



**MATERIALI DI LAVORO
DELLA A.F.P.P.
COMPONENTE DELLA
EUROPEAN FEDERATION
FOR PSYCHOANALYTIC
PSYCHOTHERAPY
IN THE PUBLIC SECTOR**

N° 24



INDICE

PRESENTAZIONE

Pag. 1

**L'IDENTITÀ DI GENERE: LE COMPONENTI
MASCILI E FEMMINILI DELLA PERSONALITÀ**

- di Juliet Mitchell

Pag. 3

**LA MADRE, LA BAMBINA, IL MARSUPIO
E L'OSSERVATRICE**

- di Susana Amez e Hilda Botero

Pag. 16

**RIFLESSIONI DI UNO PSICOANALISTA
ALL'AVVICINARSI DELL'ANNO 2000**

- di Andrea Sabbadini

Pag. 30

**RECONDITE ARMONIE: ASPETTI ESTETICI
E MOMENTI DI BELLEZZA IN PSICOTERAPIA
NEL PUBBLICO**

- di Lia Pieracci

Pag. 39

RITAGLI

LUCIANA NISSIM: UN RICORDO

- di Roberta Pisa

Pag. 49

**MARCELLA BALCONI: UNA PIONIERA NEL
CAMPO DELLA NEUROPSICHIATRIA
INFANTILE SU BASE PSICOANALITICA**

- di Laura Mori

Pag. 53

RECENSIONI

**R.D.HINSHELWOOD:
THERAPY OR COERCION? DOES
PSYCHOANALYSIS DIFFER FROM
BRAINWASHING?**

Pag. 61

**M. PEREZ-SANCHEZ E HAFSA CHBANI:
LO COTIDIANO Y EL INCOSCIENTE**

Pag. 67

**EUGENIO GABURRI:
EMOZIONE E INTERPRETAZIONE**

Pag. 71

CONGRESSI E CONVEGNI

Pag. 75

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE

Pag. 85

CONTRAPPUNTO

**Materiali di lavoro per l'Associazione
Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica**

REDAZIONE:

Luigia Cresti Scacciati (Direttore Responsabile)

Roberta Pisa (Segreteria di Redazione)

Giuliana Borsellini

Silvia Fano Cassese

Andrea Friscelli

Laura Mori

Lia Pieracci

COLLABORATORI ESTERI

Jeanne Magagna (Gran Bretagna)

Sesto Marcello Passone (Francia)

Rossella Sandri (Belgio)

SEDE DELLA REDAZIONE:

presso Luigia Cresti Scacciati

Via Fra' Giovanni Angelico, 11

50121 FIRENZE - Tel. 055.66.71.21

Periodico Semestrale

Numero 24 - giugno 1999

Autorizzazione Tribunale N. 3602 del 3/7/1987

PRESENTAZIONE

In questo numero di Contrappunto vengono presentati articoli su argomenti diversi, senza un apparente comune denominatore. Forse un filo conduttore può essere individuato pensando che ci troviamo in un'epoca di transizione, un momento di riflessione che coincide con il passaggio al nuovo millennio e con il centenario della psicoanalisi. È perciò naturale rimettere in discussione - come facciamo in questo numero - alcuni presupposti della psicoanalisi e le vecchie teorie sulla femminilità e sull'isteria, e contemporaneamente discutere nuove tecniche psicologiche per la sopravvivenza dei neonati prematuri. Comunque abbiamo cercato, come sempre, di rappresentare le varie aree di interesse della nostra Associazione, che vanno dal clinico-teorico all' "infant observation" senza trascurare l'aspetto culturale e letterario.

L'articolo di Juliet Mitchell è la trascrizione della registrazione di un seminario tenuto per la nostra Associazione il 13 febbraio 1999. Esso si presenta perciò in forma discorsiva, e così abbiamo preferito lasciarlo (scusandoci se qualcosa è andato perso) in quanto rende meglio l'idea della conversazione informale, densa di spunti e di stimoli che potranno eventualmente essere approfonditi con la lettura dei libri della Mitchell. Si è trattato del primo di una serie di tre seminari che la AFPP ha dedicato al complesso problema della costituzione dell'identità e alle sue numerose intersezioni teorico-cliniche con le problematiche del maschile e del femminile.

Segue un'interessante ricerca di Susanna Amez e Hilda Botero, che riferiscono su una particolarissima applicazione dell' "infant observation" in Colombia, nell'ambito del progetto "Kangaroo", in cui le madri dei neonati prematuri vengono usate come "incubatrici viventi".

Ringraziamo il dottor Andrea Sabbadini, psicoanalista di origine italiana trapiantato a Londra, per averci dato la possibilità di pubblicare in questo penultimo numero di fine millennio le sue riflessioni all'avvicinarsi dell'anno 2000.

Infine un articolo di Lia Pieracci sulla difficoltà e la bellezza del lavoro psicoterapeutico nell'Istituzione pubblica.

Purtroppo recentemente la psicoanalisi ha subito due gravissimi lutti, con la scomparsa di Luciana Nissim Momigliano e Marcella Balconi, che vengono ricordate nella rubrica "Ritagli". Come ormai i nostri lettori sanno, questa rubrica viene dedicata ad argomenti culturali di interesse psicoanalitico o a figure della storia della psicoanalisi. È indubbio che sia Luciana Nissim Momigliano che Marcella Balconi abbiano dato un contributo fondamentale alla introduzione e allo sviluppo di nuove idee nella psicoanalisi e nella neuropsichiatria infantile italiana.

L'IDENTITÀ DI GENERE: LE COMPONENTI MASCHILI E FEMMINILI DELLA PERSONALITÀ

*Juliet Mitchell**

Ho appena scoperto che la parola "gender" non viene comunemente usata in Italia nel senso in cui viene usata nel mondo anglosassone. Sono contenta in un certo senso che questa parola non venga usata in italiano perché è stata fatale per capire l'argomento. Negli anni '70 il movimento femminista, soprattutto negli Stati Uniti e in Inghilterra, ha coniato questa differenza tra sessualità e "gender" o genere, creando quasi un rovesciamento nell'uso abituale di questi termini. Quindi sessualità o sesso è passato a significare ciò che noi siamo da un punto di vista biologico (maschio o femmina), mentre "gender" o genere è passato a significare ciò che la società fa per strutturarci come maschi o femmine. Questo mi è sembrato un mascheramento della problematica in quanto io, lavorando come psicoanalista, mi rendevo conto che non poteva esserci una distinzione tra un aspetto biologico e sociale in quel senso. Sappiamo dalla teoria e dalla pratica psicoanalitica che si raggiunge la propria identità anche attraverso la sessualità: cioè in conformità ad essa o attraverso una aberrazione della stessa.

Io non ho mai usato il termine "gender" fino a due anni fa, quando sono stata nominata ufficialmente come docente all'Università di Cambridge della materia "Gender e società". Quindi ho dovuto mantenere e utilizzare questa parola, ma se dovessi utilizzare il termine "gender" è per sbaglio. Comunque dobbiamo mantenere una certa differenza tra un aspetto biologico e un aspetto sociale, quindi mi riferirò agli aspetti della sessualità parlando di maschio e di femmina, mentre parlerò di maschile e femminile per quanto riguarda invece gli aspetti della società, cioè della considerazione di un sesso attraverso l'aspetto sociale.

Questo era un problema minore, adesso devo invece presentarvi il problema principale che ha a che fare con l'argomento di cui appunto discutiamo oggi: 'L'identità di genere: le componenti maschili e femminili della personalità'.

* Juliet Mitchell lavora come psicoanalista, ed è membro dell'International Psychoanalytic Association. È anche professore alla Cornell University (U.S.A.), Visiting Fellow nella Social Science Research Unit della London University e docente di "Gender and Society" presso l'Università di Cambridge. Attualmente, insieme ad Ann Oakley, sta curando il volume *Women in the Time of the Backlash*, sta portando avanti (insieme a Jack Goody) una ricerca sul cambiamento dei patterns familiari e sta scrivendo una riconsiderazione sull'isteria secondo una prospettiva psicoanalitica, sociale e femminista. Tra i suoi scritti possiamo ricordare *Women: the Longest Revolution*, *Psychoanalysis and Feminism* e *Women's Estate* (questi ultimi tradotti in italiano da Einaudi).

Prima di affrontare questo problema, devo raccontarvi una piccola cosa a livello autobiografico. Io ho cominciato la mia carriera insegnando letteratura inglese e ho una laurea in letteratura inglese, e poi ho lavorato molto attivamente con i movimenti delle donne per dare nascita al femminismo e ho anche un background di tipo socialista; ho studiato in quel periodo le opere di Marx e di Engels e quando davo uno sguardo alla teoria non c'era nulla che spiegasse o giustificasse la costruzione di queste differenze di sesso. All'epoca facevo delle conferenze negli Stati Uniti e c'era un'estrema ostilità dal punto di vista del movimento femminista verso le idee e le opere di Freud e della psicoanalisi. E quindi siccome non c'è fumo senza fuoco, durante le vacanze sono andata a leggere alla Biblioteca Britannica alcune opere di Freud sulla femminilità. Alla fine dell'estate mi sono ritrovata ad aver letto ventitré volumi e ho scritto il libro "Psicoanalisi e femminismo". Dopo questa esperienza ho fatto il training per diventare psicoanalista e per i successivi venticinque anni ho lavorato come psicoanalista a tempo pieno, e come psicoanalista ho continuato ad avere delle relazioni con gli aspetti della questione legati al femminismo. Ed ecco che arriviamo al problema di cui vi parlo: dopo aver scritto 'Psicoanalisi e femminismo', scritto nel '72 e pubblicato nel '74, e dopo aver lavorato a tempo pieno come psicoanalista, sono arrivata riluttantemente ad una conclusione, (non c'è alcun aspetto dogmatico in questo, sono aperta e possiamo portare avanti la discussione oggi): sia da un punto di vista teorico che da un punto di vista pratico, *facciamo la domanda sbagliata alla psicoanalisi circa la femminilità e la mascolinità. E ora vi spiegherò perché secondo me facciamo la domanda sbagliata.*

Il soggetto o meglio l'oggetto del pensiero psicoanalitico deve essere il sintomo. Certo, esistono molti studi sul carattere e la personalità, ma penso che al cuore di tutto ci sia il processo inconscio, e solo attraverso il sintomo, tra cui comprendo anche il sogno come sintomo, possiamo capire qualcosa della vita psichica. Al centro del sintomo esiste un conflitto e come terapeuti noi lavoriamo sulla risoluzione o sul fallimento del modo di risolvere il conflitto. Ora sto riducendo molto, sto generalizzando molto per fare il punto della discussione.

Se diamo un'occhiata all'ottimo lavoro che è stato fatto negli ultimi trent'anni su problematiche riguardanti la femminilità (più che sulla mascolinità), abbiamo visto che spesso la femminilità è stata trattata a livello di sintomo.

Riferendomi di nuovo al discorso di femminilità come sintomo, mi viene in mente per esempio un seminario a Milano circa due anni fa, dedicato a Winnicott, in cui la dottoressa Elisabeth Green ha presentato un lavoro sulla femminilità in due uomini: mi sembra questo un modo adeguato di considerare la femminilità come sintomo. A parte questa considerazione sul seminario, c'è da dire che la gran parte dell'analisi del rapporto tra il pensiero psicoanalitico e la femminilità viene svolto soprattutto nelle facoltà letterarie in Inghilterra e negli Stati Uniti, quindi sulla letteratura fondamentalmente.

Un altro ottimo lavoro, per quanto riguarda la rappresentazione degli aspetti femminili o maschilini, è stato fatto dalla letteratura e dal cinema, ma naturalmente un grande divario, un Gran Canyon si apre quando vogliamo confrontare questo tipo di lavoro con la nostra pratica psicoanalitica. Questo accade perché la femminilità appunto viene rappresentata come un sintomo e c'è un conflitto, all'interno della femminilità, su cui si indaga. Ciò che vediamo della femminilità in questi racconti, è il conflitto che può nascere in una bambina che è femmina, ma che allo stesso tempo rifiuta questa sua femminilità, per cui nasce un conflitto sintomatico. Questo tipo di lavoro sulla femminilità è un lavoro che da una parte critica (ma creativamente) e che comunque prosegue il lavoro di Lacan.

