



Provincia
di Milano



INCONTRI CHE LASCIANO IL SEGNO

**IL DIRITTO ALLA RELAZIONE TRA FIGLI E GENITORI
CON DISTURBI PSICHIATRICI**



**Provincia
di Milano**



www.gruppozoe.it
info@gruppozoe.it

INCONTRI CHE LASCIANO IL SEGNO

IL DIRITTO ALLA RELAZIONE TRA FIGLI E GENITORI CON DISTURBI PSICHIATRICI

Area sistema produttivo
e Welfare
Settore centro assistenza
minori e famiglia

Il presente quaderno è stato realizzato nell'ambito delle attività del Coordinamento per i Servizi per il diritto di visita e di relazione della Provincia di Milano, Settore Centro assistenza minori e famiglia.

Settore Centro assistenza minori e famiglia
dott.ssa Maria Cappello

Hanno curato la stesura:

Piero Camarda, Dario Ferrario, Margherita Magni, Silvia Papini,
Emilio Fava e Paola Dallanegra

Progetto grafico e impaginazione:

Barbara Forti, *Ufficio grafico, Settore comunicazione*
Luca Squizzato, *aggiornamento veste grafica*



Per info e contatti, rivolgersi a:
Monika Nussbaumer
cell. 335.6962111
Spazio Neutro
tel. 02 2630301
spazio_neutro@provincia.milano.it

Il presente documento è scaricabile dal sito:
http://www.provincia.milano.it/affari_sociali/
bunner:Spazio Neutro, coordinamento, materiali scaricabili

INDICE

Introduzione	pag. 9
Premessa: il progetto Visite Tutelate	12
La genitorialità e i disturbi psichici gravi	14
Il tema della sicurezza	19
Gli incontri protetti tra minori e genitori affetti da disturbi psichici gravi	21
<i>Tema dell'alleanza di lavoro con i genitori affetti da disturbi psichici</i>	21
<i>Tema della verità</i>	23
<i>Tema della sofferenza con genitori affetti da disturbi psichici</i>	25
Linee guida per l'operatore di Spazio Neutro	27
<i>Dalla segnalazione alla presa in carico della situazione</i>	27
<i>L'avvio: i colloqui con il genitore con disturbi psichiatrici e i colloqui con l'altro genitore</i>	29
<i>I colloqui di ambientamento con il minore</i>	32
<i>Gli incontri protetti</i>	33
<i>I colloqui in itinere con il genitore con patologia psichiatrica</i>	34
<i>I colloqui in itinere con il minore</i>	36
Importanza del doppio operatore, anche in termini del rapporto costi benefici	37
La supervisione nei casi di Spazio Neutro con genitori affetti da disturbi psichici	38
Riferimenti bibliografici	42
Altre pubblicazioni	45

«C'è un posto che non ha eguali sulla terra... questo luogo è un luogo unico al mondo, una terra colma di meraviglie, mistero e pericolo. Si dice che per sopravvivere qui bisogna essere matti, quasi come un cappellaio. E per fortuna io lo sono.»

(Lewis Carroll, Le avventure di Alice nel Paese delle Meraviglie)

INTRODUZIONE

Paola Dallanegra

Si chiude con questo numero la prima serie dei quaderni del coordinamento dei servizi per il diritto di visita e di relazione della Provincia di Milano.

Un lungo lavoro, che si è declinato negli anni, nato anche con l'obiettivo di dimostrare che l'esperienza degli operatori dei servizi, quando ripensata e confrontata, è in grado di produrre cultura, sapere, di essere trasmessa ad altri, a volte più giovani, che decidono di affrontare un analogo percorso lavorativo e si trovano immersi in dilemmi affini.

Ogni punto di arrivo ha costituito in realtà la partenza per un nuovo lavoro perché ha aperto nuovi scenari, nuovi interrogativi e il bisogno di capire meglio e di sapere di più. La curiosità e la responsabilità nei confronti delle persone e delle famiglie che hanno avuto e hanno l'avventura di capitare nei nostri servizi costituiscono una formidabile molla.

9 Cosa sono i servizi per il diritto di relazione? Che finalità si pongono? Come aiutare i bambini-figli ad avvicinare i loro genitori lontani e come sostenere quei genitori ad incontrare autenticamente i loro figli in uno spazio mentale e fisico mondato dal conflitto?

E ancora, gli avvocati. Come costruire con loro un corretto rapporto, nel rispetto dei rispettivi compiti e competenze?

E sulla questione delle risorse economiche sempre più scarse: ha senso, al di là delle impellenti necessità degli enti, chiedere un contributo economico?

L'alienazione genitoriale -fenomeno sempre più frequente- dove ha origine, come e quando si sviluppa, come fronteggiarla, e soprattutto perché arginarla e fino a che punto?

La continuità della relazione genitoriale con un genitore detenuto che problemi pone, quali metodologie, quali cautele?

E poi la valutazione d'esito e di efficacia: quali strumenti mettere in campo per comprendere e in qualche modo misurare la riuscita di un buon intervento?

Ma soprattutto quando un intervento può definirsi buono e perché alcuni trattamenti falliscono? Quali sono le variabili più importanti per raggiungere un buon esito?

Costruire alleanze di lavoro tra utente e operatore, in un contesto di invio coatto, è possibile e come?

Ecco, in poche righe, il lavoro di tutti questi anni: di passo in passo siamo arrivati a questo quaderno nel quale abbiamo cercato di affrontare un tema di grande complessità e delicatezza.

Tutti coloro che lavorano negli Spazi Neutri sanno per esperienza quanto è difficile “tenere al centro” il bambino, i suoi pensieri, i suoi bisogni e come all’opposto sia facile scivolare cedendo alle ansie dei suoi adulti, alle pressioni degli avvocati, del mandato, dello stesso conflitto o dell’urgenza vera o presunta con cui ci viene chiesto di avviare gli incontri; ora sempre di più, oltre alle esigenze che nascono dalla scarsità di risorse che spinge a risparmiare anche sul numero dei colloqui o sulle ore a disposizione degli operatori.

Spesso tra tutte queste tensioni, richieste contrapposte si lascia sbiadire il focus dell’intervento: la continuità del legame e la qualità della relazione tra il figlio e il genitore lontano.

La presenza di una malattia psichiatrica in uno dei genitori amplifica in modo esponenziale questo rischio: la difficoltà di gestione del genitore malato e l’alone di paura che la malattia mentale porta con sé diventano la questione prevalente, quella che, a volte, maggiormente invade la mente degli operatori, dell’intero Spazio Neutro e dei servizi coinvolti.

Ben venga dunque questa riflessione e ben vengano tutte le domande che si snocciolano nelle sue pagine perché costituiscono una mappa e un sostegno all’operatore che le può usare come riferimenti per non perdersi in infinite sollecitazioni spesso in contraddizione le une con le altre.

Concludendo questo lavoro mi sembra di poter dire, anche a costo di banalizzare un po’, che se c’è una risposta quella è proprio nella domanda, nel ricordarsi di imparare a pensare le domande e di formularle a sé e agli altri.

Davvero troppe volte diamo per scontato ciò che scontato non è, diamo per scontato che certe comunicazioni siano state fatte e comprese, diamo per scontato di conoscere sentimenti e persone solo per aver parlato con i colleghi, aver letto atti o relazioni.

C’è un’idea, un filo rosso che origina dalla prima concezione di Spazio Neutro ed ha accompagnato gli sviluppi complessi della nostra esperienza di questi anni: è la convinzione profonda nella validità scientifica di una conoscenza dell’altro costruita sull’esperienza con l’altro. Le relazioni di cura possono aver senso ed efficacia solo attraverso l’esercizio rigoroso di un approccio conoscitivo che si fonda e si alimenta sull’esperienza quotidiana della relazione con l’altro e sulla propensione a rielaborare e risignificare incessantemente i dati dell’esperienza. Questa condizione si è rivelata la premessa valida, feconda e, a ragion veduta,

insostituibile, nell'affrontare la complessità delle relazioni di cura psico-sociale, senza rinunciare all'ambizione di offrire ai nostri utenti l'opportunità di vivere esperienze relazionali potenzialmente trasformative.

Difendiamo e prendiamoci il tempo sufficiente, non troppo e non troppo poco, per chiedere e pensare a ciò che ci viene detto o non detto, in questo modo i nostri interventi potranno avere speranza di essere efficaci. In questo modo si risparmia davvero, perché questi figli potranno avere con i loro genitori relazioni migliori e a loro volta potranno essere genitori "sufficientemente buoni".

Winnicott, tra le molte, ci ha insegnato una cosa che vorrei qui riportare. Scriveva che per lui «il complimento migliore è essere trovato e usato».

Dopo più di quaranta anni di lavoro nei servizi per le famiglie e i minori di cui venti a Spazio Neutro e poi al Coordinamento, mi piace salutare i colleghi con l'augurio di essere trovati e usati il più possibile. A chi mi ha accompagnato grazie, a chi prosegue buona avventura.

PREMESSA

Il “Progetto visite tutelate” nasce dall’esigenza da parte dei servizi per il diritto di visita e di relazione di far fronte a situazioni in cui la possibilità per il bambino di riallacciare o mantenere la relazione con il genitore è complicata ulteriormente dalla malattia psichiatrica di quest’ultimo.

La malattia mentale del genitore diviene quindi un problema collaterale, che i servizi fanno fatica a gestire per un insieme di motivi. È noto infatti come i disturbi psichici, nelle loro manifestazioni più acute e gravi, colpiscono l’essere umano nelle sue funzioni più semplici ovvero nelle abilità di base. La funzione genitoriale, che è un’abilità complessa, in questi casi è quindi inevitabilmente interessata e le conseguenze sono imprevedibili.

Se è abbastanza evidente anche ai profani che una persona ricoverata in un reparto psichiatrico per l’aggravarsi di una schizofrenia non riuscirà a esercitare la sua funzione genitoriale, risulta invece più difficile determinare quanto quell’inabilità sia transitoria o permanente e se esistano possibilità riabilitative. Nelle riunioni di coordinamento dei servizi che si occupano di interventi per il diritto di visita e di relazione è emersa come costante la difficoltà da parte degli operatori nel gestire le situazioni che vedono almeno uno dei due genitori diagnosticato come paziente psichiatrico con un disturbo di media-elevata entità.

