

ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA "MEDIATA" IN UNA EQUIPE PSICO-PEDAGOGICA

Il mio lavoro si svolge in una valle montana della provincia di Vercelli, la Valsesia, costituita da 28 Comuni distribuiti su un'area di 800 km. quadrati e con una popolazione di circa 50.000 abitanti che per il 90% sono accentrati in poche cittadine e per il resto sono dispersi sul territorio in piccoli comuni e in una miriade di frazioni.

Le caratteristiche socioeconomiche della zona non presentano dati di particolare rilievo; si può registrare comunque una situazione occupazionale migliore rispetto alla media regionale, dovuta a un maggior tasso di attività della popolazione femminile, e un livello di istruzione purtroppo al di sotto dei valori medi regionali.

La mia comunicazione riferirà qualcosa di quanto si cerca di intraprendere anche nei luoghi molto decentrati dove i servizi psicologico-psichiatrici sono pressoché assenti e, se presenti, lo sono soltanto nelle vecchie istituzioni (ospedali psichiatrici, case di cura, ricoveri per anziani).

L'intervento psichiatrico in questi ultimi anni si sta modificando: i modelli tipici, cioè quello in ambiente ospedaliero e nello studio privato del professionista, vengono affiancati sempre più da altri tipi di intervento fatti spesso da un'équipe pluridisciplinare specializzata (assistente sociale, psichiatra, psicoterapeuta, psicologo, sociologo), in nuove forme di istituzione (centri di profilassi ed igiene mentale, consultori familiari, équipe psico-pedagogiche, ospedali diurni, micro-comunità, ecc.).

Questo discorso, ormai scontato nei grossi centri urbani, è ancora agli inizi nelle zone dove io mi trovo ad operare e dove i servizi sanitari e psico-socio-assistenziali si stanno lentamente organizzando alla luce del processo di trasformazione a livello legislativo nazionale.

La mia comunicazione, dunque, vuole riferire il risultato di alcuni mesi di lavoro svolto presso il servizio psico-pedagogico della valle. È opportuno a questo proposito tracciare a brevi linee quello che è stato

l'intervento fatto nella Valsesia che riflette, anche se con un certo ritardo, la politica di intervento medico-psicologico per i ragazzi in età scolare su tutto il territorio nazionale.

Il servizio di medicina scolastica per molti anni ha sempre previsto interventi puramente igienico-sanitari e solo negli ultimi dieci anni è andata definendosi la costituzione di équipes medico-psico-pedagogiche formate da psicologo, neuropsichiatra infantile, assistente sociale ed eventuali altri operatori. In Valsesia l'intervento psicologico nella scuola risale a soli quattro anni fa. In precedenza se un bambino necessitava di un intervento specialistico veniva per lo più inviato ad un servizio di neuropsichiatria infantile di una provincia o regione vicina dove si procedeva ad una serie di esami clinico-psicodiagnostici che dovevano per necessità prescindere dalla conoscenza dell'ambiente di vita del bambino, dal contesto scolastico, dall'approccio con l'insegnante. Le uniche persone che potevano essere raggiunte dagli specialisti erano i genitori che accompagnavano il ragazzo e, se per questi fosse stato necessario un certo numero di visite specialistiche, si doveva per lo più rinunciare a causa delle non indifferenti distanze chilometriche e spesso per gli oneri economici. Gli specialisti erano quindi costretti a dare delle indicazioni di trattamento molto generiche che risultavano per lo più insufficienti e il ragazzo poteva anche venire progressivamente scoraggiato fino ad abbandonare la scuola o affidato a classi differenziali.

Di fronte a questi problemi, arrivando anche alla periferia l'eco delle esperienze iniziate nelle città dove già si erano costituite équipes medico-psico-pedagogiche secondo i criteri indicati dal Ministero della Pubblica Istruzione, anche la Comunità Montana della Valsesia propose l'organizzazione del servizio psicologico assumendo come consulente lo psicologo che doveva lavorare in collaborazione con l'assistente sociale nei Comuni dove c'era tale operatore.

