

**I LUOGHI PER LO SGUARDO
GUARDARE PER VEDERE, L'AVVENTURA DELLO SGUARDO CONDIVISO**

Fabrizia Alliora¹, Elena Altamore², Clara Bertoni³, Sonia Cavenaghi⁴, Nisia Cosenza⁵, Danila Dipasquale⁶, Stefania Leoni⁷, Marta Fossati⁸ e Luca Pugliese⁹

Centro Diurno Diagnostico della UONPIA, Fondazione IRCCS CA' GRANDA,
Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Il Centro Diurno Diagnostico Piccoli della UONPIA è un progetto di lavoro con finalità di inquadramento diagnostico, rivolto a gruppi di bambini in età 0-5 con ipotesi di Disturbo di Sviluppo (disturbi di linguaggio, della relazione, ritardi psicomotori, ritardi mentali, spettro autistico). Condotte da un'équipe multidisciplinare, le attività del Diurno Diagnostico si concentrano in settimane intensive di osservazione e interventi multipli su gruppi ristretti di bambini. Possono afferire al Centro Diurno tutti i bambini in età 0-5 che abbiano fatto richiesta in una delle tre sedi UONPIA del Policlinico (bacino di utenza: zona 1 e zona 4 di Milano).

Il Centro Diurno Diagnostico Piccoli nasce dalla necessità di rispondere ad un preciso mandato istituzionale: abbattimento della lista di attesa, diminuzione dell'età media dei bambini al momento della diagnosi, riduzione del tempo medio di attesa tra la richiesta di prima visita e restituzione diagnostica.

La richiesta di abbattimento della lista di attesa viene posta non solo in termini di esigenza di Servizio, ma anche in termini di doverosa risposta e adeguamento ai risultati emersi dagli studi in letteratura. Numerosi autori a livello internazionale, infatti, sottolineano che in età prescolare l'intervento deve essere tempestivo ed intensivo. Viene anche ribadito che gli stessi interventi devono prevedere il coinvolgimento dei genitori, e incidere sui differenti aspetti di vita del bambino (Greenspan, 2005). La presa in carico di bambini piccoli con disturbi significativi dovrebbe, quindi, iniziare il più presto possibile, perché prima il bambino viene coinvolto in interazioni adeguate, prima imparerà nuove strategie, e prima queste si estenderanno ai suoi contesti di vita, consentendogli di sviluppare il minor numero possibile di comportamenti maladattativi e di gestire le proprie difficoltà.

Il Centro Diurno Diagnostico Piccoli ha quindi messo a punto un modello di valutazione diagnostica in risposta alle necessità di inquadramento diagnostico tempestivo, mettendo in campo un attivo coinvolgimento della famiglia nella direzione di un modello partecipato di intervento. Si è così arrivati a definire un percorso che è allo stesso tempo diagnostico (dal punto di vista del funzionamento del bambino e sua modificabilità) e terapeutico/trasformativo (dal punto di vista degli interventi messi in atto con il bambino e della trasmissione di competenze alla famiglia e al contesto di vita), che pone un'attenzione specifica agli aspetti di relazione e di interazione.

¹ Psicologa Psicoerapeuta.

² Logopedista.

³ Terapista della neuropsicomotricità.

⁴ Psicologa Psicoerapeuta.

⁵ Psicologa Psicoerapeuta.

⁶ Neuropsichiatra infantile.

⁷ Terapista della neuropsicomotricità.

⁸ Psicologa Psicoterapeuta.

⁹ Terapista della neuropsicomotricità

Premessa

Gli operatori della salute mentale si trovano a confronto con patologie croniche e complesse, che pongono trasversalmente e a lungo nel tempo problemi assistenziali che sono sempre meno di pertinenza esclusiva di singole professionalità e che, sempre più spesso, richiedono risposte multispecialistiche, multiprofessionali e soprattutto negoziali.

Nelle situazioni complesse, la contemporanea presenza di più componenti e di più interlocutori implica continue interazioni reciproche non lineari, che richiedono modalità di valutazione e di intervento che devono tenere adeguatamente conto di tali interazioni. Soprattutto in età evolutiva, la complessità dei disturbi si intreccia con la complessità dello sviluppo neuropsichico e la numerosità degli interlocutori.

