

## ANNA FREUD

### A. Freud e le linee evolutive

Secondo A. Freud, le fasi dello sviluppo libidico risultavano inadeguate nel descrivere tutti gli aspetti della patologia infantile e dello sviluppo dell'aggressività, delle relazioni oggettuali, dell'Io e del Super-Io. Inoltre, emergeva la presenza di patologie diverse da quella nevrotica. Quindi A. Freud introduce le linee evolutive, complementari alle fasi libidiche, che riguardano vari aspetti della vita del soggetto in età evolutiva e risultano utili nell'individuare le interazioni fondamentali tra Es, Io e Super-Io, i vari livelli di evoluzione, la loro reazione alle influenze ambientali, e le loro sequenze collegate all'età. È importante verificare l'armonia o disarmonia di tali linee evolutive, ovvero indagare l'equilibrio o disequilibrio tra i vari settori della personalità. A. Freud propone svariate linee evolutive, ma la più importante è quella che conduce dalla dipendenza del neonato dalle cure materne fino al conseguimento dell'autonomia adulta, divisa in otto fasi. Inizialmente si ha l'unità biologica della coppia madre-neonato, caratterizzata dal narcisismo della madre che si estende sul bambino e dal fatto che il bambino include la madre nel proprio ambiente narcisistico interno, fase ulteriormente suddivisa dalla Mahler in fase autistica, simbiotica e di separazione-individuazione. Si passa poi alla fase dell'oggetto parziale, che si basa sulle urgenze somatiche e dei derivati delle pulsioni, nella quale il bambino non riesce a rappresentare sé stesso e l'altro come oggetti interi (es. la mamma che coccola non è la mamma che sgrida ed il bambino che vuole bene alla mamma non è lo stesso di quando è arrabbiato con lei). Il bambino sarà in grado di mantenere un'immagine interna positiva dell'oggetto, indipendentemente dalle soddisfazioni o insoddisfazioni, solo nella fase della costanza dell'oggetto, simile allo stadio di permanenza dell'oggetto di Piaget. Lo stadio successivo è il rapporto ambivalente dello stadio preedipico, sadico-ale caratterizzato dalle tendenze dell'Io ad attaccarsi agli oggetti d'amore, a torturarli, dominarli e controllarli, spesso espresso nel gioco del tira e molla (es. la madre insiste affinché il bambino metta via i suoi giocattoli ed il bambino le risponde continuamente di aspettare, in una sorta di sfida per vedere chi ha il controllo). Si passa poi alla fase fallico-edipica, completamente centrata sull'oggetto, caratterizzata dal desiderio nei confronti del genitore di sesso opposto e dalla gelosia e rivalità verso il genitore dello stesso sesso. In questa fase si parla di triangolazione, in quanto il bambino vorrebbe far parte della coppia e sostituirsi al genitore dello stesso sesso. Il periodo di latenza è un periodo caratterizzato dallo smorzamento delle pressioni istintuali e dallo spostamento della libido dalle figure parentali ai coetanei, nonché da un ricorrere alla fantasia come meccanismo di difesa e da un particolare apprezzamento per le regole. Successivamente, nel prelude preadolescenziale alla rivolta adolescenziale, si ha un ritorno ad atteggiamenti e comportamenti precedente ed una regressione causata dall'improvviso cambiamento puberale. L'ultima fase è la battaglia adolescenziale per spezzare il legame con gli oggetti infantile, trasferire l'investimento libidico su oggetti al di fuori della famiglia e ottenere l'autonomia attraverso il distacco dai genitori. Un'altra linea evolutiva riguarda il passaggio dall'allattamento all'alimentazione razionale, che passa per i seguenti stadi: allattamento, svezzamento, mangiare solo, uso di cucchiaio e forchetta, scomparsa equazione cibo-madre, scomparsa sessualizzazione del cibo.

## A. Freud ed il profilo metapsicologico

Oltre alle linee evolutive, una seconda modalità di valutazione del benessere del bambino è il profilo metapsicologico, che A. Freud crea perché si rende conto che non è possibile utilizzare la sintomatologia o l'adattamento a compiti vitali come criteri diagnostici per il soggetto in età evolutiva, ma è necessario invece valutare la capacità o incapacità del bambino di progredire lungo le sequenze evolutive. Il profilo metapsicologico inizialmente si riferisce all'andamento medio di un bambino in latenza con patologia di tipo nevrotico, ma viene poi viene ampliato fino all'età adulta e ad altre patologie. Il profilo si prefigge una diagnosi di tipo psicoanalitica, il cui scopo è descrivere gli aspetti del funzionamento mentale e le reciproche interconnessioni, i modi di adattamento interno alla realtà esterna e le eventuali difficoltà o fallimenti di tale adattamento, lo sviluppo psicologico in rapporto all'età ed il livello di strutturazione interna, nonché dare delle risposte ad aree di dubbio teorico. La diagnosi include le seguenti categorie: ampia gamma della normalità, conflitti evolutivi tipici dello stadio di sviluppo in cui si trova il soggetto (es. conflitto edipico), conflitti nevrotici, stati borderline o psicotici, deficienze primarie di natura organica che inficiano lo sviluppo e portano ad una personalità atipica, processi distruttivi patologici correlati ad un crollo dello sviluppo psichico. Il profilo viene steso da 3 figure professionali distinte: una si occupa del colloquio coi genitori, una del colloquio col bambino/adolescente, ed una della somministrazione di test proiettivi o di intelligenza. Una volta raccolto il materiale necessario, queste 3 figure professionali si incontrano per condividere le informazioni raccolte e stendere insieme il profilo. Il profilo si può dividere in due parti. La prima riguarda gli elementi esterni al mondo del bambino (segnalazione da parte dei genitori, descrizione del minore, storia del bambino, eventuali elementi significativi come malattia, lutto o divorzio dei genitori), mentre la seconda riguarda gli elementi interni al mondo del bambino. In particolare, si va ad indagare lo sviluppo della libido e delle relazioni oggettuali (se si è passati tra i vari stadi dal punto di vista delle pulsioni e da quello delle relazioni), lo sviluppo dell'aggressività (manifesta o latente e come viene espressa), la distribuzione economica della libido (riguarda l'investimento sul sé e l'oggetto e il livello di autostima, che non dovrebbe essere né narcisistica, né eccessivamente scarsa), lo sviluppo dell'io, incluse le sue funzioni (linguaggio, motricità, intelligenza), gli affetti e la loro modulazione (comprendere se l'individuo riesce a dare un nome agli affetti di cui fa esperienza, a modularli ed esprimerli), e i meccanismi di difesa (sono inconsci e necessari all'essere umano e maggiormente sani se molto variegati ed evoluti, es. la sublimazione è meno primitiva rispetto alla negazione della realtà; tuttavia la valutazione dei meccanismi di difesa non può essere scissa dalla situazione soggettiva che l'individuo sta vivendo). Si valuta poi il Super-io (meglio se flessibile, piuttosto che eccessivamente lasco o rigido, o addirittura assente), il potenziale di sublimazione (la capacità di rinunciare a pulsioni per finalità più creative), la capacità di gestire frustrazione e angoscia, le tendenze progressive o regressive, e si compie una valutazione dinamica dei conflitti (esterni, interni e interiorizzati) ed una valutazione genetica dei punti di arresto, fissazione e regressione.

## A. Freud e l'osservazione nelle War Nurseries

L'inizio della carriera di A. Freud la vede impegnata nel lavoro di educatrice presso la Jackson Nursery di Vienna, ma solo con il trasferimento a Londra a causa della Seconda Guerra Mondiale, A. Freud potrà mettere in atto le sue

idee riguardanti un'educazione di tipo psicoanalitico, il cui scopo era prevenire l'insorgenza di psicopatologie, in particolar modo di tipo nevrotico, nei soggetti in età evolutiva. A Londra, A. Freud si ritrova a lavorare nelle "War nurseries", ovvero degli asili di guerra, nei quali i bambini residenti nel centro di Londra, ad alto rischio di bombardamento, venivano mandati per stare al sicuro. Questi asili di guerra rappresentano un importante esperimento naturale e forniscono ad A. Freud la possibilità di fare un tipo di ricerca qualitativa, che consisteva in lunghe relazioni sui bambini e la loro vita all'interno di questi asili, che formeranno poi la base per lo studio dello sviluppo di personalità di bambini in ambito residenziale. Fondamentale per A. Freud è quindi l'osservazione dei bambini. Ciò che A. Freud nota è una reticenza nel parlare degli orrori a cui tali bambini avevano assistito, benché fossero piuttosto normali i giochi di guerra. A. Freud descrive il caso di Bertie, di 4 anni, che aveva perduto il padre in un bombardamento, e che per superare questo lutto giocava in maniera quasi ossessiva a costruire casette di carta e lanciare sopra di esse delle pietre, come fossero bombe. Nel gioco di Bertie si osserva un aspetto di negazione della realtà, poiché appena prima che le pietre colpissero le casette di carta, gli omini all'interno si salvavano e le casette venivano prontamente ricostruite. Questo gioco permise a Bertie, mesi dopo, di parlare della morte del padre. A. Freud osserva anche che, a causa della separazione dalle figure di riferimento, molti bambini regredivano a stadi precedenti: bambini che avevano appena smesso di bagnare il letto diventavano enuretici, bambini che avevano imparato a gestire l'aggressività avevano nuovamente dei temper tantrums, molti poi ricorrevano a comportamenti come succhiarsi il pollice o comportamenti autoerotici. Infine, A. Freud fa delle importanti osservazioni per quanto riguarda la figura del padre, la cui assenza fisica non era sinonimo di assenza rappresentazionale. A. Freud riporta il caso di Toni, di 4 anni, il quale nominava il proprio padre in ogni occasione: se mangiava le verdure lo faceva per diventare forte come il suo papà, se raccoglieva delle bacche in giardino le teneva da parte per il suo papà. A. Freud dice quindi che tutte quelle caratteristiche che gli altri bambini attribuivano a Dio, lui le attribuiva al suo papà. Accortasi dell'importanza della figura paterna (A. Freud nota che quando i bambini necessitavano di un consiglio o una figura paterna, si rivolgevano al giardiniere), invita sei obiettori di coscienza, uomini, a lavorare nelle war nurseries. L'interesse per l'osservazione sussiste in A. Freud anche dopo la chiusura delle War Nurseries, in particolare attraverso l'apertura della Well Baby Clinic, dove i genitori potevano richiedere un assessment psicologico per i figli molto piccoli, e della Nursery, un asilo per bambini al di sotto dei 5 anni, all'interno della Hampstead Clinic. Più avanti l'osservazione sarà mantenuta anche attraverso il gruppo dei toddlers (bambini di 1.5-3 anni), focalizzato sull'interazione madre-bambino.

