

Bambini in casi di alta conflittualità: quale cambiamento?

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un raddoppiamento dei casi di separazione e divorzio, di cui una buona parte sono percorsi separativi ‘altamente conflittuali’. Solo lo scorso anno al Tribunale di Roma sono arrivati 1.300 nuovi casi di ‘separazioni di fatto’ con elevata conflittualità.

Questi dati confermano quanto osservato nella pratica clinica. Come terapeuta che lavora da anni con il disagio psichico del minore, adolescente o bambino e della famiglia, sono numerose le domande poste in merito al cambiamento di alcune manifestazioni sintomatologiche dei minori e al processo evolutivo di quest’ultimi nonché di alcuni processi comportamentali in conseguenza alla promozione e alla tutela del diritto di bigenitorialità.

Di certo l’elemento della conflittualità acerrima più o meno manifesta, rimane emergente e determinante rispetto ad alcune osservazioni. Analizzando i casi pervenuti presso il centro clinico InsiemeNoi abbiamo osservato una crescita esponenziale delle richieste di valutazione. Negli ultimi due anni sono giunti 96 casi e di questi l’età media dei bambini è tra i 9 e i 12 anni, equamente suddivisi tra maschi e femmine. Di questi, un 10% è stato collocato presso il padre e un altro 10% affidato ai servizi sociali. Il 20% ha rifiutato un percorso terapeutico dopo aver concluso la valutazione; il 23% ha interrotto il percorso una volta attivato, mentre un 10% si è rifiutato di avviare una valutazione subito dopo aver preso contatto con la struttura.

Questi numeri ci mettono di fronte una riflessione importante rispetto all’evidente grado di fallimento che questi percorsi incorrono qualora non si dia priorità alla eventuale riduzione o risoluzione, nel migliore dei casi, del conflitto genitoriale, che necessariamente porta a non vedere e riconoscere i bisogni del minore. Spesso, infatti, sono situazioni che arrivano dopo lunghi e faticosi percorsi di CTU, in cui appare poco chiaro quale sia la differenza tra una valutazione in campo peritale e una valutazione clinica, confondendo spesso i piani o rivolgendosi al clinico come se fosse un giudice che deve stabilire quale sia il genitore più adeguato. Il minore in questione non sembra quindi essere visto dai genitori ma diviene nuovamente e come in ogni situazione, strumento di contesa tra i genitori stessi.

Ma tutto questo come si traduce nel mondo interno del minore? Cosa comporta?

Sono bambini che portano una sofferenza importante e profonda, che si manifesta attraverso una varietà di sintomi, tra fobia scolare, difficoltà nell’addormentamento, ansia generalizzata e attacchi di panico, esplosioni di rabbia e chiusure rispetto all’esterno. Evidenziano un’assenza di centralità conforme al caos e al disorientamento dell’ambiente esterno. Non di rado, infatti, sono proprio i minori ad esprimere una resistenza al trattamento, facendosi porta voce di un desiderio inconscio del genitore, anticipandolo, nell’illusione di evitare una ennesima delusione, essendone lui l’artefice. Forse nell’immagine persecutoria che ne deriva, rispetto ad ogni tipo di intervento proposto, si esprime la profonda difficoltà dell’adulto di oggi di mettere da parte ferite narcisistiche rispetto ad un’immagine familiare e del proprio figlio non corrispondenti alla propria. Questo processo necessita inevitabilmente la richiesta di fare un passo indietro, un disinvestimento sul conflitto, non come espressione di una arresa e di una sconfitta, ma come possibilità di cambiamento e di progresso.

Solo così si può dare accesso alla sofferenza del minore e la possibilità di costruire una “casa” solida, affidabile e flessibile rispetto alle esigenze del bambino.

Dott.ssa **Daria D’Andreamatteo**