole e aggressiva del marito e molto attenta e pignola, aveva già instaurato un rapporto conflittuale con Antonio quando questi era ancora molto piccolo, a causa del suo eccessivo bisogno di ordine e pulizia e per la pretesa di farsi ubbidire prontamente dal figlio. Bisogni e pretese che si scontravano con il disordine provocato in casa dal piccolo Antonio e con i suoi comportamenti disubbidienti.

Il rapporto tra la madre e il figlio era poi peggiorato durante l'attesa del fratellino. In quel periodo erano diventati molto più frequenti i rimproveri, le punizioni e anche gli schiaffi, poiché il bambino era diventato più nervoso, si mordicchiava le unghie, era più aggressivo nei confronti della madre, più irritabile e lamentoso.

Come comportarsi

Prima di una nuova gravidanza bisognerebbe assicurarsi che il rapporto con i figli sia buono e soddisfacente. Una volta acquisita questa premessa, sono certamente utili tutte quelle raccomandazioni che di solito sono fatte alle madri in attesa:

- ❖ far partecipare con affetto, gioia e tenerezza il fratello o i fratelli maggiori del nascituro al nuovo evento fin dall'inizio della gravidanza, in modo tale che anche i figli,

così come avviene nella coppia genitoriale, abbiano tutto il tempo per metabolizzare l'evento;

- ❖ ridurre al minimo la lontananza dei figli dalla madre durante il ricovero in ospedale per il parto;
- ❖ far partecipare i fratelli maggiori alla cura del neonato, mediante piccoli compiti;
- ❖ dopo la gravidanza continuare a dare attenzione ai figli maggiori, così che nei loro cuori si espanda la gioia della nascita e la disponibilità all'accoglienza verso il nuovo venuto;
- ❖ evitare le continue proibizioni o peggio i rimproveri e le minacce: “Non lo toccare!”, “Attento, che gli fai male!” “Sei un brutto, se lo svegli e lo fai piangere ti picchio!”
- ❖ è utile, inoltre, dopo qualche tempo mettere insieme i fratellini nella stessa stanza, in modo tale che nasca tra di loro alleanza e comunione;
- ❖ se la madre è molto impegnata con il nuovo nato, il padre, i nonni o gli zii dovrebbero maggiormente attivarsi nei confronti degli altri figli, offrendo loro una presenza ancora più calda, affettuosa, gioiosa, vicina e dialogante, in modo tale da sopperire alla momentanea, minore disponibilità materna.

I disturbi del sonno

Questo capitolo ci fa comprendere bene come sia difficile, nell'ambito della neuropsichiatria infantile, la distinzione tra normalità e patologia. “Mia figlia, di cinque anni, ha difficoltà ad andare a letto. Spesso mi chiama dopo averle raccontata la fa-

voletta e vuole che io le stia vicina fin quando si sarà addormentata. È normale o patologica questa sua richiesta?” “Mio figlio qualche volta si sveglia di soprassalto gridando e piangendo. Che significa?” “Nella stanza dove dormono i miei figli vi è sempre uno stridore di denti. Perché fanno questo?” “Mia figlia, di dodici anni, non si addormenta se non ha accanto a sé un pupazzetto che negli anni è diventato lercio. Glielo devo lasciare o almeno posso imporle di sostituirlo con uno nuovo?”

Per potere rispondere correttamente a queste domande, sicuramente ci potrebbero essere di aiuto alcuni dati: come l'età del bambino o della bambina, la durata e l'intensità del disturbo, la frequenza con il quale questo sintomo si manifesta e, soprattutto, la presenza o non di altri sintomi concomitanti che rendano penosa la vita del bambino. Tuttavia sarebbe lo stesso molto difficile distinguere quale disordine del sonno dovrebbe essere giudicato patologico e quale fisiologico, senza prima avere esaminato l'intera vita affettivo-relazionale del bambino per cogliere tutti i movimenti del suo animo, in rapporto alla realtà interna e all'ambiente esterno.

Conosciamo bene l'importanza che ha il sonno sulla salute fisica e psichica di tutti gli animali e, in particolare, degli esseri umani. Tutte le ricerche, anche le più recenti, confermano la necessità in tutte l'età dell'uomo, ma soprattutto nell'età infantile, di molte ore di riposo e sonno, soprattutto durante la notte. Il sonno è un fenomeno fisiologico fondamentale per la vita. Quando si dorme vi è un'interruzione dei rapporti sensoriali e motori che legano l'organismo all'ambiente esterno. Questa interruzione momentanea permette sia al corpo e sia alla mente, l'indispensabile, necessario riposo. Non solo ma durante il sonno le tracce mnestiche date dall'esperienza diurna sono selezionate, integrate, collegate e programmate, in modo tale da essere in seguito ben utilizzate. Un buon sonno “ristora” nel senso che fa sentire bene e scaccia ansia e tristi pensieri. Un buon sonno mi-

gliora le difese immunitarie, le capacità di memorizzazione e aiuta ad avere rapporti sociali più sani e sereni. Pertanto nel bambino il sonno è importante per la sua salute fisica e psicologica, così come per la memorizzazione e per l'apprendimento.

La durata del sonno è maggiore nel neonato, mentre diminuisce progressivamente durante la crescita, fino a ridursi molto nella vecchiaia. Ma anche a quest'età un buon sonno è fondamentale. Si è constatato che gli anziani che dormono sufficientemente hanno migliori capacità nella memorizzazione e nella gestione delle relazionali interpersonali.

Poiché ogni bambino è diverso dall'altro, alcuni di essi dormono, anche se neonati, tutta la notte, cosicché fanno dormire tranquillamente anche i loro genitori; mentre ve ne sono altri che fanno disperare mamma e papà per anni. In ogni caso sono sempre molti i genitori i quali, prima o poi, hanno dovuto affrontare, durante gli anni della crescita del loro figlio, qualche problema legato all'addormentamento o ad alcuni disturbi del sonno. Questi problemi si presentano fisiologicamente molto più intensamente nel primo anno di vita del bambino, per poi diminuire progressivamente.

Nonostante i benefici che il sonno apporta siano numerosi, sono molte le difficoltà che hanno i bambini nell'accettare di lasciarsi andare tra le braccia di Morfeo. Queste difficoltà risultano comprensibili solo se si coglie qual è la condizione particolare del bambino in questi momenti.

Addormentarsi significa lasciare i genitori, gli oggetti ed i luoghi conosciuti, per entrare in un mondo ignoto nel quale, mediante i sogni, possono verificarsi tutti i tipi di eventi: alcuni belli, come il sognare di volare o di poter realizzare cose impossibili nella vita reale; altri brutti, come sognare di cadere e farsi male; altri ancora terrifici, così descritti da un bambino da noi seguito: "Come quando l'uomo nero sembra avvolgerti con il suo mantello o come quando i cattivi robot avanzano con i loro

potenti disintegratori, ma tu non puoi fare nulla per controbattere e non puoi neanche scappare, perché le gambe non ti ubbidiscono”.

Durante la veglia mamma e papà sono sempre pronti ad affrontare e risolvere i problemi del figlio, mentre, durante la notte, egli si sente solo, poiché non può portare con sé le persone che potrebbero difenderlo o che gli procurano, già con la sola loro presenza, una sensazione di sicurezza. Il bambino si sente solo nell'affrontare la paura del buio e dei ladri; solo di fronte alle illusioni terrifiche che le tenebre attorno a lui possono creare negli angoli della sua stanzetta; solo nel momento in cui deve affrontare gli incubi; solo contro l'”uomo nero”.

La frequenza e la numerosa tipologia delle alterazioni o delle difficoltà dell'addormentamento dei bambini è la migliore dimostrazione delle fragilità di quest'area (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 73).

1. Irregolarità del ritmo sonno-veglia.
2. Difficoltà nell'addormentamento.
3. Sogni ansiosi o angosciosi.
4. Pavor nocturnus (terrore notturno).
5. Incubi notturni.
6. Sindrome allucinatoria acuta.
7. Paralisi del sonno.
8. Sonnambulismo.
9. Bruxismo.
10. L'eccesso di sonno (*ipersonnia*).

1. Irregolarità del ritmo sonno veglia

Si parla di irregolarità del ritmo sonno-veglia quando il bambino, in alcuni periodi, dorme complessivamente poco: perché tarda ad addormentarsi; perché si sveglia presto; perché ha dei risvegli notturni. Questi bambini non si addormentano nelle ore e con le modalità richieste; non accettano di restare nel loro letto, né tanto meno accettano di dormire nella loro stanzetta. Al primo risveglio notturno spesso vanno nel lettone dei genitori e rifiutano di ritornare nel loro letto.

2. Difficoltà nell'addormentamento

Per quanto riguarda le *difficoltà nell'addormentamento*, De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p.75) descrivono così questo disturbo : “Il bambino si oppone all'andare a letto, instaura dei rituali sempre più lunghi e complessi, richiede un conforto contro-fobico (luce, oggetto transizionale, pollice), ha bisogno di una storia narrata da uno dei suoi genitori...” Queste difficoltà possono arrivare fino alla *fobia dell'andare a letto*, nella quale il piccolo “è preso dal panico quando sente di stare per addormentarsi, vuole che gli si tenga una mano, vuole addormentarsi tra i genitori”.

Nel primo anno di vita può essere presente l'insonnia precoce severa. Questo tipo di insonnia si può presentare sia nella sua *forma agitata* sia nella *forma calma*. *Nella forma agitata* il bambino grida, urla, si agita fino allo sfinimento, per poi ricominciare a piangere e gridare. Talvolta questa insonnia si accompagna a movimento ritmati e a violenti dondolamenti o condotte auto-aggressive. *Nella forma calma*, invece, “...il bambino resta nel suo letto, con gli occhi spalancati, silenzioso sia di giorno sia di notte. Sembra non chiedere nulla, e non attendersi nulla” (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p.76).

3. *I sogni ansiosi e angosciosi*

Durante il sonno il bambino può soffrire di sogni che gli procurano ansia o, peggio ancora, angoscia. Per tale motivo, mentre dorme geme, grida, piange, chiama aiuto, a causa dei “sogni cattivi” che fa. Anche in questi casi è naturale per lui cercare tranquillità, accoglienza e sicurezza nel lettone dei genitori.

4. *Pavor nocturnus (terrore notturno)*

Il piccolo può essere vittima anche del *terrore notturno* per cui, durante il sonno REM, appare agitato, presenta fenomeni neurovegetativi (sudorazione). Le cose che lo terrorizzano non sono solo sogni cattivi ma improvvise e terrificanti sensazioni che accompagnano immagini mentali fugaci. A causa di tali sensazioni il bambino si sveglia angosciato, con gli occhi spalancati verso qualche oggetto immaginario, “urla nel suo letto, con gli occhi stravolti, col viso atterrito. È confuso, disorientato, non riconosce chi gli sta attorno, neppure sua madre; sembra inaccessibile a qualsiasi ragionamento” (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 77). Mentre al risveglio non ricorda nulla. In queste occasioni è meglio non svegliare né toccare il bambino. Mamma e papà possono eventualmente stare vicino a lui e con voce calma e tranquilla cercare di rassicurarlo. Per fortuna i terrori notturni sono rari e colpiscono i bambini tra i quattro e i sette anni.

5. *Incubi notturni*

Mentre dorme, il bambino è preda degli incubi, si sveglia improvvisamente, fa qualche movimento, geme pieno di terrore per ciò che ha visto nel sonno, ma riesce a esprimere la sua angoscia, ricordando il sogno che l’ha turbato. Gli incubi, a differenza dei terrori notturni, sono frequenti e si manifestano in bambini tra gli 8 e i 10 anni. In questo caso, a differenza che nel *pavor nocturnus*, il piccolo ha bisogno di essere rassicurato dai

suoi genitori e, mediante delle coccole, accompagnato a riaddormentarsi.

6. *Sindrome allucinatoria acuta*

Colpisce sia i maschietti che le femminucce di età compresa tra i due e i tredici anni. È una sindrome rara (un caso su 56.000). L'esordio è sempre acuto e si manifesta durante il sonno notturno con un'improvvisa visione di piccoli animali terrificanti, voraci, immondi, ripugnanti, brulicanti per ogni dove (*microdermozoopsie*), per cui il bambino manifesta un brusco risveglio con grande agitazione psicomotoria, con tremore, ipersudorazione, pallore, tachicardia, angoscia profonda. A questi episodi seguono dei periodi di insonnia prolungata, in quanto il bambino fa di tutto per non addormentarsi, per evitare che queste allucinazioni si ripresentino.

7. *Paralisi nel sonno*

Alcuni bambini, svegliandosi improvvisamente da un incubo, per qualche secondo o qualche minuto, scoprono di non potersi muovere o di non potere chiamare ad alta voce i propri genitori. Possono soltanto gemere e muovere gli occhi.

8. *Sonnambulismo*

Nel sonnambulismo il bambino attua dei comportamenti psicomotori complessi: come alzarsi dal letto, camminare, aprire e chiudere le porte ecc. In questi casi il piccolo riesce, almeno in parte, a percepire la realtà esterna ma non è interessato a ciò che lo circonda. Egli appare come immerso nei propri pensieri, per cui si comporta come un automa con dei movimenti limitati e con un'andatura incerta, mentre lo sguardo è fisso. Dopo un periodo di deambulazione che può essere molto variabile (dai cinque ai trenta minuti) il bambino torna nel suo letto o vi si lascia condurre docilmente. Il giorno dopo egli non ricorderà più niente

di ciò che è accaduto. Nella forma lieve di sonnambulismo il bambino cerca di alzarsi ma rimane seduto sul suo letto.

Questi comportamenti si attuano mentre il bambino continua a dormire, tanto che al risveglio non ricorda nulla di quanto ha fatto durante il periodo del sonnambulismo. Anche in questo caso non bisogna cercare di svegliare il bambino. Le crisi di sonnambulismo raggiungono l'acme durante l'adolescenza, per declinare intorno ai diciassette-diciotto anni.

Anche per questi sintomi sono stati imputati l'ansia e i conflitti interiori. Nel sonniloquio, invece, *il bambino parla* durante il sonno, ma non ricorda nulla di quanto ha detto.

9. Bruxismo

I bambini che soffrono di quest'automatismo motorio digrignano i denti durante il sonno.

Le cause dei disturbi del sonno

Le cause dei disturbi del sonno possono essere molto varie:

Cause organiche. Numerose patologie mediche, soprattutto a carico delle vie respiratorie e dell'apparato gastro enterico, possono provocare disturbi del sonno.

Cause ambientali. Queste possono essere molto banali come una rigidità eccessiva degli orari dei pasti, un'abbondante o non idonea alimentazione, un cattivo isolamento acustico; abitudini non confacenti con i bisogni del minore, come l'andare a letto in orari sempre diversi.

Il sonno può essere disturbato da cause più importanti:

- quando è presente un difficile rapporto tra il bambino e le persone che hanno cura di lui, a causa di difficoltà educative dei genitori (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 74);
- quando le figure di accudimento soffrono di disturbi psicologici, per cui comunicano al bambino le loro ansie e

paure ed hanno difficoltà a comprendere e a soddisfare i suoi bisogni;

- quando il piccolo è coinvolto in situazioni stressanti o frustranti;
- quando vi è ansia eccessiva da parte dei genitori proprio nei riguardi del sonno del bimbo;
- quando il piccolo è preda di dinamiche conflittuali e disordini emozionali connessi al processo di crescita, con conseguenti disturbi pervasivi dello sviluppo, depressione, attaccamento ansioso, ansia di separazione, iperattività motoria e/o mentale ecc.

Interventi

Senza voler dare delle ricette, in genere poco utili in quanto ogni bambino è un caso a sé, ci sembra doveroso suggerire almeno qualche utile accorgimento:

1. I bambini amano che le cose si svolgano secondo determinati orari, regole e ritmi. È bene quindi dar loro un orario ben preciso, dopo il quale invariabilmente i genitori inizieranno ad effettuare, in modo allegro e affettuoso, tutti i rituali per andare a letto: lavarsi i denti, andare in bagno, mettersi il pigiama, dare il bacio della buona notte ecc. Sull'orario si possono certamente fare delle eccezioni, purché queste siano veramente delle eccezioni e, pertanto, siano rare.
2. Quando il bambino ha delle paure e ha bisogno di maggior accompagnamento al sonno, è sicuramente utile stargli accanto così da rassicurarlo con la nostra presenza. È però altrettanto importante fare in modo che il bambino

trascorra tutta la giornata in modo sereno e gioioso. Perché “una buona giornata prepara una buona nottata”.

3. Per fare in modo che il passaggio dalla veglia al sonno sia il meno traumatico è importante il racconto di una favoletta o la lettura di un capitolo di un libro. Oggi, purtroppo, il numero dei bambini che si addormenta con le favole dei genitori è in notevole diminuzione (Oliverio Ferraris, 2005, p. 107). L'abitudine ad ascoltare una favola è importante, in quanto le favole, oltre a favorire il sonno, fanno correre la fantasia, sviluppano la memoria uditiva, l'immaginazione e l'intelligenza, migliorano le capacità linguistiche del bambino, permettono una maggiore vicinanza affettiva e un miglior dialogo con i genitori. Questo momento di intimità aiuta il bambino a vincere le sue paure e a risolvere alcuni suoi problemi psicologici in quanto la serenità dei genitori, il loro amore, la loro solida e sicura presenza, si trasmettono all'animo del piccolo, tranquillizzandolo, mentre nel contempo gli offrono maggiore sicurezza. Il racconto può essere l'occasione per apprendere, oltre che numerose nuove parole ed espressioni letterarie, alcune cognizioni di base: come utilizzare il coraggio unendolo alla prudenza, come unire la furbizia alla generosità, come temperare la fantasia con la realtà. Anche il ripetere la stessa storia può essere utile per aiutare il bambino a scoprire nuove espressioni e modi di dire, nuovi sinonimi, nuovi aspetti e particolari della storia che gli è stata raccontata e che gli sono sfuggiti.
4. È bene che l'orario per andare a letto sia compatibile con la necessità che hanno i bambini di un congruo numero di ore di sonno. Se i bambini non dormono sufficientemente, non solo saranno minori le loro capacità di me-

morizzazione, attenzione e comprensione, ma vi è il grave rischio di un peggioramento globale della loro vita psichica e relazionale, in quanto è più facile che insorgano ansie, paure, nervosismo, irritabilità e momenti di tristezza. Sintomi questi che potranno incidere negativamente sul rapporto sia con i coetanei, sia con i genitori e gli adulti in genere. D'altronde i genitori, dopo una giornata trascorsa per assolvere i vari impegni domestici, educativi o di lavoro, hanno il bisogno ed il diritto di avere qualche ora per ritrovarsi come coppia.

5. Evitiamo assolutamente di lasciare nella camera del bambino la Tv, il computer, i videogiochi, i Tablet, i cellulari, in quanto questi strumenti apportano all'animo del piccolo una notevole quantità di stimoli eccitanti, ansiosi e, spesso, anche paurosi. Stimoli questi che per quantità e per qualità sono il contrario di quelli necessari a favorire il sonno, come la tranquillità, la serenità, il rilassamento, la distensione, la dolcezza, il sentirsi protetti. Quest'abitudine di lasciare vari strumenti elettronici nella stanza dei bambini, purtroppo, sta diventando sempre più diffusa in quanto, il maggior benessere permette di avere molti di questi oggetti distribuiti per tutta la casa. Spesso i genitori sono lieti che i figli usino anche la sera e la notte i vari strumenti elettronici: "Così restano tranquilli nel loro letto". Le cose purtroppo non stanno in questi termini. Il danno che il bambino ne subisce sulla quantità e qualità del sonno, ma anche su molti altri aspetti della sua vita psichica e intellettuale, è tale da sconsigliare nettamente questo tipo di comportamento.
6. A differenza della tv e dei video giochi che è bene evitare, si può tranquillamente lasciare al bambino il suo oggetto transizionale, qualunque esso sia: la bambolina, il

pupazzetto, il peluche, la madonnina fluorescente, la spada che lo difende dai “mostri” e così via, in quanto questi oggetti l’aiutano ad acquisire una maggiore tranquillità e sicurezza. Quando questi oggetti, a causa del tempo e del continuo uso, sono diventati vecchi e degradati, è bene non cambiarli con altri nuovi e smaglianti, giacché il legame che si stabilisce tra il bambino e il suo *oggetto transizionale*, al quale il piccolo attribuisce notevoli valenze affettive, è talmente unico che difficilmente può essere sostituito.

7. È bene che il bambino si abitui ad avere un posto tutto suo per dormire: la sua culla o il suo lettino, da sistemare prima accanto al lettone dei genitori e poi in una stanza vicina alla loro. Nel caso però che il bambino, per qualunque motivo: malattie, malesseri momentanei, paure, incubi, apnee notturne, ecc. dovesse avere bisogno dell’intervento rassicurante e protettivo da parte dei genitori, è utile provare a rassicurarlo, stando per qualche momento accanto al suo lettino. Se ciò non dovesse bastare, si può tranquillamente accoglierlo nel lettone, in modo tale che si senta più sicuro e protetto, tranne poi a riportarlo nel suo giaciglio, nel momento in cui la crisi sia cessata ed il bambino si sia riaddormentato. Altra eccezione sull’uso del lettone è quando tutta la famiglia vuole stare vicina per ridere e giocare insieme, come durante la mattina dei giorni di festa, nei quali si è liberi dagli impegni e si può oziare tutti insieme.
8. Se il bambino li richiede, è senza dubbio utile mettere nel suo comodino tutto quello che gli può servire durante la notte: il fazzoletto, la lucetta, il bicchiere con l’acqua, il vasino per la pipì, un giocattolo, un libro da leggere e così via.

Abbiamo detto dell'importanza del sonno per lo sviluppo sereno ed armonico del bambino. Tuttavia anche in questo non bisogna eccedere. Alcuni genitori e familiari, pur di poter essere liberi di espletare le loro faccende o comunque di non doversi occupare del bambino per qualche tempo, fanno di tutto per far dormire il bambino anche quando questi non ne ha alcun bisogno e non ne ha alcuna voglia. Ciò non è affatto utile in quanto rischia di far regredire il piccolo e impedisce tutte quelle esperienze di motricità, linguaggio e socialità, che solo da sveglia egli potrebbe effettuare.

I sintomi depressivi

I sintomi depressivi nell'età infantile sono molto più frequenti di quanto non siano evidenziati e diagnosticati. I motivi per cui gli educatori (genitori, familiari, insegnanti), hanno difficoltà nel riconoscerli e quindi nell'affrontarli adeguatamente, sono dovuti al fatto che il bambino raramente riesce ad esprimere verbalmente i suoi sentimenti e le sue emozioni. Inoltre, nei minori, la depressione assume caratteristiche molto diverse da quelle presenti negli adulti. Caratteristiche che la nascondono e la mascherano dietro atteggiamenti e comportamenti solo esteriormente gioiosi e vivaci.

La depressione del neonato

Le mancanze di cure materne, a seconda della loro gravità e durata, sono responsabili di diverse situazioni psicopatologiche. Se la carenza dura oltre un mese, ha inizio quel quadro detto *depressione anaclitica*, così ben descritto da Spitz.

Il neonato, preda di questo tipo di depressione, piange inizialmente in modo intenso, poi il suo pianto si fa lamentoso, più monotono e meno modulato ed infine si trasforma in grido. Il bambino appare prostrato. Resta per lunghe ore coricato a letto, a ventre basso, con scarsa reazione agli stimoli. Il suo sguardo è

spento e abbattuto. L'espressione del viso diventa rigida, triste e ansiosa. È evidente l'apparente indifferenza a ciò che lo circonda, com'è evidente il ritiro, l'isolamento e il rifiuto del contatto. Al momento del risveglio mancano le classiche manifestazioni del bambino nei confronti della madre: i suoi gioiosi gorgheggi, le lallazioni, i giochi con le mani o con i sonaglini. Si nota, inoltre, l'assenza di curiosità esplorative. Vi sono, invece, frequenti autostimolazioni: con dondolamenti in posizione genupettorale, ritmie solitarie, soprattutto diurne ma anche notturne o nella fase dell'addormentamento. Queste stimolazioni possono giungere fino a condotte auto-aggressive. Sono ritardate le acquisizioni psicomotorie, come la comparsa della posizione seduta e la deambulazione e vi è ritardo anche nel controllo sfinterico. Spesso questi bambini iniziano a deambulare solo verso i venti mesi. Lo sviluppo del linguaggio e della comunicazione sono di solito profondamente turbati e ritardati. Sono presenti, inoltre, un calo ponderale e una diminuzione delle difese immunitarie, con conseguente facilità ad ammalarsi.

Se l'assenza della madre perdura oltre il terzo mese questa condizione può portare a ritardi mentali irreversibili, talvolta anche a gravi condizioni organiche generali (*marasma*) e a ritardo nello sviluppo scheletrico.

La depressione del bambino tra i tre e i cinque anni

La depressione del bambino a questa età presenta alcuni sintomi simili a quelli del bambino piccolo: isolamento o ritiro, auto-stimolazioni, pianti che durano a lungo con o senza una ragione apparente, prolungati comportamenti masturbatori cronici e compulsivi, ma vi è anche agitazione e instabilità psicomotoria, mentre l'affettività è incostante. Pertanto, se in alcuni momenti nel bambino vi è un'intensa ricerca affettiva, in altri periodi è presente un rifiuto relazionale, con manifestazioni di collera e di violenza quando è contrastato nei suoi desideri.

L'umore tende ad oscillare tra l'agitazione euforica e il pianto silenzioso. Sono presenti anche dei comportamenti auto e/o eteroaggressivi, difficoltà nel sonno con frequenti risvegli notturni, incubi e sonnolenza diurna, ai quali si aggiungono enuresi ed encopresi intermittente, alterazioni dell'appetito, con rifiuto alimentare o, al contrario, bulimia. Vi è, infine, un'estrema sensibilità ad ulteriori separazioni, con intensa richiesta relazionale. Poiché persiste ancora il bisogno di un rapporto duale, l'inserimento nella scuola materna diventa difficile e può essere fonte di altro trauma.

La depressione del bambino che va dai 5-6 anni ai 12-13 anni

A quest'età il bambino possiede mezzi di difesa più elaborati. Pertanto dalle parole, dalla mimica, dallo sguardo e dal tono della voce, emergono segni di sofferenza morale, smarrimento, sconforto. Per tali motivi i sintomi depressivi sono abbastanza eloquenti. Sono evidenti la noia, la chiusura, il senso di incapacità, la difficoltà a ricevere e accettare l'aiuto degli altri, la tendenza ad autopunirsi, la mimica povera. Anche l'espressività è ridotta, per cui il bambino appare come "spento", irrigidito, presenta scarsa gestualità, si muove come al rallentatore, si stanca facilmente e rinuncia alle attività che prima gli piacevano tanto. Scarseggiano l'immaginazione e l'attenzione.

Inoltre, il bambino depresso ha difficoltà a concentrarsi, presenta continui controlli fobico-ossessivi, ha un'affettività eccessiva e debordante e può presentare condotte provocatrici e auto-punitive. Sono presenti stati d'ansia con angoscia e pensieri ricorrenti, disturbi del sonno con risvegli notturni, con o senza incubi. In altri casi, all'opposto, il bambino sembra rifugiarsi nel sonno, per cui dorme eccessivamente. Possono essere presenti inoltre alcuni disturbi alimentari: il bambino mangia saltuariamente, talora rifiuta il cibo, altre volte lo assume con ingordigia.

La depressione in questa fase evolutiva si manifesta anche con una sensibilità eccessiva, con la perdita degli interessi, con comportamenti di autodisprezzo e di autosvalutazione, con senso di impotenza, di colpa, di vergogna, con commenti negativi su di sé e sul suo operato. Questi commenti possono essere espressi direttamente con frasi del tipo: “Non posso, non ce la faccio, non lo so”. “Sono stanco, non mi va di fare niente”. “Faccio soltanto degli errori”. “Sono cattivo, nessuno mi vuole bene”. Accanto a questi sintomi possono essere presenti segni di protesta, collera, impulsività ed aggressività, furti ripetuti, menzogne, comportamenti mitomani, facile faticabilità, disadattamento tra il bambino ed il suo ambiente. In particolare disadattamento nei confronti dei coetanei, fughe e infine insuccesso scolastico, dovuto all’instabilità dell’attenzione e alle difficoltà nella concentrazione. I soggetti depressi sono, inoltre, più a rischio di suicidio e problemi nella condotta (Wright, Strawderman e altri, 1996, p. 181).

Quanto più il bambino è piccolo, tanto più la sintomatologia si arricchisce di sintomi psicosomatici: anoressia, alterazione del sonno, episodi diarroici, affezioni dermatologiche (*eczema, alopecia*), affezioni respiratorie (*asma*).

Non tutti i sintomi su esposti sono sempre presenti, per cui vi può essere una depressione con una prevalenza di sintomi somatiformi, una depressione con prevalenti difficoltà scolastiche, ma anche una depressione nella quale sono prevalenti i disturbi della condotta o altri gruppi di sintomi.

Così come per gli adulti sembra che la depressione sia più frequente nelle femminucce piuttosto che nei maschietti.

Le cause

Cause genetiche. Studi sui gemelli monozigoti hanno evidenziato valori di concordanza pari al 65%, mentre nei gemelli dizigoti tali valori si aggirano intorno al 15% (Militerni, 2004, p. 394).

Cause biologiche. Vengono segnalate una ridotta increzione di ormone della crescita dopo stimolo (growth hormone o GH) e una disfunzione del sistema serotoninergico. In definitiva vi dovrebbe essere una disfunzione a livello ipotalamo-ipofisario dei sistemi regolatori noradrenergico e serotoninergico. (Militerni, 2004, p. 395).

Cause ambientali. Spitz ha denominato, anche, *ospitalismo* la depressione anaclitica del neonato, perché si presenta frequentemente nei brefotrofi (De Negri e altri, 1970, p. 127-128). Questo ci fa pensare che la depressione è strettamente legata a situazioni ambientali nelle quali la cura del neonato non è sufficiente ad instaurare e a mantenere un solido e stabile legame affettivo. Inoltre la depressione è più frequente quando sono presenti gravi carenze affettive da parte dei familiari, caos educativo, cambiamento di immagine materna.

Per Bowlby (1982, p. 73), la perdita di una persona amata, nella saggezza ed esperienza popolare, è stata sempre associata a depressione e a gesti estremi. Anche nel mondo animale i cuccioli cercano altri animali nell'ambito della loro famiglia, che li proteggano e assistano. Il legame affettivo che si crea tra il bambino e il familiare amato, è difeso dagli intrusi con aggressività, ma anche con punizione del familiare che avrebbe dovuto proteggerlo, assisterlo e curarlo e non lo ha fatto. La difesa di questo legame è presente, tra l'altro, anche negli innamorati umani. Mantenere un legame è come amare qualcuno, perdere il legame è come soffrire per qualcuno. E se la minaccia della perdita porta all'angoscia, la reale perdita affettiva provoca sofferenza e collera.

Sintomi di depressione infantile sono presenti anche quando le *carenze affettive sono parziali*. Ad esempio, quando il bambino non riceve per molto tempo sufficienti cure, a causa di una grave depressione materna o per altre problematiche psicopatologiche; quando sono presenti assenze brevi ma ripetute; o quan-

do vi sono delle accentuate distorsioni nel rapporto madre–figlio.