## MELANIE KLEIN

### Confronto A. Freud e Melanie Klein

Sia A. Freud che la Klein si occupano di psicoanalisi e psicoterapia in età evolutiva, pongono una forte enfasi sul mondo interno del bambino e sull'utilizzo di un setting a dimensione di bambino, che includa giocattoli non iper-stimolanti e materiale per disegnare, ma comunque esistono molte differenze tra le due autrici. A. Freud si occupa anche di osservazione ed educazione, aspetti che la portano a prestare attenzione anche al mondo esterno del

bambino e all'influenza genitoriale. È importante costruire un'alleanza terapeutica coi genitori, essere in grado di utilizzare la mentalizzazione con loro, poiché sono questi ultimi ad occuparsi quotidianamente del bambino, ed ottenere dai genitori la storia del bambino, aspetto che si ritrova anche nella parte esterna del profilo metapsicologico. La Klein, invece, tiene poco conto del mondo esterno del bambino e delle descrizioni genitoriali e nella sua analisi cerca di dare maggiore risalto agli aspetti interni. Per la Klein, la terapia del bambino è esattamente uguale a quella dell'adulto, in termini di modalità e concetti teorico-metodologici e le tecniche, quindi, sono uguali per ogni tipo di trattamento, mentre per A. Freud la terapia coi bambini è diversa da quella con gli adulti e le tecniche utilizzate sono in parte diversificate a seconda delle finalità del trattamento. Un aspetto importante che riguarda la terapia è il transfert: quando il bambino entra in un trattamento, ha rappresentazioni e fantasie consapevoli e inconsapevoli, che trasferisce sul terapeuta. Essendo, secondo la Klein, l'analisi uguale per bambini e adulti, la nevrosi da transfert, ovvero il rivivere la nevrosi all'interno del rapporto terapeutico, esiste anche per i bambini, mentre per A. Freud no. Inoltre, per la Klein, l'analista è sempre oggetto di transfert nella terapia (es. terapeuta come mamma buona o mamma cattiva), mentre secondo A. Freud, il terapeuta può essere sia oggetto transferale che oggetto reale, fornendo così un supporto ed una possibilità di crescita al bambino. Anche l'interpretazione varia: secondo A. Freud, le interpretazioni sono diversificate, a seconda del trattamento, e si può interpretare anche la realtà esterna, mentre per la Klein è importante offrire sempre un'interpretazione profonda ed immediata unicamente della realtà interna. Infine, secondo la Klein, il gioco nel bambino equivale alle libere associazioni nell'adulto (es. il gioco dei trenini di Richard), mentre per A. Freud, non si può dire che le modalità delle libere associazioni siano come quelle dell'adulto. Per quanto riguarda il trattamento, A. Freud sostiene che, tenendo presente l'andamento stadiale di progressione attraverso le linee evolutive e gli aspetti del profilo, finalità del trattamento è ricondurre il bambino al suo percorso evolutivo normale, attraverso trattamenti diversificati a seconda del tipo di disturbo del bambino: disturbi reattivi, trattabili con una modificazione dell'ambiente; disturbi causati da conflitti, difese e sintomi nevrotici, trattabili con la psicoanalisi; disturbi temporanei attribuibili alla fase di sviluppo, trattabili con eventuali colloqui con i genitori e/o eventuale sostegno al bambino; disturbi interni derivati da problemi evolutivi (difficoltà o arresti evolutivi, gravi disarmonie evolutive), trattabili con un sostegno al bambino o una vera e propria terapia. Secondo la Klein, invece, la finalità del trattamento, che è sempre intensivo e di stampo psicoanalitico, è il passaggio dalla posizione schizo-paranoide alla posizione depressiva.

### Melanie Klein e la terapia

Melanie Klein è, con A. Freud, la fondatrice della psicoanalisi infantile, ma a differenza di A. Freud, la Klein ritiene che la psicoanalisi infantile, in termini teorici e metodologici, sia esattamente uguale a quella degli adulti, anche se coi bambini si può utilizzare il gioco e il disegno. Scopo del trattamento psicoanalitico è il passaggio dalla fase schizo-paranoide a quella depressiva. Nel libro "The conduct of the psycho-analysis of children as seen in the treatment of a ten year-old boy", la Klein mostra la tecnica psicoanalitica "dal vivo", da lei applicata su un paziente di 10 anni di nome Richard, affetto da forti ansiose, ipocondria e stati depressivi. Nell'introduzione, la Klein fa riferimento al metodo psicoanalitico classico, nel quale il paziente racconta un episodio e il terapeuta reinterpreta questo

materiale, a sua volta poi commentato dal paziente, che utilizza le libere associazioni. Questo nuovo materiale viene poi nuovamente interpretato e così via. Il terapeuta deve fornire al paziente un'interpretazione di transfert profonda ed immediata, che permetta un'elaborazione adeguata dei disagi inconsci del paziente. Nella descrizione della prima seduta con Richard, la Klein descrive il setting appropriato per l'incontro col bambino, ovvero una stanza nella quale sono presenti alcuni giocattoli e materiale per disegnare, con due sedie accostate ad essa. Questa è un'assoluta novità: è la prima volta che si pensa ad una stanza ad hoc adibita alla terapia dei bambini. Nella prima seduta, la Klein si focalizza sul mondo interno del bambino, i suoi sintomi, le sue paure, ed in particolar modo emerge in Richard l'angoscia che un vagabondo di notte possa entrare nella stanza della madre e farle del male. La Klein dà subito un'interpretazione che riguarda il complesso edipico, e indica come inconsciamente Richard abbia paura che il papà possa fare del male alla mamma con i genitali. Dopo un iniziale momento di sorpresa e di formazione reattiva ("il mio papà è molto buono, molto gentile..."), Richard accetta questa spiegazione e si mostra sollevato. Nella novantaduesima seduta, la Klein riporta un esempio di come sia diventata per Richard un oggetto di transfert, una sorta di mamma buona. In questa seduta, Richard gioca con due trenini, uno in cui immagina esserci la Klein e sé stesso ed uno in cui immagina esserci gli altri piccoli pazienti della Klein, evitando all'ultimo la collisione tra di essi. Nel mentre, Richard propone cambiamenti di orario delle sedute, momenti in cui sa che la Klein ha altri pazienti. Questo gioco dei trenini causa un malessere psicofisico a Richard, finché la Klein non gli spiega che questo malessere è causato dalla paura di Richard di concludere la terapia e il conseguente timore che la Klein sarà una madre buona per altri pazienti e non più per lui. Quindi si crea in Richard da una parte il desiderio di proteggere gli altri bambini, ma dall'altra il desiderio di essere privilegiato rispetto ad essi e volerli distruggere perché gli portavano via Mrs. Klein. Questo gioco dei trenini assume il ruolo delle libere associazioni nell'adulto e permette alla Klein di comprendere il mondo interno di Richard. Il trattamento a cui si sottopone Richard è lo stesso per tutti i pazienti della Klein, ovvero un trattamento intensivo di stampo psicoanalitico, nel quale si attua un'interpretazione profonda della realtà interna del bambino.

## WINNICOTT

### Winnicott e la madre sufficientemente buona

La madre, per Winnicott, è una figura fondamentale per la crescita e lo sviluppo del bambino, tanto da sostenere che inizialmente non può esistere un bambino senza una madre, poichè il bambino è completamente dipendente dalle cure materne. Spesso le madri possono sentirsi inadeguate e avere paura di non essere in grado di svolgere al meglio la funzione genitoriale. Tuttavia, nessuno come i genitori sa prendersi cura del bambino, perché in essi si è venuta a formare la "preoccupazione materna primaria", un orientamento ai bisogni del bambino, una spinta a proteggerlo, evitare l'imprevisto e captare le sue necessità attraverso una sorta di regressione che in altri momenti di vita sarebbe potuta sembrare patologica (Winnicott parla di "malattia normale"). Inoltre, è essenziale ricordare alle madri che non bisogna idealizzare il ruolo materno, che è normale essere "madri sufficientemente buone", ovvero madri con delle normali capacità di accudire il bambino, di rispondere ai suoi bisogni, di essere affettuose. Queste sono madri comuni che fanno cose comunissime, ed è proprio questo che permette di essere sempre