Il contemporaneo coinvolgimento di più ambiti richiede una **multidimensionalità** nella valutazione, con l'attenzione costante ad esplorare adeguatamente tutte le dimensioni coinvolte (cliniche, sociali, dei bisogni di cura, della soddisfazione, dell'uso dei servizi, dei costi).

Allo stesso tempo, la presenza di una pluralità di soggetti (utenti, familiari, operatori, istituzioni, ecc.) con sguardi, valori, ruoli e responsabilità diversi, che contribuiscono ciascuno alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento dei risultati attesi, richiede che la multidimensionalità si intrecci con la pluralità dei diversi punti di vista, che viene a rappresentare non solo un elemento essenziale della valutazione iniziale con il paziente e la sua famiglia, per poter individuare e concordare adeguatamente le priorità, ma una componente ineludibile della strutturazione degli interventi e della valutazione degli esiti.

La numerosità e diversità dei punti di osservazione rappresenta uno degli elementi rilevanti della complessità, e sappiamo dagli studi in letteratura come **la concordanza** tra operatori e utenti nella valutazione dei bisogni rappresenti uno degli elementi che maggiormente si correla con gli esiti.

È indispensabile, allora, disporre di una strategia che consenta di far convergere i diversi punti di vista che derivano da una lettura accurata e complessa di ogni situazione o storia clinica particolare, in un sistema di decisioni condivise circa gli interventi più utili da implementare. *Costruire concordanza è già perseguire un esito*. Nel senso che disporre di un metodo strutturato per la gestione della concordanza significa già disporre di uno strumento per monitorare quell'esito.

Nei sistemi complessi di cura, sviluppare una visione condivisa costituisce dunque un obiettivo fondamentale; quindi sviluppare strategie e metodologie che ottengono l'espressione di una cultura condivisa (in altre parole la trasformazione, il trasferimento, la mobilitazione di conoscenze) all'interno del sistema di cura è una priorità rilevante. L'espressione "*cultura condivisa*" riflette la natura non lineare e non gerarchica della condivisione della conoscenza.

L'idea di una visione condivisa è che essa consiste in un mutuo processo di reciproco apprendimento. Le famiglie insegnano al professionista qualcosa che riguarda loro e i professionisti insegnano alle famiglie qualcosa che riguarda un modo più ampio o diverso di pensare a se stessi.

Gli esperti, infatti, hanno un'esperienza ampia, mentre le persone hanno un'esperienza "profonda". È questo che crea complessità.

Fondamentale diviene allora trovare strategie per evitare che le diverse opinioni di partenza possano divenire criticità, trasformandole invece in elementi positivi e trasformativi.

Il Centro Diurno Diagnostico Piccoli: un'offerta trasformativa

Il gruppo di lavoro Centro Diurno Diagnostico Piccoli, trasversale ai tre Poli Territoriali dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, è costituito da un'équipe multidisciplinare composta da neuropsichiatra infantile, psicologi, logopedista, terapisti della neuro psicomotricità, tirocinanti delle diverse discipline.

Le attività del Diurno Diagnostico si concentrano in settimane intensive di osservazione, tutte le mattine dal lunedì al giovedì, e sono suddivise in:

- ✓ momenti di osservazione della relazione genitore-bambino, attività di gioco nel gruppo dei pari definite e programmate all'interno dell'équipe, condotte da diverse figure professionali;
- ✓ incontri di gruppo con i genitori;
- ✓ momenti di "osservazione condivisa" del bambino dietro lo specchio unidirezionale, insieme con le diverse figure professionali dell'équipe, i diversi operatori coinvolti (educatori, pediatri, riabilitatori di altri servizi) i genitori e/o altri caregiver di riferimento;
- ✓ équipe multidisciplinari.

Particolare attenzione viene data al coinvolgimento e alla partecipazione delle figure presenti nei contesti di vita significativi del bambino: genitori, insegnanti, pediatra entrano in staff con gli operatori in un processo di conoscenza condivisa volto ad un'osservazione multidimensionale.

Metodologia

Le famiglie si recano al Servizio per quattro mattine consecutive.

La prima mattina ci si incontra tutti insieme all'interno dell'ampia stanza (dotata di specchio unidirezionale) dove si imposteranno le attività. Gli operatori si presentano a bambini e genitori; la neuropsichiatra responsabile del progetto illustra a bambini e genitori il percorso dei quattro giorni.