La depressione è tre volte più frequente quando i genitori hanno sofferto dello stesso disturbo. La depressione si presenta più facilmente quando sono presenti malattie dei genitori o del bambino con ospedalizzazione di questi, quando si è in presenza di un sistema familiare disfunzionale, quando vi è la perdita di un genitore o di una persona amata per divorzio o morte, quando sono presenti delle crisi familiari, quando la famiglia è costretta a emigrare, ma anche quando i genitori hanno poco tempo da dedicare ai figli.

In questo racconto di Maria, di anni dodici, la cui madre era incapace di provvedere affettivamente ai suoi figli per cui era costretta a inserirli in vari istituti, si comprende bene la sensazione di carenza affettiva vissuta da lei e da tutti i bambini che si ritrovano nelle sue stesse condizioni.

I palloncini volati in cielo

C'era una volta una signora che stava comprando dei palloncini che le sono volati. La signora si chiamava Francesca, come sua madre e aveva 11 figli e non erano contenti perché i palloncini erano solo tre. Allora la madre è andata a comprarne altri. Alla fine tutti i figli sono morti perché la mamma era vecchia e pure i figli. I palloncini sono volati in cielo insieme ad una lettera dove c'era scritto "mamma ti voglio bene".

L'interpretazione del racconto di Maria ci fa chiaramente pensare a una madre che cerca in tutti i modi di dare ai figli l'affetto che loro desiderano e di cui hanno diritto. Tuttavia, questa non riesce a dare a tutti quanto dovrebbe (*C'era una volta una signora che stava comprando dei palloncini che le sono volati. La signora si chiamava Francesca, come sua madre e aveva undici figli e non erano contenti perché i palloncini erano solo tre*). Nonostante l'impegno della madre i suoi apporti affettivi risultano inadeguati, tanto che i figli muoiono (*Allora la madre è*

andata a comprarne altri. Alla fine tutti i figli sono morti perché la mamma era vecchia e pure i figli). Nonostante ciò i figli continuano ad amare la loro madre perché sanno che aveva fatto del suo meglio nei loro confronti (*I palloncini sono volati in cielo insieme ad una lettera dove c'era scritto "mamma ti voglio bene"*).

I tentativi di suicidio

I tentativi di suicidio sono rari nei bambini sotto i dieci anni, ma frequenti negli adolescenti. Deshaies citato da De Ajuria-guerra (1993, p. 497) distingue quattro forme di suicidio infantile:

Il suicidio emotivo – impulsivo: questo si presenta quando l'emotività del bambino è molto vivace, per cui può sfociare in atti senza controllo e senza freni.

Il suicidio passionale: in questi casi l'atto del suicidio è guidato dalla passione, ad esempio, dalla gelosia verso un fratello o una sorella, ma anche verso un compagno o nei confronti di un genitore.

La forma immaginativa: in questa forma di suicidio il bambino attua questo atto esterno, riproducendolo per un suo scopo interiore.

Il suicidio simulato: questo tipo di suicidio è attuato per raggiungere da parte del bambino uno scopo ben preciso, Ad esempio, fare in modo che il papà non abbandoni la famiglia.

Le cause

“La maggior parte degli autori sono d'accordo nell'ammettere che il bambino suicida si sviluppa in un ambiente psicosociale inadeguato”(De Ajuriaguerra, 1993 p. 495).

I suicidi infantili sono spesso collegati dalla stampa a cause scolastiche: ad esempio, prendere brutti voti a scuola o essere allontanati dall'istituto per motivi disciplinari. In questi casi il

bambino è spinto al suicidio non solo dalla disistima causata dai brutti voti o dalle punizioni, ma anche dalle possibili conseguenze punitive che egli immagina potranno abbattersi su di lui da parte dei suoi genitori o degli altri familiari. I mass media tralasciano però di aggiungere che nel suicidio infantile sono frequenti anche molte cause familiari: carenze affettive, presenza di genitori conflittuali o separati, presenza di madri poco disposte ad accettare il ruolo materno, mancanza della figura paterna con padre assente o molto distaccato verso i figli, per cui manca una figura autorevole in famiglia (De Ajuriaguerra, 1993, p. 495). Pertanto, prima dell'atto del suicidio, spesso sono presenti sintomi depressivi con: malessere, tristezza, rabbia, scarsa fiducia in sé stessi e negli altri, paure nell'affrontare situazioni nuove e difficili. Pertanto, in molti casi l'atto del suicidio è una fuga da una situazione ritenuta insopportabile.

I tic

Questo tipo di sintomi è molto evidente. Il bambino, improvvisamente, ripetutamente, senza che riesca ad impedirli, senza riuscire a bloccarli per molto tempo, effettua dei movimenti bruschi, improvvisi e imperiosi. Galimberti (2006, p. 604-605) così descrive il tic: "Movimento rapido, ripetitivo, coordinato e stereotipato, ripetuto nella mimica e nella gestualità, che si presenta in relazione alla tensione del soggetto senza poter essere impedito dalla volontà". Ciò in quanto l'esecuzione di questi movimenti è preceduta da un bisogno imperioso, per cui i tentativi di repressione causano malessere. I tic spariscono nel sonno, quando il soggetto è molto rilassato o in certi momenti di distrazione (De Ajuriaguerra, 1993, p. 258).

Nei *tic semplici* i movimenti possono riguardare solo alcuni gruppi muscolari e, quindi, solo una piccola parte del corpo, come ammiccare, girare gli occhi, tossire, aprire la bocca, far spallucce, chiudere il pugno.

Nei *tic complessi*, i movimenti possono coinvolgere una grande quantità di muscoli per cui il soggetto salta, tocca qualcosa, odora, scrolla il capo ecc.

I tic possono riguardare tutti i muscoli del corpo. Se, ad esempio, sono interessati i muscoli degli occhi, quelli del collo, della gola o delle dita delle mani, la loro contrazione provoca ammiccamenti, smorfie del viso, movimenti del collo, delle mani, colpi di tosse, il raschiarsi la gola, lo sbuffare, il tirar su col naso, il grugnire. Se sono interessati i muscoli degli arti inferiori, si possono avere dei movimenti come il battere i piedi, il saltare e così via.

Questi movimenti sono come la caricatura di movimenti volontari e quindi, come tutte le caricature e anche perché sono spesso ripetuti, ottengono l'effetto di stimolare l'ilarità nelle persone presenti che l'osservano. Soprattutto suscitano il riso dei coetanei i quali, non riuscendo a controllare i loro istinti aggressivi, reagiscono spesso prendendo in giro il bambino che soffre di questo disturbo.

Anche i genitori vivono male questo tipo di sintomi, quando sono presenti nei loro figli, giacché si accorgono che i tic aumentano quando il bambino è più teso o quando è in atteggiamento inattivo, ad esempio, davanti alla tv mentre diminuiscono o sono assenti quando il bambino è rilassato. Ciò li porta a credere che, mediante la volontà, sia sempre possibile controllare questi movimenti, per cui disapprovano e rimproverano il figlio con la vana speranza che egli si decida a smettere di eseguire "questi movimenti assurdi e ridicoli".

Abbiamo detto che è una vana speranza, poiché il bambino si rende conto che per lui sarebbe molto meglio non eseguirli, ma sa anche che se cerca di ritardarli, mediante l'uso della volontà, sarà costretto a subire un'ansia crescente e sempre più pesante. Ansia che diminuirà, almeno momentaneamente, soltanto quando avrà dato libero sfogo a questi movimenti.

Secondo la durata sono distinti due tipi di tic: i *tic transitori* e i *tic cronici*.

I *tic transitori* sono passeggeri e spariscono spontaneamente dopo poco tempo.

I *tic cronici* persistono anche nell'età adulta.

Spesso i tic, soprattutto se cronici e dunque duraturi nel tempo, procurano a chi ne soffre sentimenti di vergogna e di frustrazione, ritiro sociale, intensa timidezza, umore depresso, difficoltà nella socializzazione col gruppo dei pari, anche a causa degli atteggiamenti di derisione da parte di questi ultimi. Tutto ciò, a sua volta, accentua il disagio del bambino, per cui si può avere un aggravamento delle manifestazioni ticcose.

Molti genitori, per fortuna, si rassegnano sapendo, anche dall'esperienza comune, che i tic transitori sono i più frequenti e che vi sono buone probabilità che scompaiano nel momento in cui il bambino acquisterà maggiore serenità.

Le cause

Cause biologiche. Si sospetta un coinvolgimento del sistema dopaminergico (Militeri, 2004, p. 388).

Cause ambientali. Per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 90) i tic sono un mezzo con il quale il bambino manifesta e scarica, almeno momentaneamente, la sua ansia, la sua tensione psichica ed i suoi conflitti. Anche per Galimberti (2006, p. 605) “L'affezione quando non dipende da lesioni organiche, è di origine psicogena”.

Per Rouart (in De Ajuriaguerra, 1993, p. 260), vi sono due tipi di tic. *Un primo tipo* è presente in bambini ben adattati, con buone capacità scolastiche ma ansiosi e infantili. In questi casi i tic rappresentano il modo migliore che il bambino ha trovato per sfogare l'angoscia e la tensione emotiva. *Il secondo tipo* è invece presente in bambini instabili, turbolenti, disattenti a scuola, estroversi. In questi casi: “il tic è una manifestazione parossistica

di un disadattamento all'ambiente, cui si associano comportamenti fatti di turbolenza e di atteggiamento costrittivo, di aggressività e di paura". In definitiva, in questo secondo tipo, i tic sarebbero l'espressione motoria e una via di scarico dei conflitti e della tensione psichica, in soggetti con un eccessivo controllo dell'etero e auto aggressività.

Interventi

Come si può ben comprendere da quanto abbiamo detto è perfettamente inutile, anzi è controproducente sgridare o rimproverare il bambino a causa dei suoi tic. Questi comportamenti lo farebbero sentire in maniera negativa ma anche non accettato dai suoi genitori ed educatori, per cui si rischierebbe di creargli nuova ansia che, a sua volta, si esprimerebbe con l'accentuazione dei tic. È, quindi, bene evitare di sgridarlo o fargli notare questi suoi movimenti. Meglio far finta di niente e impegnarsi a cercare e trovare le strategie migliori per renderlo più sereno: meno rimproveri, più vicinanza affettiva, meno impegni scolastici, meno tv e videogiochi, più gioco libero all'aria aperta, più sport, più dialogo, più serenità ambientale. Se è il bambino stesso a sollevare l'argomento dei tic, si può cercare di rassicurarlo sul fatto che non è nulla di grave e che vi sono buone probabilità che presto questi movimenti scompariranno.

È sicuramente utile tenere un diario nel quale segnare tutti i comportamenti che accentuano l'ansia e il malessere del bambino e quelli che invece hanno la capacità di rasserenarlo e farlo sentire più a proprio agio. Ciò aiuterà gli adulti a capire il suo mondo interiore e a modificare in senso positivo l'ambiente nel quale vive il bambino, facendo in modo che sia il più sereno e tranquillo possibile. Per fare ciò è essenziale evitare i contrasti o conflitti con il coniuge, gli altri familiari o gli altri figli, mentre nello stesso tempo è bene gratificare frequentemente il bambino

per quello che fa, per quello che dice, per le sue capacità, per il suo buon carattere, per l'aiuto che offre in casa.

Nel caso in cui i genitori o chi ha cura del bambino soffrano di ansia o depressione, questi dovranno impegnarsi a curare questi disturbi, mediante psicoterapia o con l'uso di farmaci adeguati allo scopo. In tal modo questi genitori avranno la possibilità di rapportarsi in maniera più tranquilla, sicura e serena, sia verso il bambino sofferente dei tic, sia verso gli altri membri della famiglia.

Se la sintomatologia dovesse persistere, può certamente essere utile una terapia di rilassamento come il Training Autogeno. Nel caso in cui i tic siano associati ad altre problematiche psicologiche di un certo rilievo, è sicuramente consigliabile far effettuare al bambino una buona psicoterapia individuale.

I disturbi alimentari dei bambini

L'inappetenza

La sofferenza dei bambini si manifesta spesso sul piano dell'alimentazione in quanto questa, così come la sessualità, è strettamente connessa all'affettività e ai primi rapporti madre-figlio che avvengono proprio mediante gli atti collegati alla nutrizione. La mamma che nutre il bambino dà a quest'ultimo non solo benessere organico ma anche benessere relazionale. Anche quando il bambino è più grandetto, poiché l'alimentazione è un atto sociale nel quale convergono elementi comunicativi, relazionali, affettivi ed emotivi, il piacere dell'alimentazione è strettamente legato ai rapporti che ha il figlioletto con i genitori e con l'ambiente che lo circonda.

Per capire l'inappetenza del bambino basta pensare a noi adulti. Raramente l'alimentazione dell'adulto si mantiene costante nel tempo: a periodi di maggior appetito o addirittura di ingordigia, si alternano giorni o periodi nei quali abbiamo poca o

nessuna voglia di mangiare. La variabilità nell'alimentazione è notevole, è può essere legata a svariate cause fisiologiche, come le variazioni stagionali o a cause patologiche sia organiche sia psichiche. Mangiamo meno durante le malattie, ma anche nei periodi di convalescenza. Abbiamo poco appetito o rifiutiamo il cibo quando l'ansia attanaglia il nostro stomaco, quando ci assale la tristezza e la depressione, ma anche quando siamo molto irritati o sconvolti. A sua volta però è anche esperienza comune di come l'ansia, l'insoddisfazione e la malinconia possano portarci ad un'alimentazione eccessiva, nell'intento di cercare una gratificazione che sopperisca alle gioie che in quel momento ci sono negate.

Problemi di inappetenza nei bambini possono essere dovuti a dei cambiamenti nel regime alimentare, durante il passaggio da un'alimentazione liquida a una solida, da un'alimentazione dolce a una salata. Periodi di inappetenza sono presenti quando è presente una minore crescita che richiede fisiologicamente un minor apporto calorico; quando il bambino soffre per malesseri fisici come i disturbi intestinali, le malattie influenzali ed esantematiche che colpiscono frequentemente i minori o a causa di momenti di maggiore stress, ansia e irritabilità. Alcune volte le scelte alimentari sono associate agli stati affettivi, per cui un cibo diventa "odioso" per diversi anni, solo perché a quel cibo la psiche del bambino collega degli eventi traumatici o stressanti.

Pertanto, giorni o periodi di inappetenza fanno parte della normale vita del bambino e quindi non dovrebbero creare alcuna preoccupazione. In questi periodi è sufficiente aspettare serenamente che le condizioni del piccolo si ristabiliscano. Ma poiché il cibo è visto soprattutto dalle madri come l'elemento fondamentale per la vita dei figli e anche come l'essenza stessa delle proprie capacità di cura, il rifiuto del cibo, anche se limitato od occasionale, crea facilmente nelle donne ansiose, insicure o eccessivamente pignole, un senso di inadeguatezza che le stimola a

insistere nel proporre alimenti, anche se il bambino per un motivo qualsiasi si rifiuta di assumerli. Questo insistere, affinché il bambino mangi, diventa come una lotta tra il bambino e la madre. Ed è una lotta che danneggia l'uno e l'altra. Danneggia il bambino in quanto questi si sente soffocato dall'ansia materna e perde il piacere del cibo, stressa e deprime la madre, in quanto questa avverte il bambino come fonte di problemi, piuttosto che di piaceri e gratificazioni, per cui più intensi sono i conflitti tra la madre e il bambino durante il pasto, maggiori saranno i comportamenti di rifiuto alimentare (Ammanniti, 2009, p.28). Purtroppo questi conflitti rischiano di rompere o alterare quel basilare legame madre-figlio indispensabile per una crescita sana e armonica.

Interventi

Per migliorare il rapporto del bambino nei confronti del cibo, basta pensare che la natura ha legato intensi piaceri agli atti fondamentali per la sopravvivenza: com'è l'atto della sessualità e dell'alimentazione. Compito dei genitori è soltanto quello di mantenere nel bambino il piacere di nutrirsi, evitando comportamenti incongrui come associare a questi atti emozioni negative. Pertanto è bene creare durante i pasti un'atmosfera gradevole e libera da tensioni (Oliverio Ferraris, 2005, p. 140), evitando argomenti di discussione troppo accesi, deprimenti o spiacevoli. Soprattutto è importante evitare continui rimbrotti: "Stai seduto correttamente". "Non toccare il cibo con le mani". "Mangia più in fretta". E così via. Cerchiamo di vivere e di far vivere questo momento con gioia, stimolando il dialogo e la comunione familiare, così che sia occasione d'incontro e non di scontro, momento di dialogo e non di mugugni. Per creare momenti di piacevole dialogo e comunione familiare e non d'isolamento, il televisore e gli altri apparecchi elettronici vanno banditi durante i pasti. Se il bambino è piccolo, possiamo eventualmente intrattenerlo raccontando noi delle favole, anche inventate sul momento.

Sarebbe bene non pretendere dai più piccini che mangino in modo educato ed impeccabile (Oliverio Ferraris, 2005, p. 141). Se necessario, imbocchiamo il piccolo, ma, contemporaneamente, facciamo in modo che mangi, se vuole, con un suo cucchiaino o anche con le mani, per soddisfare il piacere di alimentarsi da solo e per migliorare nello stesso tempo la sua autonomia. Se i genitori sono eccessivamente attenti alla qualità e alla quantità di cibo che il bambino assume, gli si dà il messaggio negativo che mangiare sia un dovere e non un piacere da offrire a se stessi. Sforziamoci quindi di vivere e far vivere il problema dell'alimentazione come un gradevole momento da assaporare insieme ai nostri figli. Sapendo che maggiore è la nostra ansia più si aggrava l'eventuale disturbo alimentare. Non è male poi ricordarsi che non è mai morto alcun bambino che avesse la possibilità di alimentarsi adeguatamente!

Poiché l'uomo è un animale onnivoro, egli è potenzialmente aperto verso tutti i cibi. Per aiutare il bambino a variare la sua alimentazione è necessario che egli li scelga spontaneamente. Per fare questo, mentre offriamo dei cibi che piacciono al bambino, metteremo sulla tavola anche delle piccole porzioni di altri alimenti che egli, se vuole, potrà gustare autonomamente. L'esperienza millenaria insegna alle madri che i bambini accettano più facilmente alimenti nuovi, se li vedono mangiare da altri bambini e che l'esperienza positiva fatta con un alimento accresce la probabilità che sia gradito un altro alimento proposto.

Giacché nei cibi conta molto il colore, l'odore e l'aspetto, qualità queste che possono influenzare positivamente o negativamente la percezione gustativa, impegniamoci a che il cibo sia anche bello e abbia un buon profumo.

Non mettiamo fretta al bambino durante l'alimentazione, ma lasciamo che mastichi lentamente e che gusti con piacere ogni alimento. Se il bambino è abbastanza grande da poterlo fare, è sicuramente utile invitarlo a partecipare nella scelta e nella pre-

parazione dei cibi, in modo tale da renderlo protagonista della sua alimentazione e non soggetto passivo di questa.

Per quanto riguarda la quantità non creiamoci inutili problemi. Mettiamo semplicemente sul suo piatto una piccola porzione di cibo o comunque una quantità inferiore a quella che lui mangerebbe, cosicché sia lui stesso a chiederne dell'altro. Quando e se è possibile, facciamo in modo che sia il bambino stesso a servirsi direttamente dal piatto di portata (Oliverio Ferraris, 2005, p. 141).

Nel caso in cui il bambino non mangi tutto quello che è stato preparato da noi, non mostriamo alcun segno di disappunto, né tantomeno insistiamo perché finisca il cibo che ha nel piatto. Togliamo, invece, con un bel sorriso soddisfatto, la pietanza dalla tavola e passiamo alla successiva portata. Se questa non è prevista, interrompiamo il momento del pranzo.

Da quanto abbiamo detto, si può dedurre che non ha senso dare dei premi se il bambino mangia e dei castighi se non mangia, poiché il cibo dovrebbe essere di per sé un piacere. Se per un certo periodo l'appetito del bambino diminuisce, non agitiamoci e non facciamo notare la nostra preoccupazione, ma attendiamo serenamente che questo periodo d'inappetenza passi.

Qualora il bambino abbia reali problemi con il cibo, è meglio evitare di parlare di ciò con parenti e amici ma, eventualmente, rivolgiamoci con fiducia a uno specialista.

L'anoressia

Per quanto riguarda, invece, *l'anoressia vera e propria*, l'attenzione deve necessariamente essere diversa e molto maggiore.

Intanto è giusto rilevare che l'anoressia del neonato e del bambino, pur avendo la stessa denominazione, sia notevolmente diversa da quella dell'adolescente o della giovanetta. Quella del bambino si presenta di solito in forme molto meno gravi ed ha la

possibilità di modificarsi abbastanza facilmente e rapidamente, se l'ambiente nel quale egli vive cambia in termini positivi.

Pur potendo comparire in ogni momento della vita del piccolo, l'anoressia si presenta più frequentemente verso il quinto – ottavo mese, spesso in coincidenza con lo svezzamento (*anoressia del secondo trimestre*) (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 114). In questa fase il bambino ha difficoltà ad accettare, non solo i diversi tipi di alimenti che gli sono offerti, ma anche la diversa modalità di assunzione. Non è indifferente prendere il cibo dal caldo, morbido, seno della madre, piuttosto che da un freddo biberon o peggio da un cucchiaino. Cambiano le sensazioni, ma cambiano anche le emozioni provate dal piccolo, il quale è costretto ad accettare un primo parziale distacco dalla madre. Distacco che, anche se molto limitato, può essere per lui difficile.

Tra il bambino che non mangia, e quindi non aumenta di peso, ed i genitori, spesso si innesta un circolo vizioso: non alimentandosi adeguatamente il bambino diventa più magro ma anche fisicamente più fragile per cui si ammala più facilmente. Ciò spinge i genitori a farlo visitare da medici che propongono varie terapie farmacologiche. L'ansia dei genitori, unita alle nuove visite e alle terapie, accentua il malessere del bambino, che rifiuta ancor più di alimentarsi.

Problemi nell'accettare il cibo offerto possono presentarsi ad un'età maggiore, quando la madre, inserendo nella dieta nuovi cibi, propone sapori e odori ai quali il bimbo non è abituato. Sapori e odori che i piccoli più tradizionalisti hanno difficoltà ad accettare e che giudicano disgustosi (*avversioni elettive*), mentre, al contrario, manifestano un notevole desiderio per alcuni specifici alimenti (*selettività alimentare*). In genere i cibi disgustosi sono quelli a base di verdure e di legumi, mentre quelli notevolmente desiderati, sono le patatine, le merendine, i dolci e tutti gli alimenti ricchi di cioccolato e di grassi. Le avversioni elettive sono a volte accomunate ad episodi di anoressia.

In altri casi il bambino non ha problemi, né per la quantità né per la qualità di cibo, ma rimane sconcertato soltanto dalle diverse modalità di alimentazione: non più tra le braccia della mamma ma sul seggiolone, non più un'alimentazione al bisogno ma ad orari prefissati, non più con calma e senza fretta ma stimolato a far presto, a causa degli impegni dei genitori. Quando poi il bambino è capace di camminare, tra il bambino e la madre o chi ha cura di lui rischiano di iniziare altri tipi di conflitti nel campo dell'alimentazione. Ad esempio, i genitori vorrebbero che il bambino stesse seduto a tavola o nella sua sediolina, mentre al piccolo, in preda ad un irrefrenabile bisogno motorio, piace girare per la casa e continuare a giocare mentre si alimenta. I genitori vorrebbero che non si sporcasse o comunque non sporcasse tutta la stanza dove mangia, ed invece il bambino, pasticciando, imbratta non solo se stesso ma tutta la casa. Inoltre, quando il bambino, anche se piccolo, è posto frequentemente e a lungo davanti alla tv, non accetta d'alimentarsi se non guardando i suoi cartoni animati preferiti (*abitudini inadeguate*).

L'eccessiva alimentazione

L'alimentazione eccessiva facilmente porta all'obesità, la quale, a sua volta, può innescare numerosi problemi di tipo medico, sociale e relazionale: malattie respiratorie e cardiovascolari, problemi ortopedici, tumori, nonché la necessità di accettare le sofferenze psicologiche inflitte con frasi offensive ai bambini definiti "ciccioni". Sul piano clinico si considera obeso un bambino che ha un peso in eccesso di almeno il 20% rispetto alla norma per la sua età ed altezza (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 116).

L'obesità oggi è diventata un problema sociale in quanto la percentuale di bambini che soffrono per un peso eccessivo, nei popoli che possono permettersi un'abbondanza di cibo, aumenta ogni anno. In soli vent'anni nel mondo occidentale si è triplicato

il numero dei bambini obesi e aumenta anche la velocità con cui s'ingrassa.

Una delle cause dell'obesità è da ricercarsi nella notevole diminuzione dell'attività fisica; un altro motivo importante è dato dal complesso atavico che ci portiamo dietro, dovuto al fatto che per centinaia di migliaia di anni abbiamo dovuto combattere contro la fame dei nostri figli. Pertanto abbiamo notevoli difficoltà a limitare i desideri alimentari dei nostri bambini, anche quando questi desideri sono eccessivi. Il binomio grasso = buona salute, è difficile da scacciare e continua a permanere nelle menti dei genitori, soprattutto delle madri.

Interventi

Per evitare un'eccessiva alimentazione e la conseguente obesità è bene:

- ❖ preparare cibi che piacciono al bambino ma a limitato numero di calorie;
- ❖ evitare di cucinare quantità eccessive di alimenti, in modo tale che il bambino, terminata la propria razione, non possa richiederne altra;
- ❖ per favorire il senso di sazietà, un ottimo espediente è quello di preparare insalate, macedonie, verdure cotte e molta frutta, senza esagerare nei condimenti;
- ❖ tenere in frigo, in piccole quantità, solo pochi e selezionati alimenti e quindi evitare, nella dieta di tutta la famiglia e non solo per il bambino, cibi grassi, condimenti eccessivi, merendine;
- ❖ praticare e far praticare ai figli attività fisiche;
- ❖ evitare di far mangiare il bambino davanti alla tv o mentre utilizza altri strumenti elettronici.

La bulimia

L'immagine classica del bambino bulimico è quella di un bambino grassottello che, nottetempo, si avvicina con fare furtivo al frigorifero e cerca di svuotarlo, riempiendosi la bocca e divorando tutto quello di cui riesce ad impossessarsi, prima di essere scoperto dai genitori. I bambini bulimici accomunano in un unico pasto pantagruelico, in modo indiscriminato, cibi molto calorici: come la marmellata, la cioccolata, la pasta fredda lasciata a pranzo, i formaggi grassi e così via. Nel concetto di bulimia è insito il bisogno imperioso di abbuffarsi di qualunque cosa sia commestibile, senza neanche riuscire a gustare quello che si sta ingoiando.

La potomania

Nella potomania si ha un bisogno imperioso di bere grandi quantità di acqua o liquidi zuccherati: succhi di frutta, aranciate ecc.

La pica

I bambini che manifestano questo sintomo tendono ad ingoiare sostanze e oggetti non commestibili: chiodi, monete, carta, terra, sabbia ecc. Si può però parlare di bambino affetto da *pica* solo quando il piccolo ha superato abbondantemente l'età della scoperta delle caratteristiche degli oggetti mediante la bocca.

La coprofagia

Se il bambino piccolo tra i due ed i quattro anni non ha problemi a giocare con le sue feci, ad un'età superiore dovrebbe sopravvenire invece un disgusto per questo materiale. Ciò non avviene nel bambino affetto da *coprofagia*, il quale continua a giocare con le sue feci, anche dopo questa età. Lo stesso può avvenire nel bambino che presenta una regressione psicotica.

Le cause

Cause organiche

I disturbi dell'alimentazione possono essere causati da condizioni mediche come la presenza di endocrinopatie, malattie metaboliche, patologie gastrointestinali, disturbi della motricità oro-glosso-faringea ecc.

Cause ambientali

Le cause ambientali sono complesse e numerose.

Quando sono presenti nel bambino disturbi dell'alimentazione di una certa gravità, troviamo frequentemente un clima familiare conflittuale e teso. A volte gli scontri avvengono proprio durante i pasti. In alcuni bambini il cattivo rapporto con il cibo può essere causato dal bisogno di dimostrare un minimo d'indipendenza nei confronti di genitori troppo oppressivi, che attribuiscono un'eccessiva importanza all'alimentazione e alla necessità che il bambino ubbidisca alle loro richieste. In questi casi lui/lei deve mangiare; se non si alimenta fa stare male i genitori, in quanto delegittima la loro autorità e, nel contempo, fa aumentare l'ansia materna e/o paterna.

In altri casi è la fretta dei genitori che impedisce al bambino di godere del cibo. La premura e l'impazienza dovute agli impegni vari e al lavoro diventa, nei confronti dei figli, costrizione a mangiare tutto e velocemente, senza la possibilità di un dialogo sereno e senza gustare nulla. Con la facile conseguenza di avere, a causa di ciò, nausea, vomito e altri malesseri intestinali che sottolineano, nell'animo del bambino in modo negativo, sia l'atto dell'alimentarsi sia il cibo stesso.

Interventi

Poiché questa tipologia di problemi è legata a disturbi psichici di una certa importanza, non basta impegnarsi solo sui sintomi legati all'alimentazione; spesso è necessario occuparsi del

benessere complessivo del bambino e della famiglia nella quale il bambino vive. È necessario quindi:

- migliorare gli atteggiamenti educativi errati, perché troppo opprimenti, ansiosi, frustranti, irritanti, offrendo nel contempo al piccolo un giusto spazio fisico e psicologico;
- favorire giornalmente il gioco libero e spontaneo all'aria aperta, in compagnia di qualche coetaneo con il quale si è stabilito un rapporto di dialogo e amicizia;
- limitare, se eccessivo, il tempo dedicato allo studio, alternandolo con momenti di svago, da attuare lontano dagli strumenti elettronici;
- in presenza di conflittualità nell'ambiente familiare è indispensabile attivare una seria terapia di coppia o familiare;
- effettuare con il bambino attività che l'aiutino a ritrovare una buona serenità e un buon equilibrio psicologico, mediante esercizi psicomotori, musicoterapia, terapie di rilassamento, psicoterapia.

Alterazioni del controllo sfinterico

Per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 124) “l’acquisizione del controllo sfinterico si attua in seguito al piacere provato prima per l’espulsione poi per la ritenzione, quindi per l’accoppiata ritenzione espulsione: la nuova padronanza sul proprio corpo procura al bambino una felicità rinforzata dalla soddisfazione materna”.

Queste funzioni fisiologiche possono alterare il rapporto madre-figlio per cui vi può essere una madre che si adopera con

piacere nella pulizia del bambino e approfitta di quei momenti per avere con il figlio un momento di maggior dialogo ed intimità mentre, al contrario, vi può essere una madre che si altera, si innervosisce o prova disgusto nell'essere costretta ad adempiere a queste incombenze. In questo caso è evidente che la donna invia al bambino un messaggio negativo sul corpo del figlio, che si traduce in un messaggio negativo sul bambino in sé.

Inoltre la madre, anche senza volerlo, dà dei giudizi sui comportamenti del figlio a questo riguardo: ad esempio, il suo bambino è buono quando fa la sua brava "cacchina" giornaliera prima nel pannolino e poi nel vasetto, mentre è cattivo quando non ne fa, quando la fa troppo spesso o quando la fa nel momento o nel luogo meno opportuno, costringendo la mamma ad attivarsi in operazioni poco piacevoli e laboriose. D'altra parte anche il bambino, in queste occasioni, dà dei giudizi sulla madre. Per lui una madre è buona quando accoglie con piacere i suoi escrementi e si attiva rapidamente e bene nella pulizia, mentre è cattiva quando si arrabbia o si innervosisce troppo o troppo facilmente, per motivi legati alle sue funzioni fisiologiche e alla sua igiene.