coerenti e prevedibili e che fa sì che nella relazione ci sia spazio per entrambi e che l'atmosfera non sembri stereotipata, ma realmente accogliente. Sebbene il bambino possieda dentro di sé un potenziale innato di sviluppo e creatività, le cure fornite dalla madre sufficientemente buona sono essenziali per una corretta crescita del bambino. L'essere una madre sufficientemente buona è un qualcosa di spontaneo e naturale e ciò implica che spesso non si ha nulla da insegnare ai genitori, si può soltanto dire che non è pensabile fare di meglio in una determinata situazione, ma solo così o peggio. Come riportato nel capitolo riguardante la fiducia nel libro "Colloqui coi genitori", le uniche informazioni di cui è importante disporre sono le seguenti: il processo della crescita procede in gran parte autonomamente, i cambiamenti dipendono dai processi evolutivi innati dello specifico bambino e al genitore spetta porre dei freni; l'ambiente ha ampia influenza sul bambino, la qualità dello stesso dipende dalla responsabilità del genitore. Con ciò Winnicott non intende idealizzare la devozione materna o l'amore materno, anzi comprende perfettamente le ragioni che possono portare una madre ad odiare il proprio bambino, come per esempio il sentirsi messa da parte dopo l'allattamento, o invasa nella propria intimità e privata della propria autonomia dopo la nascita del figlio. Per la consultazione, il concetto di madre sufficientemente buona implica che il clinico debba essere in grado di provare empatia e utilizzare la mentalizzazione non solo col bambino, ma anche coi genitori, i quali spesso potrebbero provare sentimenti di inadeguatezza per quanto riguarda la funzione genitoriale. Bisogna anche prestare attenzione agli aspetti di transfert e controtransfert: per esempio, i genitori possono vivere un forte senso di colpa e una ferita narcisistica legata al riconoscimento di avere un figlio che ha bisogno di aiuto, oppure possono sentirsi giudicati come genitori "cattivi" o "imperfetti" e proiettare questo senso di fallimento sul clinico, o provare sentimenti di invidia nei confronti del clinico, che può riuscire a fare quello che loro non sono stati in grado di fare. È necessario quindi che il clinico tenga a mente questi aspetti e cerchi di far comprendere ai genitori come nessun genitore sia perfetto e che il chiedere aiuto sia sintomo dell'amore che provano verso il figlio e non ci sia nessun motivo per provare vergogna o sentirsi inadeguati.

### Winnicott: dalla dipendenza all'indipendenza, holding e handling

Secondo Winnicott la dipendenza si articola in tre stadi: assoluta, relativa e verso l'indipendenza, tuttavia non si può parlare di andamento stadiale come nella teorizzazione dello sviluppo di Anna Freud. Il primo periodo di dipendenza assoluta è caratterizzato da una totale dipendenza dalle cure materne ed è dunque importante che queste siano adeguate alle richieste del bambino, per permettere la graduale acquisizione delle relazioni d'oggetto. Winnicott sostiene infatti che non possa esistere un lattante senza una madre. Il ricevere cure materne adeguate fornisce un senso di onnipotenza al bambino, causato dal fatto che la madre soddisfa i suoi bisogni e quindi gli dà l'impressione di essere capace di creare il mondo. Quando i bisogni del bambino allo stadio di assoluta dipendenza sono stati soddisfatti dall'ambiente, avviene la transizione alla dipendenza relativa, in cui il bambino si rende sempre più conto del bisogno di specifiche cure materne e le collega ad un impulso personale. In questa fase il bambino comincia ad accorgersi della presenza dell'altro ed inizia ad avere il senso di una realtà un po' frustrante, che non risponda subito alle sue richieste, e acquisisce il principio di realtà, percepito come un insulto, un principio che si contrappone alla creatività e alla spontaneità, ma che è necessario per sviluppare una relazione col mondo esterno.

Si crea quindi quello che viene definito spazio potenziale, ovvero quello spazio tra il mondo esterno ed interno che permette all'individuo di essere creativo. Si passa poi alla fase dell'indipendenza, in cui il bambino sviluppa dei propri modi per fare a meno delle cure concrete, attraverso i ricordi delle cure materne. L'indipendenza non è mai assoluta, in quanto l'individuo sano non si isola dall'ambiente, ma interagisce con esso in modo interdipendente. In queste tre fasi, il bambino effettua tre conquiste: integrazione e personalizzazione (nel periodo della dipendenza assoluta) e inizio della relazione d'oggetto (nel passaggio alla dipendenza relativa). L'integrazione è un processo di sviluppo del senso dell'Io, un convergere delle componenti somatiche e psichiche in un unico Sé, distinto e separato dall'ambiente. Questo processo dipende dalle cure di una madre sufficientemente buona, che attua ciò che Winnicott definisce holding, ovvero un contenimento emozionale caratterizzato dal tenere il bambino al riparo da eventi imprevedibili, e perciò traumatici, che interrompono la continuità dell'esperienza, e dal prendersi cura del bambino, comprendendo e soddisfacendo i suoi bisogni fisiologici grazie all'empatia. Il contenimento è necessario anche per il bambino che cresce e l'adolescente, ogni qual volta ci sia una tensione che minaccia di confondere o disintegrare il suo senso di Sé, e il contenimento è alla base della capacità di stare solo. La personalizzazione riguarda l'esperire il corpo come parte di sé e quindi acquisire un Io che è anche corporeo. La personalizzazione è facilitata dalla funzione materna dell'handling, cioè una manipolazione del bambino e del suo corpo come fossero un'unità, che si esprime in tutte quelle routine come il vestire il bambino o allattarlo. Una volta raggiunte l'integrazione e la personalizzazione, il bambino si rende sempre più consapevole delle cure materne e del bisogno che ha di esse e inizia a rinunciare all'esperienza dell'onnipotenza e a sentirsi responsabile delle proprie azioni. È importante in questo periodo che la madre produca una graduale riduzione all'adattamento ai bisogni del bambino, per favorire lo sviluppo della relazione d'oggetto.

### Winnicott, il Vero Sé e Falso Sé

Secondo Winnicott, l'individuo ha in sé capacità innate verso uno sviluppo creativo, una spinta a crescere e ad evolversi psicologicamente per diventare ciò che si è. L'individuo deve portare dentro di sé aspetti di creatività, spontaneità, deve avere un nucleo abitale interno che nasce e cresce con la relazione con la madre e che gli permetta di acquisire, con un modo e un ritmo proprio, una realtà psichica e uno schema corporeo personali. Questo è ciò che Winnicott chiama Vero Sé, che si sviluppa grazie alla relazione con la madre sufficientemente buona, ovvero una madre in grado di fornire una soddisfazione adeguata dei bisogni del bambino grazie alla preoccupazione materna primaria, che fa sì che il bambino trovi nella madre un rispecchiamento dei suoi desideri e dei suoi bisogni. Nel caso in cui, invece, la madre non riesca a comprendere e soddisfare i bisogni del bambino, ovvero non riesca a realizzare l'onnipotenza del bambino nella fase di dipendenza assoluta, si va a sviluppare nel bambino quello che viene definito Falso Sé, attraverso il quale egli accumula un insieme falso di relazioni e cresce ad immagine e somiglianza di chi domina la scena, solitamente la madre. Ci sono vari gradi di Falso Sé: all'estremo patologico, il Vero Sé è totalmente nascosto dal Falso Sé, per cui non può avere nessun rapporto con la realtà, mentre, nel caso di un individuo sano, c'è un aspetto compiacente del vero Sé, una capacità del bambino di adeguarsi senza esporsi. La capacità di fare compromessi è una conquista. Un individuo in cui predomina il Falso Sé

non ha la possibilità di essere spontaneo, creativo, avere idee personali, affetti, desideri, ecc., bensì tende ad adattarsi in maniera imitativa e ripetitiva alle richieste dell'ambiente. Un esempio di bambino con Falso Sé è colui che obbedisce sempre, non dice mai no, è accondiscendente, modula la sua personalità sulla base di ciò che gli altri si aspettano da lui e non realizza i suoi desideri, ma si adegua ai desideri altrui.

### Winnicott, spazio potenziale e oggetto transizionale

Il passaggio dalla dipendenza assoluta all'indipendenza relativa implica l'acquisizione del principio di realtà, che è percepito come un insulto, un principio che si contrappone alla creatività e alla spontaneità, ma che è necessario per sviluppare una relazione col mondo esterno. Si crea quindi quello che viene definito spazio potenziale, ovvero quello spazio tra il mondo esterno ed interno dell'individuo che permette all'individuo di essere creativo. Nel bambino, lo spazio potenziale si esprime attraverso i fenomeni transizionali, ovvero quei fenomeni in cui si può supporre che ad esperienze funzionali vengano associati pensare o fantasticare, tra i quali è molto importante quello che viene definito oggetto transizionale. Questo oggetto transizionale è spesso un oggetto morbido come una copertina, che i bambini succhiano o abbracciano, che li tengono a galla nei momenti di solitudine o insicurezza, fungendo da calmante. Tali oggetti appartengono sia al bambino che alla realtà esterna. Il bambino attribuisce all'oggetto transizionale un nomignolo (in inglese *tissie*= *tissue+kissie*, o *nannie*= *nanny+mamie*) e l'odore o la trama sono caratteristiche essenziali, quindi non dev'essere lavato, bensì tale oggetto deve logorarsi lentamente, non essere perduto, buttato o distrutto. Inoltre, il bambino coccola l'oggetto, ma lo ama anche ardentemente e lo mutila, dunque è necessario che tale oggetto sopravviva all'amore istintuale, all'odio e anche all'aggressione. Quando il bambino succhia un fantoccio o una copertina, il bambino rappresenta un getto d'immaginazione della poppata, che a sua volta stimola il sistema nervoso. Questa attività è anche una prima manifestazione di un comportamento d'amore: il bambino esiste come persona, ed ha fiducia nel rapporto con la madre. L'oggetto è quindi una rappresentazione simbolica della madre. Il piacere, nell'interazione con l'oggetto, è provocato dall'attività di gioco e non dal nutrirsi. In caso di deprivazione affettiva l'interazione con l'oggetto diviene abituale e compulsiva (compensa la madre), ma quando questa diventa grave, scompare anche il gioco (la rappresentazione simbolica della madre). Gioco e oggetto, come il sogno ad occhi aperti, si situano ad un livello intermedio tra mondo esterno e bambino, e tramite ciò impara a distinguere mondo interno ed esterno; non bisogna chiedere al bambino spiegazioni troppo precise riguardo l'origine dell'oggetto transizionale (se faccia parte del mondo esterno o se l'abbia inventata lui), crescendo potrà essere introdotta la consapevolezza che provenga dal mondo esterno e si avrà così un graduale disinvestimento di tale oggetto. I fenomeni transizionali ed il gioco gettano le basi per quello che nella vita adulta sarà l'attività artistica, la religione, l'immaginazione ed il pensiero creativo.