La difficoltà spesso risiede nel prendere atto di una diagnosi psichiatrica e nel non riuscire a determinare l’impatto sulla funzione genitoriale. I referti sanitari risultano poco utili a farsi un’idea in merito ed il lavoro di rete con gli operatori dei servizi sanitari risente, soprattutto oggi, di pesanti e croniche carenze di personale.

Nel dare avvio alle visite che coinvolgono un genitore affetto da disturbo psichico c’è quindi “in primis” il problema del sapere, che spesso riguarda solo il singolo operatore coinvolto nel caso. I servizi per le visite protette operanti sul territorio risultano infatti connotati da dimensioni piuttosto ridotte, con équipes composte mediamente da due/tre persone che possiedono competenze specifiche di tipo educativo o psicologico e che operano con pacchetti orari limitati. Spesso la sede è costituita da uno o due locali, posti a volte in condomini di abitazioni civili, a volte in luoghi che risultano isolati. Tali condizioni, spesso adeguati per l’operatività quotidiana, li rendono in caso di emergenza

poco sicuri. E il tema della sicurezza è molto spesso riconosciuto come centrale nella gestione dei genitori con diagnosi psichiatrica.

Che questo sia conseguenza di un pregiudizio generico da parte dello specifico operatore o che sia legato a referti, CTU o altre relazioni che comprovano comportamenti aggressivi o violenti da parte del genitore in questione poco importa. Vero è che la sicurezza riguarda sia gli operatori, sia gli utenti, bambini e adulti, di una stessa famiglia o di altre presenti nel servizio.

È da considerare che spesso le condizioni organizzative e le risorse disponibili non consentono la presenza contemporanea di più operatori; l'isolamento del singolo operatore risulta un aspetto di incremento esponenziale del rischio proprio nelle condizioni più difficili. Queste problematiche, nate dalla constatazione della sproporzione economica tra la necessità di incrementare la sicurezza dei servizi di ridotte dimensioni e il costo che tale operazione comporterebbe, hanno alimentato la richiesta del tavolo di coordinamento.

Il "Progetto visite tutelate" come intervento sperimentale ha previsto la presa in carico di 5 casi all'anno, per i due anni di durata del progetto, su delega ed invio degli Spazi Neutri del territorio provinciale.

13

L'equipe, oltre alla gestione diretta dei casi, ha svolto una funzione di consulenza e sostegno per gli operatori che nei loro servizi hanno avuto in carico utenti con caratteristiche analoghe. Parte integrante del progetto è stata la supervisione clinica da parte di un supervisore esperto, con incontri mensili aperti a tutti gli operatori degli Spazi Neutri della Provincia di Milano.

LA GENITORIALITÀ E I DISTURBI PSICHICI GRAVI

La letteratura esistente sulla relazione tra genitorialità e malattia mentale non è molta e non è molto recente. I dati che la bibliografia ci offre riguardano spesso altri paesi e altre culture, variabili entrambe importanti nella cura della malattia mentale in quanto mediano l'utilizzo di approcci differenti.

Anche nel nostro paese in effetti la cura del disturbo psichico riflette politiche diverse che variano da regione a regione e che ci portano, per semplicità, a riferirci nello sviluppare questo tema al sistema di cura lombardo.

In genere in Lombardia i servizi che si occupano della malattia mentale non si occupano della genitorialità in senso stretto. Citiamo però i progetti innovativi regionali, nello specifico il TR 46, che nasce come strumento di prevenzione della depressione post-partum, ma che si declina con sfumature differenti nei casi di genitorialità a rischio.

Il progetto innovativo di sostegno alla genitorialità e di prevenzione alla depressione post partum è presente con i propri ambulatori in tutti i principali ospedali di Milano e della provincia.

I servizi sociali che si occupano di minori d'altro canto non hanno "corsie riservate" per i figli di persone affette da disturbi psichici e gli operatori dei servizi raramente hanno competenze specifiche utili a gestire questi casi.

Non esistono inoltre strumenti di assessment utilizzabili quando le aree di aiuto alla persona che riguardano genitorialità e malattia mentale si sovrappongono (*Ostler, 2010*).

Il problema non sembra essere solo dei nostri servizi pubblici. Anche all'estero gli operatori dei servizi sociali sembrano risentire della scarsa preparazione ad affrontare il tema della genitorialità di persone affette da un disturbo psichiatrico (*Ackerson, 2003*).

In letteratura emerge come figli di genitori psichiatrici abbiano una probabilità maggiore di sviluppare problemi psicologici e che la loro relazione ne risulti gravemente compromessa. È naturale che gli operatori coinvolti per mantenere il diritto di relazione del bambino con la propria madre o il proprio padre si pongano la domanda se sia più disturbante interrompere la relazione o mantenerla, con i costi emotivi che comporterebbe per il bambino.

Nell'impossibilità di trovare risposte preconfezionate o di seguire protocolli ad hoc è legittimo sollevare la questione di come gestire gli incontri protetti e atti-

vare, se possibile, una modalità di intervento standardizzabile a quelle situazioni che coinvolgono un genitore affetto da un disturbo psichico.

In questa difficile ricerca è fondamentale non cadere nel tranello della stigmatizzazione che da sempre si accompagna alla patologia psichiatrica. Se è vero, come precedentemente accennato, che il figlio di un genitore affetto da un disturbo psichiatrico può con più facilità sviluppare una psicopatologia, non necessariamente lo stesso genitore sarà un genitore incapace.

Riteniamo importante distinguere il maggior rischio di sviluppare una patologia, dal sostenere che la causa della patologia stessa sia ambientale, ovvero necessariamente legata ad un cattivo esercizio della genitorialità.

Questa confusione evidenzia come l'incontro con un genitore affetto da disturbo psichico debba prendere avvio dalla personale messa in gioco dell'operatore riguardo i propri pregiudizi. La letteratura ci indica come frequenti almeno tre pregiudizi legati all'impatto della malattia psichiatrica sulla genitorialità (*Benjet, Azar, 2003*).

Il primo sta nel fatto che la diagnosi psichiatrica del genitore predice rischi sulla genitorialità e sui figli che saranno psicologicamente compromessi. Il pregiudizio consiste quindi nel pensare che il paziente psichiatrico generi inevitabilmente figli che saranno a loro volta pazienti psichiatrici.

15

Il secondo pregiudizio mette in relazione la diagnosi con l'assenza di responsabilità negli interventi genitoriali.

Il terzo pregiudizio infine predice una inadeguatezza genitoriale costante determinata dalla diagnosi psichiatrica stessa.

Analizzando questi tre pregiudizi non si può non rilevare una certa fondatezza sostenuta peraltro da studi che ne dimostrano la parziale veridicità (*Leverton, 2003*). Ciò che è fondamentale sottolineare però, è che questi pregiudizi non sono la norma, non rappresentano statisticamente, presi uno a uno, l'esito più probabile ma influenzano le prassi e l'atteggiamento degli operatori.

Fermarsi ai pregiudizi significa al contrario operare una semplificazione della realtà che non permette di cogliere tutti gli elementi in gioco di ogni specifica situazione. E pensare al genitore affetto da patologia psichiatrica come un cattivo genitore è una semplificazione della realtà.

Citando un antico proverbio cinese "se qualcuno ci indica la luna e noi non spingiamo lo sguardo verso il cielo rimaniamo a fissare un dito".

Uscire dal pregiudizio significa osservare il problema con un altro sguardo, usare strumenti che migliorano la capacità di vedere al di là di quello che ci si aspetta.

Un genitore è prima di tutto una persona con le proprie complessità che non possono e non devono essere ridotte ad una etichetta diagnostica.

Essere un genitore implica sempre e comunque una relazione tra due persone, il genitore appunto, e il figlio, entrambi affaccendati nel co-costruire il loro rapporto che ha sfaccettature specifiche e uniche, per quella coppia, per quella famiglia e per quel contesto sociale.

Chi si è occupato di valutazione della genitorialità negli ultimi anni ne ha sottolineato l'articolazione in diversi fattori che si integrano a vicenda.

Bornstein (*M.H. Bornstein, 1991*) ad esempio considera la "capacità genitoriale" come un costrutto complesso, non riducibile alle sole qualità personali del singolo genitore ma comprendente anche un'adeguata competenza relazionale e sociale.

L'idoneità genitoriale è definita dai bisogni e dalle necessità dei figli ai quali il genitore risponde attivando le proprie qualità personali, tali da garantirne lo sviluppo psichico, affettivo, sociale e fisico. Il parenting è descritto come una competenza articolata in quattro funzioni: il nurturant caregiving, che comprende l'accoglimento e la comprensione delle esigenze primarie (fisiche e alimentari); il material caregiving, che riguarda le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino; il social caregiving, che include tutti i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali; il didactic caregiving, riferito alle strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente.

Guttentag (2006) descrive invece un modello in cui specifici pattern di abilità parentale vengono correlati a quattro componenti: la capacità di rispondere alle richieste, la capacità di mantenere un'attenzione focalizzata, la ricchezza del linguaggio, il calore affettivo.

Partendo da una meta-analisi della letteratura scientifica sull'argomento Vincentini (2003) propone una valutazione delle capacità genitoriali organizzata attorno ad otto funzioni: protettiva, affettiva, regolativa, normativa, predittiva, significativa, rappresentativa-comunicativa, triadica.

Questi fattori vengono quindi declinati sulla base di criteri più particolari: la condizione di pregiudizio in cui può venirsi a trovare un minore; il suo stato di benessere o disagio, fino all'abbandono; la maggiore idoneità dell'uno o dell'altro genitore separati a prendere con sé stabilmente il figlio.

Infine possiamo anche considerare le competenze genitoriali come un insieme composto da tre funzioni:

1. Funzioni di base: abitazione, alimentazione, accudimento, attenzione al pericolo;
2. Funzioni relazionali: presenza, condivisione, affettività, educazione, socialità, rispetto intergenerazionale;
3. Funzioni psichiche: consapevolezza dei ruoli, comprensione empatica, promozione dello sviluppo, gestione dei contrasti.