Un'altra linea di pensiero -interessata alle relazioni oggettuali- vede anche la mascolinità nelle sue aree conflittuali, per cui è stato visto anche l'aspetto conflittuale e problematico dell'identità maschile, del bambino che deve abbandonare la madre per farsi un'identità maschile. Questa seconda corrente si vede soprattutto nei lavori della dottoressa Chodorow. Sia il gruppo francese lacaniano che opera sulle linee di, o criticando Lacan, sia il gruppo americano che si occupa degli aspetti conflittuali e problematici del maschio a livello anche di relazione con l'oggetto, si incontrano per parlare della costruzione degli aspetti sessuali, soprattutto nelle fasi iniziali della vita del bambino e della bambina in relazione con la madre.

Se consideriamo la cosa dal punto di vista pre-edipico, cosa possiamo veramente dire riguardo alle differenze sessuali tra maschio e femmina? Non possiamo parlare di questioni strutturali, possiamo parlare solo di comportamenti o di relazioni, possiamo fare una trattazione descrittiva di queste differenze. E quindi usciamo dal pensiero psicoanalitico dinamico e torniamo al pensiero psicologico, e potremmo dire che i ragazzi sono più aggressivi o le ragazze sono più aggressive. Ma da una prospettiva psicodinamica non apprendiamo niente.

Tornando al discorso iniziale: io non credo veramente che la femminilità e la mascolinità siano degli argomenti per il pensiero psicoanalitico. Questa è una delle questioni da affrontare, poi ci sono altre cose che vorrei dirvi. In particolare, *l'intero argomento dell'isteria è secondo me un punto che noi dobbiamo veramente indagare per vedere come è la costruzione di questa identità maschile e femminile.*

Il movimento femminista ha reso la Dora di Freud l'eroina di un movimento femminista, una proto-femminista. Perché? Guardando alla storia dell'isteria, è successo qualcosa di particolarmente significativo.

L'isteria è stata conosciuta anche a livello storico e interculturale fin dal 1900 A.C. viene descritta già in un papiro egizio. Anche la psicoanalisi di Freud si è basata sul cercare di capire i processi inconsci anche attraverso pazienti isteriche. Ma nel ventesimo secolo, dopo 4000 anni di trattazioni, questo argomento apparentemente cessa di esistere.

Per riassumere le cose, anche se sarò nuovamente riduttiva perchè naturalmente ci sono molte eccezioni, voglio dire che dopo tutto questo tempo è avvenuta la scoperta o la ri-scoperta dell'isteria maschile agli inizi del secolo, negli studi effettuati da Charcot alla Salpêtrière. Naturalmente la nozione di isteria, anche di isteria maschile, era presente già in Freud sia riguardo alla propria isteria di cui era consapevole, sia dal lavoro con pazienti isterici maschi, lavoro che lui non ha pubblicato.

Ciò che voglio sottolineare è che con la scoperta dell'isteria maschile, (in maniera diseguale tra il 1900 e il 1920), l'isteria scompare come entità clinica, anche se non scompare come termine colloquiale. L'isteria scompare, e penso che la causa di questa scomparsa sia la scoperta dell'isteria maschile. E il risultato di questo è stato uno studio della femminilità e della maternità nella donna invece dello studio dell'isteria. Questo se volete è anche il nostro problema, perchè noi abbiamo continuato a considerare l'aspetto della femminilità e della maternità, mentre l'isteria maschile si è rifugiata in condizioni cliniche più gravi, o nella normalità.

Ora qui potrei fare molti esempi, che prenderebbero molto tempo, per esempio gli studi condotti a Boston, che dimostrano quanto questa *isteria maschile sia ricondotta ad uno stato di normalità. Io uso un'immagine diversa da quella usata in questi studi, uso l'immagine letteraria di Don Giovanni* e quindi tutto quello che dirò da ora in poi sul carattere, sul personaggio di Don Giovanni sarà basato sul mio lavoro clinico. All'estremità più estrema *questa isteria diventa schizofrenia.*

Studiando i lavori sulla nascita e l'aumento della schizofrenia all'inizio di questo secolo si è potuto notare che la discussione attuale sui rapporti tra paziente borderline e paziente schizofrenico è molto vicina a quello che veniva studiato all'epoca tra isteria e schizofrenia (che si chiamava allora "dementia praecox"). Freud e Abraham hanno discusso molto a lungo questa cosa nella loro corrispondenza e Jung usava scherzare dicendo che si può curare l'isteria introducendo una personalità schizoide, e per una volta Freud è d'accordo con Jung. Freud e Abraham, considerando le differenze tra schizofrenia e isteria, sostengono che in entrambe avviene un processo di scissione, ma mentre lo schizofrenico si estrania da ogni contatto psico-sociale, l'isterico rimane in contatto psichico a livello sociale.

In seguito c'è una riscrittura di questi casi iniziali che venivano considerati come isterici, che non vengono più considerati come tali, come isterici, ma come gravemente malati in senso psicotico. Ad esempio il caso di Anna O., un caso molto grave, oggi viene considerato un caso psicotico piuttosto che isterico. Non sto dicendo naturalmente che siano la stessa cosa isteria e schizofrenia, sto solo dicendo che l'estremità più grave dell'isteria divenne una forma molto più grave, la schizofrenia, che viene ora capita nella sua complessità come entità separata, a sè stante. All'altra estremità, cioè quella normale, troviamo la sessualità dell'isteria applicata al personaggio di Don

Giovanni che è il rappresentante maschile dell'isteria, in un mondo di normalità.

All'inizio del secolo la schizofrenia veniva considerata più un fenomeno maschile che femminile e Don Giovanni è un uomo, un uomo vero naturalmente. Però tra la schizofrenia e il dongiovannismo ci sono tanti sintomi, tante situazioni diverse all'interno di questo spettro: disturbi dell'alimentazione non specifici, anoressia, bulimia. All'inizio del secolo l'anoressia era considerata anoressia isterica; l'isteria, questo era il termine, comprendeva anche la sindrome delle personalità multiple e i casi borderline.

Questi sono alcuni dei casi; nessuno considera il numero di persone in questa casistica.

Sappiamo che nella popolazione ci sono questi aspetti, ci pensiamo e non ci preoccupiamo tanto. Nell'area che va tra la personalità borderline a quella anoressica troviamo che dal 70% al 95% sono donne. E quando si dice questo si sentirà una voce che dice "sì, ma oggi ci sono anche molti uomini anoressici". Lo so, ma questi erano considerati tutti sotto-sintomi dell'isteria femminile in passato.

C'è da un estremo dello spettro dell'isteria maschile il dongiovannismo, dall'altro la schizofrenia. Le donne invece si trovano nel gruppo intermedio che va dall'anoressia alla sindrome borderline. Le personalità multiple, l'anoressia e la bulimia si trovano sul versante più grave, mentre nel versante borderline la donna si avvicina più a un aspetto istrionico della propria personalità, che è l'equivalente del dongiovannismo dell'uomo.

Se vi capita di andare a vedere l'Opera "Don Giovanni" vedrete come una personalità istrionica e il dongiovannismo non siano poi così distaccati l'uno dall'altro.

Se diamo uno sguardo al campo dell'isteria, come era prima e come poi è stato scomposto in diverse componenti, vediamo che possiamo ritornare ad una prospettiva psicoanalitica per esaminare le differenze sessuali tra il maschile e il femminile.

Cosa impariamo? *L'isteria è cambiata a livello di diagnosi, all'inizio veniva intesa come una malattia, un malessere di tipo edipico: dopo la prima ipotesi che tutti i padri borghesi avevano approfittato dei propri figli, l'isteria è diventata la descrizione di un desiderio sessuale infantile incestuoso, un desiderio che deve essere proibito.*

In particolare la bambina che non desiderava sottoporsi alla proibizione, in quanto la metteva in una posizione di inferiorità, veniva considerata isterica. Quindi un aspetto della protesta isterica era questo rifiuto della bambina di accettare di crescere nella prospettiva di madre e di donna nella società.

Ed ora non voglio parlare solo dal punto di vista storico, vorrei fare riferimento a una paziente che mi ha molto allertato al problema.

Nel corso del mio training, quindi del corso di questi 25 anni, ho seguito molti convegni anche sull'isteria che era un argomento che non veniva solitamente discusso.

Ho avuto poi in cura una donna di mezza età che aveva avuto molti trattamenti, sia ospedalieri sia di tipo analitico e psicoterapeutico. Ascoltavo le sue descrizioni e mi rendevo conto che insieme alla storia della sua malattia c'era anche una storia di grande successo, nel senso che aveva avuto tre figli, un matrimonio di successo e una soddisfacente carriera. Quindi mi sono trovata quasi scioccata mentre ascoltavo questa paziente, perché non mi toglievo dalla testa che questa donna aveva delle estreme difficoltà ad essere donna, cose che io da brava femminista non avrei dovuto pensare, però le ho pensate ugualmente.

Ho avviato un'analisi con lei e lei è stata mia paziente per sette anni, cinque volte a settimana, e in tutto questo periodo ho appreso molte cose; tra le tante, per esempio, che una delle sue ospedalizzazioni era dovuta a problemi cardiaci, e che la diagnosi fatta in questo ospedale per questi sintomi di questa donna, nel ventesimo secolo in Inghilterra, era: la "presa del diavolo" (devil's grip) cioè possessione demoniaca. Aveva moltissimi sintomi che sembravano non essere presi sul serio, per esempio diceva che teneva il padre come un omuncolo nel suo stomaco; che lui la teneva calda, ma che a volte agiva come qualcosa di molto duro o gelato. Aveva una tosse persistente che la faceva soffocare, per la quale aveva subito un'operazione. Quando abbiamo cominciato le sedute le ho chiesto delle sue associazioni, e lei mi ha detto "è come se avessi ingoiato una lattina". Si riferiva all'espressione idiomatica inglese: "è meglio mandare giù una lattina piena di vermi, che aprirla". Aveva delle crisi epilettiche quando era distesa sul lettino e molte altre cose che potrei raccontarvi, ma tutto questo non è mai stato visto come isterico. Era molto malata e non era una malattia da poco e io penso che tutto questo fosse legato con la mia preoccupazione iniziale che lei trovasse difficile e problematico essere donna. In altre parole, lei si era identificata con la madre piuttosto che averla interiorizzata.

La differenza fra un'identificazione e un'interiorizzazione è che nella interiorizzazione si è perso l'oggetto e poi lo si è riconquistato nella mente. Per me l'immagine migliore dell'identificazione è quella di una carta per ricalcare al di sopra di una carta geografica: non è proprio la stessa cosa, come ho detto, ma essa non può esistere senza l'altra. Lei era come questa madre carta velina sopra questa carta geografica ed è per questo che aveva delle difficoltà ad essere donna, perché era come questa donna-carta velina che aderisce, ma non è. Mi ricordo che una volta si parlava anche dei figli, che tutti e tre presentavano dei sintomi molto preoccupanti. Tutti i sintomi erano correlati, ma ora non voglio entrare nella questione che è molto riservata, anche se peraltro molto importante, perché io penso tra l'altro che si erediti anche l'isteria attraverso la propria famiglia proprio per questa natura della identificazione imitativa. Per darvi di nuovo un'idea di questa femminilità alla carta velina, mentre si parlava di qualcosa, la paziente mi interrompe e mi dice: "Come pensi che possa ricordarmi le cose che mi dici, se non mi ricordo neppure i

nomi dei miei figli da un giorno ad un altro?" E lei certamente si dimenticava le cose, non si ricordava di venire alle sedute, non aveva memoria della seduta precedente. Quando facevo qualche affermazione un po' in generale sui suoi problemi, io sentivo che lei non si sentiva mai riconosciuta e io preferisco questo termine riconosciuta al termine identità.