### Winnicott, gioco e disegno

Il gioco per Winnicott fondamentale a tutte le età, anche il terapeuta dovrebbe essere in grado di sentirsi creativo e di rappresentarsi in maniera giocosa l'incontro col bambino ed i genitori. La capacità di giocare è un aspetto sano: se il bambino ha qualche sintomo, ma è comunque in grado di impegnarsi nel gioco, la situazione non è grave. Il gioco assorto del bambino, nel quale il bambino si isola in sé stesso, indipendentemente dal contenuto del gioco,

gli permette di rappresentare quello che Winnicott definisce spazio potenziale: quel luogo interno tra il Sé e l'ambiente, che porta ad una capacità matura di vivere creativamente, che in età adulta si manifesta nella vita culturale. Si ha quindi uno sviluppo diretto dai fenomeni transizionali, al gioco, alle esperienze culturali in età adulta. Per capacità di giocare, Winnicott intende l'utilizzo dell'immaginazione e il ricavare piacere da quei giochi organizzati che implicano una corretta percezione della realtà esterna. Il gioco non è possibile nel caso di un'eccessiva agitazione motoria e diventa importante anche la capacità di saper condividere piacevolmente giochi con altri. Il gioco, inoltre, implica la capacità di stare solo in presenza di qualcuno, una fiducia nell'ambiente, una manipolazione dei fenomeni esterni al servizio del sogno ed un investimento di significato e sentimenti onirici in tali fenomeni, e un'interazione tra ciò che è soggettivo e ciò che è oggettivamente percepito che rende il gioco precario. Il primo tipo di gioco che Winnicott utilizza coi suoi piccoli pazienti è il gioco dell'abbassalingua, utilizzato per fare una iniziale diagnosi veloce ed affidabile, utile per distinguere in ambito pediatrico le malattie fisiche da problematiche somatiche/psicologiche. Il bambino veniva posto in braccio alla madre, con un abbassalingua che luccica a portata di mano. Winnicott individua quindi 3 stadi di comportamento ordinario: nel primo il bambino, dopo un iniziale momento di esitazione in cui guarda la madre e il clinico, tocca l'abbassalingua, esprimendo un sano interesse verso il mondo esterno; nel secondo il bambino porta l'oggetto alla bocca; nel terzo fa cadere l'abbassalingua ed esprime piacere quando il clinico glielo restituisce. Variazioni nell'iniziale esitazione, esagerata o assente, possono essere sintomo di un qualche problema fisico o psicologico nel bambino, che però può essere trasmesso da ansie e problematiche dei genitori. Un secondo gioco che Winnicott utilizza sia per la diagnosi che per la terapia è il gioco dello scarabocchio, in cui lo psicologo traccia uno scarabocchio su un foglio, il bambino lo completa, poi lo psicologo continua a sua volta lo scarabocchio e così via, e man mano si interpreta il materiale che emerge. Questa tecnica è semplice, ma allo stesso tempo richiede una profonda capacità clinica di indirizzo psicodinamico e psicoanalitico: la comunicazione che avviene può raggiungere livelli molto profondi. Questo metodo consente di esprimere in maniera più spontanea e con meno barriere il mondo interno del bambino e le sue preoccupazioni, rispetto al colloquio. Winnicott riporta il caso di Robin, cinque anni, che viveva in una comunità agricola e aveva un rifiuto della scuola. Tra i vari scarabocchi che emergono si ha quello che Robin dice essere un agricoltore e vari animali, tra cui dei serpenti. Winnicott quindi spiega al bambino che il suo rifiuto verso la scuola è causato da una paura di crescere e dover faticare come suo papà che fa l'agricoltore, mentre preferirebbe raggomitolarsi in braccio alla mamma come un serpente. Dopo poco tempo Robin ricomincia ad andare a scuola, e dunque l'interpretazione di Winnicott è stata d'aiuto.

## BAMBINO

### La segnalazione

La segnalazione è il primo approccio che abbiamo con chi segnala il bambino e può essere diretta, ovvero quando un genitore o entrambi segnalano una difficoltà nel figlio e chiedono aiuto ad un professionista, o indiretta nel caso in cui la segnalazione venga fatta da terzi che non sono i genitori (es. insegnanti). Nel caso di segnalazioni a scopo di consultazione col minore, il clinico può accettare solo segnalazioni dirette, in cui ci sia il consenso di entrambi i

genitori, del genitore che ne ha l'affido esclusivo (con prestazioni sanitarie incluse nell'ambito di esclusività) o del Tribunale dei Minori nel caso in cui sia stata tolta la patria potestà. I genitori possono segnalare il figlio per chiedere una consultazione con quest'ultimo, segnalare un mancato raggiungimento di alcune tappe evolutive del bambino, capire come affrontare momenti di cambiamento dell'assetto familiare (nascite, traslochi...) o momenti di crisi (separazioni, malattie, eventi traumatici). La segnalazione spesso avviene perché il bambino mostra quelli che in letteratura vengono chiamati disturbi esternalizzanti, ovvero quei disturbi che includono comportamenti diretti verso l'esterno (aggressività, bullismo attivo, iperattività, impulsività e in adolescenza uso di sostanze, vandalismo, sessualità promiscua, etc.) e che si contrappongono ai disturbi internalizzanti, caratterizzati da esperienze e comportamenti maggiormente rivolti all'interno (depressione, ritiro sociale, fobie e ansia). Tuttavia, man mano che si procede prima con la segnalazione, poi col colloquio coi genitori ed eventualmente col colloquio col minore, è importante tenere a mente che il motivo della segnalazione potrebbe non essere il vero motivo per cui il minore ha bisogno d'aiuto. Infatti, spesso comportamenti come aggressività o fobie sono solo il sintomo di un malessere del minore e non la causa.

### Il colloquio coi genitori del bambino

Dopo la segnalazione, viene fissato un colloquio solo coi genitori del bambino, in modo da poter comprendere meglio il problema, permettere ai genitori di esprimersi liberamente e fornire al clinico informazioni di cui il bambino non è a conoscenza ed evitare di parlare di fronte al bambino come se non ci fosse. È importante avere un colloquio iniziale coi genitori, perché come ricorda A. Freud "Nessun bambino giunge alla consultazione per un disagio se i genitori non lo consentono". Il clinico, quindi, deve sempre tenere a mente la triade madre-padre-bambino, essere capace di identificarsi con ognuno di essi, e accompagnare la famiglia come una sorta di genitore buono, capace di holding, restituendo ai genitori in modo empatico i limiti e le possibilità della loro genitorialità. Nelle consultazioni riuscite, infatti, il terapeuta può costruirsi delle rappresentazioni inconscie di entrambi i partner, come un genitore buono: è indispensabile un transfert positivo per la costituzione di una alleanza terapeutica. Il colloquio è necessario per riattivare un processo di genitorialità positiva che faciliti la ripresa di un percorso evolutivo adeguato da parte del bambino: si aiuta la coppia a sanare la profonda ferita narcisistica generata dal chiedere aiuto per il proprio figlio, si accentuano e sostengono gli aspetti positivi della funzione genitoriale, e si sensibilizza ciascun genitore a divenire osservatore e parte attiva nel processo di cambiamento. I quesiti più importanti da porre durante il colloquio riguardano che cosa ha portato i genitori dal clinico e perché adesso, c'è una domanda chiara di aiuto e da cosa è causata, quali sono le aspettative, ansie e speranze nei confronti del clinico e di un eventuale presa in carico del bambino. Poi è importante indagare lo spettro sintomatologico del bambino, la relazione di coppia in termini di alleanza co-genitoriale e cosa significhi essere buoni genitori (nel caso di genitori separati, essi comprendono la differenza tra coppia coniugale e genitoriale?), le aspettative nei riguardi del figlio e i principi secondo i quali crescerlo, le dinamiche familiari, le rappresentazioni del bambino da parte di ognuno dei genitori, la storia del bambino e la raccolta anamnestica, la descrizione del bambino attualmente e nel passato, lo stile genitoriale (genitori autorevoli, autoritari o permissivi) e se entrambi i genitori adottano lo stesso stile. Bisogna

sempre tenere in mente il bambino reale mentre si affrontano le ansie genitoriali e capire se il soggetto della consultazione è davvero il bambino, anche se spesso è complesso scindere bambino da dinamiche disfunzionali nella coppia o nella famiglia. È necessario durante il colloquio tenere conto degli aspetti di transfert e controtransfert, spesso causati da un senso di inadeguatezza da parte dei genitori che può provocare una proiezione del senso di fallimento sul clinico. Un buon colloquio con i genitori porta ad una conoscenza di un quadro familiare personale sul bambino da parte dei genitori e si conclude con una restituzione ai genitori, a cui viene fornita una sintesi integrata del lavoro svolto, che evidenzia sia le risorse che le difficoltà, fornisce elementi di riflessione abbastanza vicini alla consapevolezza e indaga le fantasie rispetto ad una presa in carico del bambino.