Si tratta di differenti aspetti che riguardano le singole persone coinvolte, la relazione tra di loro, i fattori sociali e spesso gli equilibri familiari che ci costringono a considerare l'elemento patologia psichiatrica in modo non isolato e come una condizione non sufficiente per definire una persona un "cattivo genitore". Occorre verificare quindi l'"idoneità" del genitore in ciascuna delle aree considerate importanti per lo sviluppo del bambino, poiché è possibile che buone competenze genitoriali convivano con fragilità strutturali.

Inoltre, all'interno di questa valutazione, è fondamentale la verifica delle possibilità di cambiamento e di evoluzione anche attraverso percorsi di cura estranei a quello offerto nel servizio di visite protette, per esempio terapie individuali, sostegno alla genitorialità, utili ad implementare le proprie competenze e a sviluppare una nuova lettura dei comportamenti e dei vissuti del figlio a seconda del momento evolutivo in cui si trova.

17

Per poter fare questo lavoro di valutazione è necessario però essere a conoscenza di questa complessità e mettere a disposizione degli operatori competenze più specifiche.

Da uno studio che ha analizzato un campione di mamme affette da disturbi psichici (*Vallido, et al. 2010*), emerge come queste ritengano poco capaci i professionisti della salute mentale di comprendere il loro ruolo di madri. La genitorialità dei pazienti psichiatrici risulterebbe quindi ancor più difficile a causa della difficoltà di poter essere sostenuta da servizi qualificati.

Difficilmente verranno pubblicati studi che faranno luce sui pregiudizi degli operatori sociali, al contrario alcuni studi hanno messo in luce come i pregiudizi dei pazienti psichiatrici si traducano in fantasie ricorrenti sulle conseguenze derivanti dalla loro patologia. Alcune review (*Montgomery, 2005; Vallido, 2010*) mostrano infatti come le madri affette da disturbi psichici risentano della paura di perdere i figli a causa della malattia ovvero di essere sostituite nel ruolo genitoriale da un altro componente del nucleo familiare.

La genitorialità, al di là degli aspetti relazionali e in modo trasversale ai sessi, è importante nella definizione di un ruolo la cui perdita, al di là della causa, è un evento temibile per qualunque genitore. È evidente come la paura di perdere

sia il figlio che il ruolo genitoriale possa determinare l'atteggiamento di censura di molti genitori affetti da disturbi psichici che nascondono il loro problema perché si aspettano che gli altri mal giudicheranno le loro competenze genitoriali. Altri genitori possono mascherare il disturbo sforzandosi di sembrare normali agli occhi degli altri, costringendosi in alcuni casi a sforzi disperati atti a mostrare ineccepibilità formale.

Osservati da lontano o in modo superficiale questi genitori esibiscono una genitorialità funzionale al benessere del minore e al suo sviluppo. Visti da vicino o con uno sguardo più attento, però, si rivelano genitori che utilizzano modalità di tipo esecutivo e meccanico. In questi casi il minore risentirà negativamente di un genitore emotivamente distante, troppo impegnato nel fare e nel mostrare e poco nell'essere.

Esistono infine alcuni genitori che arrivano alla negazione della loro malattia mentale. A determinare questi atteggiamenti di censura, di mascheramento o di negazione possono essere sentimenti di colpa, vergogna o inadeguatezza rispetto al ruolo genitoriale, oppure l'assoluta mancanza di critica del disturbo, aspetto ubiquitario e trasversale a molte diagnosi psichiatriche e prognosticamente sfavorevole.

Tornando alla nostra ricerca di un metodo di intervento standardizzabile si palesa già da subito come per l'operatore risulti difficile mettere in atto l'intervento più idoneo se non è a conoscenza di alcuni dati fondamentali: il genitore ha una reale consapevolezza di avere un disturbo psichico?

Il genitore sta facendo tutto il possibile per curare il suo disturbo? La malattia sta in questo momento condizionando il funzionamento dell'individuo fino a comprometterne le capacità genitoriali?

Trovare queste risposte può richiedere inaspettatamente anche poco tempo, soprattutto se ci si sente sicuri nel fare certe domande.

IL TEMA DELLA SICUREZZA

Quando si tratta di gestire situazioni che riguardano persone affette da un disturbo mentale grave una questione da considerare è la possibile pericolosità del caso. È un tema da non sottovalutare perché, se non adeguatamente affrontato, rischia di minare fortemente la buona riuscita di ogni intervento.

Nella maggior parte degli operatori, soprattutto se privi di esperienza con l'utenza psichiatrica, la persona affetta da un disturbo mentale suscita forti emozioni legate alla sensazione di imprevedibilità e di incomprensione.

Di solito l'emozione principale, magari mascherata oppure manifestatamente esplicita, è la paura. È una delle emozioni umane più comuni e spontanee nelle situazioni in cui ci si relaziona con persone che ci appaiono così marcatamente diverse da noi e che non sappiamo decifrare.

Ma questo non avviene solamente per i disturbi psichici. Nella società contemporanea infatti il non-conosciuto è all'ordine del giorno. Siamo in un'epoca caratterizzata fortemente da instabilità e incertezza. Incertezza nel lavoro, nei ruoli sociali, nella famiglia, nella percezione del futuro, ma ancor prima nel vivere giorno per giorno.

19

Il sociologo polacco Bauman ha definito la società post-moderna, "società liquida" (*Bauman, 2007*), proprio a sottolinearne l'indefinitezza, la mancanza di confini precisi. In questa dimensione, se da un lato si aprono infinite possibilità, dall'altro non esistono punti saldi a cui riferirsi. In contrapposizione alle verità assolute delle grandi ideologie del novecento, oggi coesistono morali e valori differenti e spesso in antitesi tra loro.

A questo passaggio è anche collegato, citando Foucault, il tramonto dell'epoca dell'uomo (*Foucault, 2005*), cioè della credenza che grazie alla maggiore diffusione dell'istruzione, alle conquiste tecnologiche, ai progressi della medicina e delle altre scienze, il futuro sarebbe stato migliore del passato e i figli avrebbero goduto di quello che non avevano goduto i loro genitori.

Le aspettative in questo senso erano alte e la realtà in cui viviamo ci dice che sono state disattese. Il futuro non sembra più luogo di realizzazione di promesse e progetti, lo si guarda con apprensione e sfiducia.

Tutti questi elementi entrano in gioco a differenti livelli anche e forse specialmente nell'ambito della relazione d'aiuto, senza però venire riconosciuti ed esplicitati. Nel nostro caso ad esempio sappiamo che all'operatore dei Servizi

per il Diritto di Visita e di Relazione è richiesta la competenza di base per favorire la relazione tra genitore e minore tutelando quest'ultimo nel suo diritto di incontrare il genitore garantendogli la sicurezza. Non sono invece richieste competenze specifiche che riguardano la malattia mentale. Il genitore affetto da disturbo psichico può perciò generare variabili di difficile lettura e comprensione e l'operatore rischia di trovarsi in quella dimensione di incertezza che diventa terreno fertile per i fantasmi che ruotano attorno all'immagine del paziente psichiatrico e, in senso più allargato, che la società di oggi porta con sé. È importante quindi per l'operatore poter avvalersi di uno spazio per dare un nome a queste paure in sottofondo, così da poterle pensare, piuttosto che agire nella relazione con il genitore con un disturbo psichiatrico, ed entrare in possesso di strumenti che gli permettano di avere dei punti di riferimento utili con i quali potersi muovere in queste circostanze specifiche.

GLI INCONTRI PROTETTI TRA MINORI E GENITORI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI

Nell'operatività del progetto Visite Tutelate abbiamo riscontrato da subito una molteplicità di variabili, alcune considerate e analizzate preliminarmente, altre sorte come imprevisti nel corso degli interventi stessi.

Tali premesse implicano un punto di vista complesso e articolato da parte dell'operatore di Spazio Neutro che, nei casi in cui si aggiunga la variabile del disturbo psichiatrico, vede aumentare ulteriormente la sua complessità. In questi casi inoltre la complessità è amplificata da meccanismi relazionali di tipo identificatorio e proiettivo molto forti.

Comunemente, come già anticipato, il malato psichiatrico è accompagnato dallo stigma che reca in sé solo gli aspetti negativi della persona. Risulta difficile conservare la neutralità nell'osservazione e riconoscere le qualità genitoriali e le risorse individuali del genitore affetto da un disturbo psichico. Un modo possibile consiste nel rivalutare costantemente la complessità re-integrando i punti di vista: dei genitori, della famiglia, dei colleghi e dell'intera rete dei servizi. Il metodo consiste nell'affidare a due operatori questa funzione integrativa curandosi di mantenerla attiva nel tempo. Abbiamo sperimentato come la presenza di due operatori coinvolti nella gestione del caso permetta all'utente di proiettare in ciascuno parti diverse di sé. L'integrazione delle diverse parti coinvolge i due operatori in un processo in continuo divenire che pone luce sulla complessità e genera risposte altrettanto complesse, ma potenzialmente efficaci.

21

TEMA DELL'ALLEANZA DI LAVORO CON I GENITORI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI

Il tema dell'alleanza di lavoro è centrale in qualsiasi lavoro psicologico. Un recente articolo ci ricorda che l'alleanza è considerata uno dei più robusti predittori dell'esito positivo della psicoterapia al di là del tipo di intervento utilizzato (*Lambert, 2011*).

Anche nel lavoro con genitori e figli in Spazio Neutro un uso funzionale dell'alleanza di lavoro (per un approfondimento sul tema dell'alleanza di lavoro si veda "Alleanza di Lavoro tra Utenti e Operatori. Dalla valutazione di processo a un metodo di trattamento", 2012) può contribuire a creare e mantenere delle condizioni di lavoro ottimali e questo è valido soprattutto quando parliamo di

genitori affetti da disturbi psichici gravi. L'alleanza in questi casi è più difficile da creare e da mantenere nel tempo. Stiamo parlando infatti di casi nei quali il tasso di *drop out* è elevato e questo potrebbe mettere a rischio la continuità degli incontri tra genitore e figlio.

