

**U.O.N.P.I.A. Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**  
**Dipartimento della DBN**  
**Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano**

**CENTRO MILANESE DI PSICOANALISI "CESARE MUSATTI"**

**MILANO 12 GENNAIO 2018**

**Lesley Caldwell**

**Attualità del pensiero di Winnicott: bambini in affido e in adozione, risorse e sofferenze.**

Oggi parlerò dei temi critici di affido e adozione attraverso il pensiero di Winnicott, che fu medico e pediatra prima di essere psicoanalista. Spero che le sue intuizioni abbiano ancora senso per i clinici di varie discipline che nel mondo contemporaneo devono confrontarsi con le questioni relative ai bambini senza casa, migranti e con le situazioni estreme a questo associate: traffico di minori, lavoro minorile, migrazione globale, l'abuso, sessuale e in tutte le sue forme. Queste questioni che emergono con urgenza nel mondo contemporaneo mettono in crisi il concetto globale di infanzia e i parametri di riferimento ad esso collegati.

Potrebbe apparire singolare adottare gli scritti teorici e clinici di qualcuno che ha cominciato a lavorare negli anni '20, dal momento che la medicina si è enormemente sviluppata negli ultimi novanta anni ed è certamente vero che sono attualmente dati per scontati alcuni concetti riguardanti la cura dei bambini nel periodo bellico e post bellico in Gran Bretagna, per i quali Winnicott e i suoi colleghi hanno dovuto lottare. La pratica di lasciare i bambini da soli in ospedale o il rivelare il più presto possibile ai bambini il loro stato di adozione, sono questioni che riguardano tutti i clinici, ma visto che sono misure che confinano con la psicologia, sottolineano la necessità di trattare il bambino nella sua globalità e l'importanza della correlazione tra gli stati della mente e le condizioni fisiche, area a cui Winnicott ha dedicato la propria vita.

Nel 1923, a Londra, subito dopo la sua laurea, Winnicott si è occupato di bambini in ambito pubblico, nei Day Hospitals dell'ospedale di Queens e nell'ospedale di Paddington Green dove rimase nel corso di tutta la sua attività nel pubblico.

In una intervista avuta negli anni, disse: "Ho incontrato un gran numero di pazienti nella London County Council Rheumatism Supervisory Clinic in cui si trattano la febbre reumatica, la corea e concomitanti malattie cardiache. Nei primi anni '20 ho avuto anche esperienza con gravi epidemie, specificatamente l'encefalite letargica. Abbiamo anche dovuto gestire diarree estive molto gravi e varie epidemie di poliomielite, ed eravamo, ovviamente, nell'era pre-antibiotica e i nostri reparti erano gremiti di bambini con infezioni purulente dei polmoni o delle ossa o delle meningi .....".

La penicillina ha posto fine a ciò e trasformato la pediatria fisica in un ambito in cui ci si può anche permettere di rivolgere l'attenzione ai disturbi della vita del bambino sano (pg. 196,197).

Che i pediatri potessero rivolgere la propria attenzione 'ai disturbi del bambino sano', è stata una questione centrale nel pensiero di Winnicott, che si è battuto a più livelli su questo punto.

In un momento in cui la specializzazione in medicina non era ancora completamente strutturata, egli già pensava che la psichiatria infantile fosse questione di interesse pediatrico e non pertinente alla psichiatria degli adulti, vuoi per la necessità di competenze molto differenti, vuoi perché le nuove possibilità di cura di patologie fino ad allora debilitanti o fatali, avevano aperto alla pediatria nuove frontiere di interpretazione della cura dei sintomi in età evolutiva, comprensibili solo attraverso una consapevolezza delle implicazioni di ordine psicologico.

Queste includevano condizioni dove era necessaria una competenza psicologica tout court ed altre che sono esempi di patologie croniche della nostra epoca. Per quanto riguarda questi aspetti della salute del bambino (ma anche per quelli che riguardano la psichiatria degli adulti), Winnicott sottolineò il valore della ricerca sullo sviluppo emozionale del bambino, sull'attaccamento, sull'importanza di una base sicura, e sulla necessità di una relazione con i caregivers consistente ed affidabile, che fossero i genitori biologici o meno (vol. 3, Pediatria e psichiatria p.123).