Riferendomi al titolo dell'incontro di oggi, anche se ho fatto molto lavoro interessante sull'identità, la mia preoccupazione è più sul discorso di posizione, o meglio che un bambino o una bambina in una costellazione familiare ha bisogno di una posizione, piuttosto che prendere un'identità che è un concetto più di tipo interpersonale.

E la donna di cui vi ho parlato non aveva il senso della sua posizione. Però anche se viene data una posizione, non è solo una posizione che viene data nella relazione tra genitore e figlio, ma è più una nozione di "kinship". Questa nozione comprende tutti i legami di parentela e di affinità sia in senso verticale (nonno, genitore, figlio, ecc)... che in senso orizzontale (fratelli, sorelle...). Quello che volevo sottolineare è che, nella teoria e nella pratica, noi consideriamo la discendenza, non il livello orizzontale, a meno che non si faccia lavoro di gruppo o di famiglia con più di due persone, nel qual caso abbiamo anche affinità di tipo orizzontale. La teoria psicoanalitica è di tipo verticale o di discendenza, in cui noi terapeuti siamo i genitori e il paziente è il bambino.

E ora volevo fare una considerazione su una affermazione che spesso la gente non considera nel lavoro di Green, cioè che, quando noi, dal nostro punto di vista di analisti, ascoltiamo i nostri pazienti che ci raccontano le loro storie familiari e parlano di violenza, di litigi tra coppie, di scenate, ma con i nostri pazienti non abbiamo questo tipo di scene familiari, questo è perché abbiamo bandito l'isteria dalla nostra pratica, e l'abbiamo lasciata tutta nella famiglia, e questo è perché non abbiamo una teoria di relazioni di tipo orizzontale, che consideri le affinità.

Quando parlavo prima di questo livello estremo dell'isteria quasi a livello psicotico che veniva chiamata qualche secolo fa semplicemente pazzia, e poi schizofrenia, abbiamo comunque lasciato fuori tutte le relazioni di tipo sociale da questo problema. Se si pensa all'isteria come a una pazzia sociale e al concetto di riconoscimento, quale è il momento critico per un bambino in un contesto sociale? Il momento cruciale è quando gli nasce un fratellino o una sorellina, e se come sappiamo abbiamo sempre più famiglie con un solo figlio, il momento cruciale è quando questo fratellino o sorellina non nasce (l'assenza di fratelli o sorelle reali).

Relazioni di affinità di tipo orizzontale, come può essere il matrimonio, hanno molta somiglianza all'affinità tra fratelli o sorelle. Se diciamo appunto che il matrimonio va male perché il marito è come il padre, la moglie è come la madre, noi lasciamo un po' fuori il momento drammatico critico in cui una

persona viene spodestata dall'arrivo di un fratello o di una sorella. Naturalmente ci sono pazienti che sono stati solo fratelli minori, o figli unici. Si tratta comunque di una mappa sociale che deve essere assorbita a livello psichico, di cui fanno parte le relazioni tra fratelli.

Con questa paziente di cui vi parlavo, per circa tre o quattro anni ho pensato nei termini della relazione con i suoi genitori, che erano molto importanti naturalmente, ed erano molto complessi. Nel transfert sembravo quasi essere per lei un padre benigno, mentre la sua analista precedente era una madre molto maligna, anche se poi l'analista era un uomo. Quindi c'erano già delle complicazioni in quanto tra noi il padre sembrava essere una figura materna e viceversa. E poi c'era la storia precedente della paziente, quasi un resoconto classico del disturbo edipico. Quando la mia paziente aveva due anni la madre di lei aveva lasciato il padre, portandosi con sé le due figlie, ed era tornata quando la mia paziente aveva cinque o sei anni, perciò aveva perso ogni memoria del padre in questo lungo periodo di tre, quattro anni, perché non era stata in grado di perderlo per poi interiorizzarlo. Era troppo giovane, e il periodo di tempo passato senza il padre era troppo lungo affinché potesse internalizzarlo e ricordarselo come immagine. Quindi quando poi è tornata a cinque anni e mezzo, all'inizio non lo riconosceva, e a nove anni era giunta a questa decisione di tipo piuttosto onnipotente: visto che tutti dicevano che quello era suo padre, faceva meglio ad accettare quella cosa anche lei. Quindi in questo senso aveva la conoscenza, ma non la comprensione del fatto che quello fosse suo padre. Doveva tenerlo nel suo stomaco, così da essere identificata con lui piuttosto che dall'averlo internalizzato e non poteva capire queste parole, non poteva capire la parola internalizzato, non poteva capire la parola perdita.

Green ed altri sostengono che uno dei problemi fondamentali dei nostri pazienti oggi è l'assenza di lutto. La mia paziente non aveva mai provato il lutto per suo padre e quindi non l'aveva mai potuto internalizzare, e questo sembra averle dato un modello che poi ha ripetuto nella sua relazione con sua madre. Perché, se non riesci a perdere ed a internalizzare un oggetto chiave, questo colpisce tutte le tue relazioni in genere. La violenza e la rabbia verso la madre erano tali che poteva solo espellerla. E quindi potete capire che per questa paziente, la sua femminilità, il suo essere madre in questa costellazione che vi ho descritto erano cose piuttosto problematiche, e io la definirei con il nome di un personaggio di un racconto che c'è in Inghilterra, una "mangia-zucche". Una mangia-zucche è una donna, una bambina che vuole diventare incinta e a tale scopo mangia le zucche. In effetti oltre ai bambini che sono sopravvissuti, ha avuto molti aborti spontanei, e a volte in queste persone che vogliono essere genitori c'è un'identificazione col fatto che vogliono essere genitori, ma non un'internalizzazione del significato che ha esserlo.

Vi parlerò dopo di questo problema in relazione all'aspetto maschile di Don

Giovanni, perché in un certo senso Don Giovanni è l'uomo che non è mai stato padre. Lui può sfidare alla fine dell'opera il Commendatore soltanto perché Don Giovanni non conosce il significato della parola paternità o della parola morte, e le due cose sono collegate.

Ho parlato di tutto questo perché ritengo che tutte queste cose importanti, come l'idea di discendenza, l'idea di una relazione tra genitore e figlio e ancora l'idea edipica, siano ancora adesso importanti e valide. Però quello che è stato cruciale con questa paziente (e che è emerso solo dopo tre-quattro anni di analisi) è stata la nascita di un fratello. La mia paziente aveva una sorella maggiore e, quando la madre aveva lasciato il padre, aveva portato con sé le due bambine; poi la madre è tornata dal padre e circa 18 mesi più tardi ha avuto un bambino, un maschio, suo fratello. Vi avevo già raccontato in precedenza della relazione con il padre e con la madre della mia paziente da bambina, ed adesso aggiungo la parentela non verticale, ma orizzontale. Quando era tornata dal padre a cinque anni e mezzo, sembrava essersi costruita una buona relazione con questo uomo anche se non sapeva che era suo padre. E l'ho visto questo anche nel tipo di rapporto che questa paziente ha stabilito con me, molto amichevole, lo stesso tipo di relazione che aveva stabilito con il padre prima che lei se ne andasse via con sua madre. Quando è tornata dal padre all'età di cinque anni e mezzo, pur non riconoscendolo come padre, era comunque molto affettuosa verso di lui o meglio verso questo uomo, e lui era felice di avere di nuovo in casa sua figlia. Facevano molte cose insieme, andavano alle partite di calcio insieme, ecc... e poi le nasce un fratellino. E a questo punto la mia paziente ebbe una crisi perché il padre, che aveva due figlie, era così entusiasta dall'aver avuto un maschietto, che lei ha perso la posizione che stava iniziando a costruire insieme al padre.

Potremmo forse fare questa fantasia, che se lei non avesse avuto un fratellino, nel corso del tempo avrebbe riconosciuto quest'uomo come suo padre, grazie ai due anni che lei aveva avuto, tanto per cominciare. Per via della nascita del fratellino, questa possibilità è stata chiusa. Aveva cominciato a pensare di sé, da un punto di vista psicologico, come sostituto di un figlio maschio per il padre. Non è che allucinasse, non aveva delle allucinazioni deliranti, non credeva veramente di essere un maschietto, non era un transessuale nemmeno potenzialmente, ma stava in quella posizione, quella che il padre voleva. Poi il padre ha un vero figlio maschio e lei perde completamente la sua posizione. Penso che questo è quello che capita.

Io vi ho parlato di un caso che rappresenta un po' l'esperienza di tutti. Anche se si è figli unici ci si aspetta di essere spodestati, e spesso i figli unici sentono di aver ucciso con la loro potenziale gelosia un potenziale fratello o sorella. Anche l'ultimo nato nella famiglia ha la possibilità di qualcuno che venga dopo. Ci sono naturalmente degli aspetti diversi e delle variazioni sul tema.

Ci sono molti studi, partendo dai lavori della Klein, sull'invidia del bambi-

no verso la madre, ma il momento in cui questa invidia diventa operativa in maniera particolarmente forte è quando arriva un fratellino o una sorellina e rende il bambino, il paziente, molto geloso. Tutti voi conoscete il lavoro della Klein. Il suo lavoro sull'invidia proveniva naturalmente dalla sua pratica clinica e penso che sia molto importante, ma è stato ispirato da un saggio di Joan Riviere sulla gelosia. Dopo aver preso a prestito alcune idee di J. Riviere sulla gelosia, trasformandole nel concetto kleiniano di invidia, le due hanno smesso di essere amiche. La Klein considerava l'impulso o istinto di morte responsabile dell'invidia della madre. Questa è solo un'ipotesi, in quanto ciò che possiamo vedere risulta dall'osservazione del bambino e dal lavoro clinico con gli adulti.

La mia sfida a tutti voi psicoterapeuti è di guardare alla relazione tra fratelli e sorelle, e vedere quando la gelosia inizia ad agire tra fratelli. È proprio in quel momento che l'invidia per la madre viene scatenata, anche se c'era un istinto di morte, è lì che diventa potente.

Per adesso metto un attimo da parte questa paziente dicendo solo che quando abbiamo cominciato a parlare di questo fratellino, sono venute alla luce delle fantasie estremamente violente, che mi facevano venire in mente quello che dice André Green rispetto a quello che succede fuori dalla stanza di consulenza, in un matrimonio. Ora questa mia paziente non aveva scene violente nel suo matrimonio, però c'erano delle fantasie violente, in cui per fare questo fratellino il padre aveva stuprato la madre, violentemente, rompendo tutti i mobili e avendo una relazione sessuale con la madre.

Come vi dicevo, era una paziente di mezza età, e mi diceva come aveva accudito a questo fratellino che le era nato, però quando questo suo fratello cresciuto si era sposato da adulto, la mia paziente aveva pensato che la sua vita (di lei) fosse finita.

E quello che apprendiamo è che questo fare da madre della sorellina verso il fratellino più piccolo, che è piuttosto comune, era un modo per gestire una intensa, violenta gelosia. Freud diceva che gli isterici amano là dove odiano, ed è quello che è qui più adeguato a questo tipo di relazioni tra fratelli, in cui noi amiamo là dove odiamo.