### Le aree del colloquio coi genitori

Il colloquio per aree è un dialogo tra il terapeuta ed i genitori, nel quale si vanno a toccare determinati temi (anche se non esiste un ordine preciso, è un colloquio flessibile), ed è il primo passo nella costruzione di un'alleanza terapeutica coi genitori. La prima area che si va ad indagare riguarda il motivo della consultazione: i genitori riconoscono il disagio del figlio? Qual è il loro atteggiamento nei confronti di tale disagio? Qual è il loro grado di coinvolgimento e cosa provano (frustrazione, senso di colpa, rabbia...)? È importante poi capire come i genitori presentano il disagio del figlio, andando ad approfondire i sintomi notati dai genitori, ma soprattutto cercando di capire da quanto il disagio sia presente, se questo disagio stia minando il suo funzionamento globale o se solo un'area sia compromessa, e se il disagio sia collegato a specifici episodi (es. divorzio, trasferimento...). Infine, è necessario analizzare cosa si celi dietro a determinati sintomi (es. i sintomi ossessivi spesso rappresentano una paura di perdere il controllo). Si indagano anche gli aspetti di personalità dei genitori, inerenti alla modalità di vedere il figlio e ricavati indirettamente dallo psicologo. I genitori mostrano segni di patologia? Quali meccanismi di difesa usano? Come si pongono nei confronti del bambino in termini di aspettative e come queste influenzano il suo disagio? Il loro Io e Super-Io è adeguatamente sviluppato? Sono genitori responsabili e adulti o si comportano da "adulescenti"? Nel parlare del figlio, tutti questi aspetti possono trapelare e sono significativi per comprendere come i genitori possano influire sul problema del figlio. Un'altra area riguarda la descrizione del bambino attualmente e nel passato, sia per quanto riguarda l'aspetto fisico che caratteriale. Il bambino non sa ancora integrare le esperienze passate, presenti e future come parti di sé, ma si vive solo "nel presente" e per questo è importante ottenere una descrizione da parte dei genitori. Si va poi ad indagare la storia del bambino e la raccolta anamnestica, due aspetti che nel colloquio molto spesso vanno ad intersecarsi. Entrambe riguardano eventi come gravidanza, parto, allattamento e svezzamento, acquisizione del linguaggio, esperienze di separazione, socializzazione, amicizia, scuola, etc., ma mentre la raccolta anamnestica è una specie di check-list in cui si raccolgono dei dati oggettivi riguardanti questi temi, la storia del bambino si focalizza maggiormente sul loro significato psicologico. Per esempio, il parto può essere andato bene da un punto di vista medico, ma potrebbe essere stato accompagnato da forti ansie da parte della madre a causa di precedenti aborti spontanei che avevano creato in lei la paura di dare alla luce un bambino non sano. Un'altra area riguarda il contesto familiare attuale e passato, in particolare come e se il problema del bambino interferisce nelle dinamiche di coppia, quali accorgimenti

sono stati adottati fino a quel momento, il rapporto con altri figli, altri significativi presenti nell'ambiente del bambino (es. nonni o nuovi partner nel caso di genitori divorziati), ed eventi importanti della famiglia. Infine, si può indagare la relazione di coppia, intesa come coppia genitoriale, anche se indirettamente si possono inferire anche informazioni riguardanti la relazione coniugale. Aspetti importanti riguardano gli stili genitoriali ed educativi proposti dai genitori, quanto i genitori investano sul figlio anche in termini di tempo e attenzione (un iper-investimento sui figli a discapito della vita personale del genitore non è positivo per nessuno).

## Il colloquio col bambino

Previo accordo coi genitori, i quali devono aver provveduto ad informare il bambino evitando bugie o sotterfugi, il clinico può incontrare il bambino. Benché l'approccio clinico debba essere flessibile ed adeguarsi allo stadio di sviluppo del bambino, non è mai possibile sostituire il colloquio con il disegno o il gioco. Il colloquio, infatti, soddisfa le esigenze iniziali di presentazione reciproca, permette di dischiudere motivazioni e aspettative rispetto all'incontro, nonché di conoscere i contenuti racchiusi nella mente del bambino ed evidenziare le rappresentazioni che il bambino ha di sé e degli altri. Il colloquio col bambino è diverso dal colloquio con pazienti di età più avanzata, poiché spesso è difficile per un bambino capire cosa non va o cosa prova. Per questo, è necessario che il clinico non sia un semplice adulto sconosciuto, ma qualcuno che lo ascolta e lo comprende; ciò implica che il clinico deve adattarsi al suo stile, linguaggio, personalità, mondo rappresentazionale e stadio di sviluppo. È importante prestare attenzione non solo all'aspetto verbale, ma anche a cosa il bambino fa, poiché può essere che egli non racconti ciò che lo preoccupa, ma agisca le sue preoccupazioni, anche attraverso il gioco ed il disegno. Un aspetto importante è quindi il setting nel quale si svolge il colloquio, che deve essere strutturato a misura di bambino e nel quale ci sia materiale per disegnare e giocattoli semplici. L'ambiente non deve essere iper-stimolante, ma deve permettere al clinico di agganciare il bambino. Nel primo incontro col bambino, dopo il suo ingresso nella stanza (importante notare se entra solo o meno) ed un'iniziale presentazione reciproca, si chiede al bambino se sa perché è qui. È importante contemporaneamente "dimenticare" ma "tenere a mente" ciò che è stato detto dai genitori, poiché non sempre la motivazione riportata dal bambino andrà a coincidere con quella riportata dai genitori. È necessario, inoltre, che il bambino capisca dove si trova e perché, e che sappia che potrà fare diverse cose, tra le quali anche giocare o disegnare. Durante il colloquio col bambino si vanno ad indagare le seguenti aree: famiglia (aspetti relazionali, vissuti\ruoli), amici (aspetti relazionali, es. socievole o isolato?), a cosa gli piace giocare (gioco simbolico?), come struttura la sua giornata (come organizza e si organizza nello spazio e nel tempo), scuola. Il clinico inizia il colloquio con domande ampie e generali per poi passare a domande specifiche riguardanti la sua problematica, basandosi sulle risposte che il bambino fornisce durante l'incontro. È necessario evitare domande multiple, retoriche, troppo difficili e insistenti o che distraggano il bambino o inducano in lui una risposta (credenza suggerita). Si possono invece formulare domande aperte che inducano credenze provocate o spontanee, promuovere interventi empatici o atti a verbalizzare le emozioni. Il bambino deve avere l'impressione di essere sempre presente nella mente del clinico, il quale deve mostrare un atteggiamento curioso e interessato e decodificare quanto già detto dal bambino quando qualcosa che il bambino esprime apertamente può celare

significati diversi e più profondi oppure completare quanto già detto quando c'è il dubbio che il bambino non abbia espresso totalmente ciò che è dentro di lui. Il clinico può anche utilizzare la tecnica non direttiva del rispecchiamento, in cui non pone una vera e propria domanda, ma invita il bambino a "pensare ad alta voce", aiutandolo a riformulare quanto già detto in modo più esteso e comprensibile.

## Il gioco

Sono numerose le definizioni di gioco. Il gioco può essere considerato come una funzione biologica utile a mediare l'adattamento a minacce inaspettate, ma anche come un'attività che promuove l'autoregolazione e l'apprendimento di valori culturali. Il gioco è anche utile per l'apprendimento accademico, in particolare per quanto riguarda l'imparare a leggere e scrivere e l'apprendimento di concetti matematici. Inoltre, il gioco è un potente mezzo di comunicazione per il bambino, universalmente presente e indipendente dal background culturale. Per Anna Freud, il gioco rappresenta l'espressione di un conflitto, come nel caso del piccolo Bertie, che riviveva attraverso il gioco la morte del padre, ed è il punto di partenza della linea evolutiva che riguarda il passaggio dal gioco al lavoro. Per la Klein, invece, il gioco equivale alle libere associazioni nell'adulto ed è una rappresentazione del mondo interno del bambino, si pensi al gioco dei trenini messo in atto da Richard, rappresentazione di un conflitto interiore del bambino, il quale non voleva rinunciare a Mrs. Klein, ormai divenuta una sorta di mamma buona. Infine, per Winnicott, il gioco è una funzione vitale per il bambino come per l'adulto e si pone nello spazio potenziale che l'individuo crea tra il mondo interno ed esterno. Il gioco si sviluppa secondo alcune fasi. Il gioco narcisistico è quel piacere che il bambino nei primi mesi di vita prova nel muoversi, nel toccarsi e nello scoprire il proprio corpo come parte di sé. Si passa poi al gioco pre-edipico, che riguarda l'esperienza di attaccamento e separazione, espressa attraverso giochi come il nascondino, e l'esperienza di acquisizione del controllo sfinterico, espresso attraverso il gioco con materiali che si possono manipolare (es. plastilina, sabbia, etc.). In seguito, si ha il gioco edipico, caratterizzato da una consapevolezza dei ruoli sessuali e un utilizzo del gioco simbolico, in cui i giocattoli diventano repliche di strumenti di proprietà degli adulti, e del gioco di ruolo, per sentirsi grandi e potenti come i propri genitori. Infine, il gioco post-edipico riguarda i bambini durante il periodo di latenza, caratterizzato dall'appezzamento per i giochi di squadra e con regole precise, che promuovono l'interazione sociale e i legami di attaccamento fra compagni di gioco. Quindi si passa da un tipo di gioco motorio e primitivo, ovvero un gioco senza dei chiari aspetti rappresentativi e in cui il movimento ha un ruolo prevalente, a quello che è un gioco simbolico, di "far finta che", il quale implica capacità di immaginazione, fantasia, simbolismo ed espressione delle emozioni. Il gioco simbolico è molto utile perché permette al clinico di accedere al mondo interno del bambino e comprendere le sue fantasie, rappresentazioni, conflitti e frustrazioni. Il gioco può risultare utile nel comprendere aspetti cognitivi e affettivi del bambino ed un esempio è una misura standardizzata del gioco simbolico chiamata Affect in Play Scale (APS), che può essere utilizzata per valutare questi due aspetti in bambini tra 6 e 10 anni (esiste anche una variante per bambini in età prescolare). Ai bambini viene chiesto di giocare per 5 minuti con 2 marionette a mano di pezza (maschio e femmina) e 4 cubetti colorati, senza alcun intervento da parte dell'esaminatore. Il materiale viene videoregistrato e si valutano le componenti sia cognitive (Organizzazione, Elaborazione, Immaginazione, Comfort)

che affettive (Frequenza e Varietà dei temi affettivi e Temi Positivi e Negativi) del gioco simbolico. È infine importante ricordare che il gioco, così come il disegno, non può sostituire il colloquio vero e proprio col bambino, ma può essere un mezzo utile per integrare le informazioni apprese dal bambino e dai genitori.