Può accadere che non si crei una buona alleanza con l'operatore e che questo interferisca con il buon esito degli incontri oppure può accadere che il genitore sia sottoposto ad un trattamento sanitario obbligatorio, esprimendo così tutta la sua difficoltà nel mantenere la continuità del rapporto con il figlio e del vivere. In questi casi rilanciare l'alleanza è fondamentale, per ridare speranza alle relazioni. Tra gli aspetti che consideriamo centrali per un buon lavoro sull'alleanza ricordiamo:

1. Sviluppare e mantenere scambi empatici con l'utente;
2. Lavorare in modo collaborativo con lui per definire e condividere obiettivi individualizzati;
3. Condividere ed esplorare le valutazioni dei passi avanti/risultati ottenuti *step by step*.

Alcuni studi dimostrano che esplorare il punto di vista dell'utente riguardo al suo problema e agli obiettivi, con una modalità interattiva, catalizza l'alleanza precoce. L'utente si sente coinvolto, messo in discussione e responsabilizzato. Altri interventi utili si sono dimostrati la chiarificazione delle fonti di tensione/stress e il contemporaneo mantenimento dei focus condivisi.

La capacità dell'operatore di costruire una buona relazione precoce con l'utente inoltre favorisce la percezione da parte dell'utente di essere capito e contribuisce a farlo sentire più legato al processo terapeutico. Riteniamo fondamentale che l'utente si affezioni o meglio si appassioni al lavoro in cui è coinvolto. Sul rapporto tra alleanza e gravità del disturbo le ricerche sono discordanti: mentre alcuni autori hanno trovato un rapporto significativo tra gravità del disturbo e cattiva alleanza (Gaston et al., 1998; Zuroff et al., 2000), altri hanno trovato piccole differenze tra pazienti più o meno gravi (Joyce, Piper, 1998; Pavo, Bahr, 1998). Circa la tipologia dei disturbi, alcune ricerche hanno evidenziato un rapporto tra diagnosi e alleanza. In particolare alcuni autori hanno individuato delle peculiarità nell'andamento dell'alleanza in soggetti con gravi disturbi di personalità (Andreoli et al., 1993; Lingiardi et al., 2000).

Il fenomeno del *drop out*, che porta alcuni pazienti, verosimilmente quelli con le alleanze più deboli, a interrompere prematuramente e in modo unilaterale la psicoterapia, rende tuttavia particolarmente difficile questo tipo di indagine. È stato anche indagato, con conclusioni più che univoche, il rapporto tra stile

d'attaccamento del paziente e qualità dell'alleanza: pazienti con attaccamenti insicuri riporterebbero alleanze più deboli nelle fasi iniziali della terapia (Malinckrodt, 2000; Tyrrel et al., 1999; Eames, Roth, 2000; Hilliard et al., 2000; Rubino et al., 2000). Nei casi in cui l'alleanza di lavoro non dovesse costituirsi o mantenere l'intervento risulterebbe formale, oppure si ridurrebbe a "fare il genitore adeguato" piuttosto che all'"essere con il figlio".

TEMA DELLA VERITÀ

Come la psicoterapia è "il luogo della verità" così anche negli interventi a Spazio Neutro il riferimento costante dev'essere quello di ascoltare le verità di ognuno per trovare insieme una verità condivisa. Spesso accade che ognuno dei due genitori porti la sua versione dell'accaduto, talvolta radicalmente diversa rispetto a quella dell'altro. Ognuno vuole avere la sua parte di ragione, sentirsi riconosciuta la sua versione dei fatti. Solo un occhio che tende alla complessità, per agire nell'interesse del minore, può contribuire ad arrivare ad una storia condivisa. È un lavoro di chiarezza, di riconoscimento delle incongruenze, di interesse a capire le implicazioni fra vissuto del genitore, del minore, del partner, fra psicopatologia e genitorialità.

23

Talvolta ci si rende conto che uno dei due genitori oppure entrambi nascondono qualcosa. Le motivazioni possono essere molteplici: la paura che venga portato via il figlio, oppure di essere definiti "matti". Parlare della Verità è come "giocare a carte scoperte".

Nella relazione con l'utente psichiatrico l'operatore che è a conoscenza del quadro psicopatologico del genitore è importante che possa esplicitarlo. Questa verità condivisa è il punto di partenza per un buon lavoro, per la costruzione di una buona alleanza di lavoro. Spesso gli utenti hanno una diagnosi ed una storia clinica severa, documentate dalle relazioni dei servizi "curanti". È importante che questi dati vengano esplicitati fin dall'inizio nell'ottica dell'ascolto e dell'accoglienza della verità dell'utente e della sua sofferenza, che tutela l'operatore dalla formulazione di pre-giudizi (o giudizi-pre).

Quando parliamo di verità non ci riferiamo solo alla comunicazione con l'utente psichiatrico, è infatti di importanza cruciale anche la comunicazione con il minore. Cosa dire al figlio della malattia del genitore? Quanto c'è di raccontabile? Chi ne parla: l'operatore o il genitore? L'operatore è posto ogni volta di fronte a questi interrogativi a cui cerca di dare una risposta nella singolarità di ogni situazione. Sappiamo bene che i "non detti" sono il fondamento per il proliferare di fan-

tasie e angosce che possono sfociare in un disagio ancora maggiore di quello che la realtà stessa può comportare, quindi l'equilibrio tra il non creare false aspettative (mamma o papà starà bene, tornerà ad essere come prima ecc.) e il non cancellare ogni speranza di una relazione possibile (nel caso in cui questa possa effettivamente costruirsi o ri-costruirsi) è un lavoro estremamente delicato. Entra qui in gioco anche il momento evolutivo del minore, la sua età e le competenze cognitive ed emotive di cui si può avvalere. È importante tenere presente che sarà diverso parlare al minore della malattia del genitore se si tratta di un bambino molto piccolo, di un bambino in età scolare o di un adolescente (AACAP, 2011).

Bambini di tre, quattro, o cinque anni ad esempio ricorrono spesso a pensieri magici, che espongono l'operatore alla necessità di rassicurarli sul fatto che mostrare una certa aggressività non distrugge tutto quanto e non significa essere cattivi e che i pensieri di rabbia non fanno morire le persone, né le fanno ammalare. È utile inoltre incoraggiarli a dare voce al dolore e alla rabbia provati, offrendo loro uno spazio per poterlo fare, magari attraverso il gioco o il disegno. Non è necessario fornire dettagli rispetto alla malattia che non sarebbero in grado di comprendere e creerebbero maggiore senso di confusione. Bambini in età scolare invece sono più inclini a farsi domande e a voler sapere di più rispetto alla malattia del genitore e questo rende necessario un approccio più diretto volto a spiegare con parole semplici ma chiare e autentiche ciò che sta accadendo.

Con minori adolescenti solitamente prevalgono sentimenti di rabbia e di vergogna che vanno accolti e legittimati, e si può parlare in modo più elaborato e preciso della malattia mentale del genitore, in una comunicazione che deve essere bidirezionale, lasciando spazio al pensiero e alle domande dell'adolescente. Poter arrivare a una condivisione tra genitore e figlio sul tema della malattia del genitore può essere uno degli obiettivi degli incontri a Spazio Neutro.

L'operatore deve essere preparato a svolgere un ruolo di mediatore nella comunicazione fra genitore e figlio o a poter parlare direttamente della malattia del genitore con il minore nel caso in cui non ci fosse quella possibilità. La verità va raccontata, condivisa e contestualizzata, sempre tenendo a mente la tutela del minore attorno al quale ruota l'intervento di Spazio Neutro.

TEMA DELLA SOFFERENZA CON GENITORI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI

Le famiglie che giungono a Spazio Neutro stanno attraversando spesso un momento di alta conflittualità e carico di sofferenza.

Normalmente si pensa alla sofferenza come qualcosa di negativo o da eliminare, come se fosse qualcosa in cui le persone si trovano loro malgrado. Eppure che la sofferenza esista è un dato di fatto, tutti ne abbiamo esperienza, sia che la nostra vita sia un continuo tumulto, sia che tutto sommato proceda in modo placido e tranquillo. "La vita è movimento ed è nel movimento che si inserisce la sofferenza" (Minolli, 2009).

In fondo la sofferenza ha a che fare con un passaggio da un certo stato delle cose ad un altro e si accompagna con sensazioni di inquietudine, destabilizzazione e preoccupazione. Ma chi si occupa di relazioni d'aiuto sa perfettamente che la sofferenza è il cuore pulsante della vita, il motore che spinge le persone a muoversi, a trovare soluzioni, a ricercare il cambiamento.

La capacità di accogliere la sofferenza dell'altro è quindi una caratteristica che l'operatore di Spazio Neutro deve possedere nel suo dispositivo, perché cruciale nell'elaborazione di ipotesi di lavoro con i soggetti interessati.

25

Nei casi che coinvolgono genitori affetti da disturbi psichiatrici la sofferenza percepita può essere un indicatore sia della critica di malattia, sia della competenza genitoriale.

Un genitore che non porta questa matrice di sofferenza porta l'operatore a interrogarsi su almeno due fronti: da una parte sull'autenticità del rapporto e sull'alleanza con l'operatore, dall'altra sulla sua competenza genitoriale e su quanto sia disposto a mettersi in discussione per migliorare il rapporto con il figlio.

L'operatore di Spazio Neutro dovrà quindi potersi accostare a questa sofferenza ponendosi in relazione con l'altro con un atteggiamento di curiosità e di empatia. Queste caratteristiche, lungi dall'essere scontate, rappresentano dei requisiti essenziali e comprendono un uso molto specifico della sensibilità.

Per descrivere ciò a cui stiamo facendo riferimento riprendiamo l'accezione fornita da Correale e colleghi (2005). Una curiosità, quindi, non in senso voyeuristico e intrusivo, ma in virtù di una tensione al poter vedere, come possibilità di soffermarsi su un evento per ampliarlo, per aiutare l'altro a distenderlo in una serie di connessioni possibili che conferiscono senso all'esperienza.

L'empatia, non come semplice comprensione o risonanza emotiva, ma come qualcosa che si avvicini all'esperienza dell'altro, nella sua soggettività particola-

re e unica, diretta a percepire il rapporto dell'altro con la propria vitalità e quindi anche con la sofferenza. È la sofferenza non solo della malattia, ma anche la sofferenza di un padre o di una madre a cui hanno tolto un figlio.