Noi odiamo, e l'odio è più vecchio dell'amore, perché noi siamo stati spodestati, non solo spostati dal seno, come direbbe la Klein e la teoria delle relazioni oggettuali, ma proprio spostati come discendenza, come lignaggio. Quindi è un'identità che riguarda la relazione con il seno, ma è anche una questione di posizionamento per quanto riguarda la discendenza. Io ero il figlio o la figlia dei miei genitori, adesso ce ne è un altro e io chi sono? E allora il bambino e la bambina si guarda intorno per cercare una nuova posizione, forse può essere aiutato quando gli si dice: "Tu sei il più grande", oppure una bambina si aiuta da sé diventando una piccola mamma. Però la struttura è quella dell'odio per essere stato spodestato. Si tratta di un sentimento di esclusione che ha a che fare con la scena primaria: nella nostra nozione di

scena primaria, noi sappiamo di essere esclusi dal momento del nostro concepimento, e questo per André Green è il fondamento della fantasia. Dobbiamo porci da qualche parte, non possiamo non esistere, però così come per l'invidia, questa scena primaria diventa molto importante quando noi siamo esclusi da essa doppiamente, siamo proprio spostati nel nostro concepimento, non ci siamo, ma siamo ancora più spostati quando qualcun altro lo è, così *quando arriva un fratellino o una sorellina, noi sentiremo un profondo e violento odio, e poi dovremo gestire questo odio perché dobbiamo andare avanti a vivere, e investiremo questo odio amando.*

La Klein parlava della posizione depressiva, come di una posizione in cui la rabbia e la distruttività verso la madre sono state superate e si desidera riparare un danno fatto, quello che causa appunto la depressione. La madre viene accettata in modo ambivalente (può essere amata e odiata) e il senso di colpa per il danno può essere riparato. In questo modello l'amore si pone in cima a tutto. Nel mio modello ritengo che sia più importante ciò che avviene nella relazione tra fratelli. Qual'è allora l'emozione in gioco? La gelosia. Quale è l'emozione in gioco nel matrimonio?

Se noi nella nostra pratica guardiamo solo la dinamica tra genitore e bambino, non vedremo la gelosia provenuta dallo spostamento, causata da un fratello o da una sorella, non considereremmo quindi l'elemento orizzontale della situazione. Nella situazione di transfert la paziente manifestava una fortissima gelosia verso di me: non ho mai avvertito qualcosa di così forte.

Ora vorrei passare a un paziente uomo che era un po' un paziente Don Giovanni. Era un Don Giovanni nel senso che parlava, parlava, e non c'era azione.

Se pensiamo all'opera di Mozart (era la preferita di Freud), vediamo che è tutta una storia; lui non ha in realtà tutte quelle mille donne, mille e tre in Spagna... È tutto sul catalogo che tiene Leporello, ma cosa è che fa veramente Don Giovanni? Lui rende tutti gelosi. O meglio rende ogni donna gelosa di ogni altra donna, mediante l'idea che lui seduce, si sposta dall'una all'altra. Questo è piuttosto normale per un uomo, non per una donna.

Storicamente, a livello culturale, non abbiamo un ruolo di donna che possa comportarsi come un Don Giovanni. Interculturalmente, se ci pensate, la poligamia è incorporata in certe culture, ma non la poliandria, non viceversa, è una cosa molto rara, molto eccezionale. Quello che è successo storicamente in questo secolo, periodo in cui l'isteria sembra scomparsa, è invece una poliandria crescente, che in qualche modo crea una specie di crisi, perché adesso l'uomo o la donna in molte delle società occidentali possono essere poliandri o poligami.

Là dove un tempo la gelosia apparteneva alle donne, adesso gli uomini possono essere ugualmente gelosi delle donne ed è venuto fuori l'inferno nel matrimonio. Per darvi un esempio interculturale, un'antropologa ha studiato

la tribù africana Gongio in cui si presumeva che ci fossero episodi di stregoneria, (ed in effetti come Freud ha rilevato ci sono molte somiglianze tra episodi di gelosia e stregoneria). In questa tribù Gongio ci sono sia stregoni che streghe, con una prevalenza di streghe, ma quando l'antropologa ha chiesto alle streghe perché erano streghe, ha scoperto che gli stregoni erano stregoni buoni e le donne streghe erano streghe cattive, e quindi la questione della stregoneria aveva a che fare con il potere, come mezzo per conquistare il potere. Quando gli uomini erano stregoni, erano stregoni buoni e potenti, mentre quando le donne erano potenti, come stregoneria, erano streghe cattive. E allora quando l'antropologa gli ha chiesto: "come mai siete cattive?" erano tutte per così dire delle Eve, hanno risposto: "Perché noi siamo cattive, noi siamo malvagie". Ha fatto ulteriori indagini ed ha scoperto che erano estremamente gelose, perché era una società poligama, e c'era moltissima ostilità tra le diverse mogli, e questo sembrava essere il fondamento della loro malvagità e della loro gelosia.

Don Giovanni rende geloso un uomo di classe inferiore: Masetto. Lui è per così dire un po' scisso in Leporello, ma le persone che lui rende reciprocamente gelose sono le donne.

Quindi abbiamo una differente risposta strutturale quando arriva un nuovo fratellino o sorellina. Per tornare quindi un attimo alla teoria, se prendiamo la teoria classica che quando una madre ha un figlio, il bambino in qualche modo la completa di quello che non ha, questa è un po' la nozione, l'origine del bambino che nasce un po' come il fallo, perché naturalmente uno vuole sempre quello che non ha, non quello che ha, quindi se il bambino nuovo, il neonato maschio o femmina che sia, nella costruzione psichica della madre è comunque un fallo, allora la gelosia provverrà dal bambino che è stato spostato, verso il nuovo bambino che la mamma ha avuto, che è il fallo della mamma. Questo mi sembra che sia sottostante alla nozione di invidia del pene, non è tanto il fallo del padre quanto la creazione di questo bambino, e questo può essere spostato su altri fratelli o sorelle e quindi conseguentemente su altre donne, così che uno lotta con tutti i propri fratelli e sorelle, come le donne in Don Giovanni.

Don Giovanni stesso non ha mai bisogno di essere geloso, perché ha già reso tutte le donne gelose, e questo è qualcosa che in questo secolo, almeno fino agli anni '60, si è costruito strutturalmente nelle nostre società, così che il male della gelosia, si posa sulle donne, rimane sulle donne, e *l'isteria che è in qualche modo la perdita di riconoscimento della propria posizione*, rende una persona matta, perché la persona non si trova più da nessuna parte. Questo si può risolvere solo muovendosi continuamente per cercare una posizione, finché si ottiene qualcosa che magari qualcun altro vuole. E Don Giovanni, come maschio isterico, fa sentire a tutti di avere lui quello che tutti gli altri vogliono, così che gli altri possano diventare gelosi di lui, così che lui non debba mai essere geloso.

Se guardiamo al luogo del trauma, nella vita psichica, penso che il trauma che dobbiamo considerare qui, che crea la differenza tra mascolinità e femminilità, è il trauma del non-riconoscimento, del non-posto al momento della nascita di un fratello o di una sorella.

Volevo aggiungere poche parole sul fatto che Don Giovanni racconta delle storie, piuttosto che mettere in atto la propria sessualità. L'azione di Don Giovanni è la gelosia e il rifiuto della morte, la storia invece è sessualità. E questo è un grande parallelo riguardo alla nostra disciplina: i nostri pazienti ci raccontano delle storie sulla sessualità ma noi escludiamo dalla nostra pratica la sessualità effettiva.

Vorrei darvi alcuni esempi di come la sessualità viene trasformata in racconti. Per Flaubert è stata fatta una diagnosi di isteria, quando ha scritto *Madame Bovary*, ha detto: "Madame Bovary, sono io". Egli ha studiato la propria isteria, come anche dei casi clinici di isteria, per poi poter creare il personaggio di Emma Bovary. Non so se anche in altri paesi, ma in Francia e anche in Italia esiste una sindrome chiamata "bovarysimo".

C'è una poetessa americana, a cui vorrei far riferimento, Ann Sexton, che era stata ospedalizzata con una diagnosi di depressione post-partum. In seguito fecero una seconda diagnosi, questa volta di schizofrenia. Ciò accadeva negli anni '50 in America, oggi sarebbe definita borderline, ma l'analista che le aveva fatto un consulto prima di entrare nella corsia psichiatrica, non pensava che si trattasse dei disturbi del pensiero caratteristici della schizofrenia. Questo era un periodo in cui l'isteria non era più riconosciuta, non era presente nei manuali di diagnostica. Ciò nonostante, l'analista pensava che la donna mostrasse sintomi d'isteria ed evitò un ricovero, offrendole una psicoterapia. Nel corso dei primi giorni di lavoro con lei, la paziente si lamentava della sindrome della casalinga: del dover rimanere bloccata in casa a fare le faccende con i figli, proprio la stessa sindrome di cui parlava Betty Friedan, una delle prime femministe. Era la cosa di cui più si lamentavano nei primi anni sessanta le donne, e allora il terapeuta le ha chiesto: "Che cosa vorrebbe fare? Che lavoro vorrebbe avere?" E lei ha risposto: "Mah, io potrei fare la prostituta." E il terapeuta le ha detto: "Ma perchè non diventa poetessa?" E l'ha fatto. E all'epoca è stata la poetessa che ha avuto più successo negli Stati Uniti.

Questi sono due esempi della trasformazione della sessualità in poesia, in letteratura, in opere creative, ed anche la terapia è parola.

(a cura di Silvia Fano Cassese e Lia Pieracci)

LA MADRE, LA BAMBINA, IL MARSUPIO E L'OSSERVATRICE.
Difficoltà di alimentazione di una neonata prematura
partecipante al Kangaroo Mother Programme¹

Susana Amez e Hilda Botero***

Questo lavoro presenta le osservazioni su di una neonata prematura partecipante al Kangaroo Mother Programme per pazienti esterne effettuato in Colombia. Le osservazioni si sono svolte per un periodo di tempo che va dalla trentacinquesima settimana di gestazione fino al raggiungimento del termine. La neonata Andrea è stata tenuta in vita mettendola in una sorta di "marsupio" umano attaccato alla pelle della madre. Appaiono in primo piano l'alimentazione e la sopravvivenza, le esperienze della madre e della neonata, le difficoltà e le crisi in una situazione nella quale c'è solo una linea sottile di demarcazione tra la vita e la morte. Da questo delicato equilibrio tra vita e morte emerge che ciò che la madre doveva affrontare veniva sostenuto dalla presenza dell'osservatrice Hilda Botero e, a sua volta, il suo lavoro veniva supervisionato e sostenuto da Susana Amez. L'articolo esplora anche il ruolo dell'osservatrice quale contenitore di angosce estremamente primitive che, se non affrontate nel modo appropriato e al momento giusto, avrebbero potuto diventare letali per la neonata. Mostra infine le capacità e l'adattamento reciproco della madre e della neonata nel ritrovare l'allattamento al seno nonostante le circostanze più avverse e come le funzioni di contenimento del nonno, dell'osservatrice e della madre combinate insieme, abbiano permesso alla neonata di continuare ad alimentarsi fisicamente ed emotivamente e, in definitiva, di svilupparsi e sopravvivere.

Il Kangaroo Mother Programme

L'incubatrice è stata tradizionalmente il metodo scelto per trattare con neonati prematuri nella maggior parte dei Paesi. Tuttavia nei paesi sotto sviluppati, dove l'incubatrice non è una opzione possibile date le risorse economiche comparativamente scarse in relazione alla domanda, si devono usare altri metodi. Nel 1978, in Colombia, il Dr Rey Sanabria iniziò ad usare le madri di neonati prematuri come incubatrici viventi ed il metodo cominciò a funzionare. La madre, rimanendo in ospedale, teneva il neonato pelle a pelle, tra i seni, in una sorta di marsupio umano. Il Kangaroo Mother Programme, come

¹ Questo articolo fa parte di uno studio più ampio e dettagliato che sarà presentato all'Incontro Accademico del Child & Family Therapy Service.

* Psicoterapeuta Infantile e docente nei Corsi di Infant Observation

** Psicologa clinica

è conosciuto oggi, viene effettuato con pazienti esterne seguite dalla Clinica Pediatrica di Bogotá, Colombia.

Si considera prematuro un neonato nato tra la ventottesima e la trentasettesima settimana di gestazione. Un neonato nato tra la ventottesima e la trentunesima settimana è considerato un neonato gravemente sotto-peso (extremely low birth weight: ELBW) secondo la classificazione Lubchenco.