L'enuresi

Si definisce enuresi l'emissione attiva, completa e incontrollata di urina dopo che sia passato il periodo della maturità fisiologica. Mentre per autori come Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 124) questa maturità si acquisisce tra i tre ed i quattro anni, per altri autori il limite dell'acquisizione fisiologica del controllo degli sfinteri dovrebbe avvenire entro i cinque-sei anni.

Si distingue *un'enuresi primaria* quando questo controllo non si acquisisce all'età fisiologica e *un'enuresi secondaria* quando questo controllo, che si era già conquistato, si perde in un momento successivo. Per quanto riguarda la frequenza, *l'enuresi* può essere *quotidiana, settimanale o saltuaria*. Mentre,

per quanto riguarda il momento della giornata nella quale avviene l'espulsione incontrollata dell'urina, può essere *diurna, notturna o mista*. L'*enuresi notturna* è più frequente nei maschi mentre l'*enuresi diurna* è più frequente nelle femmine. Questo disturbo di solito diminuisce notevolmente dopo la pubertà.

L'enuresi può comportare una diminuzione dell'autostima, può costringere il bambino a evitare di dormire fuori di casa, con conseguente compromissione della sua vita relazionale e sociale, e può innescare un cattivo rapporto tra il bambino e la madre, la quale potrà sentirsi costretta a un notevole surplus di lavoro a causa di questo problema. Nell'animo della donna, in questi casi, potrà montare rabbia, collera e risentimento nei confronti del figlio "piscione". Questi, a sua volta, investito da questi sentimenti negativi, è facile che viva questo problema con ansia, paura, sensi di colpa e d'indegnità i quali, a loro volta, potrebbero portare non solo a una persistenza dell'enuresi, ma anche ad altre manifestazioni di sofferenza e disagio interiore. È bene pertanto impegnarsi a risolvere tale disturbo in maniera veloce e radicale, per evitare al piccolo e ai suoi familiari continue frustrazioni.

Le cause

Cause organiche

Sono stati imputati fattori genetici e diverse cause organiche: come anomalie anatomiche e funzionali della vescica; disfunzioni del tratto genito urinario; infezioni delle vie urinarie; ma anche disturbi del sonno, per cui lo stimolo ad urinare non riesce ad interrompere il sonno eccessivamente profondo del bambino. L'enuresi notturna è associata anche alla carente produzione notturna dell'ormone antidiuretico (ADH- antidiuretic hormone) da parte dell'ipotalamo. Ormone che riduce la diuresi durante la notte. Pertanto, in questi casi, è consigliata una terapia sostitutiva con desmopressina.

Cause ambientali

Se le componenti organiche ed ereditarie possono contribuire all'insorgere dell'enuresi, riteniamo che i fattori psicologici di origine ambientale siano i più frequenti ed importanti. Infatti l'enuresi da danno neurologico non supera di solito il 30% dei casi, mentre l'enuresi da patogenesi psichica arriva al 70%.

Il benessere o il malessere interiore influenzano notevolmente il controllo sfinterico sia delle feci sia delle urine, tanto che negli animali e negli esseri umani la paura ed altre emozioni intense non solo negative, ma anche positive, possono alterare questo controllo. Da ciò l'espressione "farsela addosso per la paura" ma anche "scompisciarsi dalle risa".

Anche per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 126): "I fattori psicologici restano i più evidenti. Basti ricordare la frequente corrispondenza tra comparsa e scomparsa dell'enuresi e quella di un episodio che segna la vita del bambino: separazione familiare, nascita d'un fratellino, entrata nella scuola, emozioni di qualsiasi natura ...".

I motivi ambientali che possono portare all'enuresi possono essere, come per gli altri segnali di sofferenza, numerosi: conflitti familiari, carenze socio-economiche, istituzionalizzazione, ospedalizzazione, genitori con caratteristiche fobico-ossessive, atteggiamenti eccessivamente autoritari e repressivi da parte dei familiari o degli adulti, cambiamento di abitazione, approccio educativo troppo autoritario, e così via. Il bambino affetto da enuresi è descritto con un carattere flemmatico, timido, ansioso, insicuro, pertanto l'enuresi dovuta a motivi ambientali può essere considerata come una manifestazione dell'ansia con effetto neurovegetativo sulle funzioni vescicali, oppure come espressione di ostilità verso una madre poco attenta ai bisogni del suo bambino.

Interventi

- ❖ Intanto è bene affrontare questo problema con tranquillità, serenità e fiducia.
- ❖ Evitare di rimproverare o colpevolizzare il bambino per questo involontario disturbo. La frustrazione che ne avrebbe, oltre al rischio di provocare problemi psicologici, potrebbe far persistere l'enuresi nel tempo. Questi bambini, al contrario, hanno bisogno di maggiori gratificazioni e rassicurazioni affettive.
- ❖ Fare cenare il bambino la sera molto presto o comunque qualche ora prima di metterlo a letto, in modo tale da far eliminare con l'urina, da sveglio, buona parte dell'acqua bevuta durante la cena.
- ❖ Evitare, soprattutto la sera, di far mangiare al bambino cibi salati o ricchi di acqua.
- ❖ Mettere accanto al letto del bambino una lucetta ed il suo vasino, in modo tale che egli, svegliandosi, possa urinare facilmente senza dover raggiungere il bagno.
- ❖ Utilizzare dei dispositivi d'allarme, che permettono al bambino di svegliarsi, appena inizia a bagnare il letto. In tal modo egli si abituerà a contrarre lo sfintere vescicale, ogni volta che suona l'allarme.
- ❖ È bene inoltre che i genitori, a turno, facciano urinare il bambino nel vasino, almeno due-tre volte durante la notte, negli orari nei quali egli di solito si bagna.
- ❖ Segnare su una tabella le notti e l'orario in cui il bambino ha avuto enuresi.

- ❖ Per rafforzare la muscolatura vescicale e abituare ad esercitare un maggior controllo sui riflessi si può incoraggiare il bambino a contenere, per qualche tempo, la pipì durante il giorno, nei momenti di veglia, con un'azione volontaria.
- ❖ Per motivare maggiormente il bambino, si può ricompensarlo con un piccolo regalo ogni notte che non bagna il letto.

Sindrome da frequente minzione diurna

In alcuni bambini è presente uno stimolo minzionale impellente, imperioso e incoercibile durante il giorno, con intervalli molto brevi che vanno dai cinque ai venti minuti. “Anche se non si può escludere la concomitanza di qualche fattore organico scatenante, possibilmente di natura virale, la minzione frequente diurna, non accompagnata da nicturia, sembra suggerire un'etiologia di tipo comportamentale” (Walker, Rickwood, 1989, p. 48). Le cause di questo sintomo sono da ricercarsi il più delle volte in una situazione di stress, depressione e ansia del bambino.

Encopresi

È la defecazione nelle mutande o nel pannolino anche quando il bambino ha un'età superiore ai due-tre anni.

Anche per questo disturbo si distingue *un'encopresi primaria*, quando il bambino non ha ancora raggiunto un buon controllo dello sfintere anale. Ed *un'encopresi secondaria*, quando, dopo un periodo più o meno lungo di controllo delle feci, il bambino ritorna a sporcarsi.

Durante la defecazione alcuni bambini sembrano non accorgersi di quanto avviene e continuano a giocare tranquillamente,

altri si isolano in un angolino e quindi volontariamente defecano fuori del vaso o del bagno, altri ancora corrono verso il bagno ma non fanno in tempo.

A sua volta però, questi vari comportamenti possono ritrovarsi nello stesso bambino in occasioni diverse, pertanto non è sempre chiaro quanto questo disturbo sia o no volontario. L'enopresi spesso si associa all'enuresi (Militerni, 2004, p. 338).

Cause

Cause organiche

Una causa “banale” può essere quella che si riscontra in bambini che soffrono di stitichezza o che presentano ragadi o altre lesioni a livello anale. In questi casi si innesta spesso un circolo vizioso: il bambino, a causa della stitichezza avverte notevole dolore durante la defecazione, per cui cerca di trattenere al massimo le feci; ciò aumenta la consistenza di queste e, quindi, si accentua il dolore del piccolo durante la defecazione. Il dolore provato, a sua volta, aumenta la repulsa del bambino verso questa funzione fisiologica.

Cause ambientali

Per Militerni (2004, p. 337): “Molto spesso il disturbo è l'espressione di una grave disarmonia nelle relazioni del bambino con i propri genitori”. Lo stesso autore afferma che in questi casi “...è frequente il riscontro di dinamiche familiari conflittuali e stili affettivo-educativi inadeguati”(Militerni, 2004, p. 337). Questo sintomo è spesso presente nei bambini autistici, nelle regressioni psicotiche e in altri gravi disturbi psichici. In questi casi il bambino può presentare un atteggiamento provocatorio, per cui esibisce la biancheria sporca, mostrandosi insensibile alle osservazioni e ai rimproveri.

Come si può ben comprendere, quasi sempre i genitori tollerano molto male questo tipo di disturbo ed assumono atteggiamenti repressivi e colpevolizzanti che accentuano le difficoltà

del rapporto con il figlio e di conseguenza anche la sintomatologia.

Interventi

Quando l'encopresi è dovuta alla defecazione dolorosa gli interventi saranno rivolti ad evitare la stipsi e a curare la zona anale. Quando, invece l'encopresi è solo un indice di un disturbo psicologico più vasto e importante, come può essere un alterato rapporto genitori-figlio, bisognerà necessariamente intervenire mediante una psicoterapia rivolta sia alla famiglia sia al bambino.

L'autostima e l'autoefficacia

L'autostima è uno degli aspetti più importanti del mondo intrapsichico dell'individuo.

Per Militerni (2004, p. 100): “L'autostima può essere definita come la valutazione delle qualità che l'individuo percepisce come proprie”. Ogni individuo dà dei giudizi qualitativi su di sé e sulle proprie qualità: estetiche, morali, sociali, intellettive, motorie ecc. “A differenza dell'autostima che riguarda piuttosto un giudizio generale di valore su se stessi, *l'autoefficacia* consiste nella convinzione di potere raggiungere uno specifico obiettivo, realizzando tutti i passaggi per arrivare allo scopo”. (Bonino, 2006, p. 26).

L'autostima riflette non solo la visione obiettiva della nostra realtà personale, familiare e sociale, ma soprattutto rispecchia il modo con il quale gli altri ci giudicano e valutano. Possedere una scarsa autostima significa avere sentimenti negativi nei riguardi delle proprie qualità, capacità o competenze.

Quando un bambino è eccessivamente ripreso per i suoi limiti negli apprendimenti, per il suo aspetto esteriore, o per il suo modo di comportarsi, avrà necessariamente difficoltà a vedere se stesso nella giusta prospettiva, per cui è facile che la disistima

porti ad ansia, insicurezza, chiusura, timidezza e tristezza la quale può andare fino a una grave depressione.

Quando è presente scarsa autostima questa, anche se nasce da un particolare difetto del minore, tende a diffondersi su tutti gli aspetti della sua vita. Se ad esempio, un bambino viene canzonato per un suo difetto fisico, vi è il rischio che la sofferenza che egli avverte a causa dei comportamenti dei suoi compagni, sconvolga il suo mondo interiore, cosicché egli potrà pensare di non essere abbastanza abile anche nell'apprendimento. Ciò lo porterà ad affrontare lo studio e le interrogazioni senza la necessaria serenità interiore e con scarsa fiducia in se stesso e nelle sue qualità, con conseguenze negative anche sul rendimento scolastico. In altri casi, al contrario, le frustrazioni subite potranno stimolare nel minore il bisogno di difendere il proprio Io dalla svalutazione operata dall'ambiente esterno, con conseguenti comportamenti instabili, aggressivi, irritanti, collerici ed esplosivi.

Le cause della disistima

Sia l'autostima sia l'autoefficacia si sviluppano soprattutto grazie ad esperienze personali positive. I motivi che possono portare alla disistima possono nascere non solo da un giudizio esterno, ma anche derivare da un modo eccessivamente severo con il quale il bambino giudica se stesso, innanzitutto agli altri. Può succedere, ad esempio, che un bambino si giudichi incapace in quanto, nonostante tutto il suo impegno, va male a scuola, e ciò nonostante la responsabilità del suo scarso profitto sia da addebitarsi a qualche insegnante poco capace o ai suoi genitori poco attenti e disponibili nel fornirgli nell'ambiente domestico l'aiuto e il supporto necessario o un clima adatto allo studio e all'apprendimento. D'altra parte, a sua volta, l'autostima condiziona l'apprendimento, per cui si può innescare un circolo vizioso: la scarsa autostima comporta delle difficoltà nell'apprendimento,

e queste, a sua volta, diminuiscono ancor di più la fiducia in se stessi e nelle proprie qualità. Ritroviamo spesso una scarsa autostima nei bambini che presentano handicap fisici o psichici, se la gestione della disabilità non è affrontata correttamente.

Scarsa autostima si può avere quando le lodi e gli encomi sono scarsi, mentre i richiami ed i rimproveri sono frequenti. Scarsa autostima si può avere anche quando il bambino si ritrova in una famiglia disgregata o conflittuale, nella quale i genitori hanno dei comportamenti infantili, poco maturi e responsabili. In questo caso, il giudizio negativo sui genitori si riflette sul figlio stesso, in quanto facente parte della stessa comunità familiare. Ciò avviene non solo perché il bambino può pensare di essere, almeno in parte, responsabile dei conflitti o della separazione, ma anche per l'immagine negativa che i genitori danno l'uno dell'altro.

Come essere un figlio orgoglioso di sé quando la madre è giudicata dal padre, ma anche dai familiari di questi, “una pazza, isterica; una poco di buono che ha sfasciato una famiglia per andarsene con il primo bellimbusto che ha trovato” mentre il padre è visto dalla parte avversa come “un uomo prepotente, irresponsabile ed incapace di provvedere alla sua famiglia?”

In Marco, un ragazzo di tredici anni, abbiamo potuto evidenziare la scarsa autostima solo dai suoi racconti, mentre i genitori notavano in lui e riportavano come problemi soltanto le sue paure, le difficoltà nella scrittura, le ansie ed il suo nervosismo.

Un brutto bambino che voleva imparare a guidare

“C’era una volta Luigi. Oggi era il giorno per prendersi la patente. Nella scuola guida tutti ridevano di lui perché aveva i baffi e i denti gialli. Quando è salito sulla macchina, l’insegnante si è spaventato per la sua bruttezza. Luigi si è sorpreso della reazione dell’insegnante e premeva l’acceleratore. L’insegnante gli disse che lui sbagliava. Ogni cosa che faceva lo rimproverava. Lui era molto confuso e poi, alla fine, non ha preso la paten-

te e gli amici lo prendevano in giro. Lui provò nuovamente a guidare bene la macchina e ci riuscì, ma non si accorse che una macchina gli stava venendo addosso, lo investì e morì”.

In questo primo racconto, effettuato nel suo percorso terapeutico, il bambino descrive, come meglio non si potrebbe, cosa innesca la disistima, cosa la mantiene viva e le conseguenze che essa provoca. Intanto egli evidenzia immediatamente come la semplice diversità possa diventare agli occhi degli altri bruttezza fisica e, come ciò provochi molto spesso ilarità e diletto (*Nella scuola guida tutti ridevano di lui perché aveva i baffi e i denti gialli*). L'ilarità ed il diletto, a sua volta, provocano nel malcapitato uno stato di frustrazione che si traduce in malessere psicologico, con conseguente incapacità nelle attività intraprese (*Lui si è sorpreso della reazione dell'insegnante e premeva l'acceleratore*). L'incapacità, a sua volta, alimenta altre frustrazioni: in questo caso, l'essere bocciato agli esami di guida. A queste frustrazioni consegue l'ulteriore derisione da parte dei compagni per la bocciatura (*alla fine non ha preso la patente e gli amici lo prendevano in giro*). Da notare come le reazioni negative di chi ci circonda, anche se adulto e con un ruolo educativo, spesso non fanno altro che accentuare i problemi del minore, vittima di queste problematiche (*L'insegnante gli disse che lui sbagliava. Ogni cosa che faceva lo rimproverava*).

Marco, nel suo racconto sottolinea poi, come la conseguenza della disistima provochi in lui un grave disagio interiore: la confusione, la quale, a sua volta, non fa che peggiorare il rendimento (*Lui era molto confuso*). Il pessimismo e lo stato mentale che ne conseguono, impediscono che la reazione positiva del bambino vada a buon fine (*Lui prova nuovamente a guidare bene la macchina e ci riuscì, ma non si accorse che una macchina gli stava venendo addosso, la macchina lo investì e morì*).

Queste ultime, tragiche parole, con le quali Marco termina il racconto, evidenziano molto bene lo stato d'animo dei bambini

che soffrono di disistima. L'essere investito e il morire non sono solo la conseguenza funesta del disagio interiore e della conseguente confusione, possono rappresentare, purtroppo, anche il desiderio più profondo di ogni minore che si trova in questa grave situazione di malessere!

Vittima della dea della bruttezza

“C’era una volta un uomo di nome Claudio. Questo piaceva a tutte le ragazze. Un giorno, nel cielo, lo vide la dea della bruttezza che lo fece diventare brutto, con occhi di colori diversi. Quando le ragazze lo videro svennero per tanta bruttezza. Lui, scoprendo il sortilegio, salì nel cielo e chiese alla dea il motivo del sortilegio e lei gli rispose che nessuno poteva essere più bello di lei, ma che ciò che contava era la bellezza interiore e non quella esteriore”.

In questo secondo racconto Marco manifesta la sua scarsa autostima focalizzandola, ancora una volta, sulla bellezza fisica. In questo caso è l’invidia degli altri a provocare i suoi problemi. Il bambino cerca di capire il perché possa essere coinvolto in questo tipo di situazione e ne dà la responsabilità non più a se stesso ma a qualcuno fuori di lui (*Un giorno, nel cielo lo vide la dea della bruttezza che lo fece diventare brutto, con occhi di colori diversi*). Le conseguenze di ciò non possono che essere disastrose (*Quando le ragazze lo videro svennero per tanta bruttezza*)! Tuttavia poiché i suoi problemi provengono dall’esterno, egli può cercare di risolverli (*Lui scoprendo il sortilegio salì nel cielo e chiese alla dea il motivo del sortilegio e lei gli rispose che nessuno poteva essere più bello di lei*). Alla fine del racconto il bambino prova ad accettarsi così come egli è, mettendo in bocca alla stessa dea gelosa le parole che tante volte si sarà detto per cercare di diminuire la sua scarsa autostima (*che ciò che contava era la bellezza interiore e non quella esteriore*).

L'albero diverso

“C’era una volta un seme, l’agricoltore ha cominciato a dare acqua al seme e, dopo un po’, è nato un bell’abete, che era diverso dagli altri: con foglie gialle a forma di albero di bosco. Gli altri pini lo vedevano diverso e lo prendevano in giro e lui rispondeva che era diverso perché era migliore e chiedeva di essere lasciato in pace. Il povero albero pensò a quello che dicevano gli altri pini e dubitava di essere un vero pino. Cercando, scoprì di essere stato piantato lì per sbaglio. Tuttavia lui era contento perché capì di essere speciale”.

Il miglioramento di Marco si evidenzia molto bene in questo terzo racconto, nel quale egli riesce ad avere una buona accettazione di sé e della sue particolari caratteristiche, così da potersi confrontare con gli altri coetanei e reagire adeguatamente ai loro dileggi (*Gli altri pini lo vedevano diverso e lo prendevano in giro e lui rispondeva che era diverso perché era migliore e chiedeva di essere lasciato in pace*). Ed è sempre in questo racconto che il bambino riesce a staccarsi dal bisogno di omologarsi con il gruppo esaltando le sue peculiarità. Infatti, alla fine del racconto, Marco riesce a giudicare la sua diversità non come un limite o un handicap ma come un valore (*Tuttavia lui era contento perché capì di essere speciale*).

Interventi

L’autostima è un bene prezioso che va coltivato e protetto. È compito dei genitori, dei familiari, degli insegnanti e degli adulti in genere, farla nascere nell’animo dei bambini e poi curarla così che cresca e si sviluppi correttamente.

- ❖ Per ottenere ciò, poiché l’autostima nasce innanzitutto da una buona relazione con gli adulti, è bene porsi in ascolto del bambino con attenzione, quando questi racconta le sue prodezze, le sue scoperte o le sue piccole “invenzioni”. Ciò lo farà sentire orgoglioso di sé

e delle sue capacità. Inoltre è importante rispondere prontamente ai suoi bisogni, giacché le risposte premurose e coerenti lo faranno sentire amato e, quindi, sicuro di sé.

- ❖ È fondamentale, inoltre, che gli adulti per lui importanti: genitori e insegnanti, avvertano il minore in modo positivo, cosicché quando si ritroveranno a parlare di lui nell'ambito della famiglia, con gli estranei o con gli amici, evidenzieranno i suoi pregi e non i suoi difetti. Allo stesso modo quando questi adulti dialogheranno con il bambino, mentre si attiveranno a lodare ed evidenziare tutti i comportamenti positivi che egli attua e tutte le qualità che egli possiede, cercheranno di tralasciare eventuali deficienze o mancanze.
- ❖ Se il bambino presenta degli atteggiamenti e comportamenti sicuramente criticabili o negativi, è necessario analizzare tutti gli atteggiamenti provenienti dall'ambiente che tendono a peggiorarli e quelli, invece, che tendono a migliorarli. In tal modo si potranno ridurre drasticamente tutti i giudizi negativi che tendono a peggiorare la sua autostima, mentre si daranno vigore a quelle parole e comportamenti che tendono a migliorarla
- ❖ È importante, inoltre, valorizzare tutte le peculiari capacità del piccolo, dandogli dei compiti nei quali questi possa far risaltare le proprie particolari doti e capacità. Allo stesso modo, per evitare possibili frustrazioni, gli si affideranno dei compiti adeguati alle sue possibilità intellettive e cognitive, cosicché egli li possa compiere sempre, rapidamente e bene. Le attese nei suoi confronti dovranno necessariamente essere ragio-

nevoli, senza cercare di chiedere troppo stimolandolo di là dai suoi limiti e, soprattutto, senza fare inutili confronti con i suoi fratelli o con altri coetanei.

- ❖ È bene aiutare il bambino che presenta scarsa autostima, nel conseguimento di qualche suo obiettivo, qualunque esso sia: scolastico, sportivo, artistico, tecnico ecc. senza mai sostituirsi a lui, cosicché possa essere orgoglioso per ogni cosa da lui conseguita. Ciò è possibile fare aiutandolo nello sviluppo di alcune sue passioni che possono riguardare la pittura, il disegno, la musica, la scrittura ecc.
- ❖ Gli insegnanti, dal canto loro, cercheranno di instaurare con il bambino che ha scarsa autostima un canale di comunicazione particolare e individuale, anche se non privilegiato. Questa particolare attenzione lo farà sentire voluto bene e, quindi, più forte e sicuro. Nei lavori di gruppo lasceranno al bambino del quale vogliono migliorare l'autostima, il ruolo che gli è più congeniale ma che è anche importante per la riuscita del lavoro.

I disturbi della comunicazione

Affinché la comunicazione si attui, correttamente, è necessario il concorso di vari elementi.

1. *L'interesse*. L'interesse è il primo di questi elementi. Se l'altro può dare qualcosa al bambino, lo può aiutare, sostenere, assistere in qualcosa, il suo interesse a comunicare sarà molto elevato. Al contrario, se mediante la sua esperienza il piccolo ha constatato che gli altri non lo ascoltano, non gli sono vicini, non lo sostengono e aiutano, il suo interesse a comunicare sarà molto scarso. È

evidente che l'interesse del bambino nei confronti della comunicazione con la madre e il padre sia notevole, in quanto sono queste le persone che più di ogni altra possono dargli delle cose per lui fondamentali: cibo, sicurezza, calore, affetto, accoglienza.

2. *Il piacere nel comunicare.* Se il dialogo con l'altro è piacevole, gratificante, attraente, allettante, il bambino farà molti sforzi per dialogare frequentemente e nel miglior modo possibile. Al contrario se egli ha paura dell'altro, se avverte l'altro come un nemico, se non si fida di lui, se ha timore del mondo, se la comunicazione gli apporta sofferenza, se non sono ascoltati i suoi bisogni, gli mancherà uno stimolo importante a comunicare.
3. *Condizioni psichiche adeguate.* Certamente capacità intellettive molto carenti diminuiscono la possibilità di strutturare le proprie idee e il proprio pensiero in modo adeguato; sicuramente i disturbi neurologici o sensoriali potranno rendere difficile se non impossibile il linguaggio verbale, ma la comunicazione anche se in maniera semplice e povera potrà avvenire ugualmente. Il deficit più importante, capace di impedire la possibilità di mettersi in comunione dialogica con l'altro, la normale e corretta elaborazione del pensiero, la sua traduzione in parole comprensibili, mediante il linguaggio, anche a soggetti di elevate capacità intellettive, riguarda i disturbi emotivi ed affettivi del soggetto. Un eccessivo eccitamento, un'ansia notevole, una paura coartante, una depressione inibente, riducono notevolmente le capacità comunicative, in quanto, la mente del soggetto, notevolmente alterata, impedisce l'organizzazione e l'elaborazione del pensiero e rende impossibile una normale esposizione dei contenuti. Se il pensiero è molto disturbato, o peggio

sconvolto e destrutturato, anche il linguaggio e la comunicazione, in generale, ne soffriranno notevolmente. Per tutti questi motivi la qualità e la quantità della comunicazione presente negli adulti e nei minori non é per nulla costante ma varia continuamente in base alla condizione psichica della persona, e questa, a sua volta, subisce l'influenza dell'ambiente nel quale il soggetto vive. Pertanto il malessere psicologico è capace di bloccare o destrutturare fino alla dissociazione e all'autismo la comunicazione ed il linguaggio sia degli adulti sia dei bambini. Alterazioni del sistema comunicativo e dell'interazione sociale sono presenti in maniera più o meno evidente, più o meno grave, più o meno vistosa in quasi tutti i disturbi psichici: non mancano nei bambini che presentano deficit dell'attenzione ed iperattività, nei disturbi d'ansia, nei bambini molto timidi e chiusi o con scarsa autostima, nei disturbi della condotta, nei bambini depressi. Sono presenti nei momenti in cui il bambino è vittima di paure e fobie, ma, soprattutto, sono più evidenti nei bambini con mutismo selettivo, nella balbuzie e nel Disturbo Autistico. Vi è, pertanto, un continuum tra una situazione relazionale nella quale la comunicazione è facile, fluida, immediata, il che faciliterà notevolmente il dialogo, la comprensione e la comunione con l'altro e la condizione opposta: nella quale le capacità comunicative e relazionali del soggetto sono minime e/o molto disturbate.

Il mutismo totale acquisito

Questo tipo di mutismo si presenta verso tutte le persone e può comparire dopo uno shock psicologico. Per fortuna così come improvvisamente compare, altrettanto rapidamente e improvvisamente può anche scomparire. In genere al mutismo tota-

le acquisito segue un periodo nel quale il soggetto parla bisbigliando o presenta balbuzie.

Il mutismo selettivo stabile

Nel mutismo selettivo il bambino riesce a parlare e comunicare solo in certi ambienti e con certe persone, ma non riesce a fare lo stesso in altri ambienti e con altre persone. Ad esempio, egli riesce a parlare nella sua casa, ma non fuori di essa. Riesce a parlare con i familiari, ma non con gli estranei; con i compagni di classe, ma non con la maestra; con tutte le maestre, tranne che con una. Anche se il fatto di parlare in casa ma non fuori casa, dà l'idea di uno spazio fisico, in realtà si tratta sempre di spazi psicologici, che il bambino è riuscito o non è riuscito ancora a conquistare.

Per capire il mutismo selettivo, dobbiamo immaginare graficamente la conquista della comunicazione sociale, come a dei cerchi concentrici. Nel primo, quello più interno, vi è la figura della madre e del padre. Se con queste basilari figure il bambino riesce a ben relazionarsi, egli acquisterà la forza e la fiducia necessarie ad aprirsi anche nei confronti dei nonni, e poi progressivamente dei fratelli e delle sorelle. In seguito cercherà di ben relazionarsi con gli altri familiari; poi sarà la volta di qualche compagno con il quale si è stabilito da tempo un buon rapporto e, solo alla fine di un percorso di maturazione, sarà capace di affrontare la relazione anche con gli estranei. Ogni legame di fiducia che egli riesce a ben instaurare, è una conquista, ma è anche una solida base di partenza per andare oltre, per conquistare il successivo livello sociale e comunicativo. Più il bambino è ansioso, timido, psicologicamente disturbato, più rimane ancorato a dei livelli inferiori di sviluppo, che gli impediscono di conquistare nuovi ambienti comunicativi e sociali. Poiché, a lungo andare, questo limite viene avvertito dal bambino come una carenza rispetto agli altri, vi è il rischio di un'accentuazione del suo

disagio e delle sue difficoltà interiori. Ed è per questo motivo che il mutismo selettivo può durare diversi anni.

Interventi

Quando sono presenti queste difficoltà comunicative è fondamentale creare attorno al bambino un ambiente sereno e gioioso, così che si trovi a proprio agio sia in famiglia sia a scuola. Contemporaneamente è bene evitare di pressare il bambino al fine di spingerlo o peggio costringerlo alla comunicazione, giacché questa violenza non farà altro che peggiorare il suo già cattivo rapporto con la realtà esterna a lui. Poiché è raro che la comunicazione scompaia totalmente, è importante che i genitori e gli educatori accettino senza riserve gli strumenti, le modalità e i tempi che il bambino è in grado di utilizzare.

Nell'ambito della classe è bene che egli, inizialmente, entri in relazione con un solo coetaneo da lui scelto e con il quale vi è affinità di carattere e con il quale egli può stabilire o si sono già stabilite, una qualche comunicazione ed intesa anche non verbale.

La balbuzie

È questa un'alterazione che riguarda l'ordinata ed efficace esposizione delle idee e dei sentimenti mediante le parole. È presente in circa l'1% dei bambini, soprattutto maschi (tre – quattro bambini per una bambina) (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 247).

Sono distinti due tipi di balbuzie che però spesso coesistono nello stesso soggetto: *il tipo tonico ed il tipo clonico*. Nella *balbuzie di tipo tonico* il soggetto ha difficoltà ad emettere un suono, mentre nella *balbuzie di tipo clonico* vi è la ripetizione interrotta ed esplosiva della stessa sillaba.

Nella balbuzie possono essere presenti, come corollari, vari altri sintomi come le contrazioni del viso, i tic o la presenza di

gesti variabili, più o meno stereotipati, insieme ad altre manifestazioni emotive, come l'arrossamento del viso, una penosa sensazione di disagio, la sudorazione delle mani.

Si considera fisiologico il balbettio del bambino fino ai tre-cinque anni, in quanto, a quest'età, la difficoltà elocutoria può non essere legata ad alcun problema emotivo, ma può nascere dalla necessità del piccolo, che sta apprendendo il linguaggio, di trovare sillabe e parole adeguate ad esprimere il suo pensiero.

Cause

Possibili cause organiche

Come cause organiche sono indicate sia una possibile predisposizione genetica che un ritardo nell'acquisizione del linguaggio.