Empatizzare con quella sofferenza è una premessa fondamentale per riuscire a sviluppare con il genitore un progetto, attraverso gli incontri protetti, che ruoti attorno ai bisogni del minore e che al contempo riesca a dare senso alla genitorialità sospesa al fine di riscoprire un modo nuovo e più funzionale di essere padre o madre.

LINEE GUIDA PER L'OPERATORE DI SPAZIO NEUTRO

DALLA SEGNALAZIONE ALLA PRESA IN CARICO DELLA SITUAZIONE

Quando arriva la segnalazione di una situazione che coinvolge uno o entrambi i genitori con patologie mentali gravi è necessario che gli operatori si prendano del tempo per poter esaminare accuratamente il materiale che hanno a disposizione e poter richiedere maggiori informazioni o confrontarsi con operatori degli altri servizi che seguono il caso.

Questa premessa non è scontata perché solitamente quando arriva una segnalazione c'è un clima di grande pressione ad iniziare gli incontri protetti, sia da parte del servizio sociale che ha in carico la famiglia, sia da parte del genitore incontrante, che spesso non vede il proprio figlio da molto tempo. Bisogna quindi muoversi velocemente ma senza trascurare che impostare bene un avvio degli incontri è una premessa fondamentale per il buon esito degli stessi.

Il dispositivo del doppio operatore aiuta ad accelerare i tempi, senza rinunciare all'accuratezza dell'indagine iniziale. Innanzitutto è importante fare attenzione ad alcuni aspetti che possono emergere dal materiale a disposizione. La diagnosi, la disabilità e la durata del disturbo sono tre fattori sui quali c'è un buon accordo nel determinare il livello di gravità della malattia psichiatrica (*Owen et al., 1998*). Con la stessa accuratezza saranno da valutare i fattori sociali che hanno un peso maggiore delle diagnosi psichiatriche nel predire la necessità dell'attivazione di servizi per minori (*Mowbray, Oyserman, & Ross, 1995*).

27

In particolare, nei casi in cui l'incontro è preceduto da una perizia o da una relazione del curante che attesti comportamenti bizzarri, incoerenti o aggressivi dell'utente, l'operatore si viene a trovare in una condizione di effettiva difficoltà determinata dall'imprevedibilità dell'incontro. Ci riferiamo qui a tutte quelle situazioni nelle quali l'operatore è sommerso da materiale relativo all'utente e alla sua storia (valutazioni, decreti, perizie), ma nulla di tutto ciò comunica all'operatore lo stato attuale di quella persona oggi. L'operatore spesso non sa, per esempio, se a fronte di una diagnosi psichiatrica l'utente è in carico a qualche servizio e se, oltre ad essere in carico, si stia effettivamente curando.

A ciò si aggiunge che il genitore, sia esso incontrante o accompagnante, di solito vive lo Spazio Neutro come un'imposizione ingiusta, che attiva emozioni negative. L'incontrante, per esempio, vive inizialmente gli incontri protetti come un potere esercitato su di lui da un'entità ingiusta e contro di essa manifesta sentimenti

e atteggiamenti di rabbia e risentimento; l'accompagnate, parallelamente, si pone spesso con modalità svalutanti nei confronti del servizio e degli operatori di Spazio Neutro, rivivendo nell'attivazione del percorso ansie e paure legate alla propria storia familiare.

Questi vissuti possono costituire, come dicevamo, un ostacolo alla costruzione di un'alleanza di lavoro. L'utente spesso è bloccato in una posizione di recriminazione "non è giusto", "è colpa di Tizio o di Caio", oscillando tra sentimenti di rabbia e di tristezza rivolti a sé o all'altro. Nei casi più gravi questi sentimenti prendono le forme estreme di paranoia e depressione, che evocano nell'operatore fantasie di pericolosità etero o auto-riferita di quel genitore. Nelle aspettative di un operatore l'insieme di questi elementi porterà certamente ad un incontro di difficile conduzione. Essere consapevoli di queste preoccupazioni può aiutare l'operatore ad orientarsi nel lavoro anche con gli utenti più gravi che possono essere dotati di tutte le risorse per una buona relazione con l'operatore e soprattutto con il minore, senza che i loro disturbi interferiscano in modo necessariamente negativo nella relazione.

Prima dell'incontro, quindi, sarà importante poter visionare tutti i documenti senza temere di chiedere chiarimenti. Esistono dei referti che da soli sono sufficienti a ipotizzare una gestione complessa del caso. Ad esempio i ricoveri in reparti psichiatrici, le CTU e le perizie, le diagnosi di psichiatri o anche il dato soggettivo di altri operatori qualificati che hanno conosciuto la persona di cui ci si occuperà.

È importante porre attenzioni alle date, alla storia e all'evoluzione delle singole situazioni. Una fase di acuzie espressa in un referto di ricovero non corrisponde necessariamente al funzionamento attuale del soggetto. La fase di acuzie se contenuta tramite ricovero o quant'altro è infatti transitoria, quindi l'operatore non deve attendersi che l'utente arrivi a colloquio nello stato in cui è descritto, ma probabilmente più contenuto rispetto ai sintomi positivi. Questi dati sono utili da tenere a mente per una presa in carico più consapevole ed efficace.

L'AVVIO: I COLLOQUI CON IL GENITORE CON DISTURBI PSICHIATRICI E I COLLOQUI CON L'ALTRO GENITORE

Il primo colloquio con l'utente sul quale grava l'ipotesi di un disturbo psichiatrico dovrebbe essere condotto in modo tale da poter verificare che le visite tutelate, stabilite dall'ordinanza, si svolgano in un contesto che non sia di nocumento al minore del quale l'operatore ha la responsabilità. Vi sono stati della mente che producono comportamenti tali da risultare macroscopicamente inadeguati. Esistono, ed esempio, numerose condizioni cliniche psichiatriche che determinano un alterato rapporto con la realtà circostante. Laddove le cure non riescono a restituire al soggetto un corretto esame di realtà la relazione con gli altri è compromessa. Questo accade o perché la patologia sottostante è grave e non risponde alle cure o nei casi in cui il soggetto rifiuta le cure necessarie. Procedere nella visita tutelata in casi come questi è ovviamente di nocumento per il minore, può essere un aggravio per il genitore ed è di difficile gestione per l'operatore.

29

È pertanto utile prima di procedere all'inizio degli incontri valutare lo stato di compenso del genitore/i in questione. La compromissione dell'esame di realtà può anche essere determinato dall'assunzione di alcol, stupefacenti o sostanze psicotrope. In questi casi è responsabilità dell'operatore preposto il non avviare il colloquio o la visita tutelata.

Il primo contatto che si ha con l'utenza è un contatto generalmente di carattere visivo, durante il quale non è difficile rendersi conto di evidenti inadeguatezze dell'aspetto, dell'abbigliamento, dell'igiene personale e dei modi di rapportarsi all'altro. Esempi: igiene poco curata, abbigliamento incongruo, distanza relazionale poco coerente con il contesto (utenti che danno del tu ecc.).

Un modo semplice per aprire il colloquio è, dopo essersi presentati, quello di chiedere all'utente se conosce il motivo dell'incontro con l'operatore. Questa apertura è utile per capire dalle prime battute il suo rapporto con la realtà. Solitamente si assume che l'utente abbia avuto qualche informazione dai servizi preposti: è invece opportuno verificare se sia stata adeguatamente elaborata dall'utente e, soprattutto, quanto corrisponda alla realtà.

Qualunque sia la risposta dell'utente dichiariamo i nostri intenti e il motivo del nostro incontro. Sia che si tratti del genitore incontrante che dell'accompagnante, dichiariamo con calma che il colloquio è utile per valutare se l'incontro protetto programmato potrà svolgersi in un clima sereno e nel rispetto della tutela del minore. L'atteggiamento dell'operatore deve essere normativo, ma

sufficientemente disteso, pronto ad accogliere eventuali obiezioni o critiche. Per definire il nostro ruolo, la nostra responsabilità e il nostro obiettivo è importante ricordare l'ordinanza che stabilisce le visite tutelate e che la nostra presenza è richiesta da una figura esterna (il giudice) cui dovremo rendere conto. In questo modo ci preserviamo da probabili vissuti ricattatori, punitivi, paranoici capaci di slantizzare aggressività. Allo stesso tempo ci responsabilizziamo in modo professionale di fronte all'utente rispetto alla tutela del minore che introduciamo, rappresentandolo, nel colloquio. In entrambi i casi (accompagnante/incontrante) si può arrivare, ed è sempre utile cercarla, alla condivisione dell'importanza della tutela del minore sia in senso giuridico che in senso lato (genitoriale, professionale, sociale ecc.).

La conduzione normativa del colloquio può indurre varie risposte nell'interlocutore, utili a orientare le modalità di costruzione dell'alleanza con il genitore in questione.

La domanda successiva che porremo ad entrambi i genitori sarà chieder loro come hanno vissuto l'ordinanza. Gli elementi raccolti in questa fase di valutazione saranno molto probabilmente ricchi di emotività e ci sveleranno, almeno in parte, quanto entrambi i genitori siano capaci di dare un senso all'ordinanza. Gli estremi sono verosimilmente due: o il genitore in questione ha un vissuto di profonda ingiustizia per l'ordinanza che ritiene inutile, dannosa, una perdita di tempo, un sopruso, un complotto ordito dagli alieni ecc. (polo in cui si concentreranno la maggior parte dei casi), o il vissuto sarà quello di attiva accettazione dell'ordinanza come a dire "per fortuna che siamo in un paese civile in cui i giudici sanno fare il loro mestiere" (polo dell'assoluto e improbabile positivo). In ogni caso il raffronto tra i vissuti dei due genitori sarà utile per capire sin da subito quanto condividano l'utilità per il minore delle visite tutelate e quale sarà il loro grado di collaborazione o di oppositività.

È importante tendere all'obiettivo massimo, ovvero che i due genitori siano autenticamente d'accordo sul fatto che le visite tutelate siano un bene per il figlio. Può essere utile a questo punto soffermarsi su quelle che sono le rappresentazioni mentali di ciascun genitore in riferimento a sé e all'altro e chiedere quindi all'utente come considera il padre/madre del figlio rispetto alla sua competenza genitoriale, con una frase del tipo "Ma secondo la sua opinione il signor X com'è come padre?". In seconda battuta chiedere "...e sempre secondo lei suo figlio/a cosa direbbe di suo padre?" Chiudere con altre due domande: "e sempre suo figlio, cosa direbbe di lei come madre?"; e infine "e lei invece come si descriverebbe come madre?".

