

Le capacità relazionali degli educatori nel lavoro con le famiglie. Problematiche emergenti con genitori di figli disabili

*Tommaso Fratini*¹

Abstract

L'articolo descrive alcune linee di un modo di operare degli educatori con le famiglie basato sulle capacità relazionali, volto a integrare il lavoro educativo con i genitori, nello specifico di figli con disabilità. Partendo da una rivisitazione del concetto psicoanalitico di identificazione proiettiva, in particolare secondo la revisione di Wilfred Bion, che ne ha enfatizzato la valenza primitiva di comunicazione, viene proposto un modello di intervento con i genitori di figli disabili che enfatizza il ruolo del transito delle identificazioni proiettive e la potenziale valenza trasformativa delle capacità relazionali dell'educatore. Emerge in ultima analisi quanto dolore negato vi sia in molte famiglie con figli disabili e quanto importante sia tradurlo in parole e comunicarlo, in modo da poterlo pensare e progressivamente elaborare e superare. Questo tipo di lavoro psichico è un valido complemento del lavoro educativo di cura più generale nei confronti della genitorialità; un lavoro che miri nella direzione della formazione di una genitorialità responsabile e consapevole.

Parole chiave: capacità relazionali, lavoro educativo, genitori con figli disabili, identificazione proiettiva, lavoro psichico.

Abstract

The article describes some educators' ways of working with families based on relational capacities, aimed at integrating educational work with parents, specifically those with children with disabilities. Starting from a review of the psychoanalytic concept of projective identification, in particular according to the revision by Wilfred Bion, who emphasized its primitive value of communication, a model of intervention with the parents of disabled children is proposed which emphasizes the role of the transfer of projective identifications and the potential transformative value of the educator's relational capacity. Ultimately, it emerges how much pain is denied in many families with disabled children and how important it is to translate it into words and communicate it, so that one can think about it and progressively process and overcome it. This type of psychic work is a valid complement to the more general educational work of parenting: a job that aims in the direction of the formation of a responsible and aware parenting.

Keywords: relational skills, educational work, disabled children's parents, projective identification, psychic work.

¹ Dottore di Ricerca e Cultore della materia (Pedagogia generale e sociale) presso l'Università degli Studi di Firenze.

Introduzione

In queste pagine si cerca di argomentare come una comprensione degli aspetti emotivi e un uso idoneo delle capacità relazionali possano dare un contributo significativo nei confronti di un modello d'intervento educativo con i genitori, nello specifico di figli disabili. Tale lavoro d'intervento ha certo le sue peculiarità, incentrate, come è stato messo in luce da diversi autori, sul concetto di *cura educativa* (Boffo, 2006; Cambi, 2010; Mortari, 2006), di riflessività (Catarsi, 2008), di facilitazione di una appropriazione di una funzione genitoriale attraverso vari strumenti, tra cui ad esempio la narrazione (Papadopoulos, Byng-Hall, 1997, trad. it. 1999).

Il lavoro educativo o pedagogico con le famiglie, e in particolare con quelle con figli affetti da una patologia o da una forma grave o anche lieve di disabilità, è di norma saturo di aspetti e di caratteri di natura affettiva. Per questo il lavoro educativo, qui si cerca di sostenere, va di pari passo e ha molte aree di intersezione con il lavoro psichico, nella misura in cui ogni relazione educativa è densa di significati emotivi.

Per lavoro psichico si intende in questa sede quel processo di elaborazione della mente che porta a sperimentare, sotto l'impatto d'urto di emozioni dolorose, momenti di disgregazione, a cui conseguono fenomeni mentali di reintegrazione che portano a nuove *gestalt* di significato (Bion, 1963, trad. it., 1979; Ferro, 2007). Nel modello e nel linguaggio di Melanie Klein (1946, trad. it. 1978) si parla anche di transizione da stati mentali persecutori a stati mentali depressivi e riparativi, che si caratterizzano per un accresciuto contatto con la realtà, senso di responsabilità e capacità di preoccupazione per l'altro (Di Chiara, 1999): tutte doti appannaggio di un buon genitore.

Questo compito di elaborazione, attiguo e consono alla capacità di cura dell'educatore, riflette lo sviluppo di capacità relazionali: espressione, questa, che viene usata nell'accezione assegnatale da Giorgio Blandino (1996). Per *capacità*, come Blandino (1996) osserva, si richiama un sinonimo di *competenza*, ma anche un concetto diverso, più appropriato e più efficace, che non sconfina nella logica un po' "mercantile" e a sfondo competitivo e meccanico – che spesso è stata riferita implicitamente, di fatto, alla stessa nozione di competenza –, mettendone piuttosto in risalto l'importante componente di umanità e *generatività*, di dotazione umana, collegata a una visione del concetto di *resilienza* come cruciale forza d'animo (Galimberti, 2018).

1. *Sviluppi recenti nella clinica psicoanalitica*

In tema di capacità relazionali e comunicative degli educatori, di qualsiasi rango, è interessante un riferimento ad alcuni sviluppi recenti della teoria, della tecnica e della clinica psicoanalitica. L'ancoraggio qui è al modello di Wilfred Bion (1962, trad. it. 1972; 1963, trad. it. 1979; 1966, trad. it. 1981; 1970, trad.it. 1973) e ad alcuni risvolti fecondi del suo pensiero, così come sono stati recepiti e rielaborati nel panorama italiano, ma anche internazionale da Antonino Ferro (2002, 2007, 2011).