Il suo primo libro 'Clinical Notes on Disorders of Childhood', pubblicato nel 1931, dedicato ai Medici di Medicina Generale, evidenziava già l'interesse per le componenti psicologiche della salute infantile e la convinzione che un'osservazione clinico-psicologica, avrebbe potuto fornire ulteriori elementi per la comprensione di molte patologie dell'infanzia. La diminuzione complessiva delle patologie organiche dell'infanzia, portò ad un maggiore interesse verso le componenti sociali e preventive della medicina (Vol. 1, pg. 155/pg. 202) cosicché più che di un Winnicott pediatra poi diventato Winnicott psicoanalista, direi che entrambe le prospettive, sociale e preventiva, sono state sempre presenti durante tutta la sua carriera, sostenute sia clinicamente che teoricamente da un'attenzione costante alla psiche e al corpo: 'Sono un pediatra che è scivolato verso la psichiatria e uno psichiatra che si è aggrappato alla pediatria', ha affermato (1948, Vol. 3).

Nel suo contributo 'Il bambino difficile' alla Royal Society di Medicina il 10 dicembre del 1929, ha proposto, antesignano per l'epoca!, che 'i sintomi rappresentano normalmente una spontanea richiesta di cure per la malattia, dovuta a conflitti inconsci'(Winnicott, 1930, p.583 in Robinson, introduzione a CW, vol 1).

'Clinical Notes on Disorders of Childhood', è interessante per la discussione riguardo allo sviluppo delle emozioni (descritte come 'normalmente complesse e comunemente incomplete') e per il suo utilizzo del metodo psicoanalitico nella cura medica routinaria.

Ad esempio egli si riferisce all' 'orticaria papulare come a una superficie cutanea investita libidinalmente e intesa come estensione della mente'(1934, Vol.1), oppure suggerisce che l'ansia che provano i bambini quando vanno dal dottore, e come la affrontano, sia un segno della loro salute emotiva che può aiutare il dottore nel fare la diagnosi. 'Il bambino nervoso è nervoso per ragioni interne', dice, dando voce a quel moderno approccio psicoanalitico che lui stesso continuerà a sviluppare con l'attenzione globale all'ambiente e alla sua centralità per la salute.

E andò anche oltre affermando che i pediatri non solo potevano comprendere la nevrosi infantile ma che la prevenzione delle malattie mentali da ospedalizzazione è nelle mani del pediatra che lo sappia o no!

Clinical Notes on Disorders of Childhood, trova le sue radici nell'accuratezza delle visite e dell'osservazione clinica e nell'ascolto della madre e del bambino come fonti principali per ritrovare la salute del bambino. Come il famoso pediatra John Davis sottolinea 'Se adesso questo suona "curioso", questo è dovuto ad uno scivolamento verso l'epidemiologia più che al fatto che le sue idee fossero sbagliate (Davis, 1993, pg.95).

Il progresso medico ha generato tanti modi per comprendere come molte delle preoccupazioni dei genitori per la salute dei figli non siano generate da malattie fisiche.

Ciò, non per negare le origini fisiche delle malattie dell'infanzia, ma per renderci consapevoli che i pediatri devono prestare attenzione alla famiglia nel suo complesso, perché è lì che il sintomo diventa comprensibile e che il pensiero psicoanalitico è importante per comprendere che molti dei sintomi che spingono i genitori a chiedere aiuto sono, direttamente o indirettamente, frutto dell'ansia.

E ora passiamo ai suoi scritti sulla cura del bambino in famiglia e nell'istituzione, sviluppati durante il suo lavoro nell'Oxfordshire nel corso della seconda guerra mondiale, centrati sulla politica governativa di evacuazione dei bambini, allontanati dalle zone a maggior rischio di bombardamento ma, di conseguenza allontanati dalle proprie famiglie, attraverso svariate forme di affidamento.

Alcune di queste modalità potrebbero essere utilizzate anche ora, nella tragica situazione globale dei giovani migranti non accompagnati che, nella sola Europa, rappresentano un parallelismo numerico con la seconda guerra mondiale.

Tra il 1940 e il 1941, Winnicott era diventato lo psichiatra consulente in un centro residenziale per giovani vicino a Bicester, che veniva gestito come una comunità terapeutica e che ospitava bambini difficili da collocare in famiglie affidatarie, inseriti lì come 'ultima spiaggia'. Quando il progetto originario chiuse egli continuò a lavorare per l'Oxford Evacuation Hostel Scheme.