I circoli didattici della zona sono molto ampi non tanto dal punto di vista del numero degli utenti quanto da quello territoriale, comprendendo numerosi paesi sparsi nelle valli montane, alcuni irraggiungibili durante certi periodi invernali. Non si voleva escludere a priori tali luoghi decentrati ma l'intervento fu lì, per necessità, talmente scarso che si dimostrò praticamente inesistente generando lo scontento dell'utenza e lo sconforto della psicologa che si vedeva costretta a correre da un capo all'altro della valle, distogliendo ore di lavoro là dove l'intervento poteva essere più organizzato.

Qui il servizio fu in pratica incentrato solo su alcuni bambini che venivano segnalati dall'insegnante, che richiedeva l'intervento della psicologa.

Nelle cittadine più popolate l'intervento psico-pedagogico venne fatto in modo organizzato.

Si iniziò il lavoro con incontri individuali con le insegnanti per rilevare le esigenze della classe e dei singoli bambini, si fecero riunioni con i genitori per informarli del nuovo servizio, illustrarne le finalità e chiedere la loro collaborazione. Si passò in seguito all'intervento vero e proprio nella scuola con l'esame psicologico individuale del bambino, osservazioni individuali e di gruppo, incontri con i genitori e continui confronti con le insegnanti.

Sappiamo ormai tutti che un disturbo psichico non va mai esaminato solo nel soggetto che lo manifesta perché, essendo spesso condizionato dall'ambiente circostante, va messo in discussione tutto l'insieme delle relazioni che il soggetto vive e cioè le relazioni del soggetto con se stesso, con gli altri, con il mondo e, in età scolastica elementare, in modo particolare le relazioni familiari. L'esame del bambino, quindi, non ci deve dare solo indicazioni sul suo sviluppo psico-intellettuale, sui suoi interessi, i suoi desideri, le sue reazioni emotive, ma ci deve anche indicare il suo modo di porsi nei confronti degli altri, in modo particolare nei confronti dei familiari.

Emerse così chiaramente che in alcuni casi il bambino viveva in un ambiente particolarmente disturbato a causa di situazioni conflittuali esistenti nella coppia dei genitori o per problemi di un genitore singolo, come sembrava evidenziarsi nei colloqui informativi che lo psicologo aveva avuto con i genitori.

Ci furono poi alcuni casi in cui un genitore (e furono sempre e solo madri) dichiarò apertamente di avere sintomi psicopatologici e che temeva di influenzare negativamente i propri bambini.

Si rese così opportuna la presenza nell'équipe scolastica di un altro operatore, lo psichiatra, per così dire "per adulti", che intervenisse su alcuni genitori su indicazione della psicologa.

La mia presenza diventava quindi necessaria per mediare l'intervento della psicologa sul genitore; la presa in carico del genitore diventava indispensabile per poter aiutare il bambino, per cui il trattamento psicologico per il bambino si trasformava in un trattamento mediato attraverso il genitore con l'intervento dello psichiatra e rimaneva un trattamento diretto sul bambino con la psicologa.

Il mio lavoro aveva quindi lo scopo di intervenire direttamente sul genitore, agendo sul suo nucleo patologico, di agire indirettamente sul bambino, analizzando col genitore il rapporto genitore-figlio e di indicare eventuali correzioni al modello educativo che il genitore utilizzava con il figlio.

Come dice Bornemann nel suo articolo sulla funzione dei consultori pedagogici nella psicoterapia infantile, il colloquio di consulenza ha non raramente lo scopo di mutare l'atteggiamento dei genitori nei riguardi del bambino, insegnare loro a vedere a fondo in alcune situazioni nevrotiche della loro vita familiare, liberarli da un'eccessiva confusione di sentimenti per trovare la forza di distanziarsi, per imparare ad attenuare e regolare le influenze negative dell'ambiente sull'educazione. A volte dovrà essere scopo della consulenza condurre i genitori a comprendere la necessità che essi stessi si sottopongano ad un trattamento terapeutico.