In questa indagine riusciamo bene a raccogliere la capacità che ha il genitore di rappresentarsi gli altri e, in particolare, il figlio.

Questa semplice serie di domande ci permette di prefigurarci il probabile svolgimento delle visite tutelate rispetto al rapporto incontrante/minore e di valutare se esistono macroscopici rischi per la tutela del minore (dovuti ad esempio a rappresentazioni irrealistiche dell'altro come pericoloso, minaccioso o a deficit di rappresentazione, come non avere dell'altro nessuna idea).

È altrettanto utile effettuare un'indagine sulle fantasie dei genitori coinvolti nel percorso, siano essi incontranti o accompagnanti. Domande molto semplici ma molto utili, possono essere: "Secondo lei esiste la possibilità che questi incontri vadano bene? E se sì come? E se no, perché?".

Le risposte a tali domande ci permetteranno di entrare in contatto con le aspettative dei genitori rispetto agli incontri e con la capacità o meno di immaginarsi degli scenari possibili dove è ammesso un cambiamento rispetto al passato.

Assenza di fantasie o fantasie estremamente rigide e negative devono preoccupare l'operatore e costringerlo a mantenere alta l'attenzione su questo punto. Talvolta immagini negative e catastrofiche rimangono in fantasia mentre nell'incontro fra genitore e figlio prendono spazio situazioni più positive; anche in questi casi l'operatore deve essere in grado di valutare quanto le rigide fantasie del genitore possano diventare più flessibili e aperte ai cambiamenti in funzione dell'esperienza o quanto invece tendano a mantenersi stabili, allontanandosi dalla realtà.

31

Nelle situazioni delle quali abbiamo larga documentazione, è importante nei primissimi colloqui riferire all'utente di aver preso visione di referti, C.T.U., perizie che provano l'esistenza pregressa di un disturbo psichiatrico (tema della verità) e che ci interessa valutare se il disturbo persiste o meno e, in entrambi i casi, chiediamo all'utente di fornire ulteriore documentazione che permetta a noi di valorizzare la guarigione dal disturbo o il suo responsabilizzarsi rispetto alla cura. Lo rassicuriamo sul fatto che gli eventuali referti clinici che vorrà produrci saranno dati sensibili e che ci impegniamo a tutelarli e a non diffonderli. L'implicito è che si tratta di utenti con disturbi cronici dei quali sappiamo poco. Scopo effettivo è quello di valutare la critica di malattia e l'adesione alle eventuali cure proposte. I pazienti psichiatrici spesso non hanno consapevolezza del loro disturbo o hanno una visione distorta del loro malessere che, in molti casi, attribuiscono ad altre persone o a circostanze esterne che legano in rapporto causale alla malattia.

Gli psichiatri sanno bene quanto queste caratteristiche siano di ostacolo alla

remissione sintomatologica o alla guarigione. Nei casi più gravi si arriva a parlare di pazienti *revolving door* (i pazienti della porta girevole), a causa del fatto che questi soggetti abbandonano la cura in modo precoce andando incontro a periodici aggravamenti. I familiari o le persone che hanno legami con questi soggetti risentono negativamente del loro disturbo in quanto la maggior parte dei disturbi psichiatrici ha risvolti negativi nell'ambito relazionale.

A maggior ragione, un minore può far fatica a comprendere il malessere del genitore fino a risentirne negativamente e a sviluppare a sua volta disordini psicologici. L'operatore di Spazio Neutro che non conosce questo aspetto si carica nel suo lavoro di una variabile difficile da gestire nello svolgimento della visita tutelata.

GLI INCONTRI DI AMBIENTAMENTO CON IL MINORE

Questi incontri come sappiamo sono finalizzati a conoscere e farci conoscere come operatori e come servizio dal minore. Inoltre consentono di indagare quanto il minore sa del suo arrivo a Spazio Neutro, come gli è stato spiegato e cosa ne pensa. Nel caso di un minore che incontrerà un genitore con problemi psichiatrici le aree da indagare, alcune delle quali trasversali ad altre situazioni, potrebbero essere:

1. Come è avvenuta la separazione dal genitore. È importante capire se la separazione dal genitore è stata vissuta in modo traumatico dal minore, se è legata ad un episodio di scompenso e/o autolesivo e/o di ricovero del genitore. Conoscere da quanto tempo il minore non vede il genitore e se questa assenza è legata ad un periodo di cura del genitore ci può aiutare a comprendere la portata emotiva che l'incontro protetto avrà sul minore e sul genitore.
2. Com'era la relazione con il genitore prima dell'interruzione. Nei primi incontri con il minore va posta attenzione a come il minore parla del genitore, a quali termini usa per descriverlo e alla tonalità emotiva predominante (rabbia, angoscia, impotenza, tristezza, malinconia, gioia, piattezza emotiva). Può essere utile chiedere degli esempi, farsi raccontare episodi esplicativi. È importante porre l'attenzione sulla presenza nella narrazione di ricordi positivi della relazione con il genitore, che possono fungere da resilienza nella ricostruzione del rapporto genitore-figlio.
3. Che idea ha il minore della malattia del genitore. Questa idea è condizionata da diversi fattori, tra cui l'età del minore e la risposta del genito-

re affidatario alla patologia del genitore incontrante. È importante, a tal proposito, capire quanto l'idea che il minore ha sviluppato del genitore e della sua malattia dipenda dalle esperienze dirette con il genitore e quanto gli è stato raccontato, ad esempio dal genitore e dalla famiglia del genitore affidatario. In ogni caso il focus dell'operatore deve essere la verità del minore.

4. Informarsi sulla rete e sugli operatori con cui è venuto ed è attualmente in contatto il minore (psicologo, assistente sociale, educatore...) e sulla possibilità quindi che il minore ci riconosca più o meno facilmente come un punto di riferimento del quale fidarsi.

GLI INCONTRI PROTETTI

Se l'esito dei colloqui con il genitore affetto da patologia psichiatrica e degli incontri di ambientamento con il minore è stato positivo, si procede con l'attivazione vera e propria degli incontri. A questo punto un ulteriore elemento di riflessione è la frequenza degli incontri. Nei colloqui, per effettuare una prima inferenza sulla frequenza degli incontri protetti, è utile valutare la capacità di tenuta emotiva/simbolica del genitore incontrante, la disponibilità emotiva e psichica dell'accompagnante a lasciare che il figlio incontri l'altro genitore e come il minore stesso si dispone nei confronti dell'attivazione delle visite.

33

Non è sufficiente chiedere alle persone coinvolte, è indispensabile che le valutazioni avvengano con un occhio clinico; il tempo è una delle variabili di fondamentale importanza nello Spazio Neutro, attraverso di esso passano significati relazionali, simbolici e psicologici su ciascun attore in campo nonché sullo stato della relazione fra loro. Dalla nostra esperienza è emerso che una frequenza mensile (talvolta quindicinale) degli incontri è sufficiente sia per la tenuta emotiva del genitore sia per poter eventualmente pianificare con il genitore nella fase di alleanza un possibile incremento della frequenza, qualora gli incontri si rivelassero nel tempo costruttivi.

La capacità di mantenere la continuità agli incontri è un altro criterio importante. L'eventuale discontinuità può essere legata a molteplici fattori (genitori e figli che si vedono anche fuori, disinvestimento, agiti di emozioni non espresse/ conflitti anche relativi al rapporto con il genitore affidatario), tra i quali sono da annoverare anche eventuali ricoveri coatti (TSO) e non.

La pianificazione iniziale degli incontri, e le ri-pianificazioni in itinere, devono quindi tenere conto, rispetto all'importanza del tempo, dei fattori "frequenza" e

“continuità” affinché si tuteli il minore da possibili conseguenze iatrogene. Una volta avviate le visite si rivela opportuno, in questi specifici casi più che negli altri, porre maggiore attenzione ad alcuni aspetti:

- Le dinamiche controtransferali legate alla paura (negazione, agiti). La paura è spesso un elemento presente nel corso di questi incontri, l'operatore deve tenerne conto per non sviluppare dinamiche relazionali che negando o non considerando la paura si traducano in agiti non tutelanti per il minore e per la ricostruzione della relazione fra genitore e figli. La presenza di due operatori su questi casi, l'equipe di riferimento e un luogo adeguato di lavoro sono la base per poter provare la paura pur sentendosi protetti; a questo si aggiunge un senso di protezione interno che l'operatore costruisce con le proprie competenze ed esperienze nella gestione delle situazioni complesse.
- I pregiudizi sulla patologia psichiatrica. È fondamentale che l'operatore si interroghi e prenda via via maggiore consapevolezza riguardo ai suoi pregiudizi e alle sue teorie sulla malattia mentale e che sia disponibile a metterle in discussione.
- La modalità di interazione fra il minore e il genitore incontrante. Comunicazioni estremamente ricche e straripanti o, al contrario, asciutte e povere, anche in termini di quantità, qualità e intensità, rappresentano preziosi elementi da considerare.
- La possibilità di parlare della patologia psichiatrica. Spesso gli incontri protetti possono diventare il luogo e l'occasione in cui il genitore psichiatrico, con l'aiuto dell'operatore, parla al minore della sua malattia.

34

I COLLOQUI IN ITINERE CON IL GENITORE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA

Nel modello che proponiamo è previsto prima e dopo ciascun incontro protetto un colloquio con il genitore incontrante. La conduzione degli incontri protetti può avere diversi esiti, ma affinché sia utile al minore, ai servizi che sono in rete, al giudice che l'ha ordinata, deve apportare degli elementi di verità che consentano di fare le scelte più giuste.

La relazione che il minore ha con il genitore affetto dal disturbo psichico è sufficientemente buona o esistono degli elementi che possono pregiudicare il suo sviluppo psico-educativo?

Quali sono gli elementi da chiedere e osservare per verificare il rischio per il minore e valutare le competenze genitoriali del genitore con disturbi psichiatrici?