Nel 1945 dando il suo parere di esperto alla Home Office Committee on Children's Homes (che produsse il Curtis report, che regolamentava le modalità di cura dei bambini in Gran Bretagna nel dopoguerra), rispose con la sua caratteristica cura alle domande sul tipo di bambini ospitati nelle case d'accoglienza per bambini durante la guerra.

*In questo progetto abbiamo avuto a che fare con bambini difficili da collocare, ma penso potrebbe dare una impressione sbagliata dire che quella fosse la parte più importante del nostro lavoro perché vorrei far notare come ogni bambino privato della propria casa sia in una condizione di difficoltà, a meno che non gli vengano dedicate delle cure, ed è stato per noi molto difficile fare delle diagnosi a partire dai sintomi. Un bambino può fare cose terribili ed essere tuttavia sufficientemente facile da gestire e così se abbiamo sempre un certo numero di bambini molto difficili, la maggior parte dei bambini li metterei nella categoria dei bambini 'normali' se non fosse che le loro famiglie erano state gravemente colpite (Non erano veramente anormali).*

In due lavori sui Homeless Children (1944, vol 2 CW) e su 'La gestione residenziale come trattamento per bambini difficili' (1947, Vol 3) scritti con Clare Britton, un'assistente sociale psichiatrica (PSW) che è diventata la sua seconda moglie, descrisse questi esperimenti in tempo di guerra. Erano problemi di vasta portata ed entrambi ben conoscevano i fallimenti dei grandi istituti nella cura dei bambini bisognosi e la difficoltà nel trovare affidi e adozioni individuali e rapide. Per quanto riguarda Bicester e Oxford, la maggior parte dei bambini venivano inviati rapidamente in affidamento, ma questo non esauriva il lavoro che si doveva fare con i bambini feriti in modo permanente. Si faticava a trovare case sostitutive per tutti i bambini che ne avevano bisogno, ma Winnicott e Britton sottolineavano che per quelli che soffrivano di specifici disturbi emotivi, era necessaria una qualche forma di cura residenziale con una gestione specialistica (p.311). C'era la necessità di far fronte al fatto che alcuni bambini avrebbero per sempre portato le tracce delle eccessive

tensioni emotive subite e, in quei casi, le famiglie affidatarie non erano sufficienti a dare quello di cui avevano bisogno. Specificavano che, alcuni bambini, “erano talmente segnati dall’infelicità, da non poter stare in una casa normale, almeno fino a quando non avessero potuto ricevere cure specializzate e comprensione (p.300)’.

Sottolineavano che vi era la necessità, per quanto doloroso fosse, di distinguere tra i bambini che potevano e quelli che non potevano giovare delle cure (p.304, p.309). Secondo la loro esperienza i bambini evacuati potevano essere classificati in due gruppi:

1 -quelli provenienti da una buona situazione familiare che, sebbene malati per via delle loro esperienze traumatiche, potevano avere una buona prognosi perché, se veniva loro offerto, erano in grado di usare un ambiente di cui potevano fidarsi,

2 -quelli che avevano avuto poche o nessuna buona esperienza familiari ed erano a tal punto malati che ogni tentativo di dare loro un’idea di cosa significasse un ambiente familiare significava ricominciare dal principio in situazioni speciali di tipo residenziale, dove potessero ricevere terapie e cure consistenti.

Winnicott metteva ben in chiaro che i bambini trascurati erano un carico sociale, soprattutto quando i sintomi si strutturavano in caratteri antisociali o vere e proprie malattie psichiatriche. Lui e Clare suggeriscono trattamenti in piccole strutture somiglianti ad una specie di famiglia, Sugeriva che in queste strutture residenziali fossero accolti non più di 25 ragazzi, meglio 12, altrimenti si sarebbero trasformate da strutture a carattere famigliari in istituzioni. Inoltre suggerivano che queste strutture comunitarie fossero collegate tra di loro, in modo tale da permettere il collocamento dei bambini secondo i particolari problemi che presentavano e, se si fossero presentate difficoltà in una struttura, potessero essere trasferiti da un’altra.

Per quei bambini che arrivavano con una sintomatologia grave ma che era tuttavia considerata transitoria (definita come difesa verso un ambiente avverso), l’obiettivo di questi centri era quello di fornire loro i trattamenti adatti e quando li trovavano in modo costante e continuo, questi bambini tendevano a rispondere bene e a migliorare.