Nella prima parte della mattina, i genitori presenti, vengono invitati a giocare e relazionarsi liberamente con i propri bambini attraverso attività ludiche messe a disposizione o proposte e guidate dai terapisti presenti nella stanza.

Dopo una prima fase di gioco comune i genitori vengono invitati a lasciare la stanza e salutano i bambini che proseguono le attività con terapisti (logopedista e psicomotricista) e psicologi. Mentre i bambini proseguono le attività all'interno della stanza, i genitori vengono accompagnati dagli operatori di riferimento (psicologi e neuropsichiatra) all'osservazione del loro bambino dietro lo specchio unidirezionale.

Il clima dietro lo specchio è caratterizzato da attenzione e silenzio; gli operatori sono presenti con i genitori dietro lo specchio e la consegna data è di prendersi del tempo per osservare il proprio bambino.

Le attività della mattina all'interno della stanza vengono inframmezzate dalla merenda dei bambini, che si svolge in presenza di genitori e operatori e che diventa momento di scambio e conoscenza comune dei partecipanti alla settimana stessa.

Tutte le mattine i genitori sono invitati a partecipare ad un gruppo di confronto condotto da due psicologi dell'équipe allo scopo di condividere l'esperienza che stanno vivendo, elaborare insieme i vissuti legati all'osservazione del proprio bambino da dietro lo specchio, e affrontare insieme liberamente le tematiche connesse alle difficoltà dello sviluppo del proprio bambino; nell'ottica di un percorso di conoscenza del bambino comune e condiviso.

Durante la settimana, in accordo con le famiglie, vengono invitate nella sede le insegnanti del bambino e il pediatra, a cui viene lasciato un momento di osservazione del bambino dietro lo specchio, a cui segue un momento di confronto e condivisione sul bambino con l'équipe.

Alla fine di ogni mattina, dopo aver salutato le famiglie, l'équipe di operatori si riunisce per una discussione clinica sui partecipanti, allo scopo di raccogliere e strutturare gli elementi dell'osservazione. L'ultimo giorno le osservazioni vengono sintetizzate in un profilo di inquadramento diagnostico e di funzionamento.

Al neuropsichiatra di riferimento di sede (inviante) viene restituita una relazione completa di tutte le aree di osservazione, con la descrizione di un profilo di funzionamento per ciascun bambino e l'ipotesi di intervento.

La sfida

L'équipe del Centro Diurno Diagnostico Piccoli si pone come obiettivo di lavorare sulla complessità attraverso la costruzione di una visione condivisa. L'osservazione condivisa, lo specchio, il gruppo diventano in quest'ottica tre strumenti (o contenitori, o momenti) che consentono di arrivare, attraverso il modello, ai concetti cardine sopra esposti: Complessità, Concordanza, Visione Condivisa, Comprensione, Prospettiva Trasformativa.

Eccone alcuni passaggi.

Il coinvolgimento diretto del genitore in tutto il percorso diagnostico, dall'osservazione diretta dietro lo specchio unidirezionale, alla partecipazione ai gruppi dei genitori, all'osservazione condivisa con gli operatori, l'educatrice e il pediatra (insieme dietro lo specchio a osservare lo stesso momento) ha come implicito assunto di base il tentativo di mettere insieme le diverse rappresentazioni del bambino (rappresentazioni del genitore, dell'insegnante, dell'operatore, del pediatra) per lavorare su una visione comune e condivisa.

- Osservazione dietro lo specchio: [genitori, insegnanti e operatori dietro lo specchio]:

i genitori osservano gli osservatori: attenzione, silenzio, sospensione del giudizio. In un gioco di identificazioni, i genitori attraverso l'osservazione degli osservatori si mettono in contatto la propria parte adulta, non giudicante, "osservante". E' incredibile vedere, in ogni gruppo, come in poco tempo lo scenario "dietro lo specchio" diventi uno scenario condiviso. I primi momenti possono essere di commenti, sorrisini, imbarazzo, ansia, rifiuto... ma poi tutti i genitori assumono una posizione osservante.