Possibili cause psicologiche

Per Militerni (2004, p. 365): "L'orientamento psicogenetico tende ad enfatizzare un riscontro, per altro molto frequente, rappresentato da uno stretto legame tra la balbuzie e condizioni emotive, particolarmente evidenti in certe situazioni relazionali". Infatti, questo sintomo, ha un andamento variabile: aumenta con l'aumentare dell'emotività, diminuisce molto quando il bambino è tranquillo e si attenua quando il linguaggio è automatizzato (canto, gioco, ripetizioni di brani a memoria). In alcuni casi si hanno delle remissioni che possono durare anche alcuni mesi, alternati a fasi di riacutizzazione (Militerni, 2004, p. 366).

La maggiore incidenza della balbuzie si ha tra i sei e i dieci anni; proprio con l'inserimento del bambino nell'ambito scolastico. Inserimento che gli richiede un notevole impegno psicologico. (Militerni, 2004, p. 366).

Per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 107) questo sintomo lo si ritrova più frequentemente nei soggetti con introversione, ansia, passività, sottomissione, aggressività ed impulsività.

L'approccio psicofisiologico fa della balbuzie il risultato di un conflitto "in cui l'ansia suscita il blocco che per feedback negativo libera, in un secondo tempo, la parola ed è da ciò che si manifesta l'aspetto frammentario e ripetitivo del linguaggio (Sheehan, in De Ajuriaguerra, Marcelli, 1986, p. 107)". La psicoanalisi, invece, colloca la balbuzie tra l'isteria di conversione e la nevrosi ossessiva.

Interventi

Il trattamento di questo disturbo si avvale molto della rieducazione ortofonica, delle tecniche di rilassamento, della possibilità di esprimere nel gioco l'aggressività latente, dello psicodramma ma anche della psicoterapia individuale.

I disturbi della socializzazione

Per quanto riguarda l'interazione sociale, cioè la capacità di entrare in relazione con l'altro, questa richiede dei vissuti interiori adeguati. L'altro non mi deve creare né disagio, né paura, anzi, l'altro, lo devo avvertire come amico, vicino, disponibile, attento e accettante. Ciò mi spingerà ad aprirmi a lui. Ciò mi stimolerà a cercare con lui un confronto ed un dialogo. Se ciò non avviene, se l'altro è avvertito come distante e freddo, se l'altro viene ravvisato come apportatore di ansie, paure, insicurezze e frustrazioni, l'interazione sociale sarà deficitaria o non avverrà affatto.

Il bambino acquista la possibilità di socializzare con gli estranei, solo se ha vissuto in maniera serena e soddisfacente il rapporto con le figure familiari. È solo la bontà di questo rapporto ed è la serenità dell'ambiente di vita nel quale è vissuto, che gli permetteranno di aprire il proprio animo, il proprio interesse e la propria attenzione costruttiva anche agli estranei. Le capacità di interazione sociale possono essere ottime, buone, normali, modeste o scarse e, quindi, patologiche. Avremo, ad un estremo

i bambini che socializzano facilmente con tutti, mentre nella parte opposta troveremo i bambini affetti da gravi forme di autismo, i quali non comunicano o hanno gravi difficoltà a comunicare. I bambini più vicini alla norma sono quelli che si aprono agli altri, quando e solo se sono certi di potersi fidare. Vi sono poi i bambini che interagiscono, ma con continui reciproci scontri, ripicche e aggressività. Seguono quelli che riescono ad interagire, in modo pieno e costruttivo, solo con un compagno che ha caratteristiche di personalità molto vicine o complementari alle proprie. Vi sono poi bambini che riescono a dialogare interagire solo con un adulto: di solito la madre, il padre, una zia o un nonno. I bambini più gravemente disturbati avranno difficoltà a comunicare anche con la propria madre o con il proprio padre.

Le difficoltà nella socializzazione si possono manifestare con inibizione o con disinibizione,

Forme con inibizione

In queste forme la mimica appare poco vivace, la postura è eccessivamente stabile, il bambino non aderisce alle consegne, o, se lo fa, le attua in maniera passiva; non prende l'iniziativa nello scambio; si limita a rispondere alle domande che gli sono poste; il linguaggio è coartato e povero sul piano narrativo (Militeri, 2004, p. 108). Troviamo queste forme di difficoltà nella socializzazione nel bambino timido, inibito, nella fobia sociale, nei disturbi d'ansia e dell'umore, nel mutismo selettivo, nel disturbo oppositivo provocatorio, quando è presente una scarsa autostima per inadeguatezza o per malformazioni o disabilità e, naturalmente, nei disturbi pervasivi dello sviluppo.

Forme con disinibizione

In queste forme vi sono elevati livelli di attività motoria. Il bambino familiarizza in maniera eccessiva anche con gli estranei, appare particolarmente curioso, ma distraibile. Risponde alle

domande che gli sono poste arricchendo le risposte con frasi poco aderenti al contesto. Fa continui quesiti senza interessarsi alle risposte. Anche in questa forma, se la quantità della socializzazione è buona, lo stesso non si può dire per la qualità della relazione, poiché è compromesso il normale fluire degli scambi interpersonali. Questa forma con disinibizione è presente soprattutto nei disturbi dell'umore di tipo maniacale, nei disturbi della condotta e nel disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività.

Le difficoltà durante il gioco

È noto come il gioco abbia varie finalità e sia un elemento centrale nella vita del bambino. Il piccolo essere umano, mediante questo basilare strumento di crescita, sviluppa tutte le potenzialità umane: l'intelligenza, l'emotività, la socialità, l'affettività, le capacità motorie, quelle sensoriali ecc.

Poiché il gioco gli è indispensabile per esplorare e conoscere il mondo materiale, affettivo, relazionale e sociale che lo circonda, è attraverso il gioco che egli impara a conoscere, comunicare e socializzare con gli altri. Il bambino, controllando e modulando le proprie emozioni e i propri impulsi, si rende gradualmente autonomo dai genitori e dagli adulti, rafforza la sua volontà, scopre la necessità delle regole e le modalità con le quali le può utilizzare al meglio, entra in contatto con se stesso e con il mondo della natura.

Il gioco è anche un ottimo strumento per capire le dinamiche riguardanti il mondo interiore del bambino (Militeri, 2004, p. 78). Mediante il gioco comprendiamo: la quantità e la qualità dei suoi bisogni; le sue capacità immaginative; le necessità più o meno normali o accentuate di ordine, di metodo, di pulizia; l'armonia o la disarmonia interiore; le sue abilità psicomotorie; la sua tolleranza o intolleranza alle frustrazioni; il maggiore o minore bisogno di comunicare con gli altri, e così via. Mediante il gioco si rendono evidenti la sua disinibizione o la sua inibizione;

la sua serenità interiore o il suo stato di tensione e di eccitamento; il suo stato di benessere e gioia o il suo stato di tristezza e apatia; la sua maggiore o minore reattività; le sue tendenze all'aggressività e alla distruttività. In definitiva la varietà, la ricchezza e la qualità dei giochi del bambino ci permettono di osservare il suo mondo interiore e di conoscere la maggiore o minore gravità delle sue eventuali problematiche psicoaffettive.

Quando osserviamo un bambino che gioca, se le sue attività sono ricche e varie, se esegue dei giochi costruttivi e se riesce a giocare sia da solo sia con gli adulti ed i suoi coetanei, possiamo essere abbastanza tranquilli che il suo mondo interiore non è molto disturbato.

Al contrario, sono segnali di una realtà interiore alterata:

- ❖ quando il piccolino, durante il primo anno di vita, non partecipa ai giochi semplici, proposti dalla madre e quando, più grandetto, non riesce a giocare, o gioca molto poco, con i suoi genitori o con altri adulti, con i quali si è stabilito un legame affettivo e di fiducia;
- ❖ quando verso i tre-quattro anni non riesce ad accettare anche i giochi e le regole proposte dagli altri, per cui prevalgono nettamente nella giornata i giochi solitari rispetto a quelli fatti in due o in gruppo;
- ❖ è un segnale negativo anche la situazione opposta, nella quale il bambino riesce ad effettuare solo giochi di gruppo, ma non riesce e non accetta di giocare, anche per breve tempo, da solo;
- ❖ quando il bambino non utilizza o impiega in maniera impropria e distruttiva i giocattoli adatti alla sua età o adopera solo pochi giochi ed in modo ripetitivo;

- ❖ quando nel gioco solitario, a due o di gruppo, prevalgono nettamente e costantemente attività e fantasie aggressive, distruttive o regressive;
- ❖ quando il gioco o i giochi sono troppo instabili, mutevoli e caotici;

La più grave alterazione la ritroviamo nei bambini con disturbo autistico, i cui giochi sono molto scarsi, ripetitivi, anomali. In questi minori spesso mancano i giochi d'immaginazione, simulazione e imitazione sociale. Essi amano soprattutto i giochi solitari, poiché spesso si rifiutano di partecipare a quelli proposti dagli altri e non rispettano alcuna regola. Si è notato però che questi stessi bambini accettano con piacere di eseguire il gioco libero autogestito, in quanto, con questa modalità, si sentono perfettamente liberi.

Non è da sottovalutare, infine, che le terapie che utilizzano il gioco sono tra le più efficaci e diffuse.

Comportamenti ripetitivi e stereotipie

I comportamenti ripetitivi e le resistenze al cambiamento non sono di per sé condotte caratteristiche di una patologia, poiché sono presenti sia negli adulti sia nei minori normali, soprattutto quando questi sono sottoposti a particolari stress. In questi casi, la ripetizione del movimento, come il girare una penna, un foglio, un giocattolino tra le dita, ha l'effetto di scaricare la tensione interiore, rilassare e migliorare, nello stesso tempo, la concentrazione sul compito al quale in quel momento il soggetto è impegnato.

Tuttavia il bisogno di comportamenti ripetitivi si accentua notevolmente quando il bambino presenta sofferenza interiore o quando è stressato, frustrato o peggio traumatizzato. In questi casi, per potersi sentire tranquillo, ha bisogno che gli oggetti e il mondo esterno a lui non cambino o cambino molto poco. Pertan-

to, ritroviamo questi atteggiamenti in modo notevole soprattutto nei bambini con tratti ossessivi o con sindromi autistiche. Questi minori non sopportano che gli oggetti siano posti in modo anche lievemente disordinato e amano che gli avvenimenti attorno a loro si svolgano sempre allo stesso modo e con l'uso degli stessi oggetti. Pertanto vanno facilmente in crisi se gli adulti modificano anche di poco le occupazioni, i luoghi e gli avvenimenti che li accompagnano durante il giorno.

Galimberti (2006, p. 359) così si esprime a questo riguardo: “Questa tesi, oltre che da Malinowski, che nella ripetizione rituale e codificata vede un efficace strumento di riduzione dell'ansia, è sostenuta anche da Van Gennep A., che assegna al rito il compito di proteggere l'individuo, nelle fasi di passaggio dall'adolescenza all'età adulta, dal celibato al matrimonio, dalla vita alla morte, e simili. Sulla stessa linea è l'interpretazione di De Martino E., per il quale il rito aiuta a superare e a sopportare le difficoltà che quotidianamente si incontrano, in quanto fornisce modelli di comportamento rassicuranti, garantiti dalla tradizione”.

Le stereotipie

Per stereotipia s'intende la ripetizione di una sequenza invariata e costante di un comportamento.

Le stereotipie possono coinvolgere l'attività motoria (*stereotipie motorie*), la comunicazione, sia scritta sia verbale (*stereotipie della comunicazione*), i giochi (*stereotipie dei giochi*), il disegno (*stereotipie del disegno*) e così via.

Quando il bambino presenta delle *stereotipie motorie*, muove in modo ritmato, per molto tempo, alcune parti del corpo: le mani, il tronco, il viso o il capo. Quando le stereotipie interessano le mani queste sono come torte, mosse su una superficie, sventolate in aria o davanti agli occhi, strofinate o battute l'una

sull'altra. Se interessano il tronco, questo può subire dei movimenti di dondolamento avanti – indietro o da un lato all'altro.

Quando il bambino presenta stereotipie nella comunicazione, emette gli stessi gridolini o un suono continuo con la stessa tonalità o fa sempre le stesse domande, anche se sa benissimo le risposte. Altri bambini con questo tipo di sintomi scrivono lunghi elenchi di parole, frasi e nomi.

Se sono presenti le stereotipie negli interessi, i bambini si dedicano in maniera assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e anomali o per intensità o per focalizzazione e appaiono sottomessi ad inutili abitudini o rituali specifici. Ad esempio, richiedono di vedere sempre lo stesso film o lo stesso cartone animato o vogliono parlare solo di un determinato argomento: dinosauri, streghe, film di un certo attore.

Le stereotipie nei comportamenti sono spesso caratterizzate da richieste sempre uguali. Ad esempio, di premere il bottone dell'ascensore, di bagnarsi le mani, di accendere e spegnere la luce.

Per quanto riguarda *le stereotipie nei giochi*, una volta scelto un giocattolo questo viene usato dal bambino sempre allo stesso modo, per molto, troppo tempo. Ad esempio, il bambino fa muovere continuamente avanti e indietro la stessa macchinina, nello stesso luogo, oppure fa girare con il dito continuamente le sue ruote. Altri bambini muovono davanti agli occhi un pezzetto di cartone o fanno girare una trottolina.

Le stereotipie del disegno sono anch'esse molto evidenti. I bambini che ne soffrono tendono a disegnare sempre lo stesso elemento che, per qualche motivo, in quel momento è predominante nel loro animo, senza effettuare alcuna critica per le anomalie presenti nel disegno. Pertanto questi bambini possono rappresentare nei disegni sempre lo stesso soggetto ad esempio: una serie notevole di pali, una casetta con un assurdo numero di fine-

stre e porte, un cielo con più soli o più lune, un mare costellato da un numero notevole di boe e così via.

I comportamenti stereotipati possono variare nel tempo per caratteristiche, intensità e frequenza, in base ai cambiamenti ambientali e ai vissuti del bambino in un determinato momento.

Le cause

Vari movimenti stereotipati sono presenti negli animali, quando questi sono tenuti in condizioni di malessere e di stress eccessivo. Questi comportamenti non si presentano o cessano, quando è loro data la possibilità di svolgere una normale vita sociale e relazionale e viene offerto un sufficiente spazio vitale. Negli esseri umani, ritroviamo comportamenti stereotipati quando la psiche è sottoposta a un notevole e perdurante stato di tensione e malessere. Questi comportamenti sono presenti nei bambini autistici, in quelli provenienti dagli orfanotrofi e brefotrofi, in alcuni ritardati mentali, in alcuni soggetti affetti da sordità o cecità, ogni qualvolta questi disabili sono mal gestiti dalle famiglie o dalle istituzioni, per cui sono sottoposti a notevoli carenze affettive, unite a frustrazioni e stress eccessivi.

In questi bambini possiamo ritrovare tutti i tipi di comportamenti stereotipati che abbiamo sopra descritto (Militeri, 2004, p. 255). Anche in questi minori, come negli animali, tale tipo di sintomi si attenua molto o scompare totalmente quando la loro ansia e sofferenza diminuiscono. Per tale motivo è assolutamente inutile e controproducente lottare per limitare o cercare di estinguere questi segnali di sofferenza, mediante rimproveri o peggio con l'uso di punizioni. Molto meglio è impegnarsi nell'offrire al bambino un ambiente più sereno, gioioso e dialogante.

I disturbi delle funzioni cognitive

Per disturbo delle funzioni cognitive si intende l'incapacità del bambino di fornire prestazioni scolastiche: lettura, scrittura, calcolo, rispondenti alla sua età e alla classe frequentata.

Le cause

Questa incapacità può avere molte cause: alcune possono riguardare il bambino, ma altre possono essere sicuramente attribuite al suo ambiente scolastico e/o familiare.

Cause genetiche e organiche

Poiché le capacità di apprendimento necessitano di strutture biologiche e funzionali atte a svolgere le attività richieste, il bambino può avere difficoltà in una o più prestazioni scolastiche in quanto le sue capacità intellettive risultano carenti o non mature in modo più o meno grave, in una o più funzioni per delle particolari predisposizioni genetiche o per una o più malattie che il soggetto ha subito nel corso della sua vita intra ed extrauterina, malattie che hanno provocato delle alterazioni anatomiche o funzionali, a livello cerebrale.

Cause ambientali

Presenza di problematiche affettivo-relazionali.

Le funzioni cognitive non sono isolate dal contesto affettivo-relazionale. La chiave dell'intelligenza e dello sviluppo mentale sta nelle prime relazioni e nelle prime esperienze emotive vissute con la madre e con chi ha cura del bambino. Tutti gli apprendimenti, scolastici e non, sono notevolmente facilitati quando è presente una buona serenità interiore, che permette al bambino di vivere in armonia con se stesso e con gli altri, mentre l'ansia, la depressione e le paure, disturbano notevolmente le ca-

pacità di attenzione e concentrazione. Capacità queste indispensabili in tutti gli apprendimenti, in quanto determinano una maggiore e più stabile memorizzazione, migliore rendimento nei processi di analisi e di sintesi uditiva, più facili capacità nella concettualizzazione, migliore utilizzazione ed esposizione di quanto letto o imparato. Una buona serenità interiore consente al bambino un rapporto più stabile e valido con i docenti, un interesse più vivo nei confronti dei vari temi proposti per l'apprendimento, una maggiore resistenza alle frustrazioni e una più facile possibilità di passare da un argomento all'altro. Gli apprendimenti non avvengono o avvengono in maniera abnorme quando il minore è in preda alla tensione, all'ansia, alle paure, ai conflitti, o quando la tristezza e la malinconia privano il bambino dal desiderio e della voglia di apprendere. A riprova di ciò vi è il vistoso ed improvviso calo nel rendimento scolastico quando qualcosa di importante turba l'animo dei minori: la presenza nella loro famiglia di conflittualità o di separazione dei genitori, il cambiamento radicale nel loro ambiente di vita, come può essere un lutto di qualche familiare importante per il bambino, un trasloco, la nascita di un fratellino, l'affidamento a persone con disturbi psicologici. Gli stessi insegnanti e genitori notano in seguito, una ripresa delle capacità cognitive quando le problematiche che affliggevano il bambino si sono felicemente risolte o questi ha trovato migliori modi compensativi.

I disturbi delle funzioni cognitive possono essere causati da tutte quelle situazioni di sofferenza che determinano ansia, disturbo dell'umore, vissuti di inadeguatezza, bassa autostima, disturbo pervasivo dello sviluppo, disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività ecc. (Militeri, 2004, p. 108). Una meta-analisi (Kavale e Forness, 1996) mostra che i bambini con disabilità dell'apprendimento hanno meno capacità di interagire, comunicare, empatizzare e giocare rispetto ai loro coetanei" (Donfrancesco, 1996, p. 76).

Per De Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 135): “L’esperienza clinica dimostra quanto sia artificioso separare il cosiddetto stato affettivo dalle funzioni cognitive, dato che perturbazioni in un ambito finiscono, d’abitudine, per influire sull’altro: così alcune gravi alterazioni affettive si accompagnano sempre, a lungo andare, ad alterazioni cognitive. Parimenti, è eccezionale che l’insufficienza mentale non sia complicata da una qualche difficoltà affettiva, tanto più grave quanto più profonda sia la deficienza”.

Questo non significa, però, che ogni disturbo psicoaffettivo abbia un’influenza negativa sull’apprendimento e che ogni bambino con ritardo mentale avrà anche delle problematiche psicoaffettive ma che tra l’uno e l’altra funzione umana vi sono delle frequenti, possibili influenze.

Per Morin (2001, p. 19): “C’è una relazione stretta fra intelligenza e affettività: la facoltà di ragionare può essere ridotta, se non distrutta, da un deficit di emozione; l’affievolimento della capacità emozionale può anche essere all’origine di comportamenti irrazionali e, per certi versi, la capacità emozionale è indispensabile alla messa in opera di comportamenti razionali”.

Per Greenspan e Benderly (1988, p. 3): “Abbiamo scoperto che le capacità più elevate della mente umana, come l’intelligenza, la moralità e il senso di sé, hanno inaspettate origini comuni”.

E ancora lo stesso Greenspan, analizzando i primi stadi dello sviluppo della mente aggiunge: “...si è visto che ciascuno stadio richiede una serie di esperienze fondamentali e specifiche e sottili scambi emotivi. Per cui non è l’intelletto a dominare la passione ed i sentimenti ma al contrario”.

Mancanza di un programma individualizzato

Spesso, quando per una normale variabilità nelle capacità cognitive è presente un Quoziente Intellettivo (Q.I.) molto sotto

la media, non sempre da parte degli operatori (insegnanti, genitori e neuropsichiatri) vi è la disponibilità e l'accortezza di offrire a questi bambini, che s'inseriscono nella parte bassa della fascia della normalità, un programma individualizzato. In queste situazioni ci si aspetta da loro lo stesso rendimento offerto dai coetanei che possiedono un quoziente intellettivo nettamente superiore. E poiché ciò non è possibile, li si costringe per anni ad affrontare compiti non adatti al loro sviluppo logico e cognitivo, con conseguenze sia sul piano didattico sia in quello psicologico e relazionale.

Mancanza di strumenti idonei

Nonostante il mondo dell'editoria scolastica sia molto ricco, non è raro trovare dei bambini privi degli strumenti idonei all'apprendimento. Come può essere la mancanza di libri, schede e altri sussidi adeguati al loro livello culturale e scolastico.

Carenze nell'insegnamento

Il bambino può non apprendere a causa di insegnanti poco attenti, poco capaci o non predisposti all'insegnamento, i quali utilizzano metodologie non adeguate alla sua età o al suo sviluppo. Molte volte queste carenze riguardano i suoi familiari. Quando mancano dei genitori o familiari disponibili, idonei ed attenti nel seguire il figlio durante il corso della sua vita scolastica, le conseguenze sono spesso altrettanto drammatiche. Come dice Donfrancesco (1996, pp.441-442): "La persona deve poter contare sulla collaborazione di un ambiente che dia sostegno e che faciliti, o almeno non ostacoli, il progresso verso gli obiettivi desiderati".

Mancanza di interesse e motivazione

Altra causa deve essere ricercata nel mancato interesse o motivazione per una o più materie scolastiche. Ognuno di noi,

adulto o bambino che sia, ha particolari predisposizioni ed “amori”, così, come ha particolari antipatie verso uno o più argomenti scolastici.

Scarsa disponibilità di tempo ed energie psichiche

Non è da sottovalutare la presenza nella vita del bambino di altri impegni, più pressanti o coinvolgenti, con conseguente scarso tempo ed energie a disposizione dello studio. Ad esempio, eccessivi impegni extrascolastici: sport, musica, danza o un uso smodato di strumenti elettronici come tv, computer, cellulari ecc. Inoltre, ancora oggi, non è raro trovare bambini impossibilitati a seguire un normale corso scolastico, in quanto impegnati in occupazioni indispensabili per mantenere gli altri membri della famiglia o per accudire genitori, fratelli e nonni malati o incapaci.

I disturbi della sessualità

Il bambino riconosce la sua appartenenza ad un sesso molto presto: verso i due-tre anni. Già a quattro-cinque anni sono evidenti le sue curiosità sessuali. A quest'età, sia il bambino sia la bambina, fanno domande e manifestano curiosità nei riguardi degli organi genitali e delle loro funzioni, ma hanno anche atteggiamenti esibizionistici e di voyeurismo nei confronti non solo degli altri bambini ma soprattutto degli adulti. Anche i comportamenti masturbatori nascono molto precocemente (due-tre anni). Durante tutta l'infanzia non sono rari i giochi sessuali nell'ambito dello stesso sesso o con il sesso opposto, ma anche giochi nei quali il bambino si traveste con abiti dell'altro sesso (*travestitismo*). Per questi motivi, come per tanti altri segnali di sofferenza, è difficile distinguere nel campo della sessualità infantile ciò che è normale, da ciò che non lo è. In molti casi non siamo autorizzati a fare diagnosi di specifiche patologie sessuali, poiché molte manifestazioni apparentemente abnormi, presenti nell'infanzia, scompaiono nell'età adulta. Bisogna porre attenzione

soltanto ai comportamenti sessuali attuati in modo nettamente inconsueto rispetto all'età.

Manifestazioni sessuali abnormi sono presenti nei bambini psicotici nei quali, senza alcun ritegno, possono essere presenti interessi sessuali verso il padre, la madre o gli altri adulti, ma anche irrefrenabili comportamenti masturbatori ed esibizionistici. Ciò in quanto la grave sofferenza interiore che pervade questi bambini, impedisce e altera l'adeguato controllo di tutte le pulsioni, comprese quelle sessuali.

Sia la prevenzione sia la terapia delle problematiche psicologiche legate all'ambiente di vita del bambino richiedono l'apporto di numerosi soggetti.

Gli apporti dei genitori

Poiché il bambino, quando nasce, non è in grado di creare e gestire l'ambiente esterno, affinché sia idoneo ai suoi bisogni, a questa gestione devono necessariamente provvedere gli adulti ed in particolar modo i propri genitori. Sono gli adulti che devono operare affinché il bambino sia accolto e possa vivere in una casa accogliente, anche se semplice e pulita. Una casa dove lui abbia la possibilità di soddisfare le sue necessità di alimentazione, igiene, pulizia, ma anche i suoi bisogni di affettività, socialità e gioco, bisogni questi indispensabili allo sviluppo di ogni essere umano. Sono gli adulti, che con il loro discernimento, con la loro volontà, con il loro impegno, dovranno provvedere affinché il bambino, nel momento in cui viene al mondo, possa trovare dei genitori sufficientemente adeguati al compito educativo e formativo.

Intanto il bambino ha bisogno di trovare, quando nasce, una buona madre, con la quale relazionarsi. Una madre capace di entrare in intimo contatto con lui. Una madre che possieda affettuosità nei modi, serenità nell'animo, disponibilità e dolcezza nelle cure; nonché buone capacità nella comunicazione, cosicché possa facilmente instaurare un dialogo efficace con il suo bambino. Tuttavia accanto a una madre un bambino che nasce ha bisogno anche di un padre che possieda buone qualità paterne: un padre sereno, tranquillo, responsabile, sicuro e autorevole. Un padre attento ai bisogni della famiglia. Un padre disposto ad im-

pegnare le sue capacità nel seguire, proteggere, curare e guidare i suoi piccoli. Poiché un bambino ha bisogno di vivere con dei genitori essenzialmente sereni ed equilibrati, nonostante non sia indispensabile una perfetta normalità, è tuttavia importante che questi possiedano un buon equilibrio psichico. Pertanto il futuro genitore non dovrebbe essere preda di nevrosi, psicosi o disturbi del carattere e del comportamento. Non dovrebbe essere portatore di eccessive ansie; non dovrebbe essere facile preda della depressione; così come non dovrebbe possedere una personalità rigida, ossessiva, distaccata, irritante, stressante, bellicosa, litigiosa o, peggio, violenta.

Non dovrebbe, in definitiva, presentare importanti disturbi nella relazione e nella comunicazione. Al contrario, il futuro genitore dovrebbe sapersi mettere facilmente in ascolto, per capire le caratteristiche peculiari di ogni figlio, così da rispondere e soddisfare adeguatamente ai suoi bisogni in maniera individualizzata. Un futuro genitore dovrebbe essere capace di morbidezza, vicinanza, accoglienza, calore e disponibilità, così da dare ai figli, in base alla loro età e al loro sviluppo, una sufficiente quantità del suo tempo e delle sue energie. Un futuro genitore dovrebbe possedere buone qualità morali e spirituali, insieme a doti di fedeltà, serietà, capacità di cure e sacrifici, oltre che buone capacità e disponibilità nei confronti degli impegni lavorativi e sociali. Un futuro genitore dovrebbe, inoltre, essere capace e dovrebbe impegnarsi a costruire una vita di coppia affettuosa, stabile, responsabile, serena, dialogante, così da poter instaurare, nell'ambiente domestico, un clima sereno, gioioso e accogliente.

Da ciò consegue che la scelta del partner dovrebbe essere particolarmente consapevole, accurata e mirata. Pertanto questa scelta non può e non dovrebbe essere affidata solo ai sentimenti e alle emozioni del momento.

Gli apporti della società

Per quanto riguarda la cura verso i minori, è questo un doveroso impegno che dovrebbe essere pienamente assunto soprattutto da parte dei genitori e dei familiari, ma non solo da questi. Tutta la società dovrebbe avvertire l'importanza della cura dei minori e assumere su di sé questo fondamentale compito. Se non altro perché le conviene. Se la società, tutta la società darà generosamente il suo impegno a favore dei cuccioli dell'uomo, avrà, dopo pochi anni, dei buoni e sani cittadini, che potranno dare con capacità, impegno, attenzione e disponibilità, il loro contributo al suo sviluppo. Se ciò non avviene, se la società o una parte di essa, per calcoli meschini o per proteggere e assicurare sempre più lauti profitti economici agli sfruttatori delle risorse umane, non riesce a far questo, i frutti di questa insipienza saranno delle persone disturbate o malate che, nei casi più lievi, avranno difficoltà a dare un contributo attivo alla collettività mediante il loro lavoro, mentre, nei casi più gravi, peseranno economicamente per molti decenni, a volte per tutto il resto della loro vita, sia sulle loro famiglie sia sulla comunità.

1. Le cure necessarie al bambino

- ❖ *Vi sono delle cure di tipo materiale.* Queste mirano a proteggere ed eventualmente a curare il bambino da malattie, infezioni e traumi fisici affinché si sviluppi in modo sano, robusto e forte. Queste cure sono attente alla sufficiente e corretta alimentazione, alla pulizia del corpo e dell'ambiente dove il bambino vive, sono attivate in caso di malattie, sono impegnate a prevenire i rischi e i pericoli.
- ❖ *Vi sono delle cure di tipo affettivo – relazionale.* Queste mirano a sviluppare, e poi a mantenere nel bambino, una buona salute psichica, cosicché ogni minore riesca a svi-

luppare una personalità armonica, serena, socievole, affettuosa e vivace.

- ❖ *Vi sono delle cure di tipo educativo.* Queste hanno lo scopo di sviluppare tutte le qualità umane del bambino : l'intelligenza, la cultura, la socialità, la motilità, l'autonomia, il linguaggio, la moralità, la spiritualità ecc.
- ❖ *Vi sono delle cure di tipo sociale e politico.* I genitori, ma anche i familiari e la società tutta, si dovrebbero attivare nell'accompagnare e guidare il bambino nella conoscenza e nella sua integrazione con il vasto mondo sociale e politico. Possono fare ciò utilizzando una serie d'interventi rivolti a collegare i minori alla realtà esterna alla famiglia, non solo per quanto riguarda il gruppo dei pari, le amicizie e gli amori ma, soprattutto, per quanto riguarda l'impegno verso la vita, le attività sociali e politiche della città e della nazione. Ciò possono fare non solo mediante interventi di tipo culturale, ma anche, e soprattutto, stimolando nel minore lo sviluppo della volontà, del coraggio, della determinazione, della lealtà e abnegazione verso il prossimo.
- ❖ *Vi sono infine ma non ultime per importanza, le cure di tipo spirituale e morale.* Questo tipo di attenzioni aiutano il bambino a scoprire nel proprio cuore e nel mondo, i valori etici e morali delle proprie azioni, ma anche la presenza divina che sottostà a questi valori.