Questi elementi di verità, che possono poi confluire in un'ipotesi plausibile circa il riavvicinamento tra il genitore ed il figlio, possono essere raccolti incontro dopo incontro attraverso un'integrazione di punti di vista: quello derivante dall'osservazione degli incontri protetti con il minore e dai colloqui in itinere con lui e quello che deriva dai colloqui con il genitore psichiatrico postumi all'incontro protetto.

In quest'ottica è fondamentale poter coinvolgere il genitore. Costruire una solida collaborazione con lui nello svolgimento degli incontri protetti infatti permette di far emergere la verità.

Due domande possono orientarci nella nostra valutazione:

1. Esistono problemi psichiatrici tali da ridurre il funzionamento della persona al punto da rendere dannosa per il minore la relazione con il genitore? Se sì, l'intervento di Spazio Neutro è da evitare.
2. Esistono genitori con capacità genitoriale così compromessa da rendere dannosa per il minore la relazione? Se sì, l'intervento di Spazio Neutro è da evitare.

Tra questi 2 estremi si colloca l'intervento con il genitore incontrante con patologia psichiatrica.

35 Si può attuare, sulla scorta di una buona alleanza (come da premessa), un intervento che coinvolga il genitore con disturbi psichiatrici non solo sul disturbo, non solo sulla capacità genitoriale, ma sulla sofferenza soggettiva. Il lavoro dell'operatore di Spazio Neutro sarà allora orientato ad empatizzare con la sofferenza del genitore al fine di riuscire a sviluppare con lui un progetto, attorno agli incontri protetti, per il superamento della stessa. Pensiamo ad un progetto che ruoti intorno ai bisogni del minore e che al contempo riesca a dare senso alla genitorialità sospesa al fine di riscoprire un modo nuovo e più funzionale di essere padre o madre.

Riteniamo fondamentale anche mantenere degli incontri con il genitore affidatario, sia nei termini di condivisione del percorso intrapreso, sia nei termini di contenimento delle spinte conservative spesso legate alla paura del cambiamento oppure ad emozioni ambivalenti legate al conflitto con l'ex coniuge.

I COLLOQUI IN ITINERE CON IL MINORE

Durante il percorso a Spazio Neutro, anche se con frequenza meno regolare che con il genitore incontrante, sono previsti dei colloqui con il minore. Questi colloqui servono a capire insieme a lui come stanno procedendo gli incontri dal suo punto di vista. L'operatore può così monitorare i suoi pensieri, raccogliere i suoi quesiti, i suoi stati emotivi e le oscillazioni della sua motivazione a proseguire gli incontri protetti.

Spesso l'operatore funge da mediatore e da tramite fra ciò che il minore vorrebbe dire o chiedere al genitore e ciò che effettivamente riesce a comunicare durante le visite. Si può così concordare insieme cosa dire al genitore e con quale modalità, con l'aiuto dell'operatore.

IMPORTANZA DEL DOPPIO OPERATORE, ANCHE IN TERMINI DEL RAPPORTO COSTI BENEFICI

Il lavoro svolto dai servizi di Spazio Neutro non riguarda un singolo paziente ma una rete di relazioni che necessita di cura. Nei casi in cui uno dei due genitori o entrambi soffrano di un problema psichiatrico questa dinamica di sistema si incrocia con i bisogni complessi di cui l'utente psichiatrico si fa portatore. Al di là della sua rete personale di cura, nel caso ne abbia una (psichiatra di riferimento farmacologico, psicoterapeuta, educatore ed assistente sociale), abbiamo riscontrato l'importanza di uno spazio che si proponga di approfondire tematiche che sono all'incrocio tra la malattia mentale ed il ruolo di genitori. Quest'area non è solitamente coperta dai servizi di cura individuali e necessita di uno spazio competente.

Da queste premesse siamo partiti per sviluppare un modello che implichi l'ingaggio di due figure di riferimento:

- un operatore che si occupi di gestire gli incontri tra il minore ed il genitore non collocatario, oltre ai colloqui con il genitore collocatario;
- un secondo operatore, nel nostro caso psichiatra, comunque esperto nel lavoro con pazienti gravi, che conduca i colloqui con il genitore psichiatrico operando un lavoro mirato.

È importante che i due operatori comunichino strettamente tra loro, con un buon lavoro di equipe e che questa cooperazione venga vissuta anche dagli utenti i quali sentono che i due operatori comunicano e parlano di loro.

Questo lavoro di integrazione è fondamentale perché previene quel fenomeno di scissione dell'equipe tanto frequente con i casi gravi. Questo modello inoltre catalizza il lavoro con utenti che notoriamente rimangono presso i servizi per molti anni.

Un raggiungimento degli obiettivi condivisi in tempi utili ci rimanda alla centralità del minore nel lavoro a Spazio Neutro. Questo rende possibile anzitutto l'individuazione precoce e chiara degli obiettivi di lavoro ma anche un loro più rapido raggiungimento.

Rilanciamo in questa sede una storica quanto attuale discussione, relativa alla temporaneità del servizio di Spazio Neutro, soprattutto in riferimento alle situazioni "difficili". È possibile ripensare gli interventi a Spazio Neutro con i genitori psichiatrici come situazioni a "tempo determinato"? Se sì, questo implica degli aspetti valutativi da parte dell'operatore di Spazio Neutro?

LA SUPERVISIONE NEI CASI DI SPAZIO NEUTRO CON GENITORI AFFETTI DA DISTURBI PSICHICI

Emilio Fava

Uno degli obiettivi di una supervisione in questo campo è permettere all'operatore una visione realistica o il più realistica possibile dello stato delle cose. La follia, e usiamo intenzionalmente questa parola, è talmente inquietante che spesso si tende a disconoscerla, a sottovalutarla oppure a stigmatizzarla. Anche tra gli psichiatri è diffuso un atteggiamento di presa di distanza, oggettivante, che nasconde la difficoltà a comprendere e ad interagire in modo diretto e approfondito con la sofferenza psichica. Dietro queste difese c'è un turbamento. Questo turbamento diventa più intenso quando c'è di mezzo un bambino perché si teme, a ragione, che gli atteggiamenti patologici dei genitori possano influenzare la salute mentale dei figli e provocare sofferenza. Per l'operatore più sensibile si pone il problema della duplice identificazione: con il genitore che rivendica un ruolo di cui ha bisogno, e con il bambino che ha bisogno di essere protetto dalla follia del genitore.

Probabilmente può essere utile tentare di costruire una situazione in cui l'intensità della relazione patologica sia ridotta, anche drasticamente, a costo di provocare sofferenza nel genitore e contemporaneamente permettere al bambino di capire qualcosa della patologia del genitore, cioè di farsene una ragione. Risulta fondamentale non sottovalutare la capacità dei bambini di comprendere, mentre occorre temere la potenza negativa del non detto, cioè degli sviluppi di fantasie inconsapevoli, che possono influenzare il loro sviluppo e la loro visione del mondo. La dimensione offerta dagli spazi neutri, integrata da forme dirette di aiuto a genitori e bambini, è in un certo senso ottimale e non sostituibile per il raggiungimento di questo scopo.

Il contatto diretto con il genitore, mediato dall'operatore, consente un confronto con il reale e un recupero di una percezione "umana" del genitore proteggendo al tempo stesso il bambino da forme di relazione patogene e invischianti. Questo presuppone che nella discussione clinica (supervisione) gli operatori comprendano il senso della patologia dei genitori, al di là dei comportamenti patologici nei loro aspetti più manifesti. Il funzionamento patologico infatti, se viene compreso, mostra di solito una formidabile coerenza, probabilmente maggiore del più incerto funzionamento sano. I pazienti psichiatrici hanno, con la stabilizzazione della patologia, obiettivi molto specifici perseguiti con una

infinita tenacia. Spesso al centro del funzionamento patologico c'è il bisogno di evitare il contatto con gli aspetti dolorosi della realtà come le separazioni, la percezione dei limiti, le frustrazioni, l'incertezza sulla propria identità e la percezione della complessità del mondo.

Non si tratta tanto di scelte esistenziali ma degli effetti delle loro incapacità strutturali (deficit) e dei loro problemi irrisolti (conflitti). Nel tentativo di gestire queste difficoltà le personalità patologiche, che siano o no ufficialmente codificate come psichiatriche, tentano di coinvolgere gli altri e in particolare coloro che possono più facilmente influenzare, cioè i figli.

Nel lavoro di supervisione clinica per prima cosa occorre quindi sviluppare una competenza psicopatologica, specificamente tesa all'individuazione del senso dei comportamenti patologici e patogeni. Questo è molto distante dal fare riferimento a quelle categorie diagnostiche nosografico-descrittive proposte nei sistemi di classificazione come il DSM-IV che, usate in modo riduttivo e semplicistico, si prestano all'equivoco malattia = incoerenza = assenza di senso.

Infatti gli aspetti deficitari del funzionamento, con la parziale eccezione delle gravi demenze e delle situazioni organiche acute, interagiscono nel tempo con l'intero sistema di funzionamento psichico (quindi con i sistemi motivazionali, i modelli operativi appresi, le fasi dello sviluppo e della vita, la personalità, le culture di appartenenza) nella direzione di costruire sistemi il più coerenti e funzionali possibili, siano essi relativamente sani o chiaramente patologici.

A cosa serve quindi, per gli operatori degli spazi neutri, un certo grado di conoscenza della psicopatologia, intesa come capacità di comprendere il senso dei funzionamenti patologici?

La disposizione a comprendere il senso vuol dire entrare in contatto con la realtà della situazione con cui ci dobbiamo confrontare, entrare in relazione, comprendere le ragioni dell'altro e confrontarci in modo più aperto superando paure e pregiudizi. Vuol dire considerare anche gli aspetti sani del funzionamento e negoziare, quando è possibile, soluzioni di compromesso aperte a prospettive accettabili.

I pazienti psichiatrici colgono questa disposizione a comprendere il loro punto di vista anche se per loro è difficile modificare gli assetti patologici in cui si sono assestati. In alcuni casi è possibile, come operatori, essere preparati ad affrontare situazioni particolarmente difficili ove la direzione in cui il paziente si muove non riesce ad avere sbocchi positivi ed esiste il rischio di comportamenti pericolosi. In molti casi è proprio la disponibilità a capire che permette di evitare sviluppi dannosi o pericolosi. Gli atteggiamenti aggressivi, auto ed eterodiretti, sono

un problema da considerare non solo nei pazienti dichiaratamente psichiatrici (che hanno avuto cioè contatti con i servizi di salute mentale), ma anche con persone apparentemente sane.