L'intervento si allargava quindi naturalmente per alcuni casi particolari, si creava un sistema di comunicazione tra i diversi componenti dell'équipe e gli elementi della famiglia.

La psicologa prendeva in esame direttamente il bambino, teneva stretti collegamenti con l'insegnante e colloqui informativi con i genitori, in genere un colloquio individuale e alcuni incontri di gruppo su problemi riguardanti per lo più l'educazione del bambino. La psicologa non approfondì mai personalmente i problemi patologici che aveva riscontrato nel genitore, che veniva invitato a rivolgersi all'altro operatore, cioè a me che a mia volta, dopo una prima visita informativa, verificavo la necessità o meno di prendere in trattamento il soggetto.

Tra me e la psicologa ci fu sempre una stretta collaborazione per controllare vicendevolmente i risultati conseguiti e per eventuali modificazioni della direzione da prendere nei nostri interventi terapeutici a seconda dei problemi più rilevanti che genitore e figlio presentavano in un dato periodo.

Io ho qui sempre parlato di genitori, ma in realtà sarebbe più preciso parlare di madri. La psicologa aveva avuto colloqui spesso con entrambi i genitori, anche se prevalentemente con la madre; io presi invece contatto sempre e solo con la madre, non perché questa fosse sempre l'elemento più patologico della coppia, ma perché fu l'unica ad accettare di approfondire i problemi per motivi in parte contingenti e in parte da riferire a dinamiche psicologiche ben più complesse, che non è qui il caso di approfondire, che in genere differenziano l'uomo dalla donna nel loro modo di porsi di fronte all'intervento del tecnico, sia esso

medico o psichiatra o psicologo, (nei casi seguiti la madre era più libera da orari fissi di lavoro, più disposta a riconoscersi “malata” e ad andare dal medico).

Chiaramente il numero degli interventi fatti (attualmente una decina) è troppo limitato e non mi consente di dedurre delle conclusioni generali valide per la maggioranza della situazione.

Le linee terapeutiche assunte, evidentemente diverse per ogni singolo caso in base alle differenze individuali del soggetto, mi permettono di differenziare due tipi di intervento, quello rivolto alla madre con gravi disturbi psicologici di tipo francamente psicotico e quello rivolto alla madre con problemi di tipo nevrotico, dove il rapporto con la realtà era ben conservato anche se molto disturbato.

A scopo esemplificativo presento quindi due casi per trarne alla fine alcune considerazioni.

I CASO

Donna di 31 anni. Si descrive molto vivace nei primi anni di vita. All'età di 6 anni venne messa in un collegio di suore, dove rimase fino agli 11 anni quando finì le scuole elementari che aveva seguito con buon profitto. Avrebbe voluto continuare a studiare ma i genitori non ne vedevano l'opportunità. Si è sempre sentita molto sola e trascurata dai genitori che hanno sempre lavorato molto. I genitori facevano i venditori ambulanti e la ragazza ben presto incominciò a seguirli nei mercati, fino all'età del matrimonio (23 anni).

Sembra che la madre fosse una persona particolarmente fragile e sottomessa al marito, il padre un tipo piuttosto reattivo. I conflitti fra i genitori erano molto accentuati (più volte il padre aveva minacciato la madre con il coltello).

La sua adolescenza trascorse con i genitori con cui non ebbe mai una vera comunicazione e con alcune compagnie di amici con i quali i rapporti erano molto superficiali. La paziente voleva ben comparire, aveva desideri ambiziosi, avrebbe voluto essere più agiata e così cercava di apparire nei confronti degli amici. Cambiava frequentemente amicizie, frequentava sale da ballo e bar, amava vestirsi con eleganza.

Verso i 19 anni conobbe un ragazzo di 21 anni col quale fece seri progetti di matrimonio. Ebbe con lui rapporti sessuali che la paziente ricorda come soddisfacenti a differenza degli attuali, poi il ragazzo se ne andò con un'altra amica della stessa compagnia.

Quasi la stessa vicenda si verificò due anni dopo, ma questa volta fu la ragazza che se ne andò per sposare l'attuale marito, conosciuto in una sala da ballo, con cui rimase fidanzata per poco più di un anno.