- Comprendere (viene dopo osservare): i genitori osservano gli operatori che cercano di comprendere: ossia di definire il problema: "[...] *condizione necessaria per la personalizzazione del processo di aiuto* [...]". Ipotizzare il problema significa: "*passare da ciò che è conosciuto, la domanda e la descrizione della storia della persona, a*

un'interpretazione condivisa dal gruppo di progetto che dia significato alla domanda stessa; vada oltre al bisogno espresso, e lo ridefinisca per poterne ipotizzare le cause sulle quali intervenire". (Pompei, 2004)

- Il gruppo dei genitori è ovviamente di grande supporto per dare senso e significato all'esperienza osservativa e questo è forse il suo scopo principale. Mette il genitore nella condizione di poter parlare di ciò che ha osservato e di come si è sentito durante l'osservazione; di restituire se l'osservazione è più o meno vicina alla propria osservazione quotidiana. Questo significa restituire al genitore un ruolo attivo e competente: il genitore non è più solo colui che fa una richiesta di aiuto, ma è anche colui che fin da subito può essere messo nelle condizioni di poter portare un contributo nel processo di comprensione del problema. Spesso i genitori di un bambino vedono un bambino diverso da quello che vedono gli operatori o gli altri genitori del gruppo; arrivare a mettere insieme le diverse rappresentazioni è precisamente quel processo che viene definito costruzione della concordanza. Il processo attraverso il quale si costruisce una visione condivisa, è di per sé un processo trasformativo.

E' evidente il modo in cui questa impostazione sposta l'asse da un assetto metodologico "classico" (osservazione degli operatori – diagnosi intesa come restituzione del processo osservativo) a un *procedimento osservativo condiviso*, dove il focus è non tanto (o non solo) stabilire quali sono gli strumenti più attendibili per l'osservazione, ma condividere il procedimento e il senso dell'osservazione. Il significato del processo diagnostico va quindi sempre più sviluppandosi verso una direzione di comprensione, condivisione, e concordanza.

Questo spostamento di focus riguarda non solo la fase della valutazione multidimensionale, ma anche il dopo, il post valutazione e i successivi passaggi: la fase della definizione del problema (la rilettura della domanda in termini di gerarchia di problemi), la fase dell'elaborazione del piano operativo e la fase della valutazione degli esiti.

L'aspetto specifico consiste principalmente nel fare in modo che i genitori (e gli altri adulti significativi del contesto di vita del bambino) possano essere resi consapevoli dei processi di pensiero degli operatori nelle diverse fasi del percorso. In altri termini, condividere con il genitore il motivo per cui si è pensato ad un intervento specifico piuttosto che ad un altro, significa comunicare non solo quale significato si è dato ad un certo tipo di comportamento/o sintomo, ma anche in che modo quest'attribuzione di significato è stata collegata alla progettazione dell'intervento. In tal senso la partecipazione attiva del genitore diventa alleanza terapeutica.

Guardare per vedere: l'avventura dello sguardo condiviso. Mantenere uno sguardo analitico all'interno dell'Istituzione

Il modello teorico che più di tutti ci aiuta a leggere questa esperienza è il modello bioniano "contenitore-contenuto" (Bion, 1962). La costruzione di un contenitore saldo e affidabile è il fondamento su cui si regge un lavoro così dinamico e multiforme. Prendersi cura dei diversi "contenitori" attraverso cui si dispiega l'esperienza del Centro Diurno Piccoli è il compito principale del nostro gruppo di lavoro.

Donald Meltzer (1982) descrive molto bene le qualità, psichiche e fisiche, indispensabili perché l'oggetto contenitore possa assicurare la sua funzione di contenimento, qualità che possiamo applicare molto bene anche ai diversi "contenitori" su cui si costruisce, a cerchi concentrici, il nostro Centro Diurno Diagnostico Piccoli: madre/padre contengono il bambino, l'operatore contiene madre/padre con il bambino, il gruppo degli operatori (dentro la stanza, dietro lo specchio, nel gruppo genitori) contiene i genitori con il loro bambino.