Sottolineavano anche la necessità di un’attenzione particolare rivolta agli educatori, inclusa la formazione di quelli che lavoravano e vivevano in centri residenziali, attraverso discussioni sui problemi emergenti con i bambini antisociali e come fare per comprenderli. Gli operatori di questi centri dovevano essere forti, fermi e esperti

Offrono continui suggerimenti per i genitori affidatari, per gli operatori, per gli amministratori sanitari: Questo è quanto scrivono:

Quale è il significato di una casa/famiglia e di sentirsi a casa e cosa è necessario per i bambini deprivati, specialmente per coloro che non hanno mai fatto esperienza di una vera famiglia? Cosa si può fare e quali sono i limiti di quanto si può fare e come si può farvi fronte in modo opportuno?

La maggior parte delle famiglie comuni provvede al bambino con un ambiente accogliente fino dall’inizio, e il bambino impara ad avere fiducia e a credere nei suoi genitori, ad esser aiutato a fare i conti con i conflitti interni ed esterni, avendo prima di tutto goduto di un ambiente familiare sicuro, una sicurezza che può essere costantemente messa alla prova e in questo modo farsi strada e trovare il proprio posto prima nel mondo vicino, quello dentro la famiglia e poi nel grande mondo fuori da essa. Ma se un bambino è senza genitori, o se sono lontani, o se i caregivers originari sono incapaci di far fronte alle esigenze del loro bambino, quel bambino avrà scarsa fiducia in sé stesso e nell’altro (p.305).

Bambini che hanno sperimentato un buon ambiente fin dall'inizio, sono maggiormente adattivi di quelli che ne hanno sperimentato uno sfavorevole. Per questo secondo gruppo, la disperazione nel perdere il proprio ambiente familiare, per quanto questo sia stato fallimentare, rende difficile proporre altri aiuti e rende un compito davvero molto più difficile trovare una nuova casa. Dopo un iniziale periodo di quiete, questi bambini metteranno alla prova la nuova situazione e, a seconda della risposta ambientale, potranno o meno adattarsi.

Winnicott si occupò molto dei bambini antisociali e di loro pensava che la costante messa alla prova dell'altro fosse l'evidenza che non avevano perso la speranza e che ancora speravano di trovare quanto avevano perso. Ma i bambini che non presentano comportamenti antisociali sono spesso ammalati in altro modo: sono depressi, confusi, introversi e ritirati, condizioni che possono essere tollerate a seconda della duttilità dell'operatore.

Un'altra categoria di bambini, quelli che chiamò "devianti" 'quelli che torturano gli animali, che mangiano i vermi, che sono sospettosi di fronte alla gentilezza, quelli che mettono gli uni contro agli altri, sfruttando le fragilità altrui, o che causano problemi suggerendo comportamenti e azioni negative ad altri ma restandone al di fuori, intoccati', questi non possono essere trattati da una gestione educativa per quanto esperta e tollerante, per loro è necessaria una psicoterapia.

In un lavoro successivo dedicato agli assistenti sociali dell'età evolutiva, sui bambini con problemi mentali'(Vol.5,p.481), Winnicott tratta del lavoro clinico di rete su un caso (casework) distinguendolo dalla psicoterapia. Questo lavoro clinico è un processo di problem solving che prevede interventi sociali e che di solito ha inizio in un'istituzione specifica con finalità sociali.

Il suo approccio è:

Qual'è il minimo necessario che può essere fatto per fare la differenza?

Questo approccio è diverso da una psicoterapia infantile.

Qualsiasi psicoterapia dei bambini coinvolge un lavoro clinico di rete, dal momento che si è in contatto con i genitori, con gli educatori, con la scuola, ma sono due i processi che dovrebbero coesistere e lavorare insieme, dipendendo uno dall'altro sulla base delle loro differenze, il lavoro clinico di rete (casework) non è psicoterapia e non dovrebbe confondersi con essa.