Tutte le cure dovrebbero avere un uguale valore nella vita del minore e quindi della società. Quando nei vari periodi storici ne sono favorite alcune, ritenute a torto più importanti, rispetto ad altre, non si fa un buon servizio ai minori e alle future generazioni di adulti. È indubbiamente una grave lacuna impegnarsi

allo sviluppo di un bambino grande e forte, se non ci impegna contemporaneamente a che sia anche psicologicamente sano e maturo. Non ha senso far crescere un bambino con grandi doti intellettive, culturali e professionali, quando non ci s' impegna, contemporaneamente, a sviluppare le sue doti morali ed etiche. Si corre il rischio che queste sue alte capacità, non solo non vadano al servizio della comunità umana, ma siano utilizzate allo scopo di sfruttare e di far del male ai più poveri ed indifesi.

Inoltre è da tenere presente che tutte le cure hanno tra loro uno stretto legame. Spesso le cure materiali hanno dei risvolti affettivi. Così come le cure affettive, relazionali e spirituali hanno dei risvolti materiali. Una madre che allatta il suo piccolo bebè, nutre il suo corpo, ma contemporaneamente crea e sviluppa un legame d'amore reciproco e un dialogo, con il quale nutre di affetto, sicurezza e gioia l'animo del figlio. Allo stesso modo quando una madre fa il bagnetto al suo bambino, pulisce il suo corpo, mentre, contemporaneamente, procura al suo piccolo piacevoli e benefiche sensazioni fatte di calore, tenerezza e conforto. Sensazioni ed emozioni queste che lo renderanno più forte e sicuro di sé. Allo stesso modo, quando un bambino si esercita in uno sport non si attivano soltanto i suoi muscoli, ma anche la sua volontà e l'autocontrollo. In queste occasioni è evidente un miglioramento del suo benessere psicologico, ma anche sociale, in quanto egli apprende a rispettare le regole e i suoi compagni. Da non dimenticare poi che quanto più un bambino cresce serenamente, tanto più il suo sistema immunitario sarà capace di rispondere meglio agli attacchi dei vari germi e quindi è più facile che lo stesso bambino cresca sano e forte.

Sappiamo anche che vi è un rapporto molto stretto tra le attività di cura e la persona o le persone che le attuano. Proprio perché le attività di cura hanno molteplici funzioni, il bambino le collega strettamente a determinate persone: vi sono delle attività che egli vuole siano effettuate solo dalla madre, come vi sono

delle attività che egli desidera attuate solo dal padre o dai nonni. Pertanto soffre quando non è questa persona ad attivarsi. Potremmo fare molti esempi. Se nei primi due-tre mesi il bambino appare indifferente a chi lo allatta, in seguito egli dimostra chiaramente gioia e interesse quando è la madre a fare ciò e manifesta, invece, disappunto quando il latte gli viene somministrato da un'altra persona. Inoltre, nel momento nel quale sarà più grandetto verbalizzerà tutto ciò: chiederà che il biberon sia dato dalla madre e solo dalla madre, mentre accetterà che gli altri tipi di cibo siano dispensati dal padre o dai nonni. Addirittura alcuni bambini, quando la mattina devono mangiare la zuppa di latte vogliono che sia la mamma a prepararla e non la nonna o peggio, un altro estraneo; così come chiedono che sia una determinata persona a vestirli o pulirli. Questi comportamenti, che sono spesso giudicati dei vizi o dei capricci, in realtà rispondono a precisi bisogni psicologici.

Questa ricerca di un legame affettivo specifico persiste anche nelle prime classi della scuola primaria. Quando in queste classi, per disavventura, l'insegnante titolare si ammala o è costretta ad assentarsi, all'insegnante supplente, almeno inizialmente, non è riservato lo stesso trattamento affettuoso e tenero: "Perché quella non è la nostra maestra", affermano con sicurezza gli alunni. Questo comportamento non è un segnale di cattiveria verso la supplente, è solo l'espressione del bisogno che hanno i minori che un legame d'affetto si mantenga stabile nel tempo. Lo stesso avviene in molti animali i quali accettano solo dal loro padrone certe cure e non da altri.

Da quanto abbiamo detto, si deduce che non è indifferente per il bambino il legame che si stabilisce tra il cibo, gli oggetti e le attività di cura a lui offerti e la persona o le persone che li offrono. Anche per i genitori il legame d'attaccamento verso il figlio si modificherà e potrebbe andare in crisi quando sono altre braccia a cullare il proprio bambino, quando sono le parole di al-

tre persone a consolarlo, quando sono altre mani ad asciugare le sue lagrime, altri occhi a rispondere al suo sorriso, altri cuori a dialogare con lui. In questi casi qualcosa di importante rischia di alterarsi o potrebbe definitivamente spezzarsi.

Di queste basilari realtà psicologiche non sembra tener conto il mondo economico quando cerca in tutti i modi di ampliare il mercato degli oggetti, strumenti e servizi, offerti alle donne e alle madri, ammantandoli come un aiuto ed un sostegno alla donna e alla famiglia.

2. Realizzazione di un ambiente familiare idoneo ai minori

Alla creazione di un ambiente idoneo allo sviluppo armonico e sereno di un bambino, oltre che i genitori e familiari di questi, deve necessariamente concorrere tutta la società.

Compito di essa dovrebbe essere quello di aiutare la formazione di famiglie sane, ma anche capaci di svolgere fino in fondo le mansioni a queste assegnate. Si parla in questi casi di *famiglie funzionali*. Ogni famiglia lascia, nell'animo dei suoi componenti, dei segni indelebili, sia in senso positivo che negativo, per cui è la famiglia il luogo primario e insostituibile di quelle relazioni di fiducia, reciprocità e dono, essenziali per formare, alimentare e proteggere lo sviluppo dei cuccioli dell'uomo, che saranno i nuovi cittadini di domani.

È all'interno della famiglia che nascono le future generazioni umane, ed è questa che provvede a procurare, con il lavoro dei suoi membri, le risorse necessarie per la vita comune: cibo, vestiti, abitazione, cure sanitarie e altre necessità biologiche e materiali. È la famiglia che provvede alle necessità psicologiche ed educative della prole, sviluppando la personalità dei singoli componenti. È solo in questa basilare istituzione che troviamo quei presupposti di responsabilità, stabilità, continuità e gradualità dei processi educativi, capaci di far crescere uomini e donne con una

salda e sicura identità e personalità. Uomini e donne non solo intelligenti e capaci, ma anche persone serene, mature e responsabili. Solo nelle famiglie le future generazioni potranno trovare quel legame d'amore tra due esseri di sesso diverso, quell'affetto, quelle attenzioni e cure, capaci di sviluppare tutte le potenzialità dell'essere umano, in un clima di serenità, apertura alla vita, fiducia e sicurezza. Inoltre è soprattutto la famiglia che si fa carico in modo particolare dell'assistenza ai minori, agli anziani, ai malati e ai disabili.

È sempre in questa istituzione che i bambini attuano il miglior tirocinio al servizio degli altri, e quindi al servizio della comunità. Pertanto è la famiglia che pone le fondamenta dell'educazione ai ruoli sociali, con l'accettazione delle responsabilità verso il più vasto mondo esterno ad essa. Educazione ai ruoli sociali che si amplierà e completerà, in una fase successiva, mediante l'attività della scuola e delle altre agenzie educative. È nel seno della famiglia che, nei vari popoli, si coltiva e viene espressa la religiosità più profonda e vera, in quanto è solo in questa istituzione che gli insegnamenti morali, religiosi, etici ed i valori fondamentali del genere umano sono trasmessi dagli adulti alle nuove generazioni, senza orpelli o grandi manifestazioni esteriori, ma nel modo più intimo, profondo e vero. Ancora, è attraverso la famiglia che le fondamentali conoscenze e la cultura di base dell'umanità passano alle nuove generazioni. È tra le mura domestiche che avviene lo sviluppo dell'identità sessuale e personale che si trova allo stato potenziale nei nostri geni. Infine, è soprattutto la famiglia che sostiene i suoi membri nelle avversità e nelle tensioni connesse alle inevitabili fasi di transizione della vita, negli eventi stressanti, nei casi di disabilità, malattia, vecchiaia, o in presenza di lutti o perdite.

Da quanto abbiamo detto è indispensabile che le istituzioni si facciano carico della formazione e della protezione delle famiglie e dei loro membri, emanando leggi e provvedimenti che aiu-

tino a strutturare tra i sessi un'intesa efficace, cosicché tra uomo e donna si alimenti e sviluppi la fiducia reciproca e non la sfiducia e il sospetto, si concretizzi l'unione e non la disunione, cresca l'amore e non l'odio. È compito dello Stato emanare leggi che tutelino l'integrità, la stabilità e la solidità di ogni unione matrimoniale. Leggi che facilitino la nascita di un'efficiente rete familiare, che impediscano ai mass media di penetrare nel tessuto familiare finendo per indebolirlo e disgregarlo.

3. Promozione di attività lavorative idonee ai minori e alle loro famiglie

L'impegno lavorativo dei genitori ma anche degli altri familiari che hanno in cura il bambino, può avere una notevole valenza sia nell'insorgenza delle patologie psichiche, sia nella possibilità di cura di queste.

Il lavoro extrafamiliare

Negli ultimi decenni, da parte degli studiosi e dai mass media sono state notevolmente evidenziate e ben descritte quali fondamentali funzioni abbia *il lavoro extrafamiliare*.

Questo tipo di attività permette l'autonomia dei singoli e delle coppie dalle famiglie d'origine, assicurandone la sopravvivenza ed il benessere sociale, mediante l'acquisto di beni e servizi indispensabili per l'alimentazione, l'igiene, la sanità, la cultura, lo scambio sociale e le attività ludiche. Il lavoro extrafamiliare mentre contribuisce al progresso dell'umanità, consente di accendere la fantasia, sbrigliare l'immaginazione, liberare la creatività, permettendo la realizzazione dei propri sogni, dei propri progetti, dei desideri e delle aspirazioni.

Il lavoro intrafamiliare

Negli ultimi decenni non vi è stata, purtroppo, altrettanta attenzione nei confronti del lavoro all'interno della famiglia e del-

la casa (*lavoro intrafamiliare*). Questo tipo d'impegno dedicato al mondo degli affetti e delle relazioni è sempre più sottovalutato; anzi, attualmente, risulta talmente screditato e svilto agli occhi dell'opinione pubblica, da essere giudicato come un lavoro di second'ordine e quindi nettamente accessorio. Cosicché le *casalinghe*, non per scelta, ma costrette a questa condizione a causa della mancanza di lavoro extrafamiliare, quasi si vergognano della loro condizione, poiché considerano il loro impegno all'interno della casa e della famiglia, non solo poco gratificante, ma anche inutile, vuoto, sterile, scialbo ed umiliante. Non solo, ma anche lo Stato e la società civile lo considerano come un grave problema da affrontare e superare al più presto. Ciò è avvenuto per vari motivi: lotta per la cosiddetta "liberazione della donna"; necessità da parte delle industrie di manodopera a basso prezzo; consumismo sfrenato e così via.

In realtà, invece, a ben guardare, difficilmente si potrebbe trovare una lavoro o un impegno altrettanto importante e fondamentale per la vita ed il benessere dei singoli individui e della società.

L'impegno intrafamiliare:

- ❖ è essenziale alla costruzione dell'Io dell'individuo, in quanto permette la distinzione del sé dall'altro e, successivamente, consente lo sviluppo di tutte le potenzialità umane iscritte nei geni. Queste non potrebbero attivarsi senza l'intervento di altri esseri umani legati al bambino da stabili e intensi legami affettivo-relazionali;
- ❖ sono frutto dell'impegno intrafamiliare la formazione della personalità di ogni essere umano; le sue capacità comunicative ed espressive; la possibilità o non del controllo delle pulsioni, delle emozioni e dei sentimenti; l'acquisizione

di una corretta identità sessuale; la crescita dell'autonomia, della forza, del coraggio, della determinazione, della sicurezza; le capacità motorie, il dinamismo dell'individuo, la sua intraprendenza e determinazione;

- ❖ nascono dall'impegno intra familiare l'acquisizione del senso dell'onore, del dovere e della lealtà verso gli altri, il rispetto delle regole e delle norme sociali, la costruzione e la valorizzazione della rete familiare ed affettiva, rete questa nella quale sia il bambino sia l'adulto possono trovare aiuto, supporto e accoglienza in ogni momento della loro vita.

Alcuni di questi compiti sono prevalentemente, anche se non esclusivamente, materni, altri sono prevalentemente paterni; molte di queste mansioni sono appannaggio di entrambi i genitori, ma non vi è dubbio che questo tipo di lavoro e impegno sia fondamentale ed insostituibile per l'intera comunità umana. La quantità e la qualità delle caratteristiche di un essere umano adulto sono strettamente legate alle caratteristiche dell'ambiente familiare nel quale questi è vissuto. Pertanto se questo ambiente è idoneo e favorevole, lo sviluppo del bambino sarà sereno, armonico, ricco, completo; se invece questo ambiente non è adeguato, lo sviluppo sarà monco, deficitario, disturbato o nettamente patologico.

Si può tranquillamente affermare anche qualcosa di più: il lavoro intrafamiliare è presupposto indispensabile al lavoro extrafamiliare. Senza il lavoro intra familiare, in assenza di questo o quando questo non è svolto correttamente, è compromessa anche l'attività lavorativa esterna alla famiglia e il benessere sociale. Ciò in quanto la presenza nell'ambito della società di esseri umani con capacità e qualità carenti, disturbate o chiaramente

patologiche, se da una parte impedisce ogni apporto lavorativo stabile e produttivo, dall'altra richiede ingenti risorse per la diagnosi, la cura e l'assistenza.

Per tali motivi, per una buona e sana vita sociale, la presenza delle attività lavorative extrafamiliari deve necessariamente essere bilanciata dalla presenza di adeguati e opportuni impegni intrafamiliari.

Per raggiungere quest'obiettivo è indispensabile considerare il lavoro extrafamiliare come fonte per soddisfare i bisogni essenziali e non certo quelli indotti dal consumismo. In tal modo si potrebbe evitare di farne un idolo messo al centro della nostra vita, al quale sacrificare tutto: vita personale, vita di coppia, vita familiare, educazione e cura dei figli. Idolo capace di assorbire buona parte delle nostre energie fisiche e psichiche, sul quale riversare quasi tutte le nostre attese.

Quanto allo Stato, d'altra parte è necessaria una politica che valorizzi e promuova l'impegno intrafamiliare, così come sono necessarie leggi e regolamenti che sostengano in modo stabile e concreto ogni persona: uomo o donna che sia, la quale sceglie di impegnarsi a lavorare nel mondo degli affetti e delle relazioni familiari.

La terapia d'ambiente

La necessità d'intervenire precocemente sui segnali di sofferenza del bambino dovrebbe essere scontata, in quanto, la maggior parte dei pazienti in trattamento psichiatrico, riferiscono di disturbi psichici presenti già nell'infanzia o nell'adolescenza (Caviglia, Zarrella, 2011, p. 401). Inoltre "recenti studi longitudinali hanno dimostrato la probabilità che un disturbo diagnosticato nell'infanzia possa incrementare di tre volte il rischio di malattia psichiatrica in età adulta"(Caviglia, Zarrella, 2011, p. 402). Pertanto intervenire precocemente, è sicuramente molto utile poiché, come dicono Sogos e altri (2009, p. 470):

“Sappiamo che un intervento precoce rispetto alla malattia conclamata attiva risorse, nel bambino e nell’ambiente, capaci di modificare il percorso del disturbo psicologico. Concentrare gli sforzi per capire i momenti di vulnerabilità dello sviluppo e il loro rapporto con eventi di vita stressanti, favorisce un modello di salute mentale volto alla prevenzione piuttosto che alla semplice cura”.

Fin dalla nascita della neuropsichiatria infantile è apparso scontato per gli operatori prendere in carico non solo il bambino, ma anche la sua famiglia, inserita nell’ambiente sociale, in quanto portatori di bisogni non sono solo i minori ma anche i loro familiari e l’ambiente di vita del bambino. Tuttavia negli ultimi anni, a causa di una visione sempre più organicistica delle problematiche infantili, questa metodologia viene spesso trascurata. Molti minori, dopo le prime visite diagnostiche, sono affidati per anni ai centri riabilitativi, ai quali spesso affluiscono trasportati da pulmini che li “raccolgono” dalle loro case e dalle scuole, senza che sia programmato e attuato un sistematico e costante intervento nei confronti dell’ambiente di vita del bambino.

Crediamo sia importante, invece, intraprendere insieme ai genitori, agli insegnanti, agli allenatori sportivi e altri educatori, che sono in contatto per qualunque motivo con il minore, un vero e proprio cammino in comune. Un cammino per cercare di modificare gradualmente in senso positivo l’ambiente di vita del bambino, al fine di cambiare in meglio i suoi vissuti interiori.

Per fare ciò è necessario instaurare con tutti gli educatori un rapporto ampio, continuo, valido e approfondito, fatto di reciproco ascolto, comprensione, stima, fiducia, equilibrio e disponibilità. Ciò al fine non solo di comprendere meglio la realtà del minore, ma anche per far maturare, nelle persone a lui più vicine, gli atteggiamenti e comportamenti più maturi e validi. Intanto è bene che i genitori abbiano consapevolezza dei limiti ma anche della realtà del figlio, con le sue problematiche attuali

ma anche con le sue capacità e potenzialità, mentre nel contempo è importante che siano resi edotti del percorso educativo o riabilitativo che si intende intraprendere. Inoltre è utile prospettare con realismo, ma anche con sano ottimismo, quali sono gli scenari presenti e quali quelli di un possibile futuro del figlio se sono attuati gli interventi più opportuni.

Gli obiettivi principali della terapia d'ambiente sono numerosi:

- ❖ il primo è quello di continuare ad approfondire le relazioni che il bambino ha stabilito sia all'interno sia all'esterno della famiglia, in modo tale da evidenziare le eventuali carenze affettive ed educative, così da comprendere su quali dinamiche errate è possibile ed è bene intervenire;
- ❖ si cercherà, contemporaneamente, di fornire ai genitori un nuovo metro di lettura e nuovi strumenti di comprensione che li mettano in grado di sentirsi parte del progetto terapeutico. Progetto terapeutico che comprende, molto spesso, una maggiore consapevolezza dei disturbi del figlio e dei motivi che possono averlo costretto a manifestare taluni comportamenti e atteggiamenti, al fine di una migliore accettazione del loro bambino e delle espressioni della sua sofferenza psichica. È indispensabile, ad esempio, che i familiari comprendano meglio il senso delle sue ansie e paure, dei suoi capricci, delle sue provocazioni e comportamenti disturbanti, ma anche degli eventuali atteggiamenti di chiusura;
- ❖ nel contempo, allo scopo di migliorare i rapporti del bambino con la sua famiglia, e tra questa e l'ambiente sociale nel suo complesso si cercherà di instaurare una maggiore e più stabile intesa e fiducia non solo tra i genitori ed il figlio, ma anche tra un coniuge e l'altro coniu-

ge, tra i genitori e gli altri familiari, tra i genitori e gli operatori vicini al piccolo;

- ❖ si cercherà inoltre di aiutare i genitori ad acquisire maggiore sicurezza nelle proprie capacità e migliori competenze educative;
- ❖ se sono presenti dei disturbi psicologici nei genitori e familiari, questi dovranno essere affrontati mediante opportune terapie psicologiche e/o farmacologiche.

Sappiamo che tutto ciò non è facile, in quanto alcuni genitori e familiari non sempre sono disponibili ad un lavoro comune. Alcuni di essi, ad esempio, si rendono disponibili a portare il figlio dal terapeuta affinché lo guarisca e lo faccia stare bene, ma non sono disposti a utilizzare anche una minima parte del loro tempo per collaborare a questo obiettivo. Inoltre, spesso, i bisogni dei familiari sono molto diversi da quelli avvertiti dagli specialisti. Ad esempio, alcuni genitori vogliono che i terapeuti modifichino i comportamenti del figlio che ritengono disturbanti, ma non sono affatto disponibili a modificare i loro comportamenti che potrebbero averli provocati. Questi genitori, inoltre, avvertendo molta aggressività e risentimento nei confronti del figlio, vorrebbero che il terapeuta avallasse il loro giudizio negativo su di lui, così da evitare ogni possibile senso di colpa.

Cura del dialogo genitori-figli

Uno dei primi interventi dovrebbe essere finalizzato ad aiutare i genitori ad instaurare con i figli un dialogo efficace. L'essere umano si forma mediante la comunicazione e l'interazione. L'essere umano si costruisce e si arricchisce mediante la comunicazione e l'interazione. Pertanto riteniamo che l'essere umano quando è disturbato da problemi psicologici, soprattutto se si tro-

va in fase evolutiva, può e deve essere curato mediante un'efficace comunicazione e interazione.

Quando ci si pone in ascolto dei bambini affetti da disturbi psicoaffettivi e dei loro familiari, si ha la netta sensazione che tra i minori e le persone che sono ad essi vicine, si sia instaurata una disturbata comunicazione, fatta di sospetti e accuse reciproche, piuttosto che di reciproche intese. Gli adulti sono pronti a rinfacciare e rilevare le molte nefandezze dei minori. Nefandezze che possono riguardare la scuola: “Non studia”- “Studia poco”- “Studia troppo lentamente”- “È sempre distratto”. Oppure possono riguardare i comportamenti dei loro figli: “Gioca con i suoi fratelli in modo violento e fa loro del male”- “Non rispetta i turni”- “Non ubbidisce”- “È sordo a ogni richiamo”- “Risponde a noi genitori in modo maleducato”, ecc.

Anche i minori, come è possibile evidenziare dai loro racconti spontanei, fanno delle accuse nei confronti degli adulti: “I miei genitori non mi capiscono e mi rimproverano e puniscono per ogni cosa”. “Sono sempre nervosi”. “Non li capisco”.

In definitiva molto spesso, quando è presente un disturbo psicoaffettivo, il dialogo tra gli adulti ed i minori è come se si fosse spezzato o addirittura interrotto, mentre, altre volte, appare notevolmente alterato e disturbato da forti emozioni negative.

Per rendere la comunicazione più efficace e funzionale è necessario utilizzare alcuni accorgimenti.

1. Evitare la fretta.

Si dialoga bene solo quando non siamo sollecitati dall'impazienza, dalla premura o dalla foga per le cose da compiere, per le parole da dire o per le frasi che vorremmo ascoltare dall'altro. Se non abbiamo tempo sufficiente, lo stare insieme diventa una corsa finalizzata al fare e all'agire, piuttosto che al vivere, con serenità, tranquillità e pienezza, parole, gesti, sentimenti ed emozioni. Ciò è vero nel rapporto con tutti i bambini, ma è ancor più

vero per i minori che presentano problematiche psicologiche. Questi, molte volte, non possiedono la capacità di aprirsi prontamente alle nostre domande, se sono fatte in modo frettoloso e convulso, senza tener conto dei loro bisogni del momento.

Le maggiori difficoltà nell'aprirsi prontamente al dialogo sono presenti in quasi tutti i disturbi psichici, ma sono maggiori quando la sofferenza si manifesta sotto forma di timidezza, chiusura, tristezza, inibizione. In questi casi, per favorire il dialogo è indispensabile creare attorno e accanto al bambino, un ambiente sereno, tranquillo, paziente e accogliente, nel quale le parole e le domande sono poche, mentre la disponibilità all'ascolto è tanta.

2. Evitare di mettersi nel ruolo di pedanti insegnanti

I genitori e gli insegnanti sono gli educatori per eccellenza, ma un buon educatore non dovrebbe stare, come certi insegnanti pedanti, sempre con la matita rosso-blu in mano, pronti a segnalare, in maniera puntigliosa, ogni imperfezione ed ogni errore dell'educando. Il giudicare ed il riprendere in modo frequente o con toni eccessivi, compromette l'apertura, impedisce al bambino di esternare i contenuti più profondi del suo animo, esaspera e costringe alla chiusura, alla difesa, all'aggressività, oppure a dire, mentendo, ciò che l'altro si aspetta di ascoltare.

Bisogna, inoltre, tener presente che quando un bambino è disturbato dall'ansia, dalla tensione, dalle paure, dalle tristezze, diventa molto più sensibile e reattivo ad ogni osservazione e ad ogni richiamo, pertanto tende a reagire molto male a ogni osservazione. Il suo animo, già lacerato, in questi casi reagisce come può e come sa. Pertanto, mentre in un primo momento i genitori e gli insegnanti notano che i sintomi più disturbanti appaiono migliorati, tanto che per qualche giorno, dopo i rimproveri e le punizioni esemplari, il bambino si comporta meglio, successivamente, dopo breve tempo, i suoi atti ritornano uguali a prima, se non peggiori di prima.

Ciò avviene in quanto i bambini, tutti i bambini, per loro natura vorrebbero essere buoni e bravi, così da far contenti i propri genitori e gli altri educatori, rendendo nel contempo felici anche se stessi. I piccoli vivono dell'amore e della stima di papà e mamma e degli adulti. La gioia di questi è anche la loro gioia. Quando un bambino con problemi psicologici si comporta male, non è sicuramente segno di cattiveria o di monelleria. Egli interagisce in questo modo perché non riesce a fare di meglio o in modo diverso. Glielo impediscono i problemi, i conflitti e le ansie presenti nel suo animo. Glielo impediscono la rabbia e la collera dalle quali la sua mente è sconvolta; è per questo motivo che, almeno inizialmente, il bambino, utilizzando al massimo e facendo forza su se stesso, cerca con tutti i mezzi di essere come i genitori e gli altri educatori lo vorrebbero, ma poi, sopraffatto dai suoi problemi e dalla sua sofferenza, i suoi comportamenti disturbanti tendono a ripresentarsi. Spesso nella relazione genitore-figlio si instaura un circolo vizioso nel quale, ad un atteggiamento poco sereno, duro e frustrante del genitore, il figlio reagisce con uno stato di sofferenza e malessere che lo porta ad essere più irritante, aggressivo, disubbidiente, scarsamente disponibile, poco attento agli altri e ai suoi doveri. Questa condizione stimola il genitore a rimproverarlo e punirlo di più. La qual cosa peggiora i vissuti interiori del bambino e deteriora ancor più la relazione sia con l'adulto sia con tutte le altre persone con le quali il minore si confronta, ad esempio, i fratelli e le sorelle.

Bisogna allora rompere questo circolo vizioso ed instaurarne uno virtuoso in cui il protagonista non può che essere il genitore, il quale deve riuscire a sostituire ai rimproveri le lodi, ai castighi i premi.

3. Evitare di punire in modo frequente e con troppa severità

Le punizioni, se frequenti o troppo severe, rischiano di interrompere il dialogo con i figli, i quali possono sentirsi umiliati e non amati. Inoltre il figlio dopo aver scontato le sue malefatte pensa che è pronto a farne qualche altra. Tra l'altro il figlio capisce che non è difficile evitare con qualche stratagemma di essere scoperto e punito (Bettelheim 1987 p. 149), e impara ad instaurare con gli adulti una relazione fatta di bugie e falsità.

4. *Non urlare*

Molto spesso si urla quando si ha timore di non riuscire a tenere sotto controllo una situazione e si spera che, alzando la voce e spaventando i bambini, questi vengano a più miti proposti, per cui si sarà obbediti prontamente. Ciò è vero sul breve periodo e su singoli episodi ma, alla lunga, come notano le stesse "madri e insegnanti urlatrici", i loro bambini "diventano sempre più sordi e non ascoltano più", per cui sono costrette ad alzare sempre di più il tono della voce e ad aumentare il numero e la gravità delle punizioni inferte ai disobbedienti. Il motivo di questo comportamento da parte dei bambini è semplice. Questi amano ubbidire alle persone verso le quali provano stima e rispetto. Amano ubbidire alle persone che li fanno sentire bene, mentre tendono a disubbidire alle persone che li fanno sentire male o li mettono a disagio.

5. *Ascoltare attivamente.*

Mettersi in ascolto significa avvertire i movimenti dell'animo del bambino e armonizzarsi con essi. Ogni genitore ha bisogno di sentire quello che i figli pensano di lui, quello che sentono, vogliono e cercano da lui e da lui si aspettano. I bambini, nonostante le tante richieste che fanno, spesso hanno solo desiderio di tenerezze, calore, presenza e affetto. *Ascoltare attivamente* significa cercare di apprezzare ogni tentativo di comunicazione, in modo tale da capire empaticamente ciò che c'è dietro le parole, i

commenti, le domande banali, ma anche quello che vi è dietro i comportamenti. Durante l'ascolto attivo si cerca di andare oltre il significato letterale delle parole e dei gesti, così da capire le cause più profonde e vere. Per tali motivi si dovrebbe riflettere più sui bisogni dell'altro che non sulle sue parole.

In questo tipo di ascolto sono importanti anche i silenzi. Spesso, quando riusciamo a metterci sulla stessa lunghezza d'onda d'un bambino, quando il nostro cuore è accanto al suo, il semplice ascolto è già un aiuto e una terapia efficace, poiché permette al piccolo di trovare nel nostro animo, quel conforto, quel sostegno, quella comprensione e amore che egli cerca.

L'ascolto attivo è importante in ogni comunicazione che vuole essere efficace, ma lo è ancora di più quando ci mettiamo in relazione con un bambino che presenta problemi psicologici. Questi bambini difficilmente manifestano verbalmente la loro tristezza e ansia; raramente affermano di essere turbati o sconvolti dalle paure e dalle inquietudini, né riescono con facilità a comunicare i motivi dei loro sentimenti ed emozioni. Bisogna allora che i genitori e gli educatori in genere, riescano ad andare oltre le loro parole, oltre i loro comportamenti, apparentemente incomprensibili ed a volte inaccettabili o disturbanti, al fine di capirli fino in fondo, così da poter lenire la nascosta sofferenza.

6. Offriamo al bambino un atteggiamento accettante e incoraggiante.

Ciò significa che dobbiamo riuscire a far capire al bambino che siamo disposti ad ascoltare, se non a condividere, tutte le sue opinioni e le sue idee, anche se diverse dalle nostre, in quanto ogni essere umano, anche se piccolo ed in formazione, può essere portatore di corrette idee e opinioni. È dall'accettazione che nasce e si sviluppa un confronto positivo. Quando quest'accettazione manca, per cui vorremmo che nostro figlio fosse come noi lo abbiamo sognato e desiderato o avesse sempre le stesse carat-

teristiche di quando era più piccolo o di quando non aveva i problemi psicologici che adesso ha, il dialogo diventa difficile, disturbato ed improduttivo.

D'altra parte non si può forzare un bambino ad aprirsi e a confidare i sentimenti, le emozioni e i pensieri più veri e profondi, se non lo si mette nelle condizioni di sentirsi libero di dire tutto ciò che sente, sapendo che non arrecherà un grosso dispiacere o danno.

7. Avere come prospettiva l'incontro e non lo scontro con il bambino.

Il dialogo e la comunicazione non servono a decidere, utilizzando le parole, le idee e le sottili argomentazioni o, peggio, usando la forza e la violenza, chi è più bravo, più forte, più determinato, più resistente. Il dialogo e la comunicazione non servono, in definitiva, a dichiarare un vincitore in uno scontro, ma dovrebbero essere finalizzati a facilitare l'incontro e l'intesa. Anche se non sempre ciò è possibile, anche se non sempre si riesce a trovare quest'intesa, dovrebbe esserci però, da parte di noi adulti, in ogni momento, questo desiderio e questo tipo di tensione interiore.