## Metodi proiettivi

I metodi proiettivi si basano sull'idea che quando il soggetto interpreta stimoli ambigui, proietta in questa interpretazione parti più o meno consapevoli di sé. Tra questi si ritrovano il test di Rorschach ed il Children Apperception Test. Il test di Rorschach è formato da 10 tavole con delle macchie, grigie o colorate, che il paziente deve interpretare. Sebbene teoricamente questo test possa sembrare applicabile a bambini, non risulta essere uno degli strumenti più utili in età evolutiva e ciò dipende dal metodo di somministrazione. Infatti, il Rorschach generalmente si divide in due parti, ovvero la risposta spontanea (un'interpretazione immediata di cosa la macchia rappresenti) e l'inchiesta (la spiegazione riguardante la motivazione dietro alla risposta spontanea). I bambini non sempre sono in grado di spiegare verbalmente il perché delle loro risposte e spesso cambiano idea o si confondono sulle loro risposte. Per questo motivo, in età evolutiva risulta molto più utile il Children Apperception Test (CAT), un altro strumento proiettivo costituito da 10 tavole nelle quali sono rappresentati animali. Quello che viene chiesto al bambino è di raccontare una storia con un inizio, una parte centrale e una fine, basandosi sulla tavola proposta. È possibile fornire input durante la prova al fine di motivare il bambino e ripetere le istruzioni se necessario. Durante la somministrazione del CAT i bambini spesso fanno molte domande. In generale è importante che lo psicologo non stia in silenzio per non creare "ansia" nel bambino, ma dall'altra parte è necessario che fornisca delle risposte che non siano suggestive. Questo tipo di test è detto tematico, perché si propone di valutare alcuni aspetti di base di possibili conflitti correlati alla teoria psicoanalitica. Per esempio, la tavola numero 7 rappresenta una tigre che mostra denti e artigli e si avventa su una scimmia che salta in aria. A seconda della storia prodotta dal bambino, si andranno a notare alcune tematiche, tra cui il timore dell'aggressione, il timore di castrazione, la relazione aggressiva (divorazione e castrazione). In generale, tra le tematiche sollevate si riscontrano problemi legati alla nutrizione, rivalità tra fratelli, pulizia, aggressività, etc.. L'utilizzo di figure animali facilita l'attribuzione dei propri contenuti psichici e permette al bambino di assumere una distanza psicologica.

## Il disegno

In consultazione e assessment, il disegno viene utilizzato principalmente per poter comprendere lo sviluppo cognitivo e affettivo del bambino e può essere libero o accompagnato da precise istruzioni. Il disegno è un sistema complesso che implica abilità motorie, immaginative, di memoria, percezione, emozioni, affetti, e un deficit in uno di questi aspetti, può condurre a deficit nell'abilità grafica. In ambito di intervento, invece, il disegno diventa un mezzo di comunicazione per l'espressione del mondo interno del bambino e non vi sono consegne o istruzioni, il disegno è libero e spontaneo.

La prima forma di disegno che si riscontra nei bambini è lo scarabocchio. Secondo Lowenfeld e Brittain, inizialmente si ha un tipo di scarabocchio disordinato, nel quale manca il controllo visivo ed è piacevole da un punto di vista motorio, per poi arrivare ad uno scarabocchio controllato, in cui si registra un rapporto tra i movimenti e il tracciato

e il piacere è suscitato da un'attività intenzionale e dallo sperimentare visivamente il prodotto dell'atto motorio. Secondo Luquet, lo scarabocchio si sviluppa nelle seguenti fasi: realismo fortuito (0-3 anni: il bambino prima disegna e poi cerca a posteriori delle analogie con oggetti reali), realismo mancato (3-5 anni: il bambino decide prima di disegnare il soggetto che vuole rappresentare, ma a causa di difficoltà nell'esecuzione riformula le proprie intenzioni man mano che il disegno procede), realismo intellettuale (5-8 anni: il bambino esegue disegni somiglianti alla realtà, ma non comprende l'utilizzo di un'unica prospettiva), realismo visivo (8-9 anni: il bambino utilizza e rappresenta una sola prospettiva). Per individuare il livello di sviluppo cognitivo e affettivo, sono stati sviluppati una serie di test grafici, come per esempio quello dell'albero, in cui viene richiesto al bambino di disegnare un albero e si interpreta il disegno in base ad un manuale che offre un'interpretazione per ogni componente del disegno (es. le radici rappresentano l'inconscio). Un altro test grafico è il disegno della figura umana, diverso dal test dell'omino della Goodenough (utilizzato come indice di intelligenza), in cui viene richiesto di disegnare una figura umana, la quale segue le seguenti fasi: 1° fase (prima dei 5 anni i bambini disegnano un "omino testone" che riflette l'interazione con gli altri e l'esplorazione dell'ambiente), 2° fase (a 5 anni i bambini mostrano la rappresentazione del corpo quasi completa, con un forte interesse per le differenze fra maschi e femmine nei capelli e nei vestiti), 3° fase (tra i 6-10 anni la rappresentazione dell'immagine migliora per una maturazione intellettuale e sociale), 4° fase (in adolescenza si riscontra un'omissione di parti del corpo, legata ai conflitti del periodo). Il disegno della figura umana può assumere diversi significati: può essere una rappresentazione di sé, una proiezione di ciò che si vorrebbe essere, una proiezione catartica di ciò che si ripudia, una proiezione della propria autorità interna che giustifica i propri comportamenti. Infine, si ha il disegno della famiglia, la cui consegna è disegnare la propria famiglia, una famiglia ed una famiglia di animali. Questo test permette di comprendere come il bambino vive i rapporti personali, come si rappresenta le relazioni, quali sono i componenti familiari e com'è l'ambiente socioculturale nel quale il bambino vive. In generale è importante dire che bisogna essere in grado di fornire non solo delle interpretazioni basate sui manuali appositi per questo tipo di test, ma è utile anche andare a guardare quello che è il funzionamento globale del bambino, espresso attraverso il disegno.

## PREADOLESCENZA

### La preadolescenza

La preadolescenza è una "terra di confine", situata tra il periodo della latenza e l'inizio della pubertà e che, secondo Blos, va dagli 11 ai 13 anni. Questa fase è caratterizzata da forti cambiamenti puberali corporei, ormonali e relativi all'emergere della fisicità e della sessualità adulta, un investimento sul proprio corpo, ed un'enorme confusione tra psiche e soma. Questi cambiamenti biologici ed anatomici, che modificano il mondo interno dell'individuo, avvengono in momenti e modi diversi per maschi e femmine. Nelle donne, l'ingresso nella pubertà è dettato dal menarca, ovvero la comparsa delle mestruazioni, che rappresenta un segno chiaro della maturazione sessuale, mentre negli uomini, il semenarca, ovvero l'inizio dello sviluppo dello sperma nei testicoli, avviene più tardivamente e meno nettamente.

Un dubbio che spesso assale i preadolescenti riguarda chi e come si diventerà, soprattutto fisicamente. Se nelle fasi precedenti il bambino era cresciuto in modo lineare e prevedibile, con l'inizio della pubertà si osservano cambiamenti fisici più netti, che spiazzano il preadolescente, e spesso causano una regressione legata ad aspetti corporei, per esempio non avere voglia di lavarsi e tenersi puliti. I preadolescenti sono in bilico tra l'infanzia e l'inizio dei cambiamenti, soprattutto fisici, che portano all'età adulta. In questa fase, sebbene ci sia l'inizio di un pensiero ipotetico deduttivo, la psiche è maggiormente incentrata su aspetti psico-somatici; in seduta i preadolescenti potrebbero non parlare perché non riescono ad esprimere ciò che sta accadendo loro o perché ne sono troppo assorbiti.

La preadolescenza è un periodo di confusione, tanto da essere definito "secondo tempo del trauma", perché è proprio in questa età che si ripresenta e si elabora ciò che è rimasto irrisolto o che è stato traumatico nell'infanzia. Le fasi libidiche precedenti vengono rielaborate e si osserva una riattivazione del complesso di Edipo, superato nella latenza, poiché con la maturazione fisica e sessuale, il preadolescente capisce di poter finalmente concretizzare tale complesso.

Per quanto riguarda l'aspetto sociale, il legame familiare è ancora infantile ed il gruppo dei pari, che inizia ad avere importanza e facilita il cammino verso il processo di separazione-individuazione, è costituito da persone dello stesso sesso.