In una trasmissione radio del 1945 sui bambini evacuati Winnicott parla della ricchezza di esperienza sulle genitorialità che l'evacuazione aveva prodotto, specialmente nelle famiglie in cui i bambini erano rimasti per alcuni anni. Ma l'esperienza dell'affido può avere successo solo se il bambino vi contribuisce e vi partecipa, tanto per cominciare quando deve avere fiducia nelle persone che lo ospitano. In questo caso gli affidatari hanno la possibilità di impegnarsi perché hanno che fare con un bambino a cui è possibile offrire un ambiente sufficientemente buono, in cui le cure materiali fanno parte dell'insieme più ampio delle cure emotive. Winnicott ritiene che l'affido non possa avere successo se la situazione del bambino è troppo compromessa, se è troppo malato psichicamente, troppo instabile, se non ha fiducia nella possibilità di trovare qualcosa di buono in quello che gli è offerto. Gli obiettivi degli affidatari e del bambino in affido sono diversi ma per entrambi c'è una profonda implicazione emotiva nel condividere una casa. Accogliere qualcuno in casa tua non è la stessa cosa che lasciare entrare qualcuno nella tua abitazione. I genitori affidatari potrebbero avere a che fare con i legami con i genitori reali, mentre il bambino deve affrontare il suo sentirsi lontano da casa, solo, senza nessuno. Quello che accade dipende dall'età del bambino dalle sue caratteristiche e dal tipo di casa, ma sia i genitori affidatari che gli operatori sociali devono essere

consapevoli che ogni bambino ha limitate capacità di conservare l'idea che quelli che ama sono vivi quando non li vede né li sente per tanto tempo. Questa situazione può durare anche a lungo ma si arriverà ad una svolta quando e se il bambino non sentirà più che la sua mamma è reale e che la sua famiglia è al sicuro. Questi sentimenti, la paura della perdita, accade per quei bambini che sono stati troppo a lungo lontani da coloro che amano e produce dei sintomi che i genitori affidatari devono saper trattare. Devono riconoscere la fatica di questa situazione e offrire comprensione invece che rimproveri. Ma è proprio quando questa fase ha inizio, quando cioè il bambino non crede più che i suoi genitori siano persone vive e reali che lo amano, cioè quando non ce la fa più a tenerli vivi nella sua mente, che ha ancora più bisogno di una famiglia affidataria. E questo aumenta la responsabilità dei genitori affidatari. Winnicott sottolinea anche che ogni vera casa dà qualcosa di positivo nella vita di un bambino ma offre anche uno spazio che ha i suoi limiti e questi limiti esprimono le limitazioni stesse della realtà e preparano il bambino alla vita reale. Sia che si tratti di famiglie individuali sia di residenze assistenziali, i bambini hanno bisogno di stabilità ambientale e di attenzione personalizzata e continua, offrire una casa a un bambino significa anche offrirgli un po' del mondo che lui può comprendere e in cui può credere per poterne fare uso.

L'adozione, situazione molto più permanente, viene creata e sperata prima dai potenziali genitori adottivi. Siamo diventati sempre più consapevoli dei possibili motivi distorti da parte degli adottanti, quindi la necessità di procedure chiare e di buon lavoro clinico sui casi sono diventati essenziali non solo per prevenire disastri ma anche per organizzare adozioni che altrimenti non sarebbero state possibili, ad esempio quelle di bambini con disabilità o di bambini più grandi con una storia traumatica alle spalle.

Ma tutto quello che è accaduto prima dell'adozione è ancora più cruciale per il bambino e bisogna ricordare che un'adozione fallita è di solito così disastrosa per lui che sarebbe stato meglio non ci fosse nemmeno stato il tentativo. L'importanza di un'attenta analisi della storia necessita che tutti siano consapevoli delle vicende adottive anche se creano ansia. Conoscere il più presto possibile la storia e le complicazioni derivanti dalla gestione del bambino prima dell'adozione, dovrebbe consentire di essere in grado di prevedere le potenziali difficoltà per i genitori adottivi e riconoscere di dover fornire qualcosa più simile ad un trattamento che all'ordinaria cura.

I genitori devono quindi sapere che, all'inizio almeno, si devono occupare di "un caso" non di un bambino, e che tutta la storia precedente rende ancora più importante è che assicurino la loro presenza stabile e continua fino alla fine e non li abbandonino. Se l'adozione fallisce, è probabile che dipenda da una malattia del bambino che precede l'adozione e collegata a tendenze anti-sociali e alla psicologia del bambino deprivato.

Ogni bambino adottivo normalmente sano ha il compito di sviluppare un modo di vivere che sarà comunque diverso da quello di qualsiasi bambino con i suoi genitori biologici. In ogni caso, quando a un bambino viene detto della sua adozione è centrale comprendere, come afferma Winnicott che, "si tratta della mente di un bambino e della sua volontà di sapere". Egli identifica due aree in cui i figli adottivi hanno una relazione particolare con i propri genitori: una riguarda un sentimento di sentirsi in debito, che i bambini normalmente non hanno, perché non devono ringraziare i genitori per averli concepiti (anche se possono rimproverarglielo!) Questo senso dell'essere in debito deve essere compreso e elaborato.