In generale il rischio maggiore si pone quando non si riesce a trovare una via di uscita, un compromesso tra le esigenze patologiche e quelle sane.

Costruire prospettive che medino tra esigenze normali e patologiche è l'arte del buon operatore che quindi dovrebbe essere formato al distinguere le une dalle altre, comprendendole entrambe.

L'assenza di prospettiva e di speranza, l'ostinazione, l'invidia, l'egocentrismo eretto a sistema, la carica aggressiva che cerca di creare occasioni per soddisfarsi, la tendenza alla bugia e allo sfruttamento sono gli elementi che predicano maggiormente il fallimento dell'incontro che, nel caso degli "spazi neutri", è comunque una soluzione per la difesa del bambino.

In altre situazioni, apparentemente più gravi o con diagnosi più severe, le prospettive possono essere migliori. Molto spesso il paziente psichiatrico ha difficoltà a distinguere tra se stesso e l'altro, a vedere parti di sé al di fuori di sé e a cercare di gestire se stesso attraverso gli altri in un complesso gioco delle parti. Il figlio può essere un altro se stesso, contenente le cose buone da proteggere, il contenitore dei bisogni affettivi percepiti come debolezze da eliminare o il contenitore di istanze aggressive e pericolose da controllare ed esorcizzare.

Il paziente psichiatrico quando si sente compreso e rispettato anche nell'ambito di un funzionamento patologico può essere disponibile ad accettare l'aiuto e ad utilizzare l'altro come sostegno nel modificare le proprie percezioni distorte e a cercare di ritrovare un ruolo genitoriale nei limiti delle proprie possibilità. I pazienti con patologie borderline possono presentare oscillazioni importanti nel loro comportamento dovute a scissioni verticali in cui assetti relativamente sani si alternano a fasi in cui prevale la confusione, l'infantilismo, la depressione e l'irresponsabilità. In altri casi il perfezionismo patologico si esprime con una regolazione interna basata sulla svalutazione, la critica distruttiva, il disprezzo verso di sé.

Anche se non è possibile pensare che il rapporto con l'operatore degli spazi neutri abbia il compito di modificare questi gravi assetti patologici, avere una certa conoscenza di queste organizzazioni funzionali permette certamente l'assunzione di un ruolo di comprensione e di contenimento specifici, che molti di questi pazienti non hanno sperimentato nella propria esperienza di vita, segnata dalla oscillazione tra stigma e negazione della malattia da parte degli altri, ma anche di se stessi. Risulta quindi fondamentale in questo senso non

sottovalutare il ruolo che una esperienza diversa e positiva può avere nella vita di queste persone.

Anche in questo contesto, come nelle altre supervisioni istituzionali, la competenza a gestire queste situazioni passa attraverso l'espressione e l'elaborazione, nel lavoro di gruppo, delle reazioni emotive degli operatori, delle loro percezioni e attraverso l'analisi dei ruoli che essi sono spinti ad assumere. Ma l'elemento aggiuntivo, in questo caso, è stato ed è lo sviluppo di competenze nel campo della individuazione degli specifici problemi e bisogni dei pazienti psichiatrici e nella acquisizione di modalità di intervento coerenti con questa specificità in una prospettiva di incontro e di comprensione profonda.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Ackerson B.J. (2003) Parents with serious and persistent mental illness: issues in assessment and services, *Social Work*, 48, 2

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2011) Talking to kids about mental illness, *Facts for Families*, n.84, www.aacap.org

Andreoli A., Frances A., Gex Mabry M., Aapro N., Gerin P., Dazord A. (1993) Crisis intervention in depressed patients with and without DSM-III-R personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, pp. 732-737

Bauman Z. (2007) Il disagio della modernità, Mondadori editore, Milano

Benjet, C.L., Azar, S.T., & Kuersten-Hogan, R. (2003) Evaluating the parental fitness of psychiatrically diagnosed individuals: Advocating a functional-contextual analysis of parenting, *Journal of Family Psychology* (Special issue on law and the family), 17, pp. 238-251

Bornstein, M.H. (1991) Handbook of Parenting, 4 vol., Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah

Correale, A., Aloni A. M., Giacchetti N. (2005) Borderline. Lo sfondo psichico naturale, Borla editore, Roma

Dallanegra P., Fava E., a cura di (2012) Alleanza di Lavoro tra Utenti e Operatori. Dalla valutazione di processo a un metodo di trattamento, Franco Angeli, Milano

Eames V., Roth A. (2000) Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures, *Psychotherapy Research*, IV, 10, pp. 421-434

Foucault M. (2005) Antologia. L'impazienza della libertà, Feltrinelli editore, Milano

Gaston L., Gallagher D., Cournoyer R., Gagnon R. (1998) Alliance, technique and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive and brief dynamic therapy, *Psychotherapy research*, 8, pp. 190-209

Guttentag C.L., Pedrosa-Josic C., Laundry S.H., Smoth K.E., Swank P.R. (2006) Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an

Intervention With disadvantaged Mothers, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 27(4), pp. 349-369

Hillard R.B., Henry W.P., Strupp H.H. (2000) An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process and types of outcome, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, pp. 125-33

Joyce A.S., Piper W.E. (1998) Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term Individual psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, pp. 236-48

Lambert, M. Shimokava, K. (2011) Collecting Client Feedback. In Norcross, J.C.(2011), *Psychotherapy relationships that work*. Second edition. Oxford University Press, New York, chapter 10, 203-223

Leverson, T. J. (2003) Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 395–402

Lingiardi V., Croce D., Fossati A., Vanzulli L., Maffei C. (2000) La valutazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia dei pazienti con disturbi di personalità, *Ricerca in Psicoterapia*, 4, pp. 63-80

43

Mallinckrodt B., (2000) Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy, *Psychotherapy research*, 10, pp. 239-63

Minolli, M. (2009) *Psicoanalisi della relazione*, Franco Angeli editore, Milano

Montgomery, P. (2005) Mothers With a Serious Mental Illness: A Critical Review of the Literature, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 19, 5, pp 226–235

Mowbray, C.T., Oyserman, D., & Ross, S. (1995) Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness, *Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 189-200

Ostler T. (2010) Assessing parenting risk within the context of severe and persistent mental illness: validating an observational measure for families with child protective service involvement. *Infant Mental Health Journal*, Vol.31 (5), 467-485

Owen S., Repper J. & Perkins R. (1998) An evaluation of services for women with long-term mental health problems, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 281–290

Pavio S. C., Bahr L.B. (1998) Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy, *Psychotherapy Research*, 8, pp. 392-406

Rubino G., Barker C., Roth T., Fearon P. (2000) Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles, *Psychotherapy Research*, 4, pp. 408-420

Tyrrel C.L. - Dozier M., Teague G.B., FalLOT R.D., (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 725-33

Vallido T., Wilkes L., Carter B. & Jackson D. (2010) Mothering disrupted by illness: a narrative synthesis of qualitative research, *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1435–1445

Vicentini G. (2003) Definizione e funzioni della genitorialità, in www.genitorialità.it

Zuroff D.C., Blatt S.J., Sotsky S.M., Krupnick J.L., Martin D.J., Sanislow C.A., Simmens S. (2000) Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment for depression, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, pp. 114-124

ALTRE PUBBLICAZIONI

La sindrome di alienazione genitoriale e le patologie del limite

Dallanegra P., Lozar I., hanno collaborato: Grillo G., Milanese M. Provincia di Milano-Settore Politiche sociali, Milano, 2011

Ciò che non è vero è vero. Discussione intorno all'alienazione genitoriale

Dallanegra P., Pardini I., Provincia di Milano-Settore Politiche sociali, Milano, 2011

La partecipazione economica degli utenti alle prestazioni degli Spazi Neutri, ipotesi di fattibilità

Dallanegra P., Lozar P., hanno collaborato Grillo G., Milanese M., Provincia di Milano-Settore Politiche sociali, Milano, 2010

Gioco Giocare. Il gioco come strumento di relazione nei servizi per il Diritto di Visita e di relazione del Coordinamento della Provincia di Milano

45 *aavv. (Buda E., Cappellini F., Cresta S., Dallanegra P., Kluzer C., Lopez V., Lozar I., Nebel R. e Portalupi A.)*; Provincia di Milano, Direzione centrale affari sociali; Milano, 2007

Linee Guida. I servizi per il diritto di visita e di relazione

aavv., (Baldi M., Bertotti T., Cazzaniga G., Dallanegra P., Govi A., Lozar I. e Marchesi P.); Provincia di Milano, Direzione centrale affari sociali; Milano, 2007

Linee Guida. I servizi per il diritto di visita e di relazione. I Servizi del territorio *aavv.*, Provincia di Milano, Osservatorio per le Politiche Sociali; Milano, 2007

Cento percorsi a Spazio Neutro. Ricerca qualitativa sugli esiti degli interventi realizzati a Spazio Neutro

Bissacco D., Dallanegra P. e Bencivenni D., Provincia di Milano, Settore Politiche Sociali e Comune di Milano, Settore Servizi alla Famiglia, Milano, 2001

Gioco Giocare. Il gioco come strumento di relazione nei servizi per il Diritto di Visita e di relazione del Coordinamento della Provincia di Milano. Atti del Seminario *Dallanegra P., Zoia A. (a cura di)*; Provincia di Milano, Direzione centrale affari sociali; Comune di Milano, Direzione Centrale Famiglia, Scuola e Politiche Sociali; Milano, 2007

Il rapporto tra servizi per il diritto alla relazione e avvocati delle parti: una questione di equilibri complessi

aavv., (Baldi M., Bianchini R., Dallanegra P., Del Buttero M.G., De Rui L., Govi A., Lozar I. e Musicco F.); Provincia di Milano, Direzione cultura e affari sociali; Milano, 2009

Questi quaderni sono scaricabili dal sito della Provincia di Milano, Politiche sociali, Spazio Neutro, all'indirizzo: www.provincia.milano.it

Milano, maggio 2013

WWW.PROVINCIA.MILANO.IT/SOCIALE