Un aspetto importante del colloquio col preadolescente è valutare come egli si pone nei confronti dei cambiamenti che caratterizzano questa fase, quale ruolo informativo ha la famiglia, la scuola e il gruppo dei pari. Per via di questi cambiamenti e dell'incertezza che caratterizza questa fase, il preadolescente è un paziente al quale serve stare vicino e fornire sostegno, senza però invadere i suoi spazi e lasciandogli il tempo di comprendere e processare ciò che gli sta accadendo. Allo stesso tempo, è necessario costruire un rapporto coi genitori, i quali solitamente segnalano problemi "di superficie" (es. calo nel rendimento scolastico, irritabilità, isolamento, ecc.), che però possono celare una voglia del preadolescente di non fare entrare gli altri nel proprio mondo interno, dettata da un sentimento di non appartenenza, né al mondo infantile, né a quello degli adulti. Da un punto di vista metodologico, è opportuno usare materiale che permetta al paziente di esprimere il proprio mondo interno anche in maniera indiretta, poiché come accennato prima, i silenzi tipici di questa fase rappresentano una difficoltà d'espressione. In questa fascia d'età si possono utilizzare la scrittura o il disegno, come per esempio il gioco dello scarabocchio proposto da Winnicott.

## ADOLESCENZA

### Introduzione all'adolescenza

L'adolescenza è quel periodo che va circa dai 12 ai 19 anni (in inglese i ragazzi di quest'età vengono definiti teenagers) e che si situa tra la fanciullezza e quella che Arnett definisce "emerging adulthood", ovvero quella fascia d'età che va dai 19 ai 24 anni in cui si è giovani adulti. L'adolescenza è stata divisa da Blos in una serie di sottofasi: latenza (7-11 anni); preadolescenza (11-13 anni); adolescenza (13-18 anni), che si suddivide in prima adolescenza (13-15) e adolescenza propriamente detta (15-18); adolescenza tardiva, ed infine post adolescenza. L'adolescenza

non fa riferimento solo ad un periodo dello sviluppo, ma indica uno stato di passaggio da quello che è il bambino a quello che è lo stato adulto: è una fase di transizione e di crescita che comprende una serie di aspetti psicologici e sociali. Innanzitutto, ciò che caratterizza l'adolescenza è un processo di separazione sia fisica che psicologica dai genitori, tant'è che durante l'adolescenza si parla di secondo processo di separazione-individuazione: così come il neonato deve gradualmente riconoscersi come entità separata dalla madre, l'adolescente deve riuscire a distaccarsi dalle figure genitoriali e trovare un'identità propria. Tuttavia, nel corso del tempo, l'adolescenza si è di molto prolungata e quindi anche questo distacco ed il passaggio all'età adulta sono posticipate. Erickson definisce l'adolescenza occidentale come un "moratorium", ovvero un periodo di libertà dalle responsabilità adulte che permette di sperimentare e acquisire abilità di gestione delle emozioni e relazionali, prima di stabilizzarsi nella vita adulta. Inoltre, ad oggi però si parla di società liquida, nella quale da una parte si esalta l'autonomia dei giovani, ma dall'altra li si priva dell'accesso a tale autonomia. Anche la famiglia si può definire liquida, poiché i confini tra genitori e figli sono più labili, c'è un eccesso di condivisione e questo poco aiuta nel processo di separazione e individuazione dei figli. Oltre al distacco dai genitori e la ricerca di una propria identità, l'adolescenza è caratterizzata anche da un forte sviluppo fisico e sessuale. È proprio a partire dalla pubertà e durante l'adolescenza che si assistono a cambiamenti di maturazione corporea e cerebrale e vengono vissuti i primi desideri e le prime esperienze sessuali, che seguono il periodo della latente sessualità dell'infanzia. Non solo, ma si assiste anche a cambiamenti psichici e intellettivi, per esempio si sviluppa il pensiero ipotetico-deduttivo, e a cambiamenti affettivi che riguardano pulsioni, affetti, emozioni, e cambiamenti sociali che coinvolgono sia il rapporto con sé stessi che con gli altri. Il periodo dell'adolescenza non deve rappresentare necessariamente un momento di ribellione o di stress, anche se l'adolescente è spesso portato ad assumere comportamenti a rischio, che però non necessariamente presuppongono una patologia o problematiche future. Negli adolescenti, le regioni cerebrali preposte alle emozioni si sviluppano prima delle aree deputate al controllo cognitivo e quindi gli adolescenti sono più propensi a comportamenti quali utilizzo di droghe e alcool, antisocialità, comportamenti sessuali promiscui, etc., anche dovuti all'affiliazione a pari che assumono tali comportamenti di rischio.

### Le aree fondamentali dei cambiamenti adolescenziali

L'adolescenza è una fase di cambiamento. Per quanto riguarda gli aspetti cognitivi, a partire dai 10-11 anni si ha un passaggio da quello che Piaget definisce pensiero concreto al ragionamento astratto, che consente all'adolescente di ragionare per ipotesi e di dialogare allo stesso livello dei genitori e di guardare a sé stesso con gli occhi dell'altro. In ambito di cambiamenti neuropsicologici ed emotività, nel periodo dell'adolescenza c'è uno scatto drammatico che riguarda la prevalenza dell'aspetto emotivo su quello di controllo cognitivo, causato da uno sviluppo delle regioni cerebrali preposte alle emozioni (es. amigdala) che è precedente allo sviluppo delle aree deputate al controllo cognitivo (es. lobi frontali). L'adolescente nelle proprie scelte, azioni e decisioni, viene più guidato da aspetti emotivi, che dalla possibilità di controllarli: è come se, soprattutto all'inizio dell'adolescenza, la parte più razionale del cervello funzionasse meno e prevalesse la reazione emotiva. Questo comporta emozioni molto intense e poco controllate, spesso temporanee e legate a un momento specifico. Questo aspetto di prevalenza del mondo

emozionale provoca anche il pericolo dei comportamenti a rischio (dipendenza, sessualità promiscua, etc.). Nel corso dell'adolescenza, il sistema limbico passa sempre di più sotto il controllo della corteccia prefrontale, associata con la pianificazione, il controllo degli impulsi ed un pensiero di ordine più elevato, consentendo l'acquisizione di un maggiore equilibrio e di una maggiore capacità di comprensione degli altri e delle loro intenzioni. Punto altrettanto fondamentale, che dà inizio pratico all'adolescenza sono i cambiamenti corporei e della sessualità a cui si assiste nella pubertà, momento in cui si delinea la sessualità adulta. I cambiamenti corporei non sono sempre ben accetti dall'adolescente: essi possono spaventare, perché se nell'infanzia il bambino è cresciuto in modo lineare e sa cosa aspettarsi, in adolescenza il cambiamento è improvviso e totalmente nuovo, si pensi al momento in cui alle ragazze spunta il seno o ai maschi cambia la voce. Si ha così spesso una tensione psichica causata dalla naturale tendenza alla progressione evolutiva, in contrasto con la fascinazione della regressione tesa a recuperare, o a non abbandonare, il mondo dell'infanzia. La pubertà, inoltre, è caratterizzata da cambiamenti ormonali che causano nell'adolescente le prime esperienze di eccitazione sessuale in termini adulti ed attrazione sessuale. Si parla in questo periodo di innamoramento narcisistico: uno deve piacersi, sentirsi bene con sé stesso, per essere desiderato dagli altri; se non si ha una rappresentazione dell'altro e della sessualità, si rischia una mancata integrazione tra l'esperienza fisica ed affettiva. Un altro cambiamento che caratterizza l'adolescenza è un processo di separazione sia fisica che psicologica dai genitori, tant'è che durante l'adolescenza si parla di secondo processo di separazione-individuazione: così come il neonato deve gradualmente riconoscersi come entità separata dalla madre, l'adolescente deve riuscire a distaccarsi dalle figure genitoriali e trovare un'identità propria. Solo l'uccisione simbolica dei genitori permette lo sviluppo e l'espressione di quello che Winnicott definisce Vero Sé. Questo processo di separazione-individuazione è facilitato dal sempre maggiore investimento sui pari, che aiutano ad affrontare il dolore della separazione e la nostalgia dettata dalla perdita degli amori edipici. Secondo Winnicott, l'appartenenza al gruppo dei pari si origina dalla necessità di staccarsi emotivamente dai genitori e di negare il dolore della separazione e la nostalgia per questa perdita, attraverso la svalutazione degli adulti. Inoltre, il gruppo funge da rispecchiamento narcisistico e quando esso fallisce, l'adolescente esperisce una sensazione di perdita identitaria e di vuoto.