L'altra area riguarda il bisogno da parte del bambino adottato di più informazioni e più precoci sulla sessualità e su come nascono i bambini. Winnicott insiste sull'importanza di questo aspetto perché riguarda la necessità di avere a che fare con la mente di un bambino, con la sua intera persona nei suoi aspetti

consci e inconsci. Il bambino conosce sin da piccolo in modo corporeo la sua vita prima dell'adozione, lo stato da cui egli è emerso come individuo.

I genitori adottivi devono cercare di impedire che il bambino crei confusione nella loro mente quando cercano di connettersi a questi ricordi corporei attraverso il loro pensiero, la loro immaginazione e la loro comprensione (22).

Concentrandosi sullo sviluppo iniziale, il bambino adottato ha compiti speciali, specie riguardo alle fantasie su altri potenziali genitori. In che modo le fantasie sui genitori si possono connettere con i genitori adottivi che il bambino ha effettivamente? Come dice Winnicott, "i veri genitori saranno reali, mentre i genitori adottivi diventano fantasie e sogni viventi, oppure i genitori adottivi saranno la realtà concreta mentre l'immaginazione del bambino gioca con l'idea dei genitori naturali. Questo è un tema su cui il bambino adottato deve lavorare in un modo diverso dai bambini biologici. Con l'adolescenza, i bambini adottati avranno problemi specifici in particolare poiché affrontano più velocemente le fasi di sviluppo puberale passando troppo rapidamente ad una sessualità adulta e al matrimonio, oppure reagiscono in modo sfidante perché per loro l'adolescenza è più difficile in quanto ignorano le proprie origini e non hanno il legame di sangue che contribuisce al divieto di incesto.

Per concoidere descriverò il lavoro della famosa psicoterapeuta londinese Monica Lanyado, con un bambino di tre anni, Sammy, con i suoi genitori affidatari e in seguito con i suoi genitori adottivi durato quasi tre anni durante i quali Sammy era passato attraverso una serie di attaccamenti, separazioni e perdite che aggravavano la sua storia precoce già profondamente disturbata a causa dei gravi traumi subiti da parte dei suoi genitori naturali per i quali fu preso in cura. Moltissimo era già accaduto quando finalmente l'adozione si concluse quando Sammy aveva appena 5 anni

Sammy corrisponde alla categoria diagnostica di Lanyado di "perdita traumatica multipla" con le prevedibili conseguenze per la sua organizzazione emotiva. Sammy rischiava anche una seria ritraumatizzazione nel suo passaggio dall'affido a lungo termine all'adozione. Monica descrive la terapia dal punto di vista di Sammy, e sottolinea anche la necessità di una gestione dei casi in equipe, quale contributo essenziale all'inserimento del bambino nella sua collocazione definitiva.

La consapevolezza delle storie dell'attaccamento, dello sviluppo emotivo precoce, della separazione e della perdita nei bambini in cura aiuta a capire alcuni dei comportamenti disturbati e aggressivi che questi bambini manifestano. Lo sottolinea, insieme alla necessità di provare a creare un senso di continuità e transizione nelle loro vite attraverso la terapia. Sostiene inoltre che la terapia può aiutare il bambino a radicarsi e a divenire più capace di contenere l'ansia per il cambiamento.

Sammy fu inviato in terapia quando aveva 3 anni. Aveva una storia di abbandono da parte della sua giovane madre che non era stata in grado di affrontare la sua nascita. Il suo trattamento andò avanti a singhiozzo e a due anni fu messo in affido a lungo termine in vista di un'adozione. L'assistente sociale era preoccupato che la perdita dei suoi genitori affidatari avrebbe influito sul suo rapporto con la sua futura famiglia adottiva ed era anche preoccupata per il suo comportamento disturbato, che assumeva la forma di scoppi d'ira e atti aggressivi, che comprendevano un deliberato bagnare il letto e sporcarsi. Sammy era anche capace di amare e dispiacersi per essere "cattivo" e aveva una relazione affettuosa con i suoi genitori affidatari.

Il piano di trattamento prevedeva che Monica si incontrasse con l'assistente sociale in carico che, a sua volta, incontrava i genitori regolarmente in aiuto alla terapia. Monica era anche coinvolta in ogni decisione importante su Sammy e su come gestire al meglio la transizione.