Il punto di partenza si trova in una concettualizzazione estesa del meccanismo dell'identificazione proiettiva. In origine, nell'opera tarda di Melanie Klein (1946, trad. it. 1978), l'identificazione proiettiva fu intesa come il corrispondente di una fantasia di intrusione del bambino nel corpo della madre. Essa veniva altrimenti definita come *un meccanismo onnipotente*, con cui parti scisse di sé venivano collocate e controllate nell'oggetto, l'altro significativo. Sulla stessa linea sembrano le rivisitazioni e gli approfondimenti successivi del concetto da parte di Leon Grinberg (1971, trad. it. 1978) e Otto Kernberg (1992, trad. it. 1993). *L'identificazione proiettiva* è un meccanismo attraverso il quale il soggetto si difende dall'angoscia scindendo parti sgradite di sé, le quali vengono proiettate in un oggetto. Ma la chiave di volta è il meccanismo aggiuntivo del *controllo onnipotente*. Il soggetto esercita un controllo sull'oggetto, sull'altro, in modo da indurlo inconsciamente a identificarsi con quegli aspetti di sé, scissi e sgraditi, che gli sono stati attribuiti tramite la proiezione.

Ora, nel pensiero di Bion (1962, trad. it. 1972; 1963, trad. it. 1979; 1966, trad. it. 1981; 1970, trad.it. 1973) l'identificazione proiettiva ha un'importante evoluzione in un'altra direzione, non solo patologica. Per Bion, essa deve essere intesa come un processo primitivo di comunicazione, in virtù del quale il soggetto evacua contenuti grezzi, elementi sensoriali non mentalizzati, su un altro oggetto, un'altra persona, perché esso gli ponga ordine (Bertolone *et al.*, 1994; Bion, 1962, trad. it. 1972; Meltzer, 1994). Nel linguaggio di Bion (1962, trad. it. 1972) sono gli elementi *beta*, rappresentazioni mentali grezze e non metabolizzate, che vengono proiettate dalla mente del bambino in quella della madre, la quale, attraverso la sua capacità di *rêverie*, elabora tali elementi primitivi, comunicando al bambino anche il metodo per trattare tali protopensieri (Ferro, 2002, 2007). Il metodo consiste metaforicamente nell'attività della funzione *alfa*, attraverso la quale gli elementi beta sono trasformati in elementi alfa, immagini dotate di significato, come quelle che animano i sogni e il pensiero immaginativo.

Tale concettualizzazione corrisponde in psicoanalisi anche a un passaggio successivo nel modo di concepire l'interpretazione, come fondamentale strumento di intervento clinico. Per Sigmund Freud (1936, trad. it. 1967) l'interpretazione era prima di tutto, sul modello del sogno, quella dell'inconscio, ma anche della sessualità e del conflitto psichico. Per gli psicologi dell'Io, ad esempio Anna Freud (1936), l'interpretazione si estende a una analisi sistematica dei meccanismi di difesa. Per Melanie Klein (1935, trad. it. 1978; 1946, trad. it. 1978) e in generale la teoria delle relazioni oggettuali, l'interpretazione riguarda aspetti di sé in rapporto ad aspetti dell'oggetto. Con Bion (1987, trad. it. 2013) e la concettualizzazione del campo analitico dei coniugi Baranger (1969, trad. it. 2011) abbiamo una cesura: l'interpretazione è sempre riferita alla relazione analista-paziente, i quali insieme, congiuntamente, creano un campo di comunicazione all'interno del quale tutti gli elementi affettivi, verbalizzati e non, assumono senso e vengono ricondotti.

Per fare un esempio concreto di questo modo di intendere l'identificazione proiettiva, ma anche il *transfert* e il campo analitico, possiamo alludere a un semplice quadro clinico. Immaginiamo una persona, che nel rapporto con un'altra, entri in contatto con una forte ansia, caratterizzata anche da confusione e dalla sensazione di sentirsi immessi a forza in un ruolo che non è ordinariamente il proprio. Il punto cruciale, nella relazione analitica, consiste per l'analista nel *non agire* questo ruolo che viene attribuito dal paziente, complementare a quello da lui impersonificato, laddove altrimenti si verificherebbe una «controidentificazione proiettiva» (Grinberg, 1971, trad. it. 1978, *passim*) dell'analista.

Tuttavia, essenziale è non cedere subito alla tentazione di interpretare questo meccanismo di attribuzione di ruolo al paziente. L'analista invece lascia soggiornare dentro di sé questa identificazione proiettiva, resiste alla sua onda d'urto, la elabora e poi al momento opportuno fa un intervento, il quale può essere un intervento non interpretativo, o una interpretazione *insatura*, detto in altro modo, la quale non chiude il cerchio della comunicazione, ma anzi apre alla possibilità di nuovi interventi da parte dell'uno e dell'altro, del paziente e dell'analista, i due poli della comunicazione.

È questo modo, questa capacità di accogliere le identificazioni proiettive del paziente, che viene ad essere un cruciale fattore terapeutico nella cura psicoanalitica (Ferro, 2002). Gli elementi primitivi della comunicazione proiettati sono lasciati soggiornare dall'analista nella sua mente, aprendo le porte alla gestazione di nuovi significati, attraverso i quali le componenti dapprima scisse, depurate dall'aggressività, assu-

mono senso per il paziente. In un esempio rielaborato da Ferro (2007), un analista può fare un intervento con un paziente che inizia la seduta, comunicando: “ieri ho ricevuto troppe email e il mio computer è andato in *tilt*”. “Lo *spam* è un problema”, risponde l’analista; oppure: «c’era almeno qualche mail interessante?». Invece di dire: “le mie interpretazioni sono state così pervasive nella seduta precedente da eccedere la *sua* capacità di mentalizzazione”. È questo tipo d’interpretazione, insatura, perché non chiude lo scambio, ma lo apre a nuove prospettive di comunicazione, a costituire un nodo saliente della tecnica psicoanalitica e della capacità di giocare (Winnicott, 1971, trad. it. 1974) nel campo tra analista e paziente. Scopo dell’analisi diventa non tanto rendere conscio l’inconscio, quanto ampliare il campo analitico, la capacità immaginativa del paziente e la forza del suo contenitore psichico di reggere agli urti del dolore mentale. In altre parole, è il volume dell’interpretazione o la modalità dell’intervento che modulano l’intensità e la presenza dei personaggi nella scena e nel campo analitici.

Nella prospettiva delineata da Ferro (2007) i personaggi della narrazione analitica, gli altri significativi di cui il paziente parla, non sono solo rappresentazioni oggettuali del passato o *fantasmaticizzazioni* del mondo interno del paziente. Essi vengono intesi anche come personaggi co-creati dalla fantasia del paziente ma anche degli interventi dell’analista, che personificano un dato stato mentale del paziente, ma anche modellano una condizione più precisa del campo analitico. A questo proposito, Ferro fa l’esempio di un altro paziente (Ferro, 2002). Tutte le volte che l’interpretazione è troppo profonda, ad esempio riferita a un oggetto interno materno o paterno del paziente, c’è un personaggio violento che entra in scena nella narrazione del paziente. Ma se l’analista cambia volume, tono o modalità dell’interpretazione, con un intervento insaturo, ecco che quel personaggio esce di scena e ne subentra un altro nei panni di una figura più buona o benevola.

C’è un concetto, fondamentale, come fosse un *leit motiv*, in ogni teoria delle relazioni oggettuali, così come è intesa in modo esemplare, ad esempio, nei suoi scritti da Kernberg (1992, trad. it. 1993) o del gruppo dei clinici della Scuola di Ginevra (Manzano *et al.* 1999, trad. it. 2001; Nanzer, a cura di, 2012, trad. it. 2016). Gli oggetti interni sono ripetizioni di relazioni reali o fantastiche del bambino con i propri genitori nei primi anni di vita, e che nella realtà psichica del paziente vengono rimessi in atto sia con gli stessi ruoli sia a ruoli invertiti. Vi sono troppe prove cliniche per affermare che questo non sia vero. Ma quello che conta qui è la tecnica dell’intervento. L’interpretazione profonda nel paziente gra-

ve produce persecuzione anziché *insight* e crescita emotiva, come un eccesso di sensorialità pronta ad essere evacuata tramite l'identificazione proiettiva. Per contro un altro tipo di intervento, di tipo più insaturo, facilita e modella la comunicazione lungo quei binari che il paziente può tollerare, senza che l'auto sbandi fuori dalla carreggiata; fuor di metafora senza che la turbolenza emotiva del paziente esondi dalla capacità di contenimento del dolore psichico da parte del paziente e dell'analista.

Pertanto, a conclusione di questo paragrafo, una domanda si pone con forza: ci chiediamo infatti quale sia l'agente terapeutico curativo nella psicoterapia e nella psicoanalisi, tale da potere essere esportato in *setting* esterni a quelli più consoni al trattamento analitico. Ferro (2002) ci dice che la condivisione del vissuto in tanti momenti aiuta di più della pura interpretazione. I cambiamenti autentici nello stato mentale del paziente nella direzione della salute sono qualcosa di complesso e che possono occorrere lentamente, ma anche all'improvviso secondo diverse direzioni terapeutiche egualmente valide. L'interpretazione delle relazioni oggettuali interiorizzate (Kernberg, 1992, trad. it. 1993), altrimenti definite «modelli operativi interni» (Bowlby, 1969, trad. it. 1999, *passim*), favorisce l'analisi sistematica del mondo interno del paziente, ma non è di per sé l'unico fattore terapeutico efficace.

L'analista, in questa prospettiva, si propone con tutta la sua soggettività, ma anche con la sua persona nella sua totalità. Il paziente non reagisce solo a quello che l'analista gli comunica, ma anche a quello che l'analista realmente è, compreso tutte le operazioni mentali che esegue nella sua testa, nella seduta e fuori da essa. Ciò che aiuta è la capacità dell'analista di compiere tutte quelle operazioni mentali che nel passato del paziente fallirono da parte del suo *caregiver* e anche nella sua mente (Ferro, 2007). Tali operazioni sono di vario tipo, consistendo, in base a una schematizzazione senz'altro riduttiva, nell'oscillazione *Ps-D* (Bion, 1963, trad. it. 1979), nel passaggio dalla posizione schizoparanoide a quella depressiva, e nella *capacità negativa* (Bion, 1970, trad.it. 1973), ovvero sia nella capacità di sostare nel dubbio senza persecuzione, tollerando di non sapere e di non capire prima che un significato nella mente dell'analista realmente emerga. È questa l'essenza di ciò che altrimenti possiamo definire il lavoro psichico, la capacità dell'analista di tollerare il dolore mentale del paziente, il cui trasferimento nella sua mente da parte di quella del paziente costituisce l'essenza del *transfert*. Si tratta di una capacità di tollerare il dolore che, passando da uno stato di frammentazione a uno successivo di reintegrazione, porta al raggiungimento di ciò che Melanie Klein chiama «posizione depressiva» (Klein, 1935, trad. it. 1978, *passim*), quale ful-

cro della capacità di simbolizzare o di giocare, come ipotizza Winnicott (1971, trad. it. 1974). Ciò corrisponde, secondo Ferro (2007), molto da vicino all'accrescimento del pensiero onirico della veglia, come lo aveva chiamato Bion (1987, trad. it. 2013), all'ampliamento della capacità della mente di sognare anche nello stato di veglia, producendo continuamente nuovi significati nella realtà psichica.

2. Dinamiche relazionali e capacità degli educatori e degli operatori pedagogici

A partire dalle premesse delineate nel paragrafo precedente, arrivando al cuore di quanto sostenuto in questo articolo, viene da chiedersi: quali capacità, per l'educatore o l'operatore pedagogico, nel campo delle relazioni familiari? Come fare tesoro, nel lavoro educativo con le famiglie, di tali concetti che rinviano alla psicoanalisi?

Vi sono senz'altro alcuni punti salienti da mettere in luce, anche se con le debite differenze e i debiti distinguo. Innanzitutto un concetto da salvaguardare sembra quello di *setting*. L'educatore deve provare a lavorare dentro a un *setting*, uno spazio dai confini spazio-temporali definiti e costanti, che rimangono in circostanze normali sufficientemente invariati. In questo modo è possibile che nell'intervento con i genitori si sviluppi spontaneamente un *transfert* e un conseguente *controtransfert* da parte dell'educatore. Tale gestione del *transfert* in un intervento di tipo supportivo, quale compete a un educatore, non deve necessariamente essere oggetto d'interpretazione e restituzione ai genitori, ma è indispensabile che sia monitorato. Vale a dire che venga reso oggetto di analisi, anche a posteriori da parte dell'educatore, in modo da non agire o colludere un ruolo patologico (Taurino, Bastianoni, 2009) nel rapporto con i genitori, ma potere rendersi conto di ciò che avviene nel campo di comunicazione che si viene a creare, così da porsi come agente di potenziali trasformazioni del campo. Naturalmente è normale che l'educatore, come un qualunque clinico, in certi momenti sia portato a sbagliare e ad agire ruoli patologici, ma l'importante è che lo riconosca e ne diventi consapevole, così da correggere la modalità di intervento in corso d'opera, in modo da esercitare a tutti gli effetti una funzione terapeutica.

Il secondo insegnamento generale che proviene dalla clinica psicoanalitica è che il bambino ha una mente (Vallino, Macciò, 2006²) in grado di sentire e essere sé stessa fin dall'inizio (Bollas, 1989, trad. it. 1991; Stern, 1985, trad. it. 1987), e il potenziale diniego da parte dei genitori

di questo fondamentale aspetto può essere oggetto di un *focus* su cui lavorare. Ritornando al concetto di identificazione proiettiva e di attribuzione di ruoli, l'educatore deve accogliere e favorire il transito delle identificazioni proiettive da parte dei genitori lungo la comunicazione che si viene a sviluppare, senza indurre nell'errore di facili e sbrigative chiarificazioni, ma lasciando dispiegare il progressivo emergere delle proiezioni, così che i genitori possano avere un sollievo sentendosi in un qualche modo capiti e contenuti. Essi a poco a poco possono essere resi consapevoli del loro mondo fantasmatico, delle loro fantasie sui propri figli, che possono essere più o meno sane o disturbate, realistiche o permeate di aggressività e di angosce anche molto forti. Con quei genitori dalla struttura psichica solida e non disturbata, sarà facile sia attivare un *transfert* positivo, sia instaurare fin da subito un rapporto di reciproca fiducia, qualcosa che somiglia a una alleanza terapeutica. Con i genitori invece dal carattere più disturbato, più facilmente vi saranno problemi di relazione, per via del loro facile timore di essere colpevolizzati e della tendenza a evacuare nella mente dell'educatore proiezioni anche molto scisse e aggressive. Con questi genitori il lavoro sarà inevitabilmente più difficile, lento e faticoso (Nanzer, a cura di, 2012, trad. it. 2016); il che richiederà un di più di impegno da parte dell'educatore: concetto, questo, fondamentale, di cui egli deve essere in un certo senso consapevole, fin dall'inizio.

3. Il lavoro con i genitori di figli con grave disabilità: un modello d'intervento fondato sulle capacità relazionali

Si prova qui a tracciare alcune linee di un possibile modello di comprensione e intervento educativo con i genitori di figli con grave disabilità, fondato sulla consapevolezza e sull'uso delle capacità relazionali.

È stato scritto molto sulle famiglie con figli disabili a diversi livelli. La letteratura è ampia sia in ambito pedagogico, sia in ambito psicologico clinico, sia in quello dello studio della famiglia e del ciclo di vita familiare (Bichi, 2011; Pavone, 2009; Valtolina, 2004; Zanobini, Manetti, Usai, 2006). Se in un primo tempo la tendenza generale degli studi era quella di dipingere un quadro a tinte molto fosche per quanto concerne lo stato affettivo generale dei genitori e dei fratelli di figli con grave disabilità, in tempi a noi più vicini si è assistito a un cambiamento, verso una visione più felice e positiva della famiglia di fronte alla disabilità, che fa leva sulle capacità di risposta, cura e resilienza dei genitori e dei fratelli a contatto

e nonostante la disabilità di un figlio (Zanobini, Manetti, Usai, 2006).

Tuttavia, non dobbiamo misconoscere che in un ampio numero di casi la presenza di un figlio con grave disabilità rappresenta ancora, oltre che un profondo dolore, un fattore di rischio importante per la condizione esistenziale e di salute emotiva della famiglia nel corso del suo ciclo di vita. La nascita di un figlio disabile, anche con una menomazione lieve, sottopone i genitori e la famiglia a un impatto traumatico. In certi casi le angosce catastrofiche attivate possono essere così forti da attaccare la capacità di pensare e da mettere a dura prova l'equilibrio mentale della coppia parentale (Di Cagno, 1992), laddove il figlio appena nato ha bisogno di notevoli capacità di cura e di una mente genitoriale funzionante.

La ferita e la lacerazione che si vengono a creare sono particolarmente dure al giorno d'oggi, in cui viviamo, a livello generale, in una società narcisistica (Gabbard, Crisp, 2016; trad. it. 2018) e nel contesto di una maggiore *liquidità* dei rapporti (Bauman, 2000, trad. it. 2002), che rendono gli individui adulti più vulnerabili di fronte al dolore psichico, ma anche in rapporto al bisogno di rifornimenti narcisistici dall'ambiente esterno, incentrati sul desiderio di approvazione e di ammirazione da parte degli altri. In gioco è anche il confronto con i figli dei propri amici da parte dei genitori in età adulta matura. La nascita di un figlio disabile si pone da questo punto di vista come un silenzioso, non visibile ma indelebile fattore di *stigmatizzazione* della famiglia (Goffman, 1963, trad. it. 2003). Una famiglia con un *handicap*, oltre che una menomazione, con cui inevitabilmente si affaccia sull'ambiente esterno. I genitori temono così il giudizio dei vecchi amici e di persone esterne al nucleo familiare e possono scegliere in conseguenza la strada della solitudine e dell'isolamento.

La presenza di una disabilità in un membro della famiglia viene a costituire quello che, secondo Ferro (2002), è un evento cerniera nel ciclo di vita della coppia genitoriale e della famiglia, che impone un «cambiamento catastrofico» (Bion, 1966, trad. it. 1981, *passim*), una fase cioè di intensa angoscia, un lutto da elaborare e un rimaneggiamento delle identificazioni, quando la condizione familiare è delle migliori. Quando la condizione è più dolorante, si può aprire lo spazio per una serie di vie di fuga, tra cui quella attraverso cui un genitore può scegliere di abbandonare il campo del rapporto di coppia, di fronte a un dolore troppo forte da elaborare proficuamente.

La presenza di un figlio disabile costituisce così per i genitori non solo una fonte e cagione di dolore psichico molto forte, ma anche un fattore potenziale di isolamento dall'ambiente esterno, con il conseguente stato di depressione che può venire ad accrescersi. La necessità di

programmare gran parte del tempo libero e lavorativo sulle necessità del figlio disabile, il vissuto di dolore e di sofferenza, la depressione a cui far fronte in molti casi, rendono i genitori a rischio potenziale di solitudine e isolamento. È in queste condizioni peraltro che i genitori devono far fronte alla presa in carico educativa del figlio disabile, un figlio che specie nei casi gravi avrà pochi margini di miglioramento, ma anche un gran bisogno di cura da parte dei genitori.

Un'ampia letteratura sottolinea sempre di più con forza come i genitori a contatto con un figlio disabile svolgano un ruolo potenziale di educatori anche "speciali" del figlio disabile, la cui importanza è sempre più in rilievo (Vio, Menazza, Bacci, 2010). Il figlio con grave disabilità a diversi livelli necessita di un genitore attivo e capace di partecipare in prima persona al suo intervento riabilitativo. Per questo, a maggior ragione, è essenziale che il genitore faccia i conti ed elabori positivamente la propria potenziale depressione. Ampia parte della letteratura sulla famiglia con figli disabili è concorde peraltro sull'esistenza di un indelebile stress da parte dei genitori. Uno stress a cui i genitori possono far fronte positivamente, attivando capacità e potenzialità di cura e di resilienza, oppure viceversa uno stress vissuto in modo negativo che aumenta il dolore psichico dei genitori. Per "stress" si deve intendere in quest'ottica, coerente con il modello accennato nelle pagine precedenti, la presenza di un carico di emozioni negative superiori alla capacità di metabolizzazione del dolore psichico da parte dei genitori (Blandino, 2008).