8. Il dialogo deve tenere conto delle esigenze e dei bisogni individuali.

I bisogni di un bambino sono diversi da quelli di un altro. I bisogni di un bambino, in un dato momento della sua vita, sono diversi da quelli dello stesso bambino in una fase diversa del suo sviluppo. Non esistono due bambini uguali, con gli stessi gusti, la medesima realtà interiore, gli stessi desideri, come non esistono in un essere umano gli stessi bisogni in momenti e periodi diversi della sua vita. Inoltre i bisogni di un bambino con problemi psicologici sono molto più intensi e risultano, a volte, poco chia-

ri, lineari e coerenti, rispetto a quelli di un bambino normale ed è forse per questo che è più difficile capirli e accettarli.

9. Cerchiamo di soddisfare i suoi bisogni più veri e profondi.

Spesso troviamo dei bambini con disturbi psicoaffettivi che piangono ore intere, che gridano e urlano a più non posso, che pestano i piedi, insultano, minacciano ed aggrediscono, per avere un giocattolo in più, un telefonino più completo e potente, un dolce proibito, un quarto d'ora in più di tv o di videogioco. Tuttavia, nel momento in cui abbiamo soddisfatto tutti questi bisogni, ritornano ad urlare e a pestare i piedi, ritornano a minacciare e ad aggredire. Di solito il commento che viene fatto a questi comportamenti è che "...i bambini di oggi non sono mai soddisfatti di quello che viene loro dato". Tuttavia se riusciamo ad andare oltre le apparenze e a guardare i bisogni più veri e profondi, scopriamo che non è l'ultimo telefonino che loro desiderano veramente, che non è la merendina proibita, quella che cercano, non è un quarto d'ora in più di tv quello che veramente vogliono. Scopriamo, insomma, che i loro desideri più veri e profondi sono altri: desidererebbero, ad esempio, che la famiglia trascorresse, tutta insieme, più tempo; vorrebbero che tra i genitori e nella loro famiglia vi fossero più gesti di amore e meno comportamenti e parole aggressive; chiederebbero più presenza della mamma e del papà spesso assenti o troppo impegnati; vorrebbero poter giocare liberamente in spazi verdi; chiederebbero più spazio fisico e psicologico nel quale potersi muovere o anche più coccole e più intimo dialogo. In definitiva scopriamo che i cosiddetti "capricci" nascondono dei bisogni importanti e veri, che i bambini non sempre riescono ad esprimere chiaramente.

10. Sforziamoci di comunicare con il dialogo sentimenti positivi

Molte volte l'ansia e la tristezza che ci pervadono, le difficoltà della vita, le brutture che ci circondano, gli incontri infelici, ci spingono a vedere il mondo, la vita e gli altri con sconforto ed eccessivo pessimismo. Lo stesso pessimismo e sconforto sentiamo anche nei riguardi di nostro figlio con problemi psichici: “È fatto così”– “È fatto male”– “Non c'è nulla da fare”– “Non può cambiare”– “Ogni cosa che facciamo non serve a nulla”. Queste frasi o questi pensieri, se da un parte limitano e castrano le nostre potenzialità, nel contempo scoraggiano e avviliscono un bambino già provato. Per tali motivi il suo malessere si accentua e si aggrava. Cerchiamo invece, per quanto possibile, di offrire loro un sano ottimismo, fatto di speranza e fiducia nel mondo, negli altri ma, soprattutto, in sé stessi.

11. *Inseriamo sempre nel dialogo una carica e una partecipazione affettiva ricca, tenera e calda.*

Le parole e gli incoraggiamenti nei confronti dei bambini con disturbi psicoaffettivi, se sono ricchi di amore e di una partecipazione tenera e calda, sono in grado di aiutarli ad essere più sereni e con meno tensioni e paure. È questa maggiore serenità interiore che può contribuire alla loro maturazione e allo sviluppo della loro personalità, con conseguenze positive sul comportamento. Ciò possiamo ottenere dicendo la parola giusta al momento giusto, dando il nostro sostegno, il nostro conforto e soprattutto valorizzandoli. Ognuno di noi ha bisogno che qualcuno metta in risalto le nostre qualità e capacità e non i limiti e i difetti. Questo ci fa sentire bene, ci dà sicurezza, forza, coraggio, ci fa affrontare meglio e con più grinta la vita. La disistima da parte dell'altro, soprattutto se viene da un genitore, visto come l'essere umano più importante della sua vita, spinge i figli alla chiusura, alla tristezza, all'abbandono, allo sconforto e alla rinuncia. Oppure, al contrario, ad una maggiore irritabilità, scontrosità, se non proprio ad una chiara aggressività.

12. Partecipiamo ai vissuti del bambino.

Nostro compito è anche partecipare ai suoi sentimenti, ai suoi vissuti, alle emozioni del momento, in modo tale che i suoi bisogni diventino i nostri bisogni, la sua sofferenza diventi la nostra sofferenza, i suoi desideri diventino i nostri desideri. In tal modo attueremo una piena partecipazione e condivisione di pensieri, sentimenti ed emozioni che rinsalderanno il nostro legame reciproco, illumineranno di gioia la sua vita, riscaldano il suo cuore, offrendogli certezze e speranze.

13. Comunichiamo ciò che gli è utile.

Non sempre si può comunicare tutto. Se il dialogo genitori-figli è fondamentale in un processo educativo, è vero anche che non sempre si può far partecipare di tutto i minori. Ci sono delle cose che sono appannaggio degli adulti e devono rimanere nell'ambito degli adulti. I bambini non dovrebbero essere coinvolti in argomenti che non sono in grado di capire, né essere resi complici in situazioni che potrebbero spaventarli, metterli in ansia o crear loro conflitti interiori. Pensiamo, per esempio, alle avventure sentimentali e sessuali che i genitori separati o le ragazze madri, tendono a comunicare ai figli. Pensiamo alle liti e alle beghe con i parenti o i vicini, nelle quali i genitori spesso sono coinvolti, ma ci riferiamo anche alle ansie e paure, delle quali gli adulti possono essere vittime. Queste, se comunicate ai bambini, rischiano di provocare loro una continua sensazione di pericolo imminente: "Non fare questo perché è pericoloso"- "Non fare quest'altro perché puoi morire o fare morire i tuoi genitori".

Cerchiamo, invece, di comunicare ciò che può essere loro utile, ciò che può migliorare la loro serenità e il loro benessere interiore. Teniamo per noi tutto ciò che potrebbe accentuare il loro turbamento, le loro ansie, i loro timori. E infine proteggiamoli da tutto ciò che potrebbe metterli in conflitto con se stessi o con le persone che vorrebbero e dovrebbero amare e rispettare .

14. Il dialogo dovrebbe essere sereno, gentile e delicato.

Cerchiamo di dialogare in modo sereno e tranquillo. “Il nostro compito è creare le condizioni per cui la voce della ragione possa essere udita e seguita. Se ci agitiamo e mettiamo in ansia, non riusciamo a far parlare quella voce così flebile, e se nostro figlio teme il nostro disappunto e le nostre punizioni, non sarà in condizione di starla ad ascoltare” (Bettelheim 1987, p. 150).

Ci appare superfluo ricordare di evitare i modi bruschi, le parole aspre che umiliano, che offendono, che allontanano e spaventano. La televisione e gli altri mass media ci stanno sempre più abituando all’uso di parole “pesanti” e offensive, usate da “eroi” aggressivi e prepotenti. Questo tipo di linguaggio non è mai utile e opportuno, anche perché il bambino rischia di farlo proprio. Pertanto tenderà ad usarlo dapprima con i suoi compagni e fratelli e successivamente, quando sarà più grande, quando non avrà più timore degli adulti, vi è il rischio concreto che lo usi proprio contro i genitori, gli altri familiari, oltre che verso gli insegnanti e gli altri educatori. La gentilezza, la dolcezza e l’accoglienza nei modi e nelle parole ripagano sempre, in quanto procurano simpatia, calore umano e benessere alle persone che ci circondano. Queste, alla fine, ci ricompenseranno con altrettanta gentilezza e dolcezza.

La scuola e i bambini con disturbi psicoaffettivi

La presenza nella scuola di bambini con problematiche psichiche è diventata sempre più frequente, sia a causa delle leggi sull’integrazione scolastica, sia per l’aumento reale dei disturbi psichici nell’età evolutiva. Quest’integrazione non è assolutamente semplice, per cui, se non è ben gestita, non solo non risolve le problematiche del bambino con problemi psicologici, ma rischia di aggravarli.

Per capire e saper affrontare tali problematiche è indispensabile considerare tutte le componenti in gioco: la scuola come istituzione, gli insegnanti, gli alunni “normali” ed i loro familiari, il bambino con problematiche psicologiche, i suoi genitori e familiari.

La scuola

Questa istituzione ha numerose e varie esigenze da soddisfare, pena la sua inefficacia. Vi sono esigenze didattiche, educative, gestionali ed altre. Per tale motivo un bambino con problematiche psicologiche può comportare notevoli difficoltà ma, come tante esperienze pilota hanno dimostrato, l'integrazione di questi bambini può diventare una splendida sfida da affrontare e vincere. Pertanto, se questa integrazione è ben gestita, i risultati per l'alunno problematico, ma anche per la scuola nel suo complesso, possono essere considerevoli.

Gli insegnanti

Per quanto riguarda gli insegnanti questi sono spesso stretti da molteplici richieste ed esigenze che provengono da varie realtà: devono in qualche modo rendere conto ai responsabili della scuola, alle varie leggi e regolamenti, alle equipe scolastiche, ai genitori del bambino con problemi, nonché ai genitori degli altri bambini. Soprattutto gli insegnanti, poi devono rendere conto alla propria coscienza e al loro senso di responsabilità. Inoltre i docenti, oggi sempre più spesso, sono costretti a subire le minacce, più o meno esplicite, di procedimenti legali che possono provenire sia da parte dei genitori del bambino con problemi, sia da parte dei genitori dei bambini normali presenti nella classe. Le minacce possono riguardare anche l'essere esposti alla gogna mediatica. Gogna questa che, essendo sempre alla ricerca di audience, è pronta ad attivarsi immediatamente e facilmente, ogni qual volta, nell'ambito scolastico, si presentano dei proble-

mi che possano interessare dei minori, specie se disabili. Tali accuse e minacce rischiano di diminuire la serenità dell'operato degli insegnanti e rendono ancora più difficile il loro lavoro e la gestione serena di questi bambini. È evidente che è particolarmente arduo riuscire a contemperare tutte queste esigenze, a volte contrapposte, specialmente quando è presente nella stessa classe più di un bambino con problemi.

Vi è poi la difficile collaborazione tra gli insegnanti curricolari e quelli di sostegno. I primi tendono a criticare, senza avere a volte un'esatta cognizione del problema, la cattiva gestione da parte degli insegnanti di sostegno del bambino disturbato. Cattiva gestione che, a loro dire, provocherebbe disagio nella classe. Gli insegnanti di sostegno, d'altra parte, è facile che si difendano dicendo che gli insegnanti curricolari focalizzano tutta la loro attenzione sugli alunni normali, trascurando o non adoperandosi efficacemente a favore dei bambini con disturbi psicoaffettivi.

I genitori e gli alunni "normali"

Non dovremmo scandalizzarci per il fatto che gli alunni normali, avvertendo la diversità dell'alunno con disturbi psichici, lo trattino in modo differente, rispetto ai loro coetanei esenti da tali problematiche. L'uomo è per sua natura molto sensibile a tutte le diversità, in quanto queste possono rappresentare un rischio e un pericolo da sfuggire o contrastare. Questi due comportamenti: di esclusione del diverso o di aggressività per il diverso, sono insiti nella specie umana. Compito dei genitori e degli educatori dovrebbe però essere quello di correggere e modellare questi comportamenti istintivi, per adeguarli ai valori dell'accoglienza, della fratellanza e dell'amore verso le persone più bisognose di aiuto. Purtroppo questo tipo di educazione e formazione, non sempre viene attuato. Anzi, a volte, gli adulti, non controllando loro stessi questi istintivi moti repulsivi, danno man forte ai loro figli,

in quanto hanno un'irrazionale paura che il bambino diverso possa in qualche modo "infettare" i loro "pargoletti"!

I genitori del bambino con problemi

Per quanto riguarda i genitori degli alunni con problematiche psicologiche, è frequente che questi accusino la scuola e gli insegnanti sia di classe sia di sostegno, per la scarsa attenzione prestata ai loro figli. Spesso le accuse sono di questo tipo: "Le maestre trascurano mio figlio e lo mettono da parte". "Lo rimproverano continuamente ed eccessivamente". "Non sanno capirlo, non sanno gestirlo". "In un anno non ha imparato quasi nulla". Ma poiché i genitori ed i familiari di questi bambini sono coscienti dei problemi che il loro figlio può dare alla classe dov'è inserito, il loro atteggiamento e comportamento è altalenante, sia nei confronti del figlio con problemi, sia nei confronti degli insegnanti e delle autorità scolastiche. In alcuni momenti ed in alcune occasioni essi appaiono disponibili e collaboranti, in altri momenti ed in altre occasioni, manifestano apertamente la loro irritazione, il loro rancore, se non la loro esplicita aggressività.

Per capire questi diversi atteggiamenti è necessario comprendere i vissuti interiori di questi genitori: essi sanno che il loro figlio crea problemi nella classe o anche nella scuola, giacché ogni giorno nella loro casa ed in tante altre occasioni, si sono scontrati con questi problemi che non riescono, nonostante tutti i loro sforzi, a risolvere. Dall'altro, proprio perché consci delle loro difficoltà e dei loro limiti, sperano che persone più preparate, qualificate e con maggiore esperienza, possano affrontare meglio le problematiche dei loro figli. Confidano quindi nella scuola, in quanto istituzione che, più d'ogni altra, è costituita da persone specializzate nelle problematiche educative.

Nei confronti dei genitori dei bambini normali l'accusa più frequente, da parte di questi genitori, riguarda la mancanza di ri-

spetto e di accettazione dei loro figli: “Gli altri bambini lo beffeggiano”. Oppure: “Gli altri compagnetti non lo vogliono accanto, non gli parlano neppure, lo ignorano completamente e i genitori di questi compagni non intervengono minimamente sui loro figli”.

I bambini con problematiche psicoaffettive

Se riflettiamo infine sui bambini con problemi psicologici, questi non sempre hanno le capacità di ben integrarsi nell’ambiente scolastico. E ciò per vari motivi:

- ❖ a causa delle loro scarse possibilità di attenzione è per loro difficile concentrarsi e ascoltare le spiegazioni degli insegnanti. Ciò li fa distrarre e, questa distrazione, a sua volta, comporta disturbo e disagio nella classe, nonché continui rimproveri nei loro confronti da parte degli insegnanti;
- ❖ il fatto di stare accanto ad altri bambini non implica automaticamente un miglioramento delle capacità di integrazione e socializzazione dei bambini con disturbi psicoaffettivi. Questa vicinanza può essere, in molti casi, addirittura controproducente, poiché gli altri bambini, notando il loro diverso modo di relazionarsi, di interloquire, di comportarsi, di muoversi, di prestare attenzione, possono reagire emarginandoli dal gruppo o aggredendoli verbalmente e fisicamente. In alcuni casi, addirittura, questi bambini “diversi” sono fatti oggetto di reale mobbing. È evidente che in tutte queste situazioni l’immagine che questi minori hanno degli altri, del mondo e di se stessi peggiora notevolmente;
- ❖ la loro facile irritabilità può comportare notevoli frustrazioni, nel momento in cui non sono ben ac-

colti dai coetanei o sono costretti a subire i rimproveri, i richiami o le punizioni dei docenti;

- ❖ alcuni bambini con disturbi psichici, poiché tendono a chiudersi in se stessi, estraniandosi dal mondo che li circonda, è come se non ascoltassero quanto avviene nella classe, e ciò impedisce loro quella sintonia indispensabile per l'apprendimento e per la socializzazione;
- ❖ inoltre, poiché questi alunni particolari spesso sono sconvolti dalle paure, dai conflitti, dall'ansia e dall'inquietudine, il loro interesse nei confronti delle materie curriculari può risultare minimo;
- ❖ infine, poiché alcuni bambini con disturbi psichici, soprattutto quelli che soffrono di instabilità psicomotoria, si stancano facilmente nel mantenere la stessa posizione e si muovono continuamente, attirano le ire degli insegnanti, a causa del disturbo che arrecano alla classe.

I possibili interventi

Poiché l'integrazione dei bambini con disturbi psicoaffettivi è particolarmente complessa, non può sicuramente essere delegata soltanto all'insegnante di sostegno. Accanto a questa figura, certamente basilare, devono prestare il loro impegno, il loro apporto e la loro collaborazione, molti altri professionisti e molte altre persone: il personale dei servizi di neuropsichiatria infantile presente nel territorio, gli insegnanti curriculari, i dirigenti scolastici, i genitori, i servizi sociali e di volontariato presenti nel quartiere e così via. È da tutte queste figure che potrà e dovrà nascere un progetto globale, fatto su misura per il minore e per il

suo ambiente di vita. Pertanto, per poter raggiungere questo obiettivo, è indispensabile che tra tutti gli operatori si instauri un rapporto di reciproco aiuto e collaborazione.

In questo progetto globale dovranno di volta in volta essere indicati tutti i mezzi e le modalità migliori, atti a raggiungere gli obiettivi prefissati. Inoltre, poiché le più adatte strategie per i bambini con problemi psicoaffettivi potrebbero essere molto diverse rispetto a quelle utilizzate con i bambini normali, in molti casi sarà necessario eliminare gli usuali obiettivi e strategie presenti di solito nelle aule scolastiche.

Facciamo qualche esempio.

Oggi nelle scuole sono sempre più numerosi *i bambini con disturbo generalizzato dello sviluppo*. Questi bambini vivono quasi costantemente una realtà interiore gravemente disturbata, fatta di ansie, fobie e conflitti, con notevole sfiducia e rifiuto nei confronti degli altri e del mondo in generale. Questi particolari alunni, che hanno una notevole difficoltà ad integrarsi con i coetanei e gli adulti, in quanto chiusi nel loro mondo angoscioso, nel momento in cui i comportamenti degli altri non sono perfettamente confacenti ai loro bisogni e desideri, avvertono quelli come dei nemici, pronti ad effettuare ulteriori violenze nei loro confronti. Pertanto, un normale ambiente di classe nel quale l'insegnante spiega la lezione, interroga, chiede che ognuno faccia le sue brave esercitazioni sul quaderno e le verifiche alla lavagna, è per loro notevolmente traumatico, oltre che assolutamente incomprensibile e inutile. È necessario allora che la scuola, nei loro confronti, riesca a modificare sostanzialmente gli obiettivi: non l'apprendimento dei contenuti delle materie curriculari, ma una loro maggiore serenità interiore e una maggiore fiducia in se stessi e negli altri; non la classe che li spaventa perché troppo rumorosa e con un eccesso di stimoli, ma una stanza silenziosa e tranquilla, nella quale questi bambini possano giocare libera-

mente, relazionandosi soltanto con un insegnante notevolmente disponibile e con particolari qualità empatiche; non i normali libri di testo, assolutamente inutili per i loro bisogni, sempre diversi e inaspettati, ma molti giocattoli e materiali naturali, tra i quali questi bambini possano scegliere di volta in volta gli oggetti a loro più congeniali da utilizzare nei giochi che ritengono, in quel momento, più opportuni e vicini ai loro bisogni e interessi. Sarà necessario, inoltre, modificare i ruoli: non un'insegnante che guida il bambino nell'attività che ritiene più utile per lui, ma un'insegnante che partecipi con gioia e grande disponibilità all'attività o al gioco dal minore scelto in un determinato momento (*gioco libero autogestito*). Pertanto è evidente che il ruolo di questa insegnante dovrà essere totalmente diverso da quello utilizzato con i bambini normali: non una persona che insegna qualcosa ad un bambino che non sa, ma una persona amica che riesca a dimostrare verso di lui grande rispetto, disponibilità e notevole comprensione per le gravi problematiche delle quali egli soffre. Una persona amica capace di mettere in primo piano la qualità, la bontà e la profondità della relazione e non le attività didattiche. Una persona amica che impegni il suo affetto e la sua presenza allo scopo di dare serenità dove vi è ansia, certezze dove vi sono insicurezze, fiducia dove vi è sfiducia, speranze al posto delle delusioni (Tribulato, 2013, p. 163).

Un altro esempio potrebbe riguardare i *bambini particolarmente timidi e introversi*. Poiché, anche se in modo meno drammatico rispetto ai bambini con disturbo generalizzato dello sviluppo, la visione che questi bambini hanno del mondo e degli altri è intrisa di timore, paure e insicurezze, gli insegnanti dovranno necessariamente tener conto della fragilità dell'animo di questi minori. Pertanto, fino a quando queste emozioni negative saranno presenti nel loro animo, gli insegnanti dovranno evitare di stimolare il bambino ad un'integrazione con tutto il gruppo dei coetanei, ma cercheranno di favorire un buon rapporto a due.

Questo rapporto, da instaurare con un compagno o una compagna con la quale questi bambini potranno costruire una buona intesa, costituirà per loro come una base sicura dalla quale partire per conquistare, gradualmente, una buona crescita affettivo-relazionale. Ciò in quanto solo un rapporto a due intenso, pieno e ricco di dialogo e comprensione reciproca, può dare ai bambini timidi e introversi la possibilità di aprirsi a un'integrazione più ampia e più ricca, ma anche molto più complessa.

Per quanto riguarda *i bambini con disturbo del comportamento*, poiché per questi minori le caratteristiche degli insegnanti e le modalità con le quali questi si relazionano con loro sono molto importanti, è necessario che siano seguiti da docenti che sappiano coniugare gli atteggiamenti di autorevolezza con una grande disponibilità all'ascolto empatico. Per tale motivo, se il bambino è stato inserito in una classe nella quale con la maggior parte degli insegnanti e di alunni ha instaurato dei rapporti molto conflittuali e poco produttivi per lui e per i coetanei, bisognerebbe avere il coraggio e la determinazione di trasferirlo in un'altra classe, con altri insegnanti e altri compagni, in modo da iniziare ex novo rapporti più sereni e utili per la sua crescita sociale e relazionale. Per quanto riguarda il rapporto tra il personale della scuola e i genitori, è importante evitare di sommergere questi ultimi dei problemi che la patologia del figlio procura alla classe e alla scuola: "Mario oggi è stato particolarmente disubbidiente, aggressivo, poco collaborante, psicologicamente assente e indifferente alle attività didattiche e alle spiegazioni". "Mario è sempre impreparato e la sua cartella è disordinatissima. Oggi, in classe, ha tanto disturbato che mi ha impedito di fare lezione", e così via. Queste lamentele da parte degli insegnanti, poiché non possono essere ben gestite dai genitori del bambino con problemi, inevitabilmente comporteranno, da parte di questi ultimi, un maggior atteggiamento svalutativo e punitivo verso il figlio, con conseguente peggioramento della sua condizione psichica e,

conseguentemente dei suoi comportamenti disturbanti. D'altra parte, è facile che le frasi che abbiamo riportato, o frasi simili, facciano emergere, nei genitori di questi bambini, atteggiamenti di aggressività e di rivalsa verso gli insegnanti e i responsabili dell'istituto scolastico, con impossibilità di instaurare una reale e proficua intesa e collaborazione.

Per tali motivi sarebbe bene che gli insegnanti e la scuola nel suo complesso riuscissero ad affrontare i problemi degli alunni con disturbi del comportamento, valorizzando e sottolineando agli occhi dei loro familiari le buone qualità e capacità dei loro figli, piuttosto che i loro limiti e difetti. Solo in un secondo momento, quando sarà stata creata una buona intesa tra la scuola e la famiglia, sarà possibile suggerire con molto tatto ai genitori, le migliori strategie con le quali questi potranno aiutare il loro figlio ad acquisire maggiore serenità ed equilibrio, indicando anche le più efficaci modalità e i migliori specialisti capaci di seguirlo e aiutarlo.

Per rendere credibile ai propri occhi e agli occhi dei genitori e dello stesso alunno questa immagine positiva, è però indispensabile riuscire ad avere un atteggiamento di fiducia, sia nella propria capacità di ottenere i risultati che ci si è proposti, sia nelle possibilità insite in ogni bambino di potersi ben relazionare con i coetanei e gli altri, nel momento in cui il suo animo ha acquisito maggiore serenità e gioia.

I genitori, a loro volta, dovranno comprendere e valorizzare la disponibilità, la capacità e la volontà da parte della scuola e dei docenti di operare per il bene del figlio. Conseguentemente è importante che gli stessi mettano in luce agli occhi del proprio bambino, queste capacità e disponibilità, così da aiutare lo stabilirsi di un buon legame di fiducia e affetto tra lui e i suoi docenti.

Le terapie mediante il gioco

Il gioco è stato spesso usato nella psicoterapia infantile, poiché il bambino, fino ad una certa età, non ha le capacità linguistiche adatte a comunicare i pensieri e le emozioni più profonde e vere. Durante il gioco il bambino manifesta direttamente e senza alcun problema i suoi interessi e i suoi bisogni, le sue ansie e le sue paure.

I giochi possono essere *guidati* dai genitori, dagli insegnanti o da altri adulti. Questa tipologia di gioco ha il pregio di “insegnare” al bambino quello che non sa, quello che non conosce, quello che non riesce a fare. Il limite di questo tipo di attività consiste nel pensare al bambino come a colui che non sa, che deve apprendere o deve essere guidato da noi adulti ad effettuare qualcosa che pensiamo sia a lui utile.

I giochi liberi sono quelli che sono effettuati di solito con i coetanei. In questa tipologia di giochi i partecipanti si mettono d'accordo su quale attività eseguire, sulle regole da seguire, sugli strumenti o giocattoli da utilizzare e su eventuali ruoli che ognuno deve rappresentare durante il gioco. Ad esempio: “Giochiamo agli indiani. Tu fai il pellerossa, io e Marco saremo i soldati che catturano l'indiano, dopo una furiosa lotta. Questi bastoni sono i fucili e le spade e queste sono le frecce. Tu poi vieni liberato da Antonio e Luca, che sono i tuoi amici indiani e scappi; noi cercheremo di riprenderti”.

In questo tipo di gioco il bambino ha maggiori possibilità di sviluppare le sue capacità sociali. In quanto, se a volte sarà lui a condurre il gioco, altre volte, pur di partecipare, sarà costretto ad accettare le regole che gli altri hanno dettato al gruppo o comunque dovrà imparare a mediare con gli altri le modalità della sua

partecipazione e del suo ruolo. Questo tipo di gioco è l'ideale per i bambini con normale sviluppo psichico. Non è adatto, invece, per i bambini con rilevanti disturbi psicoaffettivi, in quanto questi non possiedono la necessaria disponibilità, duttilità, accettazione e pazienza per condurlo efficacemente. È difficile che riescano a ben relazionarsi con il gruppo dei coetanei non solo i bambini affetti da disturbo autistico, ma anche i minori facilmente irritabili, quelli con notevole instabilità psicomotoria, i bambini aggressivi, scontrosi, ma anche quelli molto timidi, chiusi, introversi e sospettosi.

Il gioco libero autogestito

In tutti questi casi è molto più utile il tipo di approccio da noi studiato, che abbiamo chiamato *Gioco Libero Autogestito*. In questa modalità di gioco è soltanto il bambino interessato alla terapia a scegliere il gioco o l'attività da effettuare. L'adulto o il terapeuta, come un amico particolarmente disponibile e attento ai bisogni del minore, ha soltanto il compito di aiutare, incoraggiare e sostenere il bambino nelle sue attività e nelle sue istanze del momento. L'adulto avrà il ruolo di un affettuoso e paziente compagno di giochi che non critica e non mette in discussione quello che egli fa, tranne che la sua attività non comporti un reale e imminente pericolo per l'incolumità sua o di altre persone. In definitiva, nella tecnica del "*Gioco Libero Autogestito*" è lui, il bambino molto disturbato, il vero leader, mentre l'adulto o il terapeuta assume il ruolo di gregario (Tribulato, 2013, p. 102-103).

Questo tipo di terapia parte dall'assunto che per l'adulto, anche molto preparato, attento e sensibile, è difficile, se non impossibile, conoscere ciò che al bambino è utile e che può farlo stare bene, in un determinato momento, in quanto le conoscenze

che egli ha della vita intima di un minore in un determinato frangente, sono molto scarse, incomplete e frammentarie. Inoltre la sua visione di adulto, le sue informazioni, ma anche i bisogni personali del momento, collaborano a deformare il suo giudizio sulla vita intima di questi bambini, impedendogli di vedere al di là delle proprie conoscenze razionali. A ciò si aggiunga che le emozioni presenti nella psiche di questi minori sono talmente lontane dalla realtà vissuta quotidianamente dagli adulti, sono talmente intense, mutevoli e, spesso, anche tanto confuse e contraddittorie, da risultare, per gli adulti di difficile, se non impossibile comprensione.

Questo tipo di gioco permette di raggiungere l'obiettivo di una migliore serenità interiore e di una maggiore fiducia negli altri, nel mondo e in se stessi, giacché il piccolo è messo al riparo da ogni possibile intrusione esterna. Intrusione che, in questi bambini, potrebbe comportare l'accentuazione o la stabilizzazione dell'ansia interiore e quindi del loro malessere. Ciò in quanto, più gravi sono le problematiche dei bambini con disturbi psicoaffettivi, maggiore è la loro sensibilità nei confronti delle frustrazioni. Pertanto ogni iniziativa degli adulti o dei terapeuti, anche la più lodevole, che però non è stata da quelli desiderata e richiesta in quel momento, può essere giudicata come un'intrusione e una violenza da parte del mondo esterno. Lasciare al bambino la piena autonomia e libertà, nella scelta dell'attività o del gioco da eseguire, lo fa sentire finalmente libero, attivo e autonomo. In definitiva, nel *Gioco Libero Autogestito* è il bambino che aiuta se stesso con il supporto dell'adulto e non il contrario. Per evitare, quindi, di peggiorare questo loro mondo interiore e il difficile rapporto che essi hanno nei confronti degli altri esseri umani, il terapeuta si limiterà soltanto a collaborare alle attività del bambino e ai suoi giochi, anche se questi possono sembrare ripetitivi, inutili e sciocchi.

Le attività espressive

Tutte le attività espressive: la creta, la plastilina, il disegno, la pittura, la musica, il racconto, l'arte drammatica, sono utili al benessere psicologico del bambino, in quanto questi, quando ha la possibilità di esprimersi liberamente, ha anche l'occasione di rivelare a se stesso, prima che agli altri, il suo mondo interiore, fatto di pensieri, sentimenti, emozioni e, contemporaneamente, ha l'opportunità di elaborare le sue profonde emozioni, mentre commenta e fantastica sull'opera effettuata.

L'espressione simbolica ha essenzialmente la funzione di evidenziare, mediante la produzione immaginativa, i propri conflitti e le proprie problematiche, mentre, contemporaneamente, dà la possibilità di liberarsene. In questo senso tutte le attività espressive sono anche terapeutiche, in quanto riescono gradualmente a modificare il comportamento di chi le attua, prima nella finzione e poi nella realtà.

Il disegno e il racconto libero

Con questa tecnica s'invita il bambino ad eseguire un disegno, utilizzando soltanto una matita, un foglio di carta e una serie di colori. Si chiede al bambino di disegnare quello che lui desidera e si aggiunge che, se vuole, può colorare il disegno. Si lascia quindi a lui la scelta del soggetto da disegnare e, se desidera colorarlo, si lascia alla sua discrezione la scelta dei colori. Quando il bambino ha completato il disegno gli si chiede qual è il soggetto rappresentato e quale racconto egli vorrebbe costruire, partendo da quanto ha disegnato. Si può aiutare il piccolo a meglio chiarire e sviluppare il contenuto di quanto esposto, mediante alcune domande, ma senza mai intervenire sui contenuti. Per ampliare il racconto e fare emergere i contenuti più interessanti si può chiedere, ad esempio: "Un giorno cosa successe?".

Questa tecnica che è in genere ben accettata in un'età variabile tra i cinque e i dieci anni, permette un approccio dolce e ri-

spettoso nei confronti del mondo interiore del minore, così da conoscere direttamente quali sono i suoi bisogni, i suoi desideri, le sue emozioni, le sue paure, mentre, contemporaneamente, permette al piccolo di liberarsi dai turbamenti e conflitti che scuotono il suo animo, comunicandoli ad una persona amica. Una persona amica e degna di fiducia non solo perché il suo intento è quello di dare aiuto a lui, ma anche perché gli dimostra il suo affetto ascoltandolo, senza nulla chiedere, senza nulla pretendere.

Pertanto, proprio per rispettare fino in fondo i desideri e la volontà del minore, nel caso in cui questi non desideri effettuare alcun disegno o non voglia raccontare una storia, si accetta serenamente questa sua scelta.

La musicoterapia

“La musica è ovunque. Senza musica la nostra vita sarebbe come un mondo privo di colori. Fin dalla nascita reagiamo con dei micro-movimenti in risposta ai ritmi, alle cadenze, al succedersi armonico dei suoni. La musica è fuori e dentro di noi. Passa attraverso il corpo e non ci lascia indifferenti. Il nostro organismo è fatto per recepirla, risponderle e capirla (Oliverio Ferraris, 2008)”.

La musica nasce con l'uomo: il bambino, quando inizia a camminare, se ascolta della musica, muove il suo corpo seguendo il ritmo di questa. È innato nell'uomo il piacere di ascoltare, ma anche di fare musica, con gli oggetti più strani e inconsueti. Tanto che sono numerosissimi gli strumenti musicali inventati e poi utilizzati dagli esseri umani, nelle varie epoche e presso molti popoli.

La musica è un ottimo strumento di comunicazione, atto a rinsaldare i legami sui quali si basano le società umane; facilita l'interazione fra i sessi; influenza positivamente l'umore; ha il potere di rilassare o stimolare; procura emozioni ed eccitazione. Pertanto, da sempre, le attività musicali sono state usate in molti

momenti della vita umana. La musica è essenziale quando si vuole creare gioia, eccitazione e complicità nei momenti dell'incontro amoroso, come durante il corteggiamento e il matrimonio. Allo stesso modo risulta essenziale nei riti religiosi o per aiutare il dialogo e la comunione con Dio. La musica serve a festeggiare gli avvenimenti più importanti, come gli onomastici, i compleanni, i matrimoni, la raccolta dei frutti della terra. Allo stesso modo tutti i popoli utilizzano, per consolare gli animi, i canti e la musica nelle cerimonie funebri. La musica viene eseguita in guerra per infondere coraggio ai propri soldati e per impaurire gli avversari, ma anche per festeggiare la pace.

D'altra parte tutte le mamme, di ogni epoca e di ogni popolo, hanno utilizzato e utilizzano il canto e la musica, mediante le ninne-nanne, per calmare il pianto del loro piccolo e per favorire il suo addormentamento. Allo stesso modo tutte le mamme di ogni cultura ed epoca hanno utilizzato e utilizzano per i loro bambini i canti e le filastrocche, allo scopo di far ridere o facilitare l'apprendimento.

Fare musica migliora le capacità intellettive. Scrive la Bonfranceschi (2013, p. 21): "I risultati hanno dimostrato come i musicisti precoci, oltre a essere più abili negli esercizi di coordinazione psicomotoria, avevano anche una maggiore quantità di materia bianca nella regione del corpo calloso, un'area che permette ai due emisferi – zone motorie comprese – di collaborare, connettendoli attraverso le fibre nervose".

Quasi tutti i bambini, pertanto, hanno interesse per la musica. Non è da oggi, quindi, che la musica viene utilizzata come mezzo terapeutico: per rilassare o stimolare; per sviluppare la creatività o per permettere un miglior dialogo con il corpo; per aiutare a liberarsi dalle tristezze e dalle tensioni ma anche per dare gioia, forza, determinazione; per incoraggiare la meditazione e l'introspezione ma anche per permettere una migliore socializzazione ed integrazione con il gruppo dei pari.

Gli scopi della musicoterapia possono, quindi essere mirati a:

- ❖ risvegliare la sensibilità;
- ❖ affinare le percezioni sensoriali (Wagner, 2010, p. 26);
- ❖ migliorare le capacità intellettive;
- ❖ migliorare le capacità di movimento e la coordinazione (Wagner, 2010, p. 28);
- ❖ rendere l'attività fisica più divertente e quindi più accettata;
- ❖ sviluppare l'abilità dei gesti;
- ❖ insegnare al bambino a sentire e ad ascoltare in modo attivo e consapevole;
- ❖ esternare i vissuti difficilmente traducibili nel linguaggio verbale (Galimberti, 2006, p. 169);
- ❖ evadere dai pensieri più truci e tristi della vita quotidiana;
- ❖ stimolare l'immaginazione e la creatività;
- ❖ sviluppare lo spirito di gruppo;
- ❖ sviluppare il senso dell'ordine e della disciplina;
- ❖ ridurre la tensione psichica (Galimberti, 2006, p. 169);
- ❖ abbassare la frequenza cardiaca, rallentare la respirazione, alleviare il dolore, ecc.

Le tecniche variano in funzione dei bisogni del bambino, tenendo conto della sua età e delle esigenze del momento. In musi-

coterapia, in base alle esigenze particolari del minore, si può utilizzare una *tecnica collettiva o individuale*.

La tecnica collettiva si applica quando il minore è capace di seguire il ritmo del gruppo. *Le tecniche individuali* sono utilizzate quando il bambino è troppo piccolo o presenta gravi disturbi psichici e quindi non è in grado di seguire il ritmo del gruppo e di integrarsi con esso. In questo caso, il fatto che il bambino si trovi da solo con l'educatore gli infonde tranquillità e sicurezza, poiché si sente immune dalle critiche dei compagni.

In musicoterapia vi sono fondamentalmente due metodi.

1. *Il metodo attivo*. Questo consiste in una partecipazione attiva del soggetto mediante il movimento, l'euritmia, la ritmica, la danza, il canto, i giochi cantati, i girotondi o la pratica di uno strumento. Tra i metodi attivi *la ritmica* è il sistema più noto. Nella ritmica, che in genere è accompagnata dal pianoforte, la musica e il movimento sono combinati e i loro effetti terapeutici si integrano, si completano e si associano. In molti casi si lascia che il bambino improvvisi dei movimenti sotto l'influenza della musica senza suggerirgli nulla. In altri casi si possono suggerire delle immagini, che il bambino deve eseguire mediante il suo corpo o mediante le note musicali. *Nell'euritmia*, un altro dei metodi attivi, la musica fornisce i ritmi che stimolano la volontà, placano le emozioni, regolano il movimento, apportano ordine, chiarezza e determinazione. L'utilizzazione dell'uno o dell'altro metodo dipende dal tipo di disturbo da affrontare, ma anche dallo strumento che si vuole utilizzare e dal brano musicale che si vuole eseguire. *Il canto* ha una triplice funzione: *diagnostica*, giacché consente di scoprire il carattere e il temperamento del bambino, mediante le diverse sfumature del suo timbro di voce; *educativa e terapeutica*, in quanto il modo con il quale si fanno cantare i bambini

può aiutarli a superare le loro angosce e può essere decisivo per la formazione del loro carattere. Nel *canto mimato* gli atti e le situazioni dei personaggi sono evocati dai gesti, dalla mimica o dalla danza. Questo tipo di canto permette di far emergere la personalità dei piccoli, mentre soddisfa il loro desiderio di azione. Il canto mimato, inoltre, facilita nei bambini lo sviluppo dello spirito d'osservazione, della creatività e dell'iniziativa. *I girotondi e i giochi cantati*, infine, hanno la funzione di sviluppare l'immaginazione, insegnano il rispetto delle regole e dei ruoli assegnati e favoriscono la coordinazione tra le immagini mentali e i gesti.

2. *Il metodo passivo* utilizza invece soltanto l'audizione della musica. In questo caso si scelgono i brani musicali più adatti, in base agli scopi che si vogliono raggiungere: rilassare, calmare, dare vigore e coraggio, eccitare, infondere gioia ecc.

Gli strumenti

In base agli strumenti utilizzati si possono avere effetti diversi.

Gli strumenti a percussione, come il tamburo, la grancassa, il triangolo, accolgono bene l'aggressività e l'eccitabilità del bambino, pertanto sono indicati quando è presente irritabilità, aggressività e instabilità psicomotoria.

L'uso degli strumenti a corda, come la lira, il violino, il violoncello e l'arpa, a motivo del loro suono molto dolce e armonico, sono usati per migliorare la respirazione e lo stato emotivo del soggetto.

La danza libera, popolare e folclorica, è particolarmente indicata per i soggetti tristi e malinconici, poiché infonde gioia e allegria.

Lo psicodramma

Per molti bambini che presentano tratti nevrotici o disturbi psicoaffettivi in senso lato, sono efficaci tutte le tecniche di drammatizzazione che permettono di liberare, in modo efficace, ed a volte risolutivo, le problematiche che travagliano il loro mondo interiore.

Lo psicodramma analitico è una tecnica psicoterapica introdotta negli anni venti da J. L. Moreno (in Arieti, 1970, p. 1673) ed ha il vantaggio di rivolgersi e coinvolgere più soggetti contemporaneamente. I partecipanti sono il protagonista, o soggetto; il direttore, o terapeuta principale; gli Io ausiliari e il gruppo. Il protagonista presenta un problema privato o di gruppo; gli Io ausiliari lo aiutano a dare vita al suo dramma personale e collettivo e correggerlo. Ognuno, a turno, propone un tema e vengono distribuiti i ruoli. La composizione del gruppo permette di costituire una famiglia. Per Moreno le esperienze poco gratificanti o chiaramente frustranti, vissute nel passato, non scompaiono ma rimangono a livello inconscio nell'animo dei bambini, pressando, con la loro carica d'ansia, il loro Io. Nello psicodramma tali esperienze possono venire liberate con più facilità, in quanto sono rivissute in un'atmosfera irrealistica e come di gioco. Per attuare lo psicodramma è scritto soltanto un canovaccio partendo dai suggerimenti dei bambini, specie di quelli disturbati ed è effettuata una rappresentazione improvvisando le battute.

I ruoli possono e devono cambiare, in modo tale da vivere diverse esperienze. Pertanto lo stesso bambino potrà scegliere di eseguire anche ruoli contrastanti e contrapposti, come contrastanti e contrapposti sono spesso i sentimenti che si agitano nel cuore di ognuno di noi. Solo in un secondo momento è attuata la razionalizzazione di ciò che si è vissuto nella scena, cercando di dare un perché alle azioni e alle parole.

Lo psicodramma serve in definitiva a:

- comunicare liberamente i propri vissuti interiori;

- far scoprire i sentimenti, per poi controllarli;
- liberare aggressività, collera, rabbia e conflitti interiori.

La psicomotricità

La psicomotricità studia ed educa l'attività psichica mediante i movimenti del corpo (Galimberti, vol. 3, p. 248). È uno strumento importante nei disturbi psicoaffettivi in quanto, attraverso l'ascolto del proprio corpo che si muove nello spazio, che si rilassa, che si contrae, che pulsa e vive nel mondo circostante, in relazione agli altri e agli oggetti, il bambino esprime e scopre anche le emozioni che lo coinvolgono. Questa terapia investe tutto l'insieme della personalità in quanto, specialmente nell'infanzia, i fenomeni motori sono strettamente legati a quelli psichici. Il controllo sul corpo diventa anche un controllo sulle tensioni interiori. Al contrario, la liberazione delle tensioni muscolari aiuta anche la liberazione delle tensioni interiori, delle ansie, delle paure e dell'aggressività. In tal modo la psicomotricità migliora il rapporto con se stessi, con gli oggetti e con le persone attorno a noi. Questo tipo di terapia agisce sia sul piano psichico, sia sul piano motorio, per cui permette una migliore organizzazione spazio-temporale ed una più vivace e ricca espressione gestuale. Essa favorisce la socialità, la parola, la mimica e, agendo sull'emotività, aiuta a sviluppare una migliore padronanza di sé, una maggiore sicurezza personale, un miglioramento dell'inibizione affettiva.

La rieducazione psicomotoria offre buoni risultati su numerosi sintomi psicoaffettivi: instabilità psicomotoria, iperemotività, autismo, enuresi, tic, ma anche sui disturbi del linguaggio, come la balbuzie. Nei soggetti inibiti, chiusi, impacciati, maldestri si utilizzano esercizi disinibitori come la danza, il canto, lo sport, il gioco. Nei soggetti instabili, ansiosi, irrequieti, nervosi, con difficoltà nell'attenzione e nella concentrazione sono utilizzati soprattutto gli esercizi per l'attenzione, quelli per il rilassa-

mento, e gli esercizi sensoriali. Nei soggetti meno gravi possono essere attuati degli esercizi di gruppo, in quelli più gravi si preferisce un trattamento individuale.

Le terapie con gli animali

L'essere umano è sempre stato in contatto con gli animali: piccoli o grandi che siano. I bambini si rapportano prima con i piccoli animali: farfalle, chioccioline, bruchi, formiche, coccinelle e poi con animali di più grossa taglia, come uccelli, cani, conigli, agnelli, caprette, cavalli. Pertanto sono noti fin dall'antichità i benefici che la loro presenza offre allo sviluppo psicoaffettivo dei minori: compagnia, gioco, comunicazione, conforto. Questi benefici sono dovuti alla pazienza di molti animali da compagnia, e alla loro disponibilità ad accogliere, non solo le carezze dei piccoli esseri umani, ma anche i loro contatti corporei, più rudi e improvvisati.

La *Pet Therapy* o *terapia assistita da animali* non è un semplice giocare con uno o più animali: essa è, invece, un'attività terapeutica vera e propria, finalizzata a migliorare le condizioni fisiche e psichiche dei pazienti, mediante la compagnia di un animale. Questa terapia ha lo scopo di creare un rapporto di tipo socio-affettivo-relazionale tra il bambino e l'animale, simile a quello che potrebbe nascere tra due esseri umani che hanno la possibilità di costruire un'amicizia e un'intesa reciproca. È necessario però considerarla sempre come una terapia di supporto agli altri interventi terapeutici e, quindi, non può sostituirsi ad essi.

La *Pet Therapy* può migliorare la qualità della vita dei bambini che presentano problematiche di tipo affettivo-relazionale, giacché l'animale, essere capace di relazione, affetto e comunicazione, è in grado di creare nel bambino delle emozioni positive e rilassanti di compagnia e gioco, in quanto, per sua natura, ha la capacità di stabilire con gli esseri umani delle relazioni molto

semplici ed essenziali. L'animale, a differenza dei coetanei, ma anche di alcuni adulti più irritanti, non fa domande che possono mettere in imbarazzo il bambino, non lo rimprovera, non lo giudica, non lo prende in giro, non lo emargina. Accetta incondizionatamente e si lega a chi ha di fronte, qualsiasi sia la sua patologia o problematica psicologica. Pertanto facilita la crescita affettiva del bambino, rafforza i suoi comportamenti emotivamente più adeguati, lo aiuta a sviluppare un'immagine positiva di sé, riduce nel contempo la sua ansia e collabora a migliorare il suo tono dell'umore. Di conseguenza il bambino diventa più capace di affrontare le situazioni di stress, i traumi e le frustrazioni.

Gli animali più frequentemente utilizzati nella Pet Therapy sono i gatti, i cani, i cavalli, gli asini, gli uccelli, i delfini, i pesci, i conigli, le tartarughe, i pulcini.

Ogni animale è associato ad un certo tipo di disturbo.

Il cane, data la sua vivacità e affettuosità, è utile per i bambini più apatici, chiusi, tristi o depressi. L'osservazione dei *pesci nell'acquario*, che si muovono lentamente e silenziosamente nel loro mondo liquido, aiuta a diminuire l'ansia e quindi rilassa notevolmente. *Gli uccellini*, poiché sono piccoli e morbidi, stimolano tenerezza e amore anche nei soggetti aggressivi, mentre *il cavallo*, simbolo di forza, eleganza e virilità, facilita i rapporti sociali, aumenta l'autostima e la fiducia in se stessi, pertanto è più utile ai soggetti timidi e complessati. *Il delfino*, dato il suo naturale desiderio di giocare e comunicare con gli esseri umani, è indicato per i bambini colpiti da turbe dell'apprendimento, dell'affettività, della relazione, del comportamento, della coordinazione muscolare e del linguaggio. Questo cetaceo aiuta a migliorare la fiducia in se stessi e stimola le capacità motorie e comunicative dei bambini. La *delfinoterapia* è utile anche perché l'elemento animale si combina e si somma alla piacevolezza dell'elemento liquido, che è sicuramente capace di ridurre lo stress e

la tensione, riportando il bambino ad una condizione di primitiva felicità.

Tutti gli animali poi, dati i loro bisogni di accudimento, pulizia, alimentazione e cura, stimolano la presa a carico di un altro essere vivente e apportano gratificazione, mentre aiutano il soggetto ad uscire dalle sue problematiche.

Come tutte le terapie anche questa, se non ben valutata, presenta dei rischi.

Un primo rischio da evitare è quello di non migliorare, ma di peggiorare l'ambiente di vita del bambino.

Ricordo Mario, un bambino autistico il cui papà alla ricerca di "un qualcosa" che risolvesse i problemi del figlio, aveva inopinatamente accolto in casa un cane, in quanto aveva letto dei "miracoli" della terapia assistita dagli animali. Questo papà non aveva tenuto nella giusta considerazione il fatto che ospitare un animale comporta dei doveri e dei compiti. Doveri e compiti impossibili da adempiere non solo da parte di Mario, perché eccessivamente disturbato, ma anche dai suoi genitori, che avvertivano questi compiti come troppo gravosi. Pertanto il comportamento di papà e mamma, a causa dello stress conseguente a questi nuovi impegni, ai quali li costringeva la presenza del cane, peggiorò notevolmente; ma anche il bambino, a causa delle sue numerose e intense fobie, non riuscì ad accettare la presenza ingombrante dell'animale. In definitiva le problematiche del figlio peggiorarono notevolmente.

Pertanto, prima di decidere se prendere o non un animale in casa, è bene valutare sia il grado di accettazione da parte del bambino, sia la propria disponibilità ad accogliere un altro essere vivente, il quale richiede numerose attenzioni e cure. In definitiva l'animale può essere utile, se questa presenza, all'interno della famiglia, è capace di migliorare tutto il clima familiare.

Un altro rischio di questa terapia è di pensare che un animale possa sostituire il rapporto interpersonale con gli esseri umani:

ciò è impossibile. Un animale non può sostituire un genitore assente, né è in grado di prestare l'attenzione, la cura e il calore affettivo che solo degli esseri umani possono e dovrebbero dare. Pertanto, quando in un bambino sono presenti delle problematiche affettivo-relazionali di un certo rilievo, bisogna innanzitutto riuscire a curare le difficoltà ed i limiti delle persone che vivono accanto a lui, piuttosto che "affidare", in modo semplicistico, il bambino ad uno o più animali, immaginando che questi possano sopperire alle deficienze degli umani: siano essi genitori, familiari o insegnanti.

Le terapia della famiglia

Con l'espressione "terapia della famiglia" s'intende l'insieme di tutti i modelli d'intervento che, pur seguendo teorie, prassi e tecniche diverse, si pongono come obiettivo la cura - nel duplice senso di "curare" e "prenderci cura"- di famiglie piuttosto che di individui, lavorando sulle loro interazioni emotive e cognitive (Shazer, 1991). La terapia familiare nasce pertanto dall'esigenza di intervenire, all'interno del contesto sociale e in particolare nell'ambito delle famiglie disfunzionali, sia per cercarne le cause che per curare i disturbi psicologici, incontrando durante la terapia non solo il paziente "designato" ma anche il contesto familiare all'interno del quale questi è inserito (Andolfi, 2009). L'obiettivo è di modificare le dinamiche relazionali tra i vari membri della famiglia allo scopo di migliorare il funzionamento della famiglia in toto ed apportare il benessere al singolo individuo. In particolare, sono analizzate le modalità, spesso nascoste, su cui si basa l'equilibrio di tutto il nucleo familiare, per aiutare i vari membri ad individuarle e prenderne consapevolezza e controllo. La terapia familiare si differenzia da quella individuale per la visione di famiglia come "sistema", composto da varie parti che interagiscono. Il sistema risulta superiore alla somma delle sue parti, per cui, un cambiamento in qualunque sua parte, può esse-

re in grado di modificare tutte le parti del sistema stesso. In definitiva, il cambiamento di un membro del gruppo, potrà influenzare tutti gli altri componenti.

In quest'ottica non ha significato un intervento diretto ad un singolo individuo, ma viene preso a carico tutto il nucleo familiare, con le specifiche dinamiche interpersonali che lo caratterizzano.

Mentre in passato, le teorie familiari davano maggior risalto alla dimensione dello spazio, come principale parametro di osservazione, mentre la dimensione temporale era presa in considerazione soltanto nella porzione del presente, nella *prospettiva trigenerazionale* l'osservazione relazionale non è più limitata alla famiglia nucleare di base ma include almeno tre generazioni. Tale prospettiva si fonda sull'idea che le storie individuali siano molto intrecciate con quelle delle generazioni precedenti e che l'individuo non si può comprendere a prescindere da un'osservazione storica e intergenerazionale delle sue relazioni familiari. Si pensa che ogni sistema familiare abbia una propria identità culturale che definisce i propri valori ideo-affettivi, le aspettative sui ruoli, nonché i modi di affrontare determinati eventi significativi. Tale identità è trasmessa di generazione in generazione, attraverso i miti, le lealtà, i mandati familiari, i copioni. In tal modo il presente di ogni componente familiare viene condizionato. Attraverso l'osservazione trigenerazionale si cerca di ricostruire la trama intergenerazionale delle relazioni, al fine di comprendere i nessi impliciti tra comportamenti e vissuti attuali e bisogni insoddisfatti del passato.

Ciò porta ad una nuova concettualizzazione del tempo familiare, in cui il presente viene inteso come il punto nodale che lega in una successione temporale le esperienze passate e le prospettive future. La storia della famiglia non viene più intesa come il succedersi degli anni, ma come l'intreccio di linee evolutive di un passato antico, unito ai miti tramandati dalle vecchie

generazioni e quelle di un futuro che vive nelle speranze e nei progetti latenti degli anziani verso le nuove generazioni (Andolfi, 1988).

L'individuo, in questa prospettiva, è inserito nel processo della sua evoluzione temporale, e al suo comportamento si attribuisce un valore alla luce degli eventi precedenti e successivi. Il comportamento dell'individuo diventa allora comprensibile solo alla luce del contesto e dell'organizzazione del sistema di relazioni in cui è inserito. I comportamenti assumono significato in rapporto alla situazione, cioè alle circostanze che in un dato momento possono influenzare il comportamento di una persona.

Il sintomo acquista un nuovo significato; non è più la manifestazione di un disagio individuale, ma è l'espressione di un malessere che si collega ad un'organizzazione disfunzionale del sistema nella sua totalità. La sua comprensione necessita di ampliarne l'osservazione, estendendo l'indagine dalla persona che ne è portatrice alle sue relazioni significative. Il sintomo è inoltre il risultato di un processo multigenerazionale, postulando l'esistenza di forze transgenerazionali capaci di esercitare un'influenza sulle relazioni attuali (Bowen (1979).

La terapia comportamentale

Questo tipo di terapia “si rivolge al comportamento osservabile, senza tener conto delle motivazioni di fondo o dei vissuti associati” (Militeri, 2004, p. 136). Per questo tipo di terapia ogni comportamento è acquisito mediante dei processi di apprendimento e di condizionamento, per cui vengono apprese sia le condotte “normali” che quelle devianti. La terapia si ispira ai principi del condizionamento ed ha lo scopo di modificare in senso positivo il comportamento del bambino, favorendo i comportamenti desiderabili e inibendo quelli disadattivi.

La terapia comportamentale utilizza varie tecniche.

La desensibilizzazione sistematica

Questa tecnica è utilizzata soprattutto per il trattamento delle paure e delle fobie. Vengono inizialmente insegnati al bambino degli esercizi mediante i quali egli potrà rilassarsi e ritrovare il benessere perduto a causa di paure o altri eventi ansiosi. In seguito si stabilisce un ordine gerarchico degli stimoli in grado di scatenare la reazione fobica: dalla condizione fobica che provoca una lieve ansia a quella più grave.

Si invita poi il soggetto a immaginare gli stimoli capaci di scatenare la reazione fobica, iniziando da quelli più lievi per poi affrontare quelli più gravi, contrastandoli ogni volta mediante gli esercizi di rilassamento già appresi.

L'esposizione combinata

Il soggetto è messo in contatto con uno stimolo o situazione che gli provoca disagio, con gradualità e per un tempo sempre maggiore, ma viene però aiutato mediante interventi preventivi che mirano a ridurre la sua ansia.

La prevenzione della risposta

Questa tecnica consiste nel bloccare, per un tempo maggiore rispetto a quello in cui il paziente è normalmente capace di procrastinare la risposta, i comportamenti sintomatici che, normalmente, il soggetto mette in atto in seguito all'esposizione ad una situazione della quale ha paura.

Il comportamento operante

“Il comportamento operante si basa sul principio che il comportamento è fortemente influenzato dalle conseguenze che produce”(Militerni, 2004, p. 138).

Poiché il comportamento del soggetto è conseguente alle risposte che seguono al suo comportamento, è evidente che se il soggetto ha una risposta positiva, tenderà a mantenere quel comportamento; al contrario se avrà una risposta negativa. Sono utilizzati vari tipi di rinforzi che motivano il bambino a mettere in atto e a ripetere un determinato comportamento positivo.

Il rinforzo positivo è rappresentato dalla ricompensa piacevole o positiva che viene data al bambino quando questi attua un comportamento socialmente appropriato. Ad esempio, il bambino viene premiato con dei gettoni che potrà utilizzare per comprare o ottenere degli oggetti o esperienze piacevoli, ogni qualvolta effettuerà delle attività appropriate: se è stato attento e non si è distratto eccessivamente durante le lezioni, se per un certo tempo non si è alzato dal banco, se non ha pronunciato delle parolacce per un certo tempo, e così via. Sono rinforzi positivi anche le lodi, gli oggetti desiderati, i giochi, le attività piacevoli, il cibo, insomma tutto ciò che può piacere al bambino.

Il rinforzo negativo che consiste nel far cessare uno stimolo avversativo quando venga attuato un dato comportamento.

La punizione: è rappresentata dallo stimolo avversativo che viene dato al bambino quando attua un comportamento negativo. Si utilizza, ad esempio, il *costo della risposta*: sono consegnati al bambino un certo numero di gettoni che potranno essere spesi per comprare degli oggetti a lui piacevoli. Questi gettoni gli saranno sottratti, uno ad uno, se egli attuerà dei comportamenti inappropriati.

Mediante *l'insegnamento delle abilità sociali* si cerca, inoltre, di favorire l'assunzione di un comportamento desiderato mediante l'osservazione e l'imitazione.

Il trattamento prevede inizialmente l'identificazione del comportamento o dei comportamenti da incrementare o diminuire e la loro frequenza, si identificano successivamente i fattori ambientali che estinguono o rinforzano tali comportamenti, si scelgono e si attivano, infine, i tipi di rinforzi che possono influenzare il comportamento (Militerni, 2004, p. 139).

La terapia cognitivo-comportamentale

Nella terapia cognitivo-comportamentale si raccolgono molti dati mediante dei colloqui e l'osservazione dei genitori e del

bambino, utilizzando anche delle scale di valutazione e test. Prima di impiegare specifiche tecniche terapeutiche si cerca di portare i genitori e il bambino a concettualizzare il problema secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale in quanto i pensieri, le attitudini, le credenze, rappresentano fattori importanti per comprendere un certo tipo di comportamento (Militerni, 2004, p. 1140). “L’obiettivo fondamentale per la terapia cognitiva è rappresentato dalla definizione delle relazioni reciproche fra processi conoscitivi, processi emozionali e comportamenti espliciti” (Militerni, 2004, p.140).

Ad esempio, per quanto riguarda i genitori si è rivelato utile produrre in loro la comprensione di alcuni fondamentali assunti:

a) è ciò che essi pensano del bambino e dei suoi comportamenti a determinare le loro reazioni emotive;

b) alcune loro reazioni emotive influenzano negativamente il comportamento del bambino;

c) le loro idee e le loro emozioni possono essere sostituite con altre più atte ad aiutare il bambino.

Per quanto riguarda il bambino è utile fargli acquisire consapevolezza del fatto che ci sono altri modi di sentirsi e di comportarsi nelle situazioni problematiche che lo riguardano. Si cercherà, quindi, di esplorare con il bambino le conseguenze negative dei suoi comportamenti disturbati e le conseguenze positive a cui possono portare altri comportamenti alternativi più adeguati.

Bibliografia

Ackerman N.W., (1970), *Psicodinamica della vita familiare*, Torino, Boringhieri.

De Ajuriaguerra J., Marcelli D., (1986), *Psicopatologia del bambino*, Milano, Masson Italia Editori.

De Ajuriaguerra J., (1993), *Manuale di psichiatria del bambino*, Milano, Masson.

Ammannitti M., Stem D. N., (1992), *Attaccamento e Psicoanalisi*, Bari, Laterza.

Ancona L., (2002), "Vita familiare: il contenimento delle paure e le radici di speranza", *Consultori Familiari Oggi*, 3-4.

Anolli L., (2002), *Psicologia della comunicazione*, Bologna, Il Mulino.

Anselmo D. Zanardo S. E Altri, (2005), *Lessico della libertà*, Milano, Edizioni Paoline.

Arieti S., (1970), *Manuale di psichiatria*, Torino, Boringhieri.

Barberi M., (2013), "Diventare grandi litigando", *Mente e cervello*, n° 99, marzo.

Barker R.G., Schoggen P., (1973), *Qualities of Community Life*, San Francisco, Jossey-Bass.

Barone L., Bacchini D., (2009), *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bartolo G.V., (2003), "L'amore che fa crescere il figlio", *Famiglia oggi*.

Bassi A., (1969), *Psicologia scolastica*, Firenze, Giunti Barbera editori.

Belletti F., (2007), "Le scienze umane chiamate a raccolta", *Famiglia oggi*, 11.

Benedek T., (1959), "Psychobiological aspects of mothering", *Amer. J. of Orthopsychiatry*, vol. 26.

Bettelheim, B., (1987), *Un genitore quasi perfetto*, Milano, Feltrinelli.

Bianchi E., et al., (2006), *Strappare un abbraccio difficile*, Assisi, Cittadella Editrice.

Bibring G. L., (1959), “Some consideration of the psychocological process in pregnancy”, *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113, 121.

Bion W., (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando.

Blair C., (2013), “Pericolo stress”, *Mente e cervello*, n° 105, settembre.

Bollea G., (1985), “L’aggressività nell’età evolutiva”, *Federazione medica*, XXXVIII – 3.

Bonfranceschi A. L., (2013), “La musica fa bene al cervello”, *Mente e cervello*, n° 100, aprile.

Bonino S., (2012), “L’assurdità delle punizioni fisiche: Ti picchio per insegnarti a non picchiare”, *Psicologia contemporanea*, gennaio-febbraio.

Bonino S., (2010), “La fiducia. Responsabilità e trasparenza nelle società complesse”, *Psicologia contemporanea*, luglio-agosto.

Bowlby J., (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bowlby J., (1972), *Attaccamento e perdita, Vol. 1, L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri.

Bowlby J., (1975), *Attaccamento e perdita, Vol. 2, La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri.

Bowlby J., (1983) *Attaccamento e perdita, Vol. 3, La perdita della madre*. Torino, Boringhieri,.

Bowlby J., (1988), *Rivista di psichiatria*, vol. 23, giugno.

Brazelton T. B., Cramer B., (1991), *Il primo legame*, Como, Frassinelli.

Bressa G.M., (1991), *Mi sentivo svenire – Conoscere e affrontare l'ansia*, Roma, Il pensiero Scientifico Editore.

Briar S., (1964), "The family as an organization: an approach to family diagnosis and treatment", *Soc. Sr. Rv.*

Bronfenbrenner U., (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il mulino.

Bydlowski M., (2000), *Il debito di vita: i segreti della filiazione*, Roma, Pendagrone.

Call R.B., (1977), "Challenges to a Science of Developmental Psychology", *Child Development*, 48.

Campanini G., (1993), "Il bambino nella famiglia tra gratificazione e disagio", *La famiglia*, anno XXXVII, agosto.

Wright C., C., Strawderman et al., (1996), "La depressione negli studenti in difficoltà: identificazione precoce e intervento", *Difficoltà di apprendimento*, Vol.2, n° 2, dicembre.

Caviglia et al., (2011), "Continuità e discontinuità tra psicopatologia dell'età infantile e dell'età adulta: una review sulla visione prospettica". ???

Cena L., (2005), "Costruire una mente: la competenza comunicativa primaria della gestante", *Nascere*, 95, 20-33.

Censi, A., (2010), "Bambini. Dalla violenza alla cura", *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 77.

Chamberlain D.B., (1988), "The significance of birth memories", *Pre- and Perinatal Psychology*, 2.

Ciccone A., Lhopital M., (1994), *La nascita alla vita psichica*, Roma, Borla.

Cole M., Maltzman I. (a cura di), (1969), *A handbook of contemporary soviet psychology*, New York, Basic Books.

Cole M., Scribner S., (1974), *Culture and thought: a psychological interpretation*, New York, John Wiley.

Cole M., Hood L., Mcdermott R. P., (1978), "Concepts of ecological validity: their differing implications for comparati-

ve cognitive research”, *Quarterly Newsletter of the institute for comparative human development*, 2.

Cristiani C., (2002), “Vecchie e nuove dinamiche”, *Famiglia oggi*, 11.

Croce L., (2002), “L’handicap è una risorsa? I possibili effetti positivi della condizione di handicap sulla famiglia”, *Consultori Familiari Oggi*, Atti del XIII convegno nazionale, 3-4, Anno 10, Dicembre.

De Negri M. et al., (1970), *Neuropsichiatria infantile*, Genova, Fratelli Bozzi Editori.

De Pinto L., (2004), “Conversare tra noi lungo il cammino”, *Consultori familiari oggi*, n. 2-3, anno 12.

Dennet H., (1977), *Psicologia della donna*, Torino, Borin-ghieri.

Dolto F., (2009), *Quando i genitori si separano*, Milano, Mondadori.

Donati P., (2000), “Ripensare i servizi di Welfare alla luce di un nuovo concetto di Benessere familiare”, *Consultori Familiari Oggi*, Atti del XII Convegno Nazionale, Alghero.

Donfrancesco R., (1996), “Stimolare la motivazione e il senso di autoefficacia nell’apprendimento”, *Difficoltà di apprendimento*, Vol.1, N° 4, aprile.

DSM – IV – TR, (2005), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.

Erikson E.H., (1950), *Childhood and society*, New York, W. W. Norton.

Erikson E.H., (1968), *Identity: youth and crisis*, New York, W. W. Norton.

Erikson E.H., (1956), “The problem of ego identity”, *J. Amer. Psychoanalysis*, Assn..

Fenichel O., (1951), *Trattato di psicoanalisi*, Roma, Astro-labio.

Ferraris A. O., (2006), “Il ricatto della pappa”, *Mente e cervello*, n. 19, gennaio – febbraio.

Ferruccio A., (1990), *Psicologia della coppia e della famiglia*, Roma, Edizioni Mediterranee.

Field T., (1995), “Infants of depressed mothers”, *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

Filippi V., (2003), “Costruire spazi coerenti”, *Famiglia oggi*, Edizioni San paolo, N°3, marzo.

Fonagy P., Target M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Cortina.

Fonzi, A., (1997-1998), “Il bullismo in Italia”, *Psicologia e scuola*, n°89, Anno diciottesimo, dicembre –gennaio.

Fornaro M., (2010), “L’empatia e le sue basi neurologiche”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Galimberti U., (2006), *Dizionario di psicologia*, Roma, Gruppo editoriale L’Espresso.

Galli Della Loggia E., (2011), “Se la televisione si sostituisce alla élite. Come cambia l’antropologia italiana”, *Corriere della sera*, 20 febbraio.

Gillini G., Zattoni M., (1994), *Ben-essere in famiglia*, Brescia, Editrice Gueriniana.

Giorgi, R., et al., “Bullismo: analisi e prevenzione del fenomeno”, *Attualità in psicologia*, Volume 15, n. 2.

Grandin T., (2006), *Pensare in immagini*, Trento, Erickson.

Gray P., (2011), “The Decline of Play and the Rise of Psychopathology in Children and Adolescents”, *American Journal of Play*, 3 (4), 443-463.

Greenspa S., Lieff Benderly B., (1988), *L’intelligenza del cuore*, Milano, Mondadori.

Gurman A. S., Kniskern D.P., (1995), *Manuale di terapia della famiglia*, Torino, Bollati Boringhieri.

Harding E., (1951), *La strada della donna*, Roma, Astrolabio.

Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L., (2007), *Psicologia clinica perinatale*, Padova, Piccin Nuova Libreria.

Isaacs S., (1995), *La psicologia del bambino dalla nascita ai sei anni - Figli e genitori*, Roma, Newton.

Kaplan, H.I., Sadock B. j., (1993), *Manuale di psichiatria*, Napoli, Edises.

Klein M., (1969), *Invidia e gratitudine*, Firenze, G. Martirelli Editore.

Lamb M. E., (1977), "The development of mother-infant and father-infant attachments in the Second Year of Life", *Developmental Psychology*, 13.

Langeveld, in Osterrieth, P., A., (1965) *Introduzione alla psicologia del bambino*, Firenze, Giunti e Barbera.

Levy, in De Negri M. et al., (1970), *Neuropsichiatria infantile*, Genova, Fratelli Bozzi Editori,

Lewin K., (1966), *Teoria dinamica della personalità*, Firenze, Giunti Barbera.

Lidz T., (1977), *Famiglia e problemi di adattamento*, Torino, Editore Boringhieri.

Lombardo, P., (1994), *Crescere per educare*, Verona, Edizioni dell'aurora.

Lombardo, P., (1997), *Educare ai valori*, Verona, Edizioni Vita Nuova.

Luban Plozza B., Ritschl D., (1991), *Dinamica dei conflitti familiari*, Roma, Armando Editore.

Maderna R., (2010), *?????Famiglia cristiana*, N°37.

Mahler M., (1976), *Le psicosi infantili*, Torino, Boringhieri.

Maier H. W., (1973), *L'età infantile*, Milano, Franco Angeli Editore.

Mancia M., (1982), "Sull'inizio di una vita mentale del feto", *Neuropsichiatria Infantile*, 246-247, 13-22,.

Martinez J. E Cortes E., (1998), "La complessa relazione tra famiglia e cultura", *La Famiglia*, anno 32, marzo-aprile,.

Mazzoni M., (2013), “Confusioni contemporanee”, *Famiglia oggi*, N° 5.

Mead G.H., (1934), *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press.

Meazzini P., (1997), "Quando lo stress colpisce, ovvero fatti e misfatti dello stress nella scuola", *Psicologia e scuola*, n. 86, anno 18°, Ottobre - novembre.

Meltzer D., Harris M., (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*, Torino, Centro Scientifico.

Militerni R., (2004), *Neuropsichiatria infantile*, Napoli, Editore Idelson Gnocchi.

Mitchell S., (2002), *Il modello relazionale- dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano, Raffaello Cortina.

Morin, E., (2001), *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Moro A. C., (1998), “Per una cultura dell’infanzia”, *La famiglia*, n. 191, settembre – ottobre.

Moro A. C., (1994), “Diritti del minore e diritti degli adulti: uno scontro insolubile?”, *La famiglia*, n° 166, anno XXVIII, luglio -agosto.

Moro C.A., (1998), “Per una cultura dell’infanzia”, *La famiglia*, n. 191, settembre – ottobre.

Nobile A., (1994), “Gioco e famiglia”, *La famiglia*, anno XXVIII, luglio – agosto.

Oliverio A., (2008), “Abusi e DNA”, *Mente e cervello*, , psicologia contemporanea, settembre-ottobre, p. 69. ????

Oliverio A., (2007), “Testimoni fragili”, *Mente e cervello*, n° 31, luglio.

Oliverio Ferraris A., 2008 “La musica che attraversa la nostra vita”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Oliverio Ferraris A., (2003), “Alunni prima ma non prima”, *Corriere salute*, 5 ottobre, p. 24.

Oliverio Ferraris A., (2011), ???Psicologia Contemporanea, settembre-ottobre.

Oliverio Ferraris A., (2005), *Non solo Amore*, Firenze, Giunti Demetra.

Osterrieth, P.A., Introduzione alla psicologia del bambino, Giunti e Barbera, Firenze, 1965.

Ovadia D., (2010), “Mi piego ma non mi spezzo”, *Mente e cervello*, n° 67.

Paradis A. D., et al., (2009), “Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: Findings from the Simmons longitudinal study”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 290-298.

Pati L., (1979), “Costanti pedagogiche del ruolo paterno”, *La Famiglia*, n°74, marzo-aprile,.

Pellegrino A., Santinello M., (1998), “La formazione dei genitori sulle competenze educative: i risultati di un’esperienza”, *Difficoltà di apprendimento*, 4.

Perretti M., (1977), “L’unità della famiglia”, *La Famiglia*, maggio – giugno.

Piaget J., (1964), *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Torino, Giulio Einaudi Editore.

Righetti P. L., Sette L., (2000), *Non c’è due senza tre*, Torino, Bollati Boringhieri.

Romano M. C., Sabbadini L., (2005), “I tempi della vita quotidiana”, *Famiglia oggi*, 8-9.

Debray R. e Belot, A., (2009), *Psicosomatica della prima infanzia*, Roma, Casa editrice Astrolabio.

Rouart J., in De Ajuriaguerra J., (1993), *Manuale di psichiatria del bambino*, Milano, Masson.

Russo R. C., (2007), *Il senso dell’azione in psicoterapia infantile*, Milano, Casa editrice Ambrosiana.

Sarchielli, G., (2010), “Diventare superwoman- Una trappola sociale”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Sarto M., Rigetti L., Venturini S., (1998), *La consapevolezza del ruolo genitoriale, dalla prenatalità alla neonatalità*, Pavia, Bonomi.

Scaparro F., (2003), “Incoraggiare il benessere di contatto”, *Famiglia Oggi*, 2.

Scaparro F., Bernardini I., (1987), “Come ridurre i traumi della separazione”, *Famiglia Oggi*, settembre – ottobre, anno X, n.29.

Shaffer M., (1977), *L'interazione madre-bambino, oltre la teoria dell'attaccamento*. Milano, Franco Angeli.

Sheehan in Ajuriaguerra J. (De), Marcelli, D., (1986), *Psicopatologia del bambino*, Masson Italia Editori, Milano.

Slade A., (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Roma, Astrolabio.

Sogos C. et al., (2009), “Dall’età prescolare all’adolescenza: la distribuzione dei life events in un campione rappresentativo della popolazione italiana”, *Psichiatra dell’infanzia e dell’adolescenza*, Vol.76.

Soifer R., (1971), *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*, Roma, Borla.

Sontag L.W., (1965), “Implication of fetal behavior and environment for adult personalities”, in *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 134(2), 782.

Spiegel R.,(1970), *La comunicazione nei disturbi psichiatrici*, in “*Manuale di psichiatria*”, a cura di S. Arieti, Torino, Boringhieri.

Spok B., (1957), *Il bambino*, Milano, Editore Longanesi e C.

Stefana A., Gamba A., “2013”, “Semeiotica e diagnosi psico(pato)logica”, *journal of psychopathology*, 19.

Stefani J., (2006), “Donne al timone”, *Psicologia contemporanea*, 195.

Stern D.N., (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*, Milano, Cortina,.

Stern D.N., (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Boringhieri.

Stern D.N., Bruscheiler-Stern N., (1999), *Nascita di una madre*, Milano, Mondadori.

Sullivan H.S., (1962), *Teoria interpersonale della psichiatria*, Milano, Feltrinelli Editore.

Tomatis A., (1993), *Dalla comunicazione intrauterina al linguaggio umano*, Como, Ibis.

Tribulato E., (2013), *Autismo e gioco libero autogestito*, Milano, Franco Angeli.

Tribulato E., (2005), *L'educazione negata*, Messina, EDAS.

Vico G., (1987), “Educare il bambino in una famiglia instabile”, *Famiglia oggi*, Anno X, Settembre–ottobre.

Vivanti G., (2009), “La comprensione del linguaggio nell'Autismo”, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 76.

Wagner B., (2010), “Musica per il cervello”, *Psicologia contemporanea*, Gennaio- febbraio.

Winnicott D.W., (1973), *Il bambino e la famiglia*, Firenze, Giunti e Barbera.

Winnicott D.W., (1987), *I bambini e le loro madri*, Milano, Cortina Raffaello.

Winnicott D.W., (1973), *Il bambino e il mondo esterno*, Firenze, Giunti e Barbera.

Winnicott D.W., (1986), *Il bambino deprivato*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Wolff S., (1969), *Paure e conflitti nell'infanzia*, Roma, Armando - Armando Editore.

Zattoni M., G. Gillini, G., (2003), “Di mamma non ce né una sola”, *Famiglia oggi*, N°2, Febbraio

RINGRAZIAMENTI

I miei più sentiti ringraziamenti vanno ad Dott. Giacomo Longo che con grande perizia e disponibilità ha accettato di rivedere queste pagine, fornendoci molti preziosi consigli e suggerimenti al fine di ottenere una migliore chiarezza e leggibilità del testo.

Di questo suo prezioso e fondamentale aiuto siamo profondamente grati.

Bibliografia (Primo e secondo volume)

Ackerman N.W., (1970), *Psicodinamica della vita familiare*, Torino, Boringhieri.

De Ajuriaguerra J., Marcelli D., (1986), *Psicopatologia del bambino*, Milano, Masson Italia Editori.

De Ajuriaguerra J., (1993), *Manuale di psichiatria del bambino*, Milano, Masson.

Ammannitti M., Stem D. N., (1992), *Attaccamento e Psicoanalisi*, Bari, Laterza.

Ancona L., (2002), “Vita familiare: il contenimento delle paure e le radici di speranza”, *Consultori Familiari Oggi*, 3-4.

Anolli L., (2002), *Psicologia della comunicazione*, Bologna, Il Mulino.

Anselmo D. Zanardo S. E Altri, (2005), *Lessico della libertà*, Milano, Edizioni Paoline.

Arieti S., (1970), *Manuale di psichiatria*, Torino, Boringhieri.

Barberi M., (2013), “Diventare grandi litigando”, *Mente e cervello*, n° 99, marzo.

Barker R.G., Schoggen P., (1973), *Qualities of Community Life*, San Francisco, Jossey-Bass.

Barone L., Bacchini D., (2009), *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bartolo G.V., (2003), “L’amore che fa crescere il figlio”, *Famiglia oggi*.

Bassi A., (1969), *Psicologia scolastica*, Firenze, Giunti Barbera editori.

Belletti F., (2007), “Le scienze umane chiamate a raccolta”, *Famiglia oggi*, 11.

Benedek T., (1959), “Psychobiological aspects of mothering”, *Amer. J. of Orthopsychiatry*, vol. 26.

Bettelheim, B., (1987), *Un genitore quasi perfetto*, Milano, Feltrinelli.

Bianchi E., et al., (2006), *Strappare un abbraccio difficile*, Assisi, Cittadella Editrice.

Bibring G. L., (1959), “Some consideration of the psychocological process in pregnancy”, *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113, 121.

Bion W., (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando.

Blair C., (2013), “Pericolo stress”, *Mente e cervello*, n° 105, settembre.

Bollea G., (1985), “L’aggressività nell’età evolutiva”, *Federazione medica*, XXXVIII – 3.

Bonfranceschi A. L., (2013), “La musica fa bene al cervello”, *Mente e cervello*, n° 100, aprile.

Bonino S., (2012), “L’assurdità delle punizioni fisiche: Ti picchio per insegnarti a non picchiare”, *Psicologia contemporanea*, gennaio-febbraio.

Bonino S., (2010), “La fiducia. Responsabilità e trasparenza nelle società complesse”, *Psicologia contemporanea*, luglio-agosto.

Bowlby J., (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bowlby J., (1972), *Attaccamento e perdita, Vol. 1, L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri.

Bowlby J., (1975), *Attaccamento e perdita, Vol. 2, La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri.

Bowlby J., (1983) *Attaccamento e perdita, Vol. 3, La perdita della madre*. Torino, Boringhieri,.

Bowlby J., (1988), *Rivista di psichiatria*, vol. 23, giugno.

Brazelton T. B., Cramer B., (1991), *Il primo legame*, Como, Frassinelli.

Bressa G.M., (1991), *Mi sentivo svenire – Conoscere e affrontare l'ansia*, Roma, Il pensiero Scientifico Editore.

Briar S., (1964), "The family as an organization: an approach to family diagnosis and treatment", *Soc. Sr. Rv.*

Bronfenbrenner U., (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il mulino.

Bydlowski M., (2000), *Il debito di vita: i segreti della filiazione*, Roma, Pendagrone.

Call R.B., (1977), "Challenges to a Science of Developmental Psychology", *Child Development*, 48.

Campanini G., (1993), "Il bambino nella famiglia tra gratificazione e disagio", *La famiglia*, anno XXXVII, agosto.

Wright C., C., Strawderman et al., (1996), "La depressione negli studenti in difficoltà: identificazione precoce e intervento", *Difficoltà di apprendimento*, Vol.2, n° 2, dicembre.

Caviglia et al., (2011), "Continuità e discontinuità tra psicopatologia dell'età infantile e dell'età adulta: una review sulla visione prospettica". ???

Cena L., (2005), "Costruire una mente: la competenza comunicativa primaria della gestante", *Nascere*, 95, 20-33.

Censi, A., (2010), "Bambini. Dalla violenza alla cura", *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 77.

Chamberlain D.B., (1988), "The significance of birth memories", *Pre- and Perinatal Psychology*, 2.

Ciccone A., Lhopital M., (1994), *La nascita alla vita psichica*, Roma, Borla.

Cole M., Maltzman I. (a cura di), (1969), *A handbook of contemporary soviet psychology*, New York, Basic Books.

Cole M., Scribner S., (1974), *Culture and thought: a psychological interpretation*, New York, John Wiley.

Cole M., Hood L., Mcdermott R. P., (1978), "Concepts of ecological validity: their differing implications for comparative cognitive research", *Quarterly Newsletter of the institute for comparative human development*, 2.

Cristiani C., (2002), "Vecchie e nuove dinamiche", *Famiglia oggi*, 11.

Croce L., (2002), "L'handicap è una risorsa? I possibili effetti positivi della condizione di handicap sulla famiglia", *Consultori Familiari Oggi*, Atti del XIII convegno nazionale, 3-4, Anno 10, Dicembre.

De Negri M. et al., (1970), *Neuropsichiatria infantile*, Genova, Fratelli Bozzi Editori.

De Pinto L., (2004), "Conversare tra noi lungo il cammino", *Consultori familiari oggi*, n. 2-3, anno 12.

Dennet H., (1977), *Psicologia della donna*, Torino, Boringhieri.

Dolto F., (2009), *Quando i genitori si separano*, Milano, Mondadori.

Donati P., (2000), "Ripensare i servizi di Welfare alla luce di un nuovo concetto di Benessere familiare", *Consultori Familiari Oggi*, Atti del XII Convegno Nazionale, Alghero.

Donfrancesco R., (1996), "Stimolare la motivazione e il senso di autoefficacia nell'apprendimento", *Difficoltà di apprendimento*, Vol.1, N° 4, aprile.

DSM – IV – TR, (2005), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.

Erikson E.H., (1950), *Childhood and society*, New York, W. W. Norton.

Erikson E.H., (1968), *Identity: youth and crisis*, New York, W. W. Norton.

Erikson E.H., (1956), "The problem of ego identity", *J. Amer. Psychoanalysis, Assn.*.

Fenichel O., (1951), *Trattato di psicoanalisi*, Roma, Astrolabio.

Ferraris A. O., (2006), “Il ricatto della pappa”, *Mente e cervello*, n. 19, gennaio – febbraio.

Ferruccio A., (1990), *Psicologia della coppia e della famiglia*, Roma, Edizioni Mediterranee.

Field T., (1995), “Infants of depressed mothers”, *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

Filippi V., (2003), “Costruire spazi coerenti”, *Famiglia oggi*, Edizioni San paolo, N°3, marzo.

Fonagy P., Target M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Cortina.

Fonzi, A., (1997-1998), “Il bullismo in Italia”, *Psicologia e scuola*, n°89, Anno diciottesimo, dicembre –gennaio.

Fornaro M., (2010), “L’empatia e le sue basi neurologiche”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Galimberti U., (2006), *Dizionario di psicologia*, Roma, Gruppo editoriale L’Espresso.

Galli Della Loggia E., (2011), “Se la televisione si sostituisce alla élite. Come cambia l’antropologia italiana”, *Corriere della sera*, 20 febbraio.

Gillini G., Zattoni M., (1994), *Ben-essere in famiglia*, Brescia, Editrice Gueriniana.

Giorgi, R., et al., “Bullismo: analisi e prevenzione del fenomeno”, *Attualità in psicologia*, Volume 15, n. 2.

Grandin T., (2006), *Pensare in immagini*, Trento, Erickson.

Gray P., (2011), “The Decline of Play and the Rise of Psychopathology in Children and Adolescents”, *American Journal of Play*, 3 (4), 443-463.

Greenspa S., Lieff Benderly B., (1988), *L’intelligenza del cuore*, Milano, Mondadori.

Gurman A. S., Kniskern D.P., (1995), *Manuale di terapia della famiglia*, Torino, Bollati Boringhieri.

Harding E., (1951), *La strada della donna*, Roma, Astrolabio.

Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L., (2007), *Psicologia clinica perinatale*, Padova, Piccin Nuova Libreria.

Isaacs S., (1995), *La psicologia del bambino dalla nascita ai sei anni - Figli e genitori*, Roma, Newton.

Kaplan, H.I., Sadock B. j., (1993), *Manuale di psichiatria*, Napoli, Edises.

Klein M., (1969), *Invidia e gratitudine*, Firenze, G. Martignelli Editore.

Lamb M. E., (1977), "The development of mother-infant and father-infant attachments in the Second Year of Life", *Developmental Psychology*, 13.

Langeveld, in Osterrieth, P., A., (1965) *Introduzione alla psicologia del bambino*, Firenze, Giunti e Barbera.

Levy, in De Negri M. et al., (1970), *Neuropsichiatria infantile*, Genova, Fratelli Bozzi Editori,

Lewin K., (1966), *Teoria dinamica della personalità*, Firenze, Giunti Barbera.

Lidz T., (1977), *Famiglia e problemi di adattamento*, Torino, Editore Boringhieri.

Lombardo, P., (1994), *Crescere per educare*, Verona, Edizioni dell'aurora.

Lombardo, P., (1997), *Educare ai valori*, Verona, Edizioni Vita Nuova.

Luban Plozza B., Ritschl D., (1991), *Dinamica dei conflitti familiari*, Roma, Armando Editore.

Maderna R., (2010), *?????Famiglia cristiana*, N°37.

Mahler M., (1976), *Le psicosi infantili*, Torino, Boringhieri.

Maier H. W., (1973), *L'età infantile*, Milano, Franco Angeli Editore.

Mancia M., (1982), "Sull'inizio di una vita mentale del feto", *Neuropsichiatria Infantile*, 246-247, 13-22,.

Martinez J. E Cortes E., (1998), “La complessa relazione tra famiglia e cultura”, *La Famiglia*, anno 32, marzo-aprile,.

Mazzoni M., (2013), “Confusioni contemporanee”, *Famiglia oggi*, N° 5.

Mead G.H., (1934), *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press.

Meazzini P., (1997), "Quando lo stress colpisce, ovvero fatti e misfatti dello stress nella scuola", *Psicologia e scuola*, n. 86, anno 18°, Ottobre - novembre.

Meltzer D., Harris M., (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*, Torino, Centro Scientifico.

Militerni R., (2004), *Neuropsichiatria infantile*, Napoli, Editore Idelson Gnocchi.

Mitchell S., (2002), *Il modello relazionale- dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano, Raffaello Cortina.

Morin, E., (2001), *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Moro A. C., (1998), “Per una cultura dell’infanzia”, *La famiglia*, n. 191, settembre – ottobre.

Moro A. C., (1994), “Diritti del minore e diritti degli adulti: uno scontro insolubile?”, *La famiglia*, n° 166, anno XXVIII, luglio -agosto.

Moro C.A., (1998), “Per una cultura dell’infanzia”, *La famiglia*, n. 191, settembre – ottobre.

Nobile A., (1994), “Gioco e famiglia”, *La famiglia*, anno XXVIII, luglio – agosto.

Oliverio A., (2008), “Abusi e DNA”, *Mente e cervello*, , psicologia contemporanea, settembre-ottobre, p. 69. ????

Oliverio A., (2007), “Testimoni fragili”, *Mente e cervello*, n° 31, luglio.

Oliverio Ferraris A., 2008 “La musica che attraversa la nostra vita”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Oliverio Ferraris A., (2003), “Alunni prima ma non prima”, *Corriere salute*, 5 ottobre, p. 24.

Oliverio Ferraris A., (2011), *Psicologia Contemporanea*, settembre-ottobre.

Oliverio Ferraris A., (2005), *Non solo Amore*, Firenze, Giunti Demetra.

Osterrieth, P.A., *Introduzione alla psicologia del bambino*, Giunti e Barbera, Firenze, 1965.

Ovadia D., (2010), “Mi piego ma non mi spezzo”, *Mente e cervello*, n° 67.

Paradis A. D., et al., (2009), “Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: Findings from the Simmons longitudinal study”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 290-298.

Pati L., (1979), “Costanti pedagogiche del ruolo paterno”, *La Famiglia*, n°74, marzo-aprile.

Pellegrino A., Santinello M., (1998), “La formazione dei genitori sulle competenze educative: i risultati di un’esperienza”, *Difficoltà di apprendimento*, 4.

Perretti M., (1977), “L’unità della famiglia”, *La Famiglia*, maggio – giugno.

Piaget J., (1964), *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Torino, Giulio Einaudi Editore.

Righetti P. L., Sette L., (2000), *Non c’è due senza tre*, Torino, Bollati Boringhieri.

Romano M. C., Sabbadini L., (2005), “I tempi della vita quotidiana”, *Famiglia oggi*, 8-9.

Debray R. e Belot, A., (2009), *Psicosomatica della prima infanzia*, Roma, Casa editrice Astrolabio.

Rouart J., in De Ajuriaguerra J., (1993), *Manuale di psichiatria del bambino*, Milano, Masson.

Russo R. C., (2007), *Il senso dell'azione in psicoterapia infantile*, Milano, Casa editrice Ambrosiana.

Sarchielli, G., (2010), “Diventare superwoman- Una trappola sociale”, *Psicologia contemporanea*, settembre-ottobre.

Sarto M., Rigetti L., Venturini S., (1998), *La consapevolezza del ruolo genitoriale, dalla prenatalità alla neonatalità*, Pavia, Bonomi.

Scaparro F., (2003), “Incoraggiare il benessere di contatto”, *Famiglia Oggi*, 2.

Scaparro F., Bernardini I., (1987), “Come ridurre i traumi della separazione”, *Famiglia Oggi*, settembre – ottobre, anno X, n.29.

Shaffer M., (1977), *L'interazione madre-bambino, oltre la teoria dell'attaccamento*. Milano, Franco Angeli.

Sheehan in Ajuriaguerra J. (De), Marcelli, D., (1986), *Psicopatologia del bambino*, Masson Italia Editori, Milano.

Slade A., (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Roma, Astrolabio.

Sogos C. et al., (2009), “Dall'età prescolare all'adolescenza: la distribuzione dei life events in un campione rappresentativo della popolazione italiana”, *Psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza*, Vol.76.

Soifer R., (1971), *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*, Roma, Borla.

Sontag L.W., (1965), “Implication of fetal behavior and environment for adult personalities”, in *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 134(2), 782.

Spiegel R.,(1970), *La comunicazione nei disturbi psichiatrici*, in “*Manuale di psichiatria*”, a cura di S. Arieti, Torino, Boringhieri.

Spok B., (1957), *Il bambino*, Milano, Editore Longanesi e C.

Stefana A., Gamba A., (2013), “Semeiotica e diagnosi psico(pato)logica”, *journal of psychopathology*, 19.

Stefani J., (2006), “Donne al timone”, *Psicologia contemporanea*, 195.

Stern D.N., (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*, Milano, Cortina,.

Stern D.N., (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Boringhieri.

Stern D.N., Bruscheiler-Stern N., (1999), *Nascita di una madre*, Milano, Mondadori.

Sullivan H.S., (1962), *Teoria interpersonale della psichiatria*, Milano, Feltrinelli Editore.

Tomatis A., (1993), *Dalla comunicazione intrauterina al linguaggio umano*, Como, Ibis.

Tribulato E., (2013), *Autismo e gioco libero autogestito*, Milano, Franco Angeli.

Tribulato E., (2005), *L'educazione negata*, Messina, EDAS.

Vico G., (1987), “Educare il bambino in una famiglia instabile”, *Famiglia oggi*, Anno X, Settembre–ottobre.

Vivanti G., (2009), “La comprensione del linguaggio nell'Autismo”, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 76.

Wagner B., (2010), “Musica per il cervello”, *Psicologia contemporanea*, Gennaio- febbraio.

Winnicott D.W., (1973), *Il bambino e la famiglia*, Firenze, Giunti e Barbera.

Winnicott D.W., (1987), *I bambini e le loro madri*, Milano, Cortina Raffaello.

Winnicott D.W., (1973), *Il bambino e il mondo esterno*, Firenze, Giunti e Barbera.

Winnicott D.W., (1986), *Il bambino deprivato*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Wolff S., (1969), *Paure e conflitti nell'infanzia*, Roma, Armando - Armando Editore.

Zattoni M., G. Gillini, G., (2003), “Di mamma non ce né una sola”, *Famiglia oggi*, N°2, Febbraio