Il suo comportamento problematico con i suoi amati genitori affidatari era legato al suo sentirsi intensamente non desiderato e non amabile, era poi oltremodo confuso circa i propri intensi sentimenti nei loro riguardi, visto che sapeva che non potevano diventare i suoi genitori "per sempre". Aveva un terribile nostalgico desiderio per la sua vera mamma e il suo sentirsi da lei rifiutato si mescolava con le sue intense aspettative verso i nuovi genitori adottivi. Era molto difficile attendere il loro arrivo e la mamma affidataria doveva fare i conti con tutti i sentimenti a questo associati, quelli spostati su di lei dal precedente rifiuto da parte della sua vera mamma, dal suo sentirsi rifiutato da lei e dal papà affidatario nonché dalla sua speranza e ansia per la sua nuova famiglia.

Quando fu trovata una famiglia, fu necessario molto lavoro prima che Sammy potesse conoscerli e incontrarli; i genitori affidatari incontrarono i genitori adottivi, i genitori adottivi incontrarono la terapeuta del bambino e così via e Sammy probabilmente rilevava alcune delle emozioni tra gli adulti ancor prima che gli venissero effettivamente raccontate. Diceva che voleva subito il suo nuovo papà e la sua mamma, che aveva aspettato fin troppo tempo, ma era anche chiaro che aveva paura di incontrarli nel caso non gli fossero piaciuti. In questo periodo aveva fantasie che sarebbe stato consegnato a sconosciuti che lo avrebbero rubato dalla sicurezza della sua famiglia affidataria. Di questo si era parlato ripetutamente nelle sedute, segnalando il bisogno che questo accadesse gradualmente quando era il momento giusto. Sammy avrebbe avuto il tempo di abituarsi all'idea e questa volta, al contrario delle precedenti separazioni, ci sarebbe stato tutto il tempo per salutarsi. Lanyado commenta che era stato difficile sapere quanto il bambino potesse capire di questi eventi epocali, data la sua storia precedente così confusa, ma che Sammy aveva usato le sue sedute per affrontare quello che stava provando riguardo a quello che gli veniva detto.

Lanyado lo descrive preoccupato per le transizioni e con stati mentali incerti, ad esempio avevano trascorso un sacco di tempo sulle scale tra la sala d'attesa in cui era la mamma affidataria e la stanza della terapia. Molto avevano parlato del suo essere in un limbo della sua vita, in cui non sapeva dove fosse emotivamente e fisicamente. Dopo una seduta particolarmente dolorosa, Sammy voleva disperatamente portare a casa una palla verde dalla sua scatola dei giocattoli. Nonostante le sue abitudini e seguendo il "desiderio imperativo" del bambino, aveva acconsentito, dicendogli che di solito non lo faceva, ma glielo avrebbe permesso, visto che per lui era così importante, ma che avrebbe dovuto riportarlo alla seduta successiva. Badò di accogliere la sua richiesta in modo tale che il bambino non la sentisse né un furto né un trionfo. Era rimasta molto colpita dal fatto che Sammy stesse reclamando questa palla come fosse la pretesa del bambino sul primo oggetto transizionale, questo rendeva la palla particolarmente importante per il processo terapeutico. Nelle settimane successive, mentre incontrava la sua nuova famiglia e lasciava la sua famiglia affidataria, la palla entrava e usciva dalle sedute insieme a lui. Ci giocava, la maltrattava, la curava sia a casa che in seduta. La sua mamma affidataria aveva capito che era importante, se si dimenticava di portarla ne parlava e Lanyado ritiene di aver così assistito a una transizione gestibile in quella che avrebbe potuto essere una perdita traumatica di continuità.

Questa possibilità di realizzare questo gioco era stata importante per Sammy per dare un senso alla sua vita e lo aveva aiutato a diventare sempre più capace di dare forma nel gioco in terapia a pensieri e sentimenti molto dolorosi e complessi, Nonostante tutto sembrava crescere e svilupparsi emotivamente, a conferma di ciò aveva iniziato la scuola con pochissimo stress e traeva piacere dall'imparare in classe. Manifestava una sorprendente capacità di giocare, se si considerano le turbolenze e le difficoltà esterne. Era ancora caotico ed era difficile lavorare con lui in terapia, ma questo si accompagnava a periodi creativi che



mostravano il suo recupero emotivo. La sua stessa narrazione di questi eventi si è formata attorno al gioco e agli scambi con Monica in cui poteva restare in contatto con i suoi difficili sentimenti verso la sua mamma naturale, e suo papà, e i suoi genitori affidatari e i suoi genitori adottivi. Winnicott e anche Bowlby avrebbero potuto considerare poco saggio lavorare con un bambino come Sammy, con attaccamenti così interrotti e tutti i conseguenti conflitti interni che possono transitano da un collocamento all'altro, nonostante gli sforzi degli affidatari. È come se il bambino arrivasse aspettandosi di essere respinto in modo che chi si occupava di lui dovesse mostrare un'enorme perseveranza e nonostante ciò, come ancora una volta Winnicott ha sottolineato, il bambino potrebbe fare in modo da distruggere inconsciamente quello che gli è dato. "avendo raggiunto uno stato di terribile rabbia e disperazione su ogni tipo di relazione più intima con un adulto (p1010).

Nella seduta successiva al primo incontro con i genitori adottivi, Sammy era rimasto in silenzio, evitava lo sguardo di Monica e non voleva entrare nella stanza della terapia. Sara (la madre affidataria) era esasperata, diceva che era stato lontano da terra come di un aquilone da quando aveva saputo della sua famiglia adottiva, ma Sammy continuava a guardare in basso, solo e desolato. Sara diceva di non sapere cosa gli fosse successo arrivando in studio. Quando Monica glielo chiese, lui non disse nulla, rimase lì e cominciò a piangere. Monica si chiese se avesse bisogno di stare solo con lei, quindi suggerì a Sara di tornare in sala d'attesa almeno per un po', ma non appena lei si allontanò, Sammy volle che ritornasse e andarono a prenderla, Sara era però andata in bagno.

Aspettarono e Monica gli disse che sapeva che aveva avuto giorni molto importanti da quando si erano visti l'ultima volta e gli chiese se questo lo avesse turbato. Sbottò: "Non mi piacciono la mia nuova mamma e papà". Poiché Monica non era sicura di aver capito bene gli chiese di ripeterlo e questa volta disse: "Mi mancheranno Sara e Jim". Poi Sara tornò e Sammy si gettò tra le sue braccia. Lei lo riportò nella stanza della terapia, visibilmente sopraffatta e commossa lei stessa. Mentre Sammy continuava a piangere e ad aggrapparsi a lei, la rabbia di Sara scomparve quando vide dietro la sua spavalderia e le sue difese respingenti quanto fosse sconvolto nel lasciarla. Lo consolò e gli disse che anche lei e Jim avrebbero sentito la sua mancanza e che erano tristi per la sua partenza.

Nelle tre settimane seguenti Sammy continuò a comportarsi in modo aggressivo e provocatorio con i suoi genitori adottivi ed era molto instabile con gli affidatari. Teneva con sé a lungo la palla verde. Quando si rese conto che i suoi genitori adottivi lo volevano davvero e cercavano con tutte le loro forze di capire lui e i suoi desideri, divenne più accogliente nei loro confronti e più capace di accettare la separazione da Sara e Jim. Spesso chiedeva loro se avrebbero pianto quando se ne fosse andato. Gli dissero che probabilmente lo avrebbero fatto e lo fecero e per lui fu molto importante sapere che loro ci tenevano molto a lui e che questa separazione era molto dolorosa anche per loro. Tutto questo era molto diverso dalle separazioni e dalle perdite del passato, quando aveva sentito che gli adulti desideravano solo sbarazzarsi di lui.

Il gioco è stata una linea di vita per Sammy in quel periodo e anche l'ambiente che con il tempo si era costruito con la sua terapeuta, ma è stato attraverso il gioco che ha potuto sondare ansie e paure per esprimere e elaborare i suoi sentimenti.

Nel suo articolo *The psychology of separation* (vol. 5 p.334) scritto più di 70 anni fa, Winnicott delinea i passi del processo di lutto come parte della psicologia della separazione sottolineando il ruolo cruciale dell'ambiente in questo processo. Sostiene che deve essere lasciato spazio alla tristezza e all'espressione

delle difficoltà, altrimenti l'alternativa per tutti gli interessati, in particolare per il bambino sofferente, è la confusione.

Forse è possibile collegare alcune dei concetti che ora diamo per scontati con il suo lavoro nel campo della psicologia infantile, un campo che si è sviluppato in modo significativo, ma in cui ancora contiamo sulle risorse della sua esperienza e sulla profondità della sua comprensione.