Il neonato prematuro viene tenuto in un marsupio, come sopra descritto, fino al raggiungimento del termine. L'obiettivo è la continuazione del periodo di gravidanza; la madre presta il proprio metabolismo allo scopo di permettere che il neonato completi il periodo di gestazione. La madre fornisce calore, alimentazione e protezione contro le infezioni e soprattutto questo metodo impedisce una separazione prolungata tra madre e neonato. Il neonato deve essere sempre pelle a pelle, in posizione verticale rispetto al seno materno come un ranocchietto attaccato alla madre. Il neonato deve rimanere in posizione verticale anche quando viene allattato al seno.

Per essere scelto, il neonato deve pesare alla nascita meno di 2000 grammi, deve aver superato complicazioni vitali, deve essere capace di succhiare e deve essere stato in grado di guadagnare dai 15 ai 20 grammi al giorno quando ancora nell'incubatrice. Alcuni dei prerequisiti per partecipare al Kangaroo Programme ambulatoriale sono:

Il neonato prematuro deve essere in buona salute e deve aver superato qualsiasi patologia preesistente. Il neonato deve anche essere in grado di coordinare le azioni di succhiare, deglutire e respirare, ma se il neonato avesse ancora bisogno di ossigeno ciò non sarebbe un ostacolo. Anche la madre deve soddisfare certi criteri: non può farcela tutta da sola e ha bisogno di qualcuno che l'aiuti mentre, per esempio, fa il bagno o si toglie il latte. Nel caso si ammalia, qualcun altro deve portare il neonato pelle a pelle. Le famiglie vengono informate dei rischi di questo metodo e le loro risorse e capacità vengono valutate prima di iniziare il programma. Durante l'addestramento, queste madri vengono osservate per valutare possibili ostacoli nell'applicazione della tecnica. Una volta iniziato il programma, vengono effettuati controlli giornalieri (in una specie di Centro Assistenza Sanitaria locale) per assicurarsi che i neonati sviluppino bene, per esempio molta importanza viene attribuita al peso, ed i neonati dovrebbero aumentare di un minimo di 20 grammi al giorno (questo criterio è molto rigido). Il neonato e la madre dovrebbero essere strettamente avvolti insieme al petto da una fascia in modo tale che la madre possa muoversi liberamente ed il neonato possa essere attaccato fermamente alla pelle della madre. L'obiettivo è di mantenere una temperatura costante, circa 37°, in modo da diminuire il dispendio di energia e facilitare l'accrescimento ponderale. Il neonato è di conseguenza permanentemente stimolato dal ritmo respiratorio, dai rumori cardiaci e dall'attività della madre o della persona che lo porta.

Secondo la filosofia del Kangaroo Programme, la maniera migliore per ali-

mentare questi neonati è mediante l'allattamento al seno. Il neonato viene quindi messo al seno prima possibile. Se all'inizio il neonato non è capace di alimentarsi dal seno materno gli viene dato il latte che la madre precedentemente si è tolto. C'è stata e tuttora c'è molta controversia tra i neonatologi in merito alla maniera migliore di alimentare i neonati prematuri. Alcuni argomentano che l'allattamento al seno è troppo stressante per i neonati che pesano meno di 1500 grammi, poiché non sarebbero in grado di coordinare l'azione di succhiare con quella di deglutire. Alcuni studi hanno dimostrato che i neonati al di sotto dei 1300 grammi possono essere allattati al seno e che la loro temperatura aumenterebbe diversamente da quando sono allattati artificialmente. È stato inoltre osservato che i neonati alla trentaduesima settimana di gestazione allattati al seno possono succhiare 3-5 volte ad intervalli regolari quando sono al seno e si può sentire quando deglutiscono. Se in un secondo tempo viene introdotto il biberon, i neonati mostrano una disorganizzazione nel ritmo del succhiare. In generale si è concluso che dare latte materno prima del termine della gestazione offre vantaggi ai neonati prematuri quali: aminoacidi appropriati, facilitazione della digestione e dell'assorbimento dei grassi; inoltre ha eccellenti proprietà immunologiche. Potrebbe non soddisfare alcuni bisogni di minerali e proteine nei neonati prematuri e quindi sono consigliati alcuni supplementi (Michaud S. 1991). La ricerca sull'alimentazione dei neonati sottopeso alla nascita ha dimostrato che essi sono capaci di alimentarsi al seno molto prima di quanto ritenuto possibile dai clinici (Ernst J.A. *et al.*, 1983; Salle B.L. *et al.*, 1966).

L'anemia è un problema comune nei neonati prematuri. Hanno difficoltà a mantenere l'emoglobina ad un livello normale e richiedono spesso trasfusioni di sangue. Il neonato deve essere svegliato ogni ora e mezza per essere allattato ma non può stare fuori del marsupio per più di 10 minuti per timore che la temperatura diminuisca. Alla trentaquattresima settimana di gestazione il neonato dovrebbe avere i tre riflessi base: succhiare, deglutire e respiro coordinato. Alla trentaduesima settimana si dovrebbero essere stabilizzati i "riflessi dei punti cardinali" (rooting reflex). Per manifestarsi tutti questi riflessi richiedono una certa maturità del sistema nervoso e dei gruppi muscolari ma di solito nei prematuri questi muscoli non hanno abbastanza forza. Di conseguenza viene chiesto alle madri di avere un ruolo più attivo nell'allattare i loro bambini, per esempio viene insegnato loro come sostenere la mandibola del neonato per aiutarlo a succhiare, l'anatomia e la fisiologia dei muscoli, alcune posizioni speciali e tecniche specifiche per allattare al seno. Viene anche consigliato l'uso di un contagocce quando ci sono problemi con l'allattamento al seno.

Il rapporto tra le mamme dei prematuri ed il personale del Kangaroo Programme è molto importante perché questi abbia un buon esito. Tuttavia si tende ad enfatizzare le tecniche sofisticate piuttosto che a comprendere le ansie e le insicurezze di queste mamme. Il personale tende a dimenticare che

anche le mamme hanno bisogno di un contenitore emotivo per essere sostenute alla stessa maniera nella quale i neonati sono contenuti fisicamente. Anche le mamme come i loro neonati attraversano una situazione critica. Il buon esito di questo programma dipende dall'appoggio dato dall'ambiente circostante. I fattori individuali sono molto importanti ma quelli esterni sono cruciali. Il successo nell'alimentazione viene misurato in base al peso del neonato: viene considerato un buon risultato se questi arriva a pesare 2500 grammi alla data in cui la nascita avrebbe dovuto avvenire, altrimenti possono esserci problemi di sviluppo. Si può prevedere che i neonati che hanno avuto problemi con l'alimentazione mentre erano nella posizione Canguro avranno gli stessi problemi in futuro.

Il neonato rimane nella posizione Canguro fino a quando è pronto per venir fuori, il neonato comincia a sentirsi scomodo e a cercare di venir fuori avanzando lentamente verso il collo della mamma. Viene quindi presa la decisione di far uscire il neonato e può avvenire quella che viene chiamata "nascita". Nei dodici mesi successivi vengono fissate periodiche visite di controllo e vengono effettuati tests neurologici e psicomotori.

Il contesto dell'osservazione

L'osservatrice ha legami professionali con il Kangaroo Programme. Ha deciso di osservare una diade Canguro che aveva appena iniziato il programma. Una delle ragioni della scelta è stato il breve periodo di ricovero in ospedale della neonata, per cui sarebbe stato possibile osservare i suoi primissimi stadi di sviluppo dentro il marsupio umano. Il primo contatto con la madre e la neonata ha avuto luogo a "La Casita", una sorta di centro di Assistenza Sanitaria locale che si occupa dei neonati del Kangaroo Programme. La neonata era nata 8 giorni prima dell'incontro iniziale. L'osservatrice, Hilda Botero, è una psicologa clinica esperta. Appoggio e supervisione alle osservazioni sono stati dati da Susana Amez, Psicoterapeuta Infantile ed insegnante di Osservazione Infantile. Il metodo usato per le osservazioni è quello descritto da Esther Bick, sebbene alcune modifiche al metodo siano state apportate quando si è reso necessario un intervento diretto da parte dell'osservatrice data la pervasività delle angosce della madre ed il rischio che questo comportava per la neonata. Le osservazioni hanno avuto luogo a casa due volte alla settimana fino a quando la neonata ha raggiunto il termine pieno, dopodiché una volta alla settimana.

Madre e Neonata

La madre, che qui verrà chiamata Consuelo, ha avuto la bambina (Andrea) all'età di 32 anni. Aveva avuto due precedenti gravidanze, il primo neonato non è sopravvissuto a causa della sua eclampsia, la seconda è nata in modo naturale ed è una bambina di 7 anni che verrà chiamata Paty.

La gravidanza di Andrea non era voluta, era stata tenuta nascosta e scoper-

ta solo quando è dovuta andare in ospedale a causa dell'eclampsia. Consuelo è una single, che lavora e risiede in una zona della città abitata dalla classe operaia. È stata adottata all'età di 11 anni alla morte dei genitori. I membri della famiglia sono: il nonno, il padre adottivo di Consuelo, il quale esercita un ruolo pratico ed emotivo estremamente importante nel sostegno della diade e rappresenta la figura dell'autorità nella famiglia; lo zio W, il fratello adottivo di Consuelo, che offre un appoggio pratico; la nonna, una signora austera che ha apertamente rifiutato Consuelo e la sua neonata e non parla loro; Paty, la sorellina della neonata. Secondo quanto riferito dal personale del Kangaroo Programme, Andrea è nata tramite parto cesareo, a causa delle complicazioni che hanno fatto seguito all'eclampsia della mamma, 3 giorni prima della trentaduesima settimana di gestazione. Tuttavia, secondo la scala di Ballard, è nata a 30 settimane e mezzo di gestazione. Era una neonata molto minuta che poteva essere tenuta su una mano e occupava uno spazio compreso tra la punta delle dita della mamma fino a circa 5 cm sotto il polso. Era lunga 39 cm. La circonferenza della testa era di 27 cm. Pesava 1200 grammi e presentava un ritardo nello sviluppo intrauterino, itterizia e una tachicardia che ha richiesto 8 giorni in ospedale per essere stabilizzata. La neonata ha reagito bene alla cura, la madre ha mostrato una notevole dedizione alla neonata e le condizioni erano favorevoli affinché venissero valutate idonee per il Kangaroo Mother Programme ambulatoriale. Questa era una sfida che la madre era determinata ad intraprendere.

Osservazione n. 1 - Il primo incontro

22 giorni - Periodo di gestazione: 35 (33?) settimane

Questa è la prima volta che l'osservatrice si reca a casa e poiché ha difficoltà a trovarla, la madre esce fuori in strada ad incontrarla. La madre porta la neonata tra i seni, Andrea non può essere vista, ben avvolta com'è. La mamma conduce l'osservatrice in una stanza dove si prepara immediatamente per l'allattamento. Una volta fuori della posizione Canguro la neonata viene descritta dall'osservatrice come "estremamente piccola, si adatta a penello tra la mano della madre e parte del suo braccio".

La madre commenta: "Non fa altro che dormire". Ora solleva il reggiseno, tira fuori un seno, dice alla neonata "Mangiamo qualcosa" e la mette sul braccio sinistro, le gambine vicine al suo gomito. Le tiene la testa con la mano sinistra, dirigendo la bambina verso un lato e poi l'altro, tenendola di fronte al petto. Poi la madre la muove leggermente per darle un'occhiata in viso. La neonata che è ora quasi verticalmente lontana dal seno indovina dov'è il seno, gli occhi sono ancora chiusi. La bocca della neonata assume una forma come se stesse quasi per succhiare il capezzolo. La madre l'avvicina al seno, pone il capezzolo sulle labbra della neonata.