Il marito, coetaneo della moglie, è un tipo molto concreto, lavora come capo officina in una carrozzeria.

La moglie dopo il matrimonio iniziò a lavorare come operaia in una maglieria, lavoro che tiene tutt'ora. La paziente ha due figli rispettivamente di 4 e 6 anni. Fu proprio la primogenita che venne seguita dalla psicologa perché presentava difficoltà di apprendimento, labilità di attenzione, a volte reazioni aggressive o depressive con isolamento dal gruppo scolastico, pur avendo una dotazione intellettuale normale.

Dagli esami psicologici individuali che la psicologa fece sulla bambina si evidenziarono delle situazioni conflittuali a livello della coppia genitoriale e dal colloquio che la psicologa ebbe con la madre fu subito evidente la necessità di intervenire almeno su di lei.

Quando incominciai ad occuparmi della signora, ella stava passando un periodo di vera crisi psicotica. Lo stato d'ansia era notevole, espresso anche nella mimica e nella gestualità.

Evidenziò subito sensi di colpa a contenuto sessuale legati alle relazioni avute prima del matrimonio (ebbe anche un'interruzione di gravidanza); si sentiva una moglie e una madre inadeguata. Si sentiva incapace di educare i figli (evidentemente si sentiva in colpa per i problemi presentati dalla primogenita), diceva di essere innamoratissima del marito, che il marito era buono, paziente e intelligente, che tutto andava bene tra di loro, ad esclusione del fatto che ella non provava più interesse nella relazione sessuale, ma non aveva il coraggio di dirlo al marito perché temeva che questi si cercasse un'altra donna.

La sua frigidità era vissuta come un castigo di Dio per la sua giovinezza un po' turbolenta.

I disturbi della donna si erano accentuati da circa un paio di mesi, da quando cioè era andata ad interpellare una chiromante.

La paziente temeva di essere incinta e mi disse che appena si trovò di fronte a quella donna avvertì l'inizio delle mestruazioni. La chiromante comunque fece tutti i suoi riti e le fece ingerire delle pastiglie per poter avere le mestruazioni.

Ma l'angoscia della paziente era legata al fatto che se ella avesse avuto le mestruazioni soltanto dopo aver preso le pastiglie, sarebbe stato come se avesse fatto un aborto e quindi ucciso un bambino e quindi fatto un gravissimo peccato e il diavolo l'avrebbe invasa e in caso di morte sarebbe finita all'inferno.

Già in precedenza, consultata la stessa chiromante, questa aveva dichiarato di vedere “fuoco nel suo futuro” e la paziente pensò appunto o che sarebbe morta bruciata in un incidente d’auto oppure che sarebbe morta in un altro modo e sarebbe finita all’inferno.

Il quadro poco per volta di completò e anche si complicò nel corso dei colloqui durante i quali la paziente, man mano che riusciva a stabilire un rapporto di fiducia nei miei confronti, mi offrì gli elementi per ricostruire quanto ho riferito in precedenza.

Emersero anche fenomeni di tipo dispercettivo con allucinazioni visive e uditive. Fu necessario impostare anche una terapia psicofarmacologica e, poco per volta, riuscendo ad incidere sullo stato d’ansia che era stato il primo disturbo comparso e sull’ideazione delirante, fu possibile in parte riordinare le grosse problematiche della donna.

Dovetti sempre sforzarmi per mantenere un rapporto di comunicazione che era sempre difficile perché la signora era continuamente “in fuga”, per così dire, proprio perché i suoi problemi erano tali e i suoi meccanismi di difesa così fragili che ella frequentemente non era in grado di reggere alla situazione e, lasciandosi sommergere dall’angoscia, non riusciva quasi mai a mantenere un rapporto adeguato con la realtà.

I suoi sintomi psicotici erano senz’altro insorti precocemente nella sua vita ma ella non permise mai una ricostruzione attendibile del suo passato e troppi erano gli elementi di commistione tra il materiale delirante, immaginativo e reale.