### Il colloquio con gli adolescenti: l'incontro, i primi colloqui e le eventuali difficoltà

L'incontro con l'adolescente è caratterizzato da un aspetto di urgenza, riportato dall'adolescente stesso, che si sente sopraffatto dal proprio malessere e vuole ritornare a stare bene subito, e da un aspetto di incertezza da parte del clinico, che si chiede se avrà il tempo di aiutare l'adolescente. Una prima cosa da tener presente è la flessibilità, l'articolazione e la comunicazione: la consultazione con l'adolescente deve essere "su misura", poiché rispetto all'infanzia, l'adolescenza è un momento molto più variabile, che richiede al clinico di adeguarsi maggiormente alle specifiche caratteristiche del paziente e dei suoi genitori. È importante anche fornire il giovane paziente di un ambiente contenitivo, che resista anche ai suoi attacchi rabbiosi o alle sue richieste fusionali, un luogo in cui possa sperimentare i confini del suo spazio interno. Un altro aspetto da considerare è che in adolescenza si ha la possibilità di sviluppare una psicopatologia grave (es. disturbi di personalità, psicosi, depressione, etc.) e dunque bisogna

tenere a mente sin dall'inizio che è possibile che l'adolescente abbia bisogno di un team/equipe che lo supporti in diversi ambiti ed è importante che l'adolescente sviluppi un'alleanza con tutte le figure professionali coinvolte. I primi colloqui con l'adolescente rappresentano momenti particolari, che permettono di avere una prima idea della possibile relazione tra l'adolescente e il terapeuta e delle potenzialità e dei problemi che verranno affrontati e sviluppati nel corso dell'eventuale presa in carico. Si possono considerare questi primi colloqui come una sorta di spazio potenziale, così come definito da Winnicott, nel quale il clinico crea un clima di gioco e creatività che permetta all'adolescente di esprimersi liberamente. La costruzione del rapporto e dell'alleanza terapeutica è essenziale con gli adolescenti, che vedono gli adulti, in particolare i genitori, come non comprensivi o irrispettosi della loro individualità. È importante, quindi, che il clinico si proponga all'adolescente come un "nuovo adulto", non coinvolto nei suoi conflitti e non investito emotivamente come i genitori. I primi colloqui risultano un momento cardine nella costruzione della relazione con l'adolescente, poiché proprio nei momenti iniziali l'adolescente cercherà di capire se può riporre la propria fiducia nel clinico e se vale la pena investire in un percorso terapeutico. Uno dei limiti dell'incontro con gli adolescenti è dettato da questa urgenza vitale che essi mostrano, dal voler definire loro stessi i tempi ed i modi degli incontri, aspetto che crea delle difficoltà nel clinico per quanto riguarda il cogliere un modello della realtà psichica del paziente e proporre una eventuale terapia che sia adeguata rispetto alla sua personalità e al suo problema. Questa urgenza influenza, inoltre, il transfert: molto spesso si ha un passaggio estremamente rapido dal clinico come figura reale, genitoriale o transferale e per il clinico può essere difficile comprendere questi cambiamenti così veloci. Un'altra difficoltà a cui va incontro il clinico è cercare di evitare che il processo di identificazione dell'adolescente si basi sui contenuti diagnostici emersi nel corso della consultazione, poiché un'identificazione incentrata sui sintomi porta l'adolescente ad avere un'identità negativa e a sentirsi incompreso, solo e disperato. Inoltre, è importante, non confondere gli aspetti normali e patologici, pensando all'adolescenza come un momento di generale crisi, così da non minimizzare l'esistenza di una patologia in adolescenti realmente disturbati. Infine, il clinico deve utilizzare un linguaggio non tecnico o difficile, ma che gli permetta di agganciare l'adolescente e condividere emozioni e vissuti.

### I genitori dell'adolescente

Nel momento della segnalazione o consultazione coi genitori dell'adolescente, questi possono richiedere un aiuto diretto per il figlio attraverso una consultazione con quest'ultimo, richiesta spesso caratterizzata da una certa urgenza, ma anche da una voglia di delegare il problema del figlio interamente al clinico. Idealmente, i genitori potrebbero chiedere al clinico un consiglio su come aiutare il proprio figlio e lasciare valutare al clinico il modo migliore in cui procedere. Tuttavia, nel corso della consultazione coi genitori si può anche arrivare a comprendere che il problema del figlio sia in realtà molto influenzato da delle problematiche nella coppia genitoriale e si può quindi proporre un supporto alla coppia o un'eventuale terapia. Si pensi alle coppie divorziate conflittuali, nelle quali i genitori lottano tra loro ed i figli si ritrovano in balia di queste liti, che causano un forte malessere e stress nei ragazzi, i quali potrebbero esprimere tali affetti negativi con, per esempio, comportamenti a rischio o

aggressività. Andando a lavorare sui genitori si può indirettamente lavorare sul figlio, fornendo a quest'ultimo un ambiente familiare più sereno.

Bisogna anche tenere conto di tutti gli aspetti transferali e controtransferali presenti nel colloquio. I genitori possono vivere un forte senso di colpa e una ferita narcisistica legata al riconoscimento di avere un figlio che ha bisogno di aiuto, oppure possono sentirsi giudicati come genitori "cattivi" o "imperfetti" e proiettare questo senso di fallimento sul clinico, o anche provare sentimenti di invidia nei confronti del clinico, che può riuscire a fare quello che loro non sono stati in grado di fare. Allo stesso tempo, il clinico potrebbe rivedere nei genitori aspetti dei propri genitori, portando all'interno della consultazione degli aspetti controtransferali. È necessario che il clinico abbia coscienza di questi fenomeni e sia in grado di rispondere adeguatamente. Un altro aspetto da tenere in considerazione è che la famiglia di oggi ha subito un radicale cambiamento rispetto al passato e ad oggi spesso i genitori vogliono essere amici dei loro figli, vogliono la loro felicità e spesso pensano di sapere cosa è meglio per loro, aspetto che li porta a scontrarsi con figure professionali come gli insegnanti o anche il clinico. Kancyper crea una classificazione dei genitori particolarmente interessante. I genitori pigmalioni sono quelli che proiettano sui figli i propri timori e paure, col rischio che proprio a causa di questa proiezione essi si avverino. I genitori adolescenti sono quelli di cui parla anche Ammaniti, che utilizza il termine *adulescenti*, ovvero quelle figure parentali che non accettano la loro età, vogliono essere giovani ed amici dei loro figli, causando in quest'ultimi difficoltà nel processo di separazione-individuazione. Si hanno poi i genitori distratti, che non si accorgono o non vogliono accorgersi di cosa succede nelle vite dei loro figli, in particolare per quanto riguarda i comportamenti a rischio come l'uso di droga. Si hanno infine i genitori servili, schiavi dei loro figli, e quelli molli, coi quali si osserva un'inversione dell'indipendenza, ovvero una rinuncia ai propri pensieri e interessi per non doversi scontrare coi figli. È necessario tenere conto del fatto che spesso i genitori degli adolescenti vivono una sorta di terza individuazione, perché devono arrivare ad avere con i figli quella che diventa una dipendenza matura. C'è una sorta di lutto nei genitori che perdono il proprio bambino ed è giusto dare spazio alle emozioni, ai conflitti e alle contraddizioni che i genitori provano a causa di questo allontanamento naturale del figlio durante l'adolescenza.

### Aree del colloquio con gli adolescenti

Le prime aree da investigare nel colloquio con l'adolescente riguardano le tappe evolutive e i compiti che ci si aspetta siano raggiunti all'età del paziente. Queste informazioni si possono dedurre sia attraverso richieste esplicitate verbalmente, sia attraverso altri aspetti di comunicazione non verbale, come per esempio il modo con cui l'adolescente si presenta (vestiti, modo in cui è pettinato), il modo in cui si rapporta con un adulto, le proprietà e le modalità del linguaggio e dell'interazione, lo stato d'animo; queste informazioni implicite sono molto utili per comprendere se il paziente soddisfa le aspettative di normalità attesa per la sua età, anche se è doveroso dire che la normalità è un concetto fluttuante ed impreciso, che va compreso all'interno del contesto in cui l'adolescente vive. Anche la performance scolastica può fornire informazioni preziose sull'andamento evolutivo dell'adolescente. È poi importante comprendere le aspettative dell'adolescente nei confronti del futuro e come si prepara ad esso, in termini di competenze cognitive e sociali ed assetto emotivo attuale e passato. Un altro aspetto essenziale

riguarda le relazioni tra l'adolescente e la famiglia, che durante l'adolescenza possono essere conflittuali a causa anche di tutti quei cambiamenti a livello cerebrale ed ormonale che fanno sentire l'adolescente incompreso da tutti e preda di forti emozioni molto oscillanti. Il rapporto con la famiglia e il distacco da essa nel processo di separazione-individuazione sono aree importanti da investigare per chiarire la natura del disagio dell'adolescente e come e dove esso si manifesta, l'influenza di altri significativi nell'emergere di questo disagio e le cause scatenanti o dell'evoluzione del disagio, che possono aver avuto luogo all'interno del contesto familiare. Anche l'autonomia raggiunta dal ragazzo, in virtù della famiglia e della sua influenza è un aspetto interessante: per esempio, ad oggi si parla spesso di "famiglia adolescente", nella quale i genitori vorrebbero che i loro figli non crescessero mai, a costo di tornare loro stessi adolescenti ed essere per loro degli amici, più che dei genitori veri e propri. Non solo, ma indagare se l'adolescente fa riferimento ai propri familiari in situazioni difficili e come l'adolescente gestisce le emozioni all'interno della famiglia, è utile per comprendere se un eventuale progetto terapeutico debba focalizzarsi maggiormente sull'adolescente stesso o sulla famiglia. Quando nel colloquio l'adolescente parla dei genitori, è necessario ricordare che il clinico potrebbe diventare oggetto transferale. Un'altra area di indagine riguarda il gruppo dei pari ed il rapporto con essi, che per l'adolescente rappresenta una seconda famiglia, che permette di distaccarsi progressivamente dai propri genitori e di costruirsi una propria identità all'interno di questo gruppo. Nell'adolescenza, iniziano le amicizie più stabili, l'immaginare rapporti con gli altri, i primi innamoramenti e le prime esperienze di coppia, che avvengono appunto spesso all'interno di questo gruppo dei pari. Il gruppo, però, non è sempre un valido sostegno: in un adolescente privo di solidi e chiari punti di riferimento all'interno della famiglia, l'adolescente potrebbe finire con l'accostarsi a membri devianti del gruppo o mettere in atto comportamenti gruppali disadattivi senza comprenderne appieno il significato. È importante sottolineare che, nonostante gli sforzi del clinico per creare un colloquio, spesso l'adolescente risponde con dei silenzi, che vanno rispettati. Non bisogna insistere a tutti i costi, è più importante creare un'alleanza terapeutica e una volta che si sarà costruita una certa fiducia, sarà l'adolescente stesso a voler parlare di quei temi che per lui sono importanti.