Ecco le qualità dell'"oggetto contenitore", così come Meltzer le definisce:

- la capacità psichica di "avere dei confini", di "essere presente", e di non avere "la testa altrove"
- la capacità di "essere un posto confortevole", sia per le sue qualità sensoriali (il calore, il timbro della voce, etc.) sia per le sue qualità emotive (la tranquillità, la disponibilità, etc.)
- l'essere caratterizzato dalla "privatezza" che Meltzer definisce come "qualcosa che è un prodotto della storia tra contenitore e contenuto"
- l'essere caratterizzato dalla "esclusività", cioè dal senso dell'unicità.

Queste qualità psichiche, così importanti ai fini della costruzione di un contenitore che "*tiene*" sono continuamente da presidiare e da far crescere in un continuo lavoro di riflessione e di apprendimento dall'esperienza.

Intreccio dei diversi contenitori

Nel corso dell'esperienza si dispiegano poi i diversi contenitori, flessibilmente interconnessi fra loro, che costituiscono il Diurno Piccoli nel suo complesso: il gruppo degli operatori nella stanza, il gruppo dei bambini, il gruppo degli operatori dietro lo specchio, il gruppo-genitori, l'équipe allargata degli operatori coinvolti. Tutto questo avviene in modo dinamico e flessibile insieme pur nel rigore di un setting essenziale nelle sue coordinate di tempo e di spazio.

Rêverie

Nell'esperienza del Diurno Piccoli, la capacità di rêverie, così naturalmente vissuta dalla madre nella relazione col proprio figlio, diviene funzione mentale indispensabile per operatori impegnati nell'ambito dei diversi contenitori nominati (la stanza, il gruppo-genitori, l'équipe...); ma tale funzione mentale può continuare ad essere risvegliata e messa in campo solo se viene continuamente sostenuta e nutrita in un'équipe in grado di diventare un "gruppo di lavoro" vero.

L'affiatamento del gruppo degli operatori è un processo lungo che non si può dare per scontato, ma quando si avvia un'esperienza di questa natura questo percorso diventa indispensabile.

Nella stanza

La solidità del cerchio e la flessibilità mentale degli operatori permette ai genitori e ai bambini di creare una rete di rapporti "liberi" fra di loro e con noi.

Noi operatori però dobbiamo essere consapevoli del fatto che essendo in una situazione dinamica che riflette la sostanza della relazione madre-bambino nel suo divenire (la relazione contenitore-contenuto), il confine dovrà essere continuamente ridefinito.

Ascoltare, osservare, comprendere, contenere per arrivare a sviluppare un primo profilo di "funzionamento" del bambino nelle diverse aree di sviluppo, sono i punti fondamentali su cui si fonda questa esperienza. Ciascun operatore, svolge il suo ruolo centrandolo su questi aspetti, aspetti che sono la base che accomuna, pur nello specifico di ciascuno, il lavoro di tutte le figure professionali presenti.

All'interno di questa base comune, che richiede a ciascuno di noi un atteggiamento di *fluidità mentale*, vi è anche uno specifico professionale che spesso si svolge "in punta di piedi", per non correre il rischio di essere vissuti come "gli esperti". Siamo consapevoli, infatti, che il vissuto di competenza dei genitori può crescere solo se noi siamo in grado di non scivolare in un ruolo "pedagogico".

Gli operatori che di solito, svolgono un ruolo più attivo col bambino sono spesso la logopedista e lo/la psicomotricista. Questi ultimi, di solito, sono i primi a coinvolgersi nel gioco con il bambino e spesso si trovano a "mostrare un modo" che il genitore talvolta utilizza per tentare a sua volta, rassicurato dalla loro presenza. Chi invece si trova a mantenere un occhio un poco più distante è la psicologa, attenta non solo alla relazione madre-bambino, ma anche a ciò che accade nel gruppo.

Fondamentale per la costruzione di un primo profilo è invece la figura della neuropsichiatra infantile, attenta a tenere nella mente una prima integrazione delle diverse aree di sviluppo in vista della valutazione diagnostica. Preziosa è anche la funzione dell'osservatore esterno, i tirocinanti degli operatori che, non partecipando attivamente alla conduzione del gruppo ma invitati a osservare attraverso l'esperienza dietro lo specchio, possono vedere, come in una *visione dall'alto*, molte cose che possono sfuggire a distanza ravvicinata.