La neonata diventa tesa, si raggomitola, ha la sua piccola mano sinistra tra il seno e le gambe della madre. La madre è seduta, il braccio destro della neonata è vicino al braccio sinistro della madre e lo muove su e giù verso il seno, molto vicino al capezzolo. È l'altro braccio, quello che muove di più e che si riesce a vedere meglio. Non risponde alla madre che le tocca il viso con il capezzolo, alcune gocce di latte fuoriescono e la madre dice: "Mangia tesoro, mangia, guarda, sta uscendo". Con la lingua contro il palato, la madre emette un suono per attirare l'attenzione della bimba. Andrea si stende e allunga il corpo, appare tesa, muove le labbra e cerca di aprire gli occhi ma non ci riesce. La madre continua a provare. La chiama, la muove, le mette il capezzolo in bocca, la guarda mentre fa questo, insiste. La maggior parte delle volte la madre si rivolge alla neonata come se fosse un maschio, usando aggettivi maschili.

La madre la tira su, dirige la neonata verso il suo viso, la neonata raggomitola il corpo in risposta alla voce della madre. Sembra che riaggiusti il corpo una volta ricevuto l'impatto delle comunicazioni. La madre abbassa la neonata e ne stende e allunga il corpo di nuovo. La madre la mette al seno nella stessa posizione descritta prima ma lievemente più in verticale. La neonata emette un suono debole dal profondo della gola. La madre continua a parlarle: "Cosa c'è che non va, piccola mia, non essere così pigra". Si interrompe e spiega: "Ho smesso di allattarla quando è arrivata lei, le ho già dato l'altro seno, ha preso il mio primo latte ed ha cominciato a mangiare ma ho smesso quando sono venuta a prenderla". La madre continua e fa una smorfia di stanchezza. Riaggiusta la posizione della neonata muovendola su e giù con il braccio in relazione al capezzolo. A volte la neonata prende leggermente il capezzolo, questo avviene diverse volte. Lo fa dopo essersi raggomitolata, aver storto e teso le mani, forse per evitare lo stimolo. Mentre è tesa le mani si inarcano un po' e tremano un po' a causa dell'intenso allungamento. Immagino che tutto il suo corpo si senta così. C'è un muro impenetrabile tra la bocca e il capezzolo.

Andrea inizia a rilassare il corpo, le mani sono meno rigide, cadono sul grembo materno. Ora riesce ad afferrare il capezzolo che le entra in bocca cosicchè può prenderlo. Questo si ripete diverse volte, la madre è stanca, dice "Mi stai facendo stancare, tesoro, ho il braccio stanco!" Sta per mettere il capezzolo nella bocca della neonata quando uno spruzzo di latte bagna il viso della neonata, le va nell'occhio destro ancora chiuso. La madre si preoccupa, dice "Mi dispiace, ti ho bagnato l'occhio". Le asciuga l'occhio con il dito indice. La solleva un po', ad Andrea viene il singhiozzo. La madre dice: "Oh, Andrea è terribile oggi", quindi commenta: "Quando succede questo diventa di cattivo umore, comincia a singhiozzare".

Sia la mamma che la neonata rinunciano. Dopo averle fatto fare il ruttino, la madre ricomincia l'intero processo, ora mette la neonata all'altro

seno. Sembra che questo seno le rimanga più facile, ci si attacca molto più rapidamente che non all'altro. Sembra succhiare con tutta la sua forza. Forse è più sveglia ora, è molto più rilassata, le manine sono rilassate. Riceve il latte in bocca, la barriera che aveva prima drammatizzato con tutto il suo corpo non esiste più. Ora può fidarsi del seno e del latte che le entra in bocca ma c'è voluto del tempo a decidersi.

La madre è stanca, prova da 45 minuti, le mani della neonata sono fredde. La neonata è rimasta fuori del seno/corpo della madre troppo a lungo. Dobbiamo ricordare che i neonati non riescono a mantenere la giusta temperatura corporea più a lungo di 10 minuti e devono essere nutriti ogni ora e mezza.

Questa descrizione illustra solo alcune delle difficoltà che comporta l'alimentare questi neonati prematuri. Mostra anche le capacità straordinarie della madre di tenere la sua neonata in vita. La fantasia della madre è che proprio quando esse sono nel mezzo della lotta per la sopravvivenza, la neonata ritorna alla morte ogni volta che si tira indietro e si riaddormenta. La madre allora prova a sincerarsi che la bambina è viva stimolandola, ma più prova a muoverla ed ad allattarla, più questo viene sentita come un'intrusione dalla neonata che a quel punto si ritira ancora di più, addormentandosi nel tentativo di proteggere se stessa con il solo meccanismo a sua disposizione in questo stadio iniziale di sviluppo. Il seno persecutorio e intrusivo, che è sentito come un attacco, diventa evidente quando una goccia di latte bagna il viso della neonata. Andrea reagisce con il singhiozzo e il "cattivo umore", secondo la madre, come modo di espellere il seno persecutorio cosicché si può permettere l'ingresso al seno buono che nutre. Andrea si alimenta dall'altro seno. La neonata non solo protegge se stessa addormentandosi ma lo fa ancor più attivamente formando una barriera con tutto il suo corpo, una barriera impenetrabile contro le intrusioni.

La descrizione successiva mostra alcuni effetti dell'ansia materna sulla situazione allattamento.

Osservazione n. 2 - Resistere al freddo per nutrirsi

26 giorni - Periodo di Gestazione: 35 (33-34?) settimane

Quando arriva l'Osservatrice, Andrea è tenuta in braccio dal nonno nella posizione Canguro, si riesce a malapena a vederla. Quando la madre ha finito di farsi la doccia ed è pronta, la neonata viene trasferita al seno della madre. L'allattamento inizia con la madre che dà delle medicine e vitamine sotto forma di gocce (Similax) alla neonata. Quando ha finito la medicina la madre cerca di togliersi del latte nella tazza dalla quale la neonata ha preso la medicina. Questa è la procedura da seguire con questi neona-

ti sotto peso: dar loro prima il secondo o terzo latte che è ricco di sostanze nutritive e di grassi. Questa volta la madre non ha molto successo e decide di darle il seno.

La madre inizia avvicinando il capezzolo alla bocca della neonata invitandola a prenderlo: "mangia bambina, è buono, prendilo, è il latte della mamma". La neonata non lo prende, vedo che la madre non gli dà la forma giusta per facilitare alla neonata il compito di prenderlo, lo appiattisce, ne risulta una forma totalmente diversa da quella formata dalla bocca della neonata, non c'è coordinazione tra le due...

La madre diventa irrequieta e copre la neonata dicendole "Prendi freddo, fa freddo, il sole non è ancora venuto fuori e non mi è stato possibile farti prender il sole".

La neonata ha trascorso ora troppo tempo fuori della posizione Canguro e la priorità è di farla tornare al petto della madre ma questa continua la lotta.

La bambina torce e contorce il corpo, ritorna al capezzolo ma con poca convinzione. La madre dice: "Sta uscendo... hum... hum... non essere pigra, è molto buono il latte, non lo vuoi, cosa c'è che non va?" La neonata si avvicina di più al capezzolo, apre la bocca, la madre riesce finalmente a mettere il capezzolo dentro la bocca della neonata, la neonata succhia un po', si ferma, non si sta muovendo, si è improvvisamente addormentata. La madre cerca di svegliarla: "Dai, non ti addormentare, mangia, non essere pigra". La neonata succhia un po', poi si rannicchia, e sembra che afferri il capezzolo con la bocca come un paio di pinze. La neonata erige poi una barriera, si allunga e irrigidisce il corpo, il viso è molto teso, il capezzolo viene lanciato fuori della bocca come se rimbalzasse dalla barriera tramite la quale drammatizza il suo stato mentale.

La madre riprende a stimolarla con il capezzolo quando la neonata ritorna nel suo stato soporifico. La madre ha iniziato ad usare il corpo per esprimere i suoi sentimenti, arcua il corpo, lo raddrizza, muove la testa da una parte e dall'altra, è molto stanca. Dice, arcuando la schiena, "mangia per piacere mangia, mi si spezza la schiena in due". Mi guarda come a dire, "che tragedia!" La madre rimette il capezzolo sulle labbra della neonata, appare stanca, dice "Già 30 minuti dall'inizio della tragedia". La madre guarda intensamente la bambina e le offre il capezzolo di nuovo come ultimo tentativo; la neonata succhia bene per un breve periodo. L'espressione della madre cambia, sorride e si congratula con lei: "Brava, bella, va bene". La bambina lascia andare il capezzolo, la madre insiste ma lei decisamente non vuole più saperne. La tira su, la mette sul petto, "Vediamo, facciamo uscire l'aria", dandole dei colpetti sulla spalla, la neonata rigurgita. La mamma appare contenta, fa un gesto come per abbracciarla più vicina, le bacia la testina e dice "Sì, piccola mia".

In questa osservazione possiamo vedere la madre tutta presa a seguire i passi e le procedure indicati dai medici, molto ansiosa di allattare, senza spazio nella sua mente per afferrare i segnali che la neonata le invia, che sono come una comunicazione ben chiara da parte sua. Il terrore della morte è sempre presente durante l'osservazione, il capezzolo invece di una sorgente di vita diventa una terribile persecuzione che deve essere espulsa. Possiamo dire che la neonata avverte il seno non solo come intrusivo ma anche come molto impegnativo. Per questi neonati prematuri, quello di alimentarsi è un compito enorme. Dobbiamo ricordarci che a 32 settimane di gestazione tutto ciò che sono in grado di fare sono 4-5 poppate ad intervalli regolari. Questo compito è stancante anche per la madre la quale ha la capacità di continuare a provare e anche di parlare alla neonata.

Sia la bambina che la madre soffrono; questa è una situazione ad alto rischio, la neonata deve essere allattata ogni ora e mezza ma non può stare fuori della posizione Canguro per più di 10 minuti, la neonata potrebbe dover subire le conseguenze di questa "tragedia".

La madre accenna alla sua preoccupazione per la bambina che si raffredda e non c'è il sole per riscaldarla. Questo può essere collegato nella mente della madre con il fatto che c'è qualcosa di sbagliato tra loro e che questo possa avere serie conseguenze per la salute della neonata. Il dramma emotivo della madre non è esprimibile a parole, in questo momento non è in grado di impedire che la neonata digerisca i suoi sentimenti, è difficile da mantenere la capacità di "réverie" (Bion 1962).

Dopo questa visita l'osservatrice è molto preoccupata per la neonata che non riesce a riscaldarsi e quindi non riesce a trovare l'energia necessaria per succhiare.

Osservazione n. 3 - Un intervento necessario

A 28 giorni - Periodo di Gestazione: 36 (34-35?) settimane

La descrizione seguente mostra una crisi importante nella diade madre-neonata ed un intervento tempestivo da parte dell'osservatrice che aiuta a restaurare l'equilibrio ed a ristabilire un buon rapporto di allattamento.

I timori dell'osservatrice appaiono confermati. Trova la neonata nella posizione Canguro, tenuta dal nonno che dice all'osservatrice che la neonata è dimagrita e la madre è stata rimproverata al Centro Sanitario dove porta la bambina per i controlli. L'osservatrice decide di intervenire data la situazione critica in cui si trova la diade e considerando quanto sia prezioso il tempo in queste circostanze. In questa occasione viene anche a conoscenza della drammatica storia familiare della madre.

Madre, neonata ed osservatrice sono nella camera da letto, la madre si sta preparando per allattare, ha preparato le vitamine e le medicine in una tazza

e sta aspettando che si riscaldi un po'. La madre esprime all'osservatrice la sua preoccupazione per il peso della bambina.