Io dovevo pormi sempre in una condizione di estrema attenzione perché avvertivo che la crisi poteva esplodere da un momento all’altro e per questo quasi sempre ho dovuto assumere un atteggiamento di grande comprensione per poter contenere l’angoscia della paziente che ricercava con me un rapporto che continuamente la rassicurasse.

Anche da alcuni tests a cui la paziente fu sottoposta si ebbe la conferma di ciò che si evidenziava al colloquio psicoterapeutico: una buona intelligenza che però era frequentemente turbata da interferenze emotive, un pensiero impreciso e disordinato incapace di arrivare direttamente al centro dei problemi, lo sforzo di ben apparire di fronte al terapeuta cercando un legame rassicuratorio, la mancanza di sicurezza interiore e grossi sentimenti di inferiorità legati alla mancanza di esperienze familiari primarie gratificanti, un rapporto turbato con la figura materna e conflitti con la figura maschile (percezione disturbata dell’immagine paterna che si è poi riproposta in tutte le altre relazioni con l’altro sesso e in modo particolare col marito); l’incapacità di

realizzare una comunicazione interpersonale con assenza di contatto sociale, la possibilità di agire in modo irresponsabile, con debole controllo dell'emotività, con elementi fortemente aggressivi sia verso se stessa (in passato aveva fatto anche un tentativo anticonservativo) che verso gli altri, legati al suo desiderio di farsi valere.

Il mio intervento, attualmente ancora in corso, in questo caso si è concentrato quasi esclusivamente sui problemi (qui francamente patologici) della madre. Passando ad analizzare la relazione madre-figli che logicamente si presenta problematica, poiché questo fatto ripropone continuamente l'inadeguatezza della paziente, devo procedere in modo molto cauto attendendo che migliori ancora l'autostima della donna, attenuandosi i sensi di colpa e di inferiorità, prima di impegnarla in prima persona a modificare alcuni atteggiamenti pedagogici nei confronti dei figli.

La sua instabilità emotiva, la sua impulsività, la sua insicurezza, non le permettono di essere un buon modello di identificazione per i figli, né un'educatrice equilibrata; d'altra parte l'intervento psicoterapeutico che, come dice Dreikurs "è rivolto ad ottenere un mutamento nell'intera struttura della personalità e un miglioramento del fondamentale atteggiamento nei riguardi della vita", si presenta qui ancora molto lungo anche se seguo la paziente da circa otto mesi.

Per controbilanciare in parte la situazione patologica della madre, la figlia venne presa in psicoterapia dalla psicologa che segue una corrente psicoterapeutica diversa da quella adleriana, confermando ancora una volta, se mai ce ne fosse bisogno, la possibilità di collaborazione tra operatori che seguono scuole con metodologie differenti.

II CASO

Donna di 26 anni, molto graziosa, con lunghi capelli biondi, magra, molto ben curata, casalinga, coniugata, madre di due figli di 7 e 2 anni e mezzo. Prese il diploma di terza media con ottimi risultati e poi seguì un corso di stenodattilografia. Lavorò presso un'agenzia assicurativa, poi si licenziò perché il datore di lavoro la importunava.

A 17 anni andò a lavorare in fabbrica per un anno come operaia. Si sposò a 18 con un ragazzo di 20 anni allora in servizio militare. Ebbe tre figli, ma il secondogenito morì in epoca neonatale.

I suoi disturbi iniziarono durante la terza gravidanza; incominciò ad avere paura ad uscire di casa, ad essere sempre in stato d'allarme,

preoccupata in modo particolare che potesse capitare qualcosa ai bambini, specialmente quando i figli erano fuori solo con il padre, paura di svenire, ronzii auricolari, eccessive sudorazioni, depressione d'umore, insonnia mattutina.

Conobbe il marito in giovane età e consentì ad avere rapporti sessuali con lui "per farlo contento, perché lui ci teneva tanto".

Rimase incinta quando il ragazzo aveva da poco iniziato il servizio militare. Si sposarono, contro il parere della madre di lui, e la ragazza rimase con i propri genitori mentre il marito completava il servizio militare.

Alla fine anche il marito raggiunse la moglie dai genitori di lei e solo dopo un po' di mesi decisero di andare a vivere per proprio conto perché i rapporti tra i due gruppi familiari erano troppo tesi.

Quando la signora iniziò a venire in terapia da me mi dichiarò che il legame con il marito era molto teso. Dichiarò che c'era troppa differenza tra il periodo del fidanzamento, quando il marito si dimostrava affettuoso e pieno di premure, ed ora che era diventato aggressivo e pignolo. Disse di volergli ancora bene, ma senza entusiasmo.

Anche i rapporti sessuali avvenivano con scarsa partecipazione da parte sua, dovuta anche al timore di un'altra gravidanza (la paziente decise poi di seguire una terapia anticoncezionale).

Le discussioni quasi continue fra i coniugi erano motivate, secondo la moglie, da diversità di impostazione nell'educazione dei figli (più rigido il padre, più permissiva la madre) e soprattutto dal fatto che il marito manifestava apertamente di essere più legato al secondogenito e di essere molto più rigido con la bambina.

Approfondendo le notizie sulla famiglia di origine della paziente si chiarirono le dinamiche psicologiche all'interno del gruppo.

La madre era una persona piuttosto reattiva, brontolona, che manifestava bisogni di vita elementari, molto curiosa, impositiva; il padre era più dolce, più disponibile, più intelligente; era però sempre lui che si adattava al carattere della madre anche se i contrasti a causa delle differenti personalità erano frequenti.

La signora si dimostrava molto dipendente dai genitori e in modo particolare dal padre, non essendo ancora riuscita ad autonomizzarsi, era impreparata ad affrontare una vita "da adulti". È stato il padre ("il mio papà") che l'aveva accompagnata a chiedere al futuro marito se l'avrebbe sposata, che le era stato vicino quando ella partorì la primogenita. Il legame non risolto con il padre aveva impedito di instaurare una relazione matura con il marito; d'altra parte la sua immaturità le

impediva pure di instaurare una valida relazione anche con i figli, in modo particolare il legame con la bambina era vissuto identificandosi con lei che era la bambina reale, attivando quindi meccanismi di invidia inconscia verso la figlia che era la preferita del nonno.

Questi aspetti poi mi sono stati anche confermati dagli esami psicologici e dai colloqui che la psicologa ha avuto con la bambina. La signora di sforzava di apparire controllatissima, parlava del suo fallimento matrimoniale quasi con scarsa partecipazione emotiva, la sua ansia era espressa quasi solo somaticamente in imponenti sudorazioni delle mani che erano completamente bagnate e la obbligavano talvolta a interrompere il colloquio per andare a lavarsi. Al di sotto di questo apparente controllo, si nascondevano grosse valenze aggressive, ostilità nei confronti degli altri, una certa aridità interiore che la donna compensava con la cura esterna della propria persona, un carente equilibrio emotivo. Mi sforzai quindi di far emergere poco per volta i sentimenti rimossi, di chiarire i rapporti infantili che avevano molto disturbato la sua crescita psicologica. La paziente all'inizio si difendeva negando certe mie interpretazioni che però iniziai solo dopo che il mio legame con lei si era ben consolidato, perché temevo che, se fossi stata intempestiva, ella avrebbe certamente abbandonato la terapia. Poco per volta ella acquistò la forza di criticare se stessa, di analizzare e mettere in discussione i suoi comportamenti, mi sforzai in modo particolare di farle distinguere i sentimenti provati verso il padre da quelli provati verso il marito, dimostrandole come il marito era sempre confrontato inconsciamente col padre e che proprio la sua immagine ideale del padre intralciava notevolmente la presa di contatto reale col marito.