In questa cornice, l'aspetto interessante è che i diversi operatori, pur rimanendo ciascuno nel proprio ruolo professionale, hanno un denominatore comune che permette loro di lavorare in una sorta di zona condivisa che, pur garantendo un'esperienza di specificità e di complementarità, fa sì che le diverse culture (neuropsichiatrica, psicologica, logopedica, psicomotoria) non si sovrappongano ma si integrino.

E' come se fossimo come *fratelli in una famiglia*, fratelli che, per poter gestire in spirito di collaborazione il gruppo, debbono saper gestire le loro parti più infantili e immature per far emergere la parte più adulta, consapevoli del fatto che i genitori e i bambini avvertono il clima emotivo che c'è nell'équipe.

Il tempo ed un lavoro quotidiano di ricerca dell'intesa arginano eventuali tentazioni di gerarchizzazione di una figura professionale rispetto alle altre, "tentazioni" che possono impedire spazi di crescita. D'altro canto, più il gruppo degli operatori è *solido* (cerchio esterno), più è in grado di reggere il gruppo dei genitori con i loro bambini (cerchi interni).

Questa modalità di lavoro clinico in un contesto di gruppo genitori-bambini, genitori-fra loro, genitori-dietro-lo-specchio, chiede particolare attenzione al rapporto con questi ultimi.

Sia nella stanza che nel gruppo-genitori è come se noi operatori fossimo una sorta di *catalizzatori delle capacità genitoriali*: accogliendo le preoccupazioni espresse e inespresse (*funzione spugna*) allarghiamo la nostra *capacità emotiva*, unica condizione che ci consente di svolgere la stessa funzione di rêverie che essi svolgono verso i loro bambini.

Quando un figlio ha una difficoltà, un disturbo, vive in una condizione di disagio, spesso le angosce dei genitori sono molto intense e dirompenti e possono muovere in noi la tentazione di rassicurare invece di, prima di tutto, ascoltare; ma rassicurando (in realtà più noi stessi che l'altro) si rischia inconsapevolmente di eliminare i contenuti più profondi e indicibili. Ascoltare, invece, significa accogliere tutto il dolore senza paura e senza censura così che, nel tempo, anche l'altro lo possa fare a sua volta.

Dietro lo specchio può accadere che i genitori conversino fra loro o con gli operatori presenti, perdendo di vista il bambino. In questi casi è molto utile che noi operatori teniamo un ancoraggio ben saldo sul bambino attraverso il nostro sguardo; ogni genitore, infatti, può essere sostenuto solo se aiutato a rimanere in contatto con i bisogni del suo bambino.

Anche l'organizzazione del nostro lavorare insieme come operatori sembra riprendere la figura geometrica dei cerchi concentrici: il cerchio degli operatori nella stanza contiene il cerchio dei genitori con i loro bambini, ma questi stessi operatori, sono a loro volta idealmente contenuti dagli operatori che costituiscono il gruppo di lavoro nel suo insieme.

I cerchi concentrici sono intercomunicanti fra loro nel senso che sono livelli da cui si entra e si esce continuamente per la duttilità contenuta nell'esperienza stessa.

Nella stanza, gli operatori si trovano a vivere un'esperienza emotivamente molto intensa che spesso non consente una visione sempre limpida e comprensibile di quel che si osserva.

Équipe- gruppo genitori

In un lavoro così complesso per la quantità di elementi da tenere in connessione fra loro, è quindi indispensabile ritrovarsi, dopo la conclusione della mattinata, per un momento di riflessione comune su ciò che si è appena vissuto. Quando si lavora con bambini piccoli è la comunicazione non verbale ad essere predominante e ci si trova a vivere emozioni molto primitive, spesso non comunicabili con le parole perché ancora non assunte a livello mentale. Condividendo le prime impressioni si cominciano ad elaborare le proiezioni di cui si è stati oggetto durante l'incontro e si comincia a costruire insieme una prima ipotesi diagnostica.

Diviene così fondamentale il momento dell'équipe subito dopo il gruppo.

E' in questo *luogo*, fisico e mentale insieme, che si riprende una sorta di "visione dall'alto" in cui finalmente *qualcosa* comincia ad apparire in modo più chiaro; una sorta di trama del racconto, una chiave di lettura da cui poter partire per cominciare a capire.