Venendo al compito dell'educatore o dell'operatore pedagogico con genitori di figli con grave disabilità, si cerca di tracciare qui un possibile profilo di intervento che sottolinei il ruolo delle capacità relazionali. Il punto di partenza, come già accennato, è quello di creare un setting, costituito da una stanza o un luogo stabile e protetto dove potersi incontrare, nel quale dovrebbero trovare accoglienza un numero di coppie di genitori pari a un minimo di tre a un massimo di sette. È essenziale che, specialmente all'inizio, l'educatore e conduttore del gruppo assuma un ruolo coperto, neutrale, e nello stesso tempo recettivo e disponibile, consapevole di un *transfert* potenziale che si viene a creare.

A monte del lavoro terapeutico e educativo con il gruppo formato, l'educatore dovrebbe avere un'idea dello stato mentale generale dei genitori. Vale a dire dovrebbe chiedersi se si tratta di famiglie solo moderatamente problematiche, ancorché provate dalla disabilità del figlio, oppure più disturbate; il che dovrebbe richiedere un di più di impegno e di attenzione da parte di tutti gli operatori implicati nella presa in carico familiare. Genitori con un grado elevato di angosce persecutorie possono far parte di un

gruppo educativo, ma non in misura preponderante. Il gruppo dovrebbe essere costituito da membri opportunamente selezionati, in modo che genitori dal carattere più disturbato siano in numero limitato, così da potere essere contenuti opportunamente nel lavoro del gruppo.

A partire dal momento della sua formazione, il gruppo funziona creando un campo relazionale nel quale diverse tematiche relazionali sono messe nelle condizioni di emergere, nel loro dispiegarsi all'interno dell'evoluzione del gruppo. Il gruppo educativo, così costituito, viene organizzato dal suo conduttore, l'educatore o l'operatore pedagogico, sul molteplice binario del *parent training*, la formazione dei genitori sulla disabilità del figlio – e da questo punto di vista vi è differenza se si tratta di un gruppo di genitori con un figlio caratterizzato dalla medesima patologia o disabilità, ad esempio autistica, o con patologie diverse – e l'educazione familiare più propriamente definita, incentrata sulla consapevolezza dei compiti familiari, sull'agire riflessivo genitoriale, e sulle capacità di cura della madre e del padre. Il modello educativo è quello delineato da diversi autori, tra cui Boffo (2005), Catarsi (2010), Milani (2018), Mortari (2006) e altri. Il fine è quello di accrescere la competenza genitoriale in senso riflessivo e consapevole, in rapporto a un fine sovraordinato che è sia la cura dei figli, sia la messa in campo di un progetto di vita per la famiglia improntato a un'emancipazione a diversi livelli di tutto il nucleo familiare.

Sullo sfondo di questa impostazione precipua, l'operatore pedagogico deve avere un occhio di attenzione per il *transfert* che si viene a creare. Lungo il filo degli incontri, preferibilmente settimanali, si viene a delineare e sviluppare un *transfert* che coinvolge la figura dell'educatore nel mondo interno dei partecipanti al gruppo. È importante che questo *transfert* sia fin dall'inizio positivo, il che richiede da parte dell'educatore un atteggiamento calmo, riflessivo, non giudicante, ma capace di comprensione, empatia e condivisione del vissuto, in modo che la relazione si sviluppi e si cementi su binari sufficientemente solidi, così da reggere l'urto delle angosce che inevitabilmente affioreranno via via da parte dei genitori, nel rivivere momenti di vita a contatto con il proprio figlio disabile senz'altro anche difficili, dolorosi e angoscianti.

Assumendo tale postura, l'educatore favorisce il dispiegarsi su di sé delle identificazioni proiettive dei genitori, dei *quanti* di sensorialità che i genitori tenderanno a liberare o evacuare sulla figura dell'operatore pedagogico, lasciando emergere le proprie angosce: l'angoscia di avere vissuto un momento altamente traumatico di fronte alla consapevolezza della disabilità del figlio, la paura di non farcela ad allevarlo e ad edu-

carlo, la paura di cedere alla tentazione di un disimpegno nella presa in carico, l'angoscia che il figlio soffra in misura notevole, per la propria disabilità e anche per le difficoltà dei genitori di fronte a un compito di accudimento oltremodo impegnativo: non ultima la paura di essere giudicati. L'evolvere della vita del gruppo, nel corso del dispiegarsi degli incontri, favorirà il riemergere di episodi dolorosi, con la conseguente attribuzione di ruoli nei confronti del conduttore. Egli sarà visto a ruoli invertiti ora con come un genitore severo e giudicante, ora come una madre o un padre benevolo e rassicurante, ora come una figura ambivalente con componenti e attributi positivi e negativi.

Su un piano di realtà, alcuni elementi devono essere monitorati da parte del conduttore del gruppo. I genitori di figli disabili si sentono spesso soli e abbandonati a se stessi, se non anche ignari dei caratteri della patologia e disabilità del figlio. È cruciale che il conduttore si renda partecipe degli sforzi dei genitori nella lunga marcia verso interventi riabilitativi adeguati, a contatto con varie figure specialistiche nella presa in carico del figlio.

È rilevante monitorare lo stato dei genitori di fronte al rischio di scompenso depressivo: come stanno, infatti, il padre o la madre del bambino o del ragazzo disabile? Formano una coppia che tende all'isolamento, o hanno invece affrontato il trauma della disabilità del figlio reagendo in modo positivo, ancorché dolorante? Sullo sfondo di questo ancoraggio alla realtà si pone l'attribuzione inconscia di ruoli da parte dei genitori: la tendenza a ripetere nella relazione con il figlio i ruoli fantasmatici vissuti nel rapporto con i propri genitori e che ora vengono rimessi in atto di fronte al conduttore del gruppo con posizioni invertite o le medesime. Il conduttore sperimenterà così un ruolo complementare nei panni di una persona ora rigida, ora punitiva, ora ingenua, banale o sprovveduta, oppure nei casi migliori capace di esercitare una saggia funzione genitoriale nel bene dei figli.

In circostanze ottimali, il gruppo nel corso degli incontri percorrerà una strada di favorevole elaborazione di un lutto, con una proficua estensione della capacità di pensare e di simbolizzare, di vicinanza ai bisogni del figlio, accompagnata dalla consapevolezza che la vita continua e che può essere sia fonte di gratificazione in nuove aree di investimento affettivo, sia di intensi momenti di relazione con i propri figli, disabili e non, con una rinnovata capacità di rinforzare i legami e una generativa apertura verso il nuovo. Si crea inoltre lo spazio per una positiva, ampliata, capacità di mentalizzazione e immaginazione nella mente del gruppo, che culmina con la possibilità di formulare un progetto di vita

per la famiglia e per il figlio disabile. Infine, si cementa il legame tra i vari membri del gruppo, solidali tra loro in un'autentica condivisione di un percorso di crescita, a partire dalla comune esperienza di vicende di difficoltà e di sofferenza.

Sfortunatamente, vi sono anche delle condizioni meno favorevoli, nelle quali il lutto per la disabilità del figlio difficilmente può essere elaborato; il che è alla base di tutta una serie di misure difensive di un genitore o di una coppia genitoriale all'interno del gruppo. Qui il *transfert* diventa essenzialmente negativo, con l'attivarsi di un vissuto di paranoia verso il conduttore e gli altri genitori membri del gruppo, con un senso di essenziale rabbia per il proprio lutto non risolto, che quasi sempre viene negato con l'accrescersi di sentimenti di aggressività, rivalità e onnipotenza. Tutto ciò, se non adeguatamente contenuto e gestito da parte del conduttore del gruppo, attraverso una capacità di accogliere e modulare le identificazioni proiettive che si attivano, può portare la coppia all'abbandono del campo del gruppo.

Conclusioni

Alla luce di quanto affermato sin qui, si è cercato, in queste pagine, di mettere in luce il contributo che un impiego misurato e consapevole di elementi mutuati dallo studio dell'affettività può dare al lavoro con i genitori. Dal discorso qui delineato, secondo la tesi sostenuta in questa sede, quanto dolore mentale vi sia, a tratti, nel nucleo familiare, *in specie* a contatto con la disabilità di un figlio; quanto bisogno vi sia di tradurlo in parole e di dividerlo, e quale sia la possibilità del lavoro psichico di favorirne l'affiorare in superficie, rompendo la barriera dei meccanismi di negazione, così da poterlo pensare compiutamente e via via, a poco a poco, elaborare. Questo tipo di lavoro psichico è un valido complemento del lavoro educativo di cura più generale nei confronti della genitorialità. Un lavoro che miri nella direzione della formazione di una genitorialità responsabile e consapevole, da parte di una madre e di un padre fieri del loro ruolo, di cui a tutti gli effetti impadronirsi per sentirselo proprio.

L'obiettivo finale della cura educativa, anche in ambito familiare, è produrre *condivisione affettiva* a livello profondo, e anche, di pari passo, cura della persona, emancipazione, quale sviluppo di potenzialità e liberazioni da condizionamenti (Cambi, 2010), e in ultima analisi attenzione alle relazioni umane. Nel contesto del dibattito sulla disabilità, sono questi elementi che vanno di pari passo con un autentico progetto

d'inclusione, a tutti i livelli, che miri a un'attenzione precipua per l'accogliimento di tutte le differenze, nella direzione di un processo di crescita umana e sociale potenzialmente senza fine, sia dal punto di vista dell'apprendimento sia della partecipazione agli scambi comunicativi dentro un progetto comunitario (Booth, Ainscow, 2011, trad. it. 2014).

Riferimenti bibliografici

- Baranger W., Baranger M. (1969): *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Bastianini T., Ferruta A. (2018): *La cura psicoanalitica contemporanea*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Bauman Z. (2000): *Modernità liquida*. Trad. it. Laterza: Roma-Bari, 2002.
- Bertolone S., Correale A., De Spuches G., Fappa P. (1994): *L'identificazione proiettiva nella revisione bioniana*. In C. Neri C., A. Correale, P. Fadda (a cura di): *Lecture bioniane*. Roma: Borla, pp. 26-36.
- Bichi L. (2011): *Disabilità e pedagogia della famiglia*. Pisa: ETS.
- Bion W.R. (1962): *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it Roma: Armando Editore, 1972.
- Bion W.R. (1963): *Gli elementi della psicoanalisi*. Trad. it. Roma: Armando Editore, 1979.
- Bion W.R. (1966): *Il cambiamento catastrofico*. Trad. it. Milano: Loescher, 1981.
- Bion W.R. (1970): *Attenzione e interpretazione*. Trad. it. Roma: Armando Editore, 1973.
- Bion W.R. (1987): *Seminari clinici*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- Blandino G. (1996): *Le capacità relazionali. Prospettive psicodinamiche*. Torino: UTET.
- Blandino G. (2008): *Come logora insegnare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Boffo V. (2005): *Per una comunicazione empatica. La conversazione nella formazione familiare*. Pisa: ETS.
- Boffo V. (a cura di) (2006): *La cura in pedagogia*. Bologna: Clueb.
- Bollas C. (1989): *Forze del destino. Psicoanalisi e idioma umano*. Trad. it. Roma: Borla 1991.
- Booth T., Ainscow M. (2011): *Nuovo Index per l'inclusione. Percorsi di apprendimento e partecipazione a scuola*, ed. italiana a cura di F. Dovigo. Trad. it. Roma: Carocci, 2014.
- Bowlby J. (1969): *Attaccamento e perdita, vol. 1 – L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- Cambi F. (2010): *La cura di sé come processo formativo*. Roma-Bari: Laterza.
- Catarsi E. (2008): *Pedagogia della famiglia*. Roma: Carocci.
- Di Cagno L., Gandione M., Massaglia P. (1992): *Il contenimento delle angosce come momento terapeutico nel lavoro con i genitori di bambini con patologia*

- organica grave*. In G. Fava Vizziello, D.N. Stern (a cura di): *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Chiara G. (1999): *Sindromi psicosociali. La psicoanalisi e le patologie sociali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro A. (2002): *Fattori di malattia, fattori di guarigione: genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro A. (2007): *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro A. (2014): *Le viscere della mente. Sillabario emotivo e narrazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud A. (1936): *L'Io e i meccanismi di difesa*. Trad. it. Firenze: Martinelli, 1967.
- Gabbard G.O., Crisp H. (2016): *Il disagio del narcisismo*. Trad.it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- Galimberti U. (2018): *La parola ai giovani. Dialogo con la generazione del nichilismo attivo*. Milano: Feltrinelli.
- Goffman E. (1963): *Stigma. L'identità negata*. Trad. it. Roma-Bari: Laterza, 2003.
- Grinberg L. (1971): *Colpa e depressione*. Trad. it. Il formichiere, Milano, 1978.
- Kernberg O.F. (1992): *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 1993.
- Klein M. (1935): *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*. Trad. it. in *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978, pp. 297-325.
- Klein M. (1946): *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. Trad. it. in *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, Torino, 1978, pp. 409-434.
- Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. (1999): *Scenari della genitorialità*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Meltzer D. (1994): *Il modello della mente secondo Bion: note su funzione alfa, inversione della funzione alfa e griglia negativa*. In C. Neri, A. Corrales, P. Fadda (a cura di). *Lecture bioniane*. Roma: Borla, pp. 76-83.
- Milani P. (2018): *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Roma: Carocci.
- Mortari L. (2006): *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Nanzer N. (a cura di) (2012): *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2016.
- Nissim Momigliano L. (2001): *L'ascolto rispettoso. Scritti psicoanalitici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Papadopoulos R.K., Byng-Hall J. (a cura di) (1997): *Voci multiple. La narrazione nella psicoterapia familiare*. Trad. it. Milano: Bruno Mondadori, 1999.
- Pavone M. (a cura di) (2009): *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dall'infanzia all'età adulta*. Trento: Erickson.
- Riera M.A., Silva C. (a cura di) (2017): *Il sostegno alla genitorialità. Uno studio tra Italia e Spagna*. Milano: FrancoAngeli.
- Silva C., Ciucci E. (2020): *Emozioni e affetti nell'educazione dalla nascita ai dieci anni*. Milano: FrancoAngeli.

- Stern D.N. (1985): *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1987.
- Tagliacozzo R. (2005): *Ascoltare il dolore. Scritti*, a cura di N. Bonanome e L. Tagliacozzo. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Taurino A., Bastianoni P. (2009): *Il modello di formazione-supervisione integrata come metodologia di intervento clinico*. In P. Bastianoni, A. Taurino (a cura di) (2009): *Le comunità per minori*. Roma: Carocci.
- Ulivieri S. (2018): *Costruire una nuova democrazia tra conoscenza e solidarietà. Ruolo dell'educazione*. In S. Ulivieri, L. Binanti, S. Colazzo, M. Piccinno (a cura di): *Scuola Democrazia Educazione. Formare ad una nuova società della conoscenza e della solidarietà*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia, pp. 15-24.
- Vallino D., Macciò M. (2006²): *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Roma: Borla.
- Valtolina G. (2004): *Famiglia e disabilità*. Milano: FrancoAngeli.
- Vio C., Menazza C., Bacci B. (2010): *Parent training nell'autismo. Un programma di formazione per i genitori*. Trento: Erickson.
- Zanobini M., Manetti M., Usai M.C. (2006): *La famiglia di fronte alla disabilità*. Trento: Erickson.
- Winnicott. D.W. (1971): *Gioco e realtà*. Trad. it. Roma: Armando Editore, 1974.