Venne analizzato in modo particolare il rapporto madre-figli evidenziando come ella a sua volta riproponesse all'inverso quanto rinfacciava al marito. Affermava che non bisogna fare discriminazioni tra i figli come faceva il marito, ma poi in realtà ella era più legata alla figlia (il bambino era anche nato da una gravidanza non voluta e fu necessario un po' di tempo prima che la madre lo accettasse). Il suo essere "più vicina" alla figlia era in realtà un modo di amare se stessa e il mettere a nudo questi sentimenti fu fatto con molta cautela per evitare di riacutizzare sensi di colpa e di inadeguatezza che erano sempre latenti e che la paziente tendeva a proiettare sugli altri, in modo particolare sul marito.

In questo caso potei poi anche impegnare la madre ad assumere una parte attiva nella modificazione del modello educativo dei figli, per evitare gli errori e il pericolo, evidenziati da Adler, di usare il bambino come una pedina nella lotta personale fra i genitori e di non poter così

educare il bambino alla cooperazione. Insistetti in modo particolare sull'incoraggiamento come una condizione essenziale, come dice Dreikurs, per poter migliorare il comportamento della bambina che aveva presentato a scuola una scarsa capacità di apprendimento, nettamente inferiore alle sue possibilità.

Le direzioni seguite nei miei interventi sono state dunque tre principalmente, come ho già in precedenza riferito:

- 1) analizzare le dinamiche psicologiche della madre
- 2) analizzare il rapporto madre-figli
- 3) suggerire e far mettere in pratica alla madre delle condotte pedagogiche secondo le linee della psicologia individuale.

Questi tre punti vennero più o meno perseguiti a seconda della situazione affrontata, in modo particolare il terzo punto fu meno attuato nei casi di patologia francamente psicotica nei quali non sono quasi mai riuscita ad impegnare in un compito pedagogico la madre che appena era in grado di ricomporre il proprio "Io" frammentato.

Queste esperienze ci indicano che non possiamo più pensare di intervenire solo sul bambino. Infatti, se nei casi in cui sono stati presi in terapia simultanea sia la madre che il figlio (Esempio n. 1) non possiamo dire in qual misura il miglioramento del bambino sia dovuto alla terapia diretta su di lui piuttosto che a quella della madre, nei casi in cui è stata praticamente presa in terapia solo la madre (Esempio n. 2), posso dire che l'insegnante ha riscontrato un effettivo miglioramento negli atteggiamenti del bambino, verosimilmente riferibili all'attenuazione dei disturbi della madre e al conseguente miglioramento del rapporto madre-figlio.

Bisogna inoltre ricordare che il mio intervento è stato fatto all'interno di una istituzione pubblica, dove l'utente poteva essere visto non più di una volta la settimana e dove egli non aveva scelto il terapeuta, ma aveva solo accettato quello che gli era stato proposto dal servizio; inoltre il servizio era gratuito per il paziente e sembrava che questo fatto lo rendesse talvolta meno impegnato nel colloquio e anche meno libero di interrompere il trattamento se non era troppo soddisfatto dall'operatore, quasi sentendosi obbligato verso di lui per la gratuità degli interventi; d'altra parte era proprio per questo possibile offrire un servizio senza discriminazioni economiche.

È importante ancora ricordare la necessità che le équipes psicopedagogiche comportino la presenza di un operatore anche per gli adulti per i casi in cui riscontra (e sono, ahimè, sempre più frequenti) che in essi

sta una delle cause dei disturbi del bambino e la necessità e la possibilità di una stretta collaborazione tra operatori anche con indirizzi diversi.

È evidente che il nostro lavoro diventa sempre più articolato, ma è solo con la distribuzione dei compiti, la specificità di interventi e la loro coordinazione che è possibile ottenere dei risultati positivi.

BIBLIOGRAFIA

ADLER "Teoria e prassi della psicologia individuale", Newton Compton Ed.

ADLER "Che cos'è la psicologia individuale", Newton Compton Ed.

DREIKURS "Psicologia in classe", Giunti Barbera.

DREIKURS "I bambini - una sfida", Ferro Edizioni.

DREIKURS - CASSEL "Disciplina senza lacrime", Ferro Ed.

BIERMAN "Trattato di psicoterapia infantile", Piccin Ed.