Portare la propria esperienza e discuterla all'interno di un "contenitore buono, non giudicante, interessato a capire", è un'occasione preziosa per aumentare il proprio "spazio interno" e migliorare la visuale e la comprensione, intendendo la parola "comprensione" così come la intende Meltzer (1986): "comprendere" è la condizione che fa sì che l'azione sia frutto del pensiero e non fuga dal pensiero.

Nei nostri gruppi spesso circolano emozioni molto forti e molto primitive, e si sa che più le fantasie inconscie sono intense più ci sentiamo spinti ad agire; ma in questi casi l'agire nasce dal fatto che non si regge più l'angoscia e non dal fatto che il processo di pensiero porta in quella direzione. E' l'elaborazione del materiale che permette la comprensione di queste dinamiche rendendo così ancora più vivo e ricco di senso il nostro lavoro.

All'interno di questo lavoro fondamentale è l'esperienza del "gruppo-genitori" nella sua modalità di condivisione "immediata" dell'esperienza.

Nella mattinata di lavoro insieme i genitori vivono, come gli operatori, sia nella stanza con i bambini che dietro lo specchio. Questo sguardo bifocale, dato dall'andare "dalla stanza a dietro lo specchio" e viceversa, consente un'esperienza nuova, molto impegnativa, spesso spiazzante: osservare il proprio bambino "a distanza".

Abbiamo visto che questa condizione muove emozioni e "pensieri nuovi" spesso non così facili da tollerare (ecco perché è necessario avere accanto un operatore a loro familiare) ma preziosi, sia per la scoperta di aspetti non conosciuti del proprio figlio, sia per il contributo impagabile che questi danno agli operatori da questo insolito angolo di visuale.

Il gruppo genitori risponde così a una doppia funzione: consentire una sorta di "alleggerimento emotivo" nella condivisione fra pari, e contemporaneamente, offrire un'occasione per guardare il proprio figlio con occhi di altri genitori che vivono la stessa esperienza.

Fondamentale è il ruolo dello psicologo che conduce il gruppo: favorire la comunicazione garantendo lo spazio di ciascuno, sostenere contemporaneamente il riconoscimento delle risorse e lo sguardo sulla difficoltà, avviare un primo processo di elaborazione.

L'osservazione secondo il metodo dell'I.O.

Alla luce di quanto descritto viene naturale comprendere come la formazione con l'Infant Observation possa essere preziosa in questo lavoro.

L'infant Observation è uno strumento, semplice nella forma quanto complesso nella sostanza, per apprendere dall'esperienza (Bion 1962). L'osservatore impara gradualmente a tollerare stati emotivi molto intensi, sopportare il dubbio, la pena e le angosce e a distinguere sempre meglio, nel corso del tempo, fra la realtà psichica propria e quella del bambino osservato. Questo aiuta noi che lavoriamo con i bambini, ad avere uno sguardo sempre più limpido ossia più *vedente*.

Lo sguardo che non si limita a *guardare* ma vuole *vedere*, è uno sguardo che non si ferma ai comportamenti come dati di fatto, ma è uno sguardo che prende su di sé il rischio e la responsabilità di andare oltre, di entrare nell'esperienza aperto ad accogliere ciò che gli verrà incontro, a *com-prendere* e *con-tenere*. Gli inglesi dicono "I see" (io vedo) per dire "capisco", "comprendo": *guardo* per vedere, *osservo* per comprendere e *comprendo* per apprendere.

Si tratta dunque di imparare a "Guardare per Vedere" e di "Osservare per Apprendere" poiché: «*Ciò che si vede dipende da come si guarda; poiché l'osservare non è solo un 'ricevere' ma è, al tempo stesso, un atto creativo.*» (S. Kierkegaard).

Bibliografia

- BENZONI S. (2015) Documento Cans. *Documento interno Uonpia Policlinico di Milano*.
- COSTANTINO A. (2015) La valutazione di esito nella pratica clinica in situazioni di complessità. *Ricerca e Pratica*, 31, pp. 14-21.
- BION W. (1962) Trad.it. *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 2009.
- MELTZER D. (1986) Trad. It. *Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento*. Erickson, Trento, 2013.
- POMPEI A. (2004) La valutazione del processo di aiuto con la persona e la famiglia. *Centro Studi e Formazione Sociale, Fondazione "E. Zancan"*, p. 150.