Ho chiesto alla madre perché pensasse che la bambina perda peso. Ha risposto che lei non sapeva come metterla al seno e quindi la neonata non riusciva a prendere latte a sufficienza e nel frattempo si raffreddava. Sono stata d'accordo ed le ho chiesto come pensasse di dover tenere la neonata perché sia in grado di alimentarsi. La madre rimane un attimo a pensare, poi cominciata a diventare ansiosa. Suggerisco di provare ad allattare la neonata tenendola pelle a pelle e chiedo se la maglia che indossa è comoda. Lei dice "No, non lo è, questa maglia lo rende più difficile". Prova a mettere la neonata al di sopra della vita, non completamente in orizzontale, non sembra essere molto abile, penso sia una conseguenza della sua ansia. La madre strofina il capezzolo un po' sulla bocca della neonata. "Non vuole mangiare, vuole dormire, quelle vitamine che le dò le danno sonnolenza". L'aiuto a riaggiustare il corpo della neonata ed anche a sistemare la fascia. Osservo mentre la madre cerca di offrire il capezzolo. La madre mi guarda con ansia e dice "Non so perché abbia perso peso, le dò il seno e faccio quello che si deve fare giorno e notte, che altro posso fare".

Le faccio notare che sembra essere molto preoccupata di questo: "Sei interessata ad essere una buona madre per la tua bambina, vuoi essere in grado di prenderti cura di lei". Mi guarda e dice "Sì". Dico: "E sei stata molto triste, sembra che ci siano altre cose che ti stanno rattristando". Sembra sorpresa ma anche sollevata e dice "Sì". Ha gli occhi umidi, sembra piangente. Commento "Quelle cose tristi si mischiano alle altre preoccupazioni ed è un doppio sforzo dover portare tutto questo dentro di te ed anche accudire ai bisogni della tua bambina. Tutto questo ti prende molte energie. È possibile che anche la bambina abbia un problema simile, deve preoccuparsi di così tante cose allo stesso tempo: temperatura, posizione e presa sul capezzolo, le preoccupazioni della mamma... È possibile che la bambina sappia della tua tristezza".

La madre sta ancora lottando con le coperte e assicurandosi che la neonata sia attaccata al suo corpo. Commento su quello che sta facendo. "Non sta meglio così? Quando è calda, sta più comoda e quindi può succhiare meglio, si deve preoccupare solo di una cosa perché è già calda e anche tu devi preoccuparti solo di una cosa, il capezzolo, visto che ci siamo presi già cura della temperatura. In questo modo tu e la neonata non dovete stancarvi tanto, l'energia che la bambina prende dal tuo latte non la deve usare tutta per cercare di tenersi calda". La madre continua con il suo compito, cercando di mettere in contatto il capezzolo con la bocca della neonata ma senza successo. Penso che il modo in cui tiene il capezzolo e la sua ansia siano un ostacolo. Lo appiattisce invece di pre-

sentare la neonata con un capezzolo eretto che sarebbe più facile inserirle nella bocca, data la forma che ha ora la bocca della neonata. Commento che il capezzolo non si adatta alla forma della bocca della neonata e mi chiedo se ci possa essere un modo alternativo di dar forma al capezzolo. La invito a provare. Prova a dargli una forma diversa. Ora il capezzolo ha una forma più adatta. Vedo che ora il capezzolo va bene ma il viso della neonata è troppo vicino al seno; potrebbe sentire la pressione del corpo della madre su di lei. Secondo quando la madre mi aveva precedentemente detto, alla neonata non piace sentirsi stretta. Le manovre che la madre deve ora fare con il braccio sono goffe e scomode. Questo aggiunge un'altra difficoltà alla situazione. Faccio notare che potrebbe liberare un po' la testa della neonata perché possa avere miglior accesso al seno. La madre dice "Sono preoccupata di poterle fare male, penso che questa sia la ragione per la quale non riesco a tenerla adeguatamente. L'infermiera del Centro Sanitario riesce a maneggiarla con tale abilità, e quando sei lì, tutto sembra più semplice".

Ripeto le parole "Ti preoccupi di poterle fare male e per questo non riesci a tenerla nella maniera giusta, pensi che sia molto fragile e di essere un pericolo per lei". La madre continua a cercare di mettere il capezzolo nella bocca della neonata. Dico che anche la bambina sta sforzandosi di attaccarsi ad un capezzolo che ha paura di prendere per timore che sia pericoloso. Cerca di tenere il capezzolo in modo diverso, spiegando i modi migliori di introdurlo, guidata dal suo intuito. La neonata alla fine lo prende e succhia lentamente per un po'; ora si sta addormentando. La madre guarda la bambina con tristezza ed intensità, piange, le lacrime le rotolano lungo le guance e cadono sulla copertina. Le dico: "Senti di averla danneggiata, che la sua nascita è stata dannosa". La madre annuisce con dolore ma anche con sollievo: "...Si ho pensato a tutto questo e la mia bambina lo sa... (fa una pausa) ...sì, questo è ciò che *avevo bisogno di sapere*".

Dopo questo dialogo tra madre e osservatrice, la neonata comincia a succhiare e rimane al seno per un po' di tempo. L'osservatrice ha notato che la bambina non ha nessun problema fisico nel succhiare; è stata vista succhiare dodici volte senza riposo. Ciò sarebbe impossibile per un neonato che non avesse sviluppato la capacità di succhiare o che avesse problemi respiratori. La neonata non è stanca, è sintonizzata con lo stato mentale della madre, potremmo dire fusa con l'angoscia della madre. Le due sono tutt'una, non c'è differenza tra i sentimenti della mamma e quelli della bambina. Forse la neonata soffre la depressione della madre, questo contribuisce alla sua perdita di peso.

Osservazione n. 5

A 34 giorni - Periodo di gestazione: 37 (35-36?) settimane

Questa vignetta cerca di mostrare un cambiamento nello stato mentale della madre a seguito dell'intervento dell'osservatrice. Si può vedere un cambiamento nel rapporto di allattamento che è ora divenuto un'esperienza piacevole per entrambe e non solo un arduo compito.

L'osservatrice trova che la madre appare molto più rilassata e a suo agio con la bambina, la tiene in modo più aperto, non cerca di nascerla come faceva prima; è anche sorridente. La neonata, dice, ha trascorso una brutta notte a causa di un mal di stomaco, si lamenta ancora. Quando la neonata finalmente si addormenta, la madre dice all'osservatrice che la bambina ha messo su troppo peso. Dal venerdì al lunedì è ingrassata di 120 grammi. Il dottore ha detto che la neonata dovrebbe mangiare meno in modo da diminuire di peso. La madre dice: "...Non capisco, questo non è a causa del cibo, le sto dando lo stesso di prima, questo ha a che vedere con qualcosa d'altro, ora ho un atteggiamento diverso ed è per questo che sta aumentando di peso. Martedì le ho dato meno cibo ed è aumentata lo stesso. Vedi, è come mi sento io che la fa aumentare di peso; ora mi sento diversa".

Più tardi

La madre sta dando alla bambina del Similax; quando ha finito dice, "OK, ora il latte". La tira un po' su così la neonata può sbarazzarsi dell'aria. La maglia della madre è ormai inzuppata, il suo richiamo per la neonata si è ora unito a quello della neonata per il latte. Mentre si prepara ad allattarla, la madre le dà i colpetti sulla spalla per aiutarla a tirar fuori l'aria e le parla. Qui possiamo vedere, in contrasto con la mancanza di coordinamento tra madre e figlia osservata prima, una sorta di sintonia in questa diade, lo stato mentale della madre è migliorato e riesce ad essere emotivamente disponibile verso la neonata.

Quello che la madre dice sembra coincidere con l'atteggiamento rilassato riscontrato all'inizio dell'osservazione. La neonata sta aumentando di peso. Questo aiuta la madre a dissipare le fantasie persecutorie di perdere la bambina ed essere un cattivo tipo di madre. Il fatto che la neonata si alimenti e aumenti di peso sembra confermare alla madre di essere un buon seno/una buona madre e le dà sicurezza nelle proprie capacità. Riesce a stare più vicina alla neonata e tollerare la vicinanza. La madre ha avuto anche l'esperienza di una brava osservatrice che ha fatto da seno/madre da cui alimentarsi (l'intervento dell'osservatrice). È riuscita ad identificarsi con la funzione del-

l'osservatrice e a sua volta ha potuto fornire una buona esperienza/alimentazione. Una volta sentitasi contenuta è potuta quindi diventare un contenitore per le ansie della sua bambina. Questo è un esempio meraviglioso di come una neonata capace di accettare l'aiuto della madre favorisca lo sviluppo dell'identità della madre come una brava madre.

Discussione

Il rapporto madre-prematuro ci mette di fronte ad alcune problematiche particolari ed espone la madre a sentimenti di estrema incertezza circa il prodotto della propria gestazione. La storia emotiva della madre culmina con la nascita di una neonata prematura. Anche il suo stato mentale è quello di una madre prematura. Questa madre non riesce ad evitare il suo sentirsi in debito verso la piccola. Più il neonato è fragile e indifeso, più queste madri vorranno dare la loro vita per il neonato che sentono di aver tradito. Il metodo Canguro rappresenta per queste madri una possibilità di riparare al danno che sentono di aver fatto al loro bambino, come un restituirgli il diritto di vivere. Gli offrono un tipo di calore molto intimo, il respiro vitale, la dedizione a tempo pieno, le notti difficili ecc. In questo caso l'allattamento al seno non solo fornisce alla neonata nutrimento adeguato e facilita il rapporto, ma aiuta anche il bisogno della madre di riparare un rapporto che ha vissuto come minaccioso.

La fantasia della madre è quella di un neonato che è stato attaccato dalle sue interiora, da dentro se stessa. La possibilità di avere la neonata fuori e facilmente raggiungibile da tutti i suoi sensi dà alla madre quella certezza che non riusciva ad avere quando la neonata era dentro di lei ed era impossibile da maneggiare, osservare e accudire con successo. L'allattamento al seno in questo stadio iniziale imposterebbe il rapporto e la madre può sentire di aver totalmente riparato la sua neonata e sentirsi riparata nella sua maternità. Tuttavia il latte del seno è un prodotto delle sue interiora, le stesse che, nelle sue fantasie inconsce, avevano attaccato la sua bambina. Sarà sufficiente il latte per la bambina, e soprattutto, il suo latte avrà della bontà per la neonata di cui lei può ora prendersi cura? Si sente estremamente ambivalente verso i suoi prodotti interni. Vuole allattare al seno la neonata con il suo latte/amore ma non vuole nutrirla con il latte/ minaccia. Questa ambivalenza e lo stato mentale nella madre che ne risulta possono avere serie conseguenze per il rapporto di allattamento al seno. L'angoscia è alle volte schiacciante e la neonata diventa molto stressata poiché è ancora parte dell'unità madre neonata. Uno dei risultati evidenti e in qualche modo misurabili di questa situazione è la perdita di peso della neonata e le sue difficoltà nell'assimilare il latte materno. In una situazione come questa è doveroso, a nostro avviso, prendersi cura delle angosce della madre e fornire ad esse un contenitore. Questo concetto è simile a quello descritto da S. Briggs (1997) come "dare un genitore ausiliario", in questo caso, genitore ausiliario della diade. L'intervento del-

L'osservatrice ha fornito una sorta di contenitore/mente/marsupio per la diade, simile al marsupio fisico che le madri nel Kangaroo Mother Programme forniscono ai loro bambini.

Bibliografia

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Nutrition. *Nutritional needs of low-birth-weight infants*, "Pediatrics" 75: 976-989. 1989

BICK E (1964) *Notes on infant observations in psycho analytic training*. "International Journal of Psycho-analysis", 45: 558-566.

BION, W.R. (1962) *Learning from experience*, London: Heinemann

BRIGGS, S. (1997) *Observing when infants are at potential risk; reflexion from the study of five infants, concentrating on observations of a Beugoli infant in REID, S. (cd). Developments in Infant Observation: The Tavistock Model*. London Routledge.

CHARPEK N., RUIZ PELAEZ J.G., CHARPECK YVES, *Rey Martinez Kangaroo Mother Programme: an alternative way of caring for low birth weight infants*. "Pediatrics " Vol 94 No 6. December 1994

COLONNE F. UXAF., A. M. DE GRACA, U. DE VONDERWELD, *The Kangaroo Mother" method; evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries*. "Int. J. Gynecol. Obstet.", 1990, 31: 335-339

ERNST, JA., BULL, M.J. RIKARD, K.A., BRADY, M.S. SCHREINER, M.D., LEMONS, J.A., *Feeding practices of the very low-birth-weight infant within the first year*, "Journal of the American Dietetic Association", 82: 158 - 162. 1983

LEMONS, P., STUART, M., LEMONS, J.A., *Breast-Feeding the Premature Infant*, "Clinics in Perinatology" 13. 1986.

MEIER, P., MC COY, R., MANGURTEN, H.H., *Management of Breastfeeding for Preterm Infants*, "La Lech League International" 8: 5-7. 1988.

MICHAUD, S., RICHARD, L., *Composition du Lait Human* in "Allaitement Maternal et Alimentation de L'Enfant 0 à 1 an", 1.99 pagg: 72-97.

SALLE, B.L., PUTET, G, *Alimentation du prématuré et du nouveau-né è terms dans le 3 premiers mois vie*, "Progrès en pédiatries" 13: 93 - 291. 1996.

RIFLESSIONI DI UNO PSICOANALISTA ALL'AVVICINARSI DELL'ANNO 2000*

Andrea Sabbadini**

La fantasia di essere presente all'imminente cambio di millennio è di una certa importanza per me, come ritengo lo sia per molti altri della mia generazione appartenenti a culture che non solo abbiano adottato lo stesso calendario Gregoriano di cui ci serviamo noi, ma che anche abbiano come noi un'esperienza sostanzialmente lineare del tempo. Una tale temporalità, prevalente in tutto il mondo urbano-industriale, è coerente con uno dei suoi principi chiave, cioè con l'idea (per quanto illusoria) di progresso; tale esperienza è intrinsecamente diversa da quella del tempo circolare dominante nelle società rurali, incentrate su ritmi biologici e stagionali.

I nati nei primi trent'anni del nostro secolo, anche se vivranno abbastanza a lungo per vedere l'alba del terzo millennio, saranno anziani e sentiranno comunque di essere appartenuti soprattutto al secondo; mentre quanti siano nati negli ultimi dieci o vent'anni del secolo si sentiranno per lo più già figli del nuovo millennio, poiché in esso raggiungeranno la maturità e trascorreranno gran parte della loro vita.

La mia generazione, cioè quanti come me siano nati intorno alla metà del ventesimo secolo, è almeno per un verso unica: nel corso della nostra "odissea nel tempo" (per parafrasare il titolo del noto film di Stanley Kubrick) possiamo realisticamente aspettarci di assistere alla fine del vecchio millennio e all'inizio di quello nuovo. Abbiamo tutti quanti in comune, se non altro, questo legame temporale, come i "figli della mezzanotte" di Salman Rushdie che condividevano il destino di essere nati nella notte in cui il loro paese ottenne l'indipendenza.

Questa insolita caratteristica potrebbe far credere a qualcuno di essere eccezionale. Le fantasie di essere speciali, tuttavia, sono sempre impregnate di ambiguità: ci fanno sia stare bene che sentire in colpa. Di fatto, abbiamo un atteggiamento ambivalente verso tutto quanto ci faccia sentire diversi dagli altri: da un lato vogliamo conformarci ed essere come tutti gli altri, mentre

* Questa è una versione abbreviata, aggiornata e tradotta dall'Inglese dall'Autore, dell'articolo "The year 2000: A psychoanalytic perspective on the fantasy of the new millennium" originariamente pubblicato su *Free Associations*, 9: 56-71, 1987.

** Andrea Sabbadini è Membro Ordinario della *British Psychoanalytical Society* e Direttore responsabile della rivista *Psychoanalysis and History*. Ha curato *Il Tempo in Psicoanalisi* (Feltrinelli, 1979) e *Even Paranoids Have Enemies. New Perspectives on Paranoia and Persecution* (Routledge, 1998).

dall'altro cerchiamo di differenziarci da loro e di far sí che essi ci identifichino per una qualche caratteristica speciale.

Possiamo riconoscere in questo desiderio ambivalente la fantasia narcisistica onnipotente di essere un *eletto* - da Dio, dal destino, dai genitori - il che rende magicamente superiore l'essere cosí scelto, dotato di poteri unici o destinatario di doni speciali. Nel nostro caso questa fantasia può essere interpretata come la manifestazione di un bisogno inconscio di appartenere ad una generazione o comunità "spartiacque" - come il popolo eletto di Mosé attraverso il Mar Rosso - in attesa di assistere nell'anno 2000 allo straordinario evento di un compleanno universale.

Sappiamo che gli anniversari sono sempre ricchi di significato: la loro principale caratteristica psicologica è che ripetono eventi precedenti e che sono di conseguenza sempre investiti di connotazioni emotive analoghe a quelle appartenenti al passato. In psicopatologia le reazioni agli anniversari - quali l'esperienza di una depressione acuta in occasione della ricorrenza di un evento traumatico, per esempio la perdita dolorosa di un "oggetto" o del suo amore - sono fenomeni clinici ben noti: consistono nella risposta inconscia ad un tale reinvestimento di energia emotiva "sotto forma di controllo attraverso un rivivere anziché un ricordare" (Mintz, 1971). In altre parole, sono un caso specifico di *coazione a ripetere*.

Di tutti gli anniversari, i compleanni ed i capodanni in particolare, come si impara fino dall'infanzia, meritano celebrazioni speciali - una sorta di riti di passaggio - per differenziarli dagli altri giorni dell'anno. Il primo di gennaio di un nuovo decennio o, per esempio, il trentesimo o cinquantesimo compleanno, sono ancora più speciali, occasioni magari per passare in rassegna avvenimenti trascorsi, per sottoporsi a controlli medici (per lo più inutili) e per fare progetti e prendere decisioni importanti riguardanti il futuro. Il caso insolito di compiere cent'anni, o l'inizio di un nuovo secolo, sono naturalmente occasioni ancora più eccezionali.

Se, in questa ipotetica scala di importanza, una celebrazione decennale è dunque più importante di una annuale ed una centennale è più importante di una decennale, non c'è da stupirsi che l'inizio di un nuovo millennio debba considerarsi come un evento davvero straordinario.

Questa qualità speciale è poi magicamente trasferita, e senza perdere affatto l'ambivalenza che le appartiene, a coloro che si ritrovino a partecipare a tali occasioni: al ragazzo che compie gli anni, ai presenti al cinquantenario del regno della regina Vittoria nel 1887, alla centenaria nonnina di Milano intervistata sul *Corriere della Sera* e a coloro che, come me, si aspettano (sperano? temono?) di vedere cominciare il nuovo millennio. A Parigi la piazza di fronte al celebre *Centre Pompidou* è dominata da una sorta di gigantesco orologio elettronico luminoso che scandisce il conto alla rovescia dei minuti secondi che ci separano dall'anno 2000.

Sappiamo tutti, naturalmente, che il primo giorno del terzo millennio non sarà probabilmente più diverso dall'ultimo giorno del secondo millennio di quanto oggi sia diverso da ieri; eppure, nel nostro inconscio dominato dal pensiero magico, questa considerazione razionale non ha quasi valore. La mattina del suo compleanno la bambina è davvero convinta di essere di un anno più vecchia del giorno prima e si guarda allo specchio per osservare di quanto sia cresciuta...

Se analizziamo questa credenza irrazionale, troviamo che è collegata alla comune fantasia di morte e resurrezione, di cui il mito di Gesù Cristo è forse l'esempio più drammatico nella nostra cultura. Questa fantasia onnipotente, a sua volta, potrebbe avere origine nel desiderio inconscio di uccidere il vecchio - il Padre - per dare vita al nuovo - il Figlio - e consentire così la continuazione della specie.

Tali fantasie, che ripetono lo schema fondamentale di separazione ed individuazione nei bambini e negli adolescenti, si ritrovano espresse di frequente nella mitologia e nella letteratura e si possono osservare in un numero infinito di comportamenti umani. Una volta che abbiamo ottenuto una laurea, che ce ne siamo andati di casa o che ci siamo sposati (o divorziati), tutto cambierà; ripartiremo da zero emigrando in un nuovo paese o uscendo di prigione; cominceremo una nuova vita dopo la fine della guerra o quando troveremo il grande amore... *Magnus ab integro sæclorum nascitur ordo* ("La grande successione dei secoli è rinata") sono le parole di cui si serve Virgilio nella sua messianica Egloga IV (40 a. C.) per indicare questo senso di speranza universale.

Ma prima dobbiamo superare con successo un periodo di crisi, quello stato di transizione fra due diverse organizzazioni politiche, sociali o psicologiche in cui quella vecchia non è ancora stata completamente abbandonata e quella nuova non è stata ancora del tutto adottata. Dal mio lavoro psicoanalitico ho imparato che una crisi può rappresentare una svolta decisiva nella vita di un individuo, purché sufficiente tempo, spazio e attenzione siano dedicati a comprenderne i significati più profondi e sottili. In questo senso l'esperienza ed il comportamento di una persona in crisi - per quanto incomprensibili, folli o spaventevoli appaiano a prima vista - possono essere intesi e trattati come l'espressione di un bisogno di trasformazioni radicali, come una manovra salutare per fare emergere un cambiamento psicologico e sociale.

Una certa dose di distruzione del vecchio ordine per potere generare quello nuovo, si intende, sarà probabilmente necessaria; ma la storia ci ha fornito sufficienti dimostrazioni del fatto che i movimenti rivoluzionari che si sono incentrati essenzialmente sull'annientamento del sistema da abbattere, senza investire abbastanza energie nel crearne uno nuovo, sono destinati a fallire. Eppure questo è precisamente quanto si verifica nella nostra vita fantasmatica, forse a seguito di paure ancestrali di una vendetta di genitori invidiosi. In ultima istanza, il "padre" introiettato - che è stato l'oggetto dei nostri senti-

menti e delle nostre identificazioni ambivalenti - deve essere distrutto in quanto simbolo del passato; questo ha inoltre la funzione di impedirgli di distruggere noi, come ritorsione per i nostri desideri e la nostra invidia edipici originari, in una catena senza fine di ostilità, rabbia, gelosia e ribellione generazionali.

Ma, da tutto questo, si libera e rende disponibile un potenziale di amore per la generazione successiva: cosicché sia la tendenza istintuale distruttiva che quella creativa, Thanatos ed Eros, possano esprimersi. Ogni cinquecento anni la Fenice rinasce dalle proprie ceneri.

Si direbbe che ci sia qualcosa di eccitante nell'appartenere ad una generazione che abbraccia due millenni. Di cosa si tratta? Ci resta, forse, l'illusione di non appartenere a nessuna delle due; di essere di continuo in uno stato di transizione che ci offrirebbe quasi un'assoluzione dalla responsabilità di condividere ideologie, di influenzare le istituzioni sociali e politiche alle quali apparteniamo, di sentirci parte della nostra storia; o invero di essere vivi, in quanto individui e in quanto membri della nostra comunità. Ci sentiremmo dunque quasi come sospesi in uno stato di relativa immortalità che bene si addice alla più incrollabile delle nostre credenze inconse.

Secondo un'altra spiegazione vivere in entrambi i millenni - come un gigante con i piedi su due continenti - sarebbe fonte di eccitazione proprio perché ci fornirebbe la sensazione di appartenere a due mondi differenti e contrastanti: quello dei bambini e quello degli adulti, quello del passato e quello del futuro, quello dei vivi e quello dei defunti.

Questo, come ho detto, avrebbe la facoltà di farci sentire dotati di poteri speciali, alimentando proprio quelle fantasie narcisistiche di onnipotenza che sono indubbiamente reazioni contro la paura inconscia di distruzione, annientamento e morte, tenute sotto controllo da operazioni magiche. Un tale bisogno di controllo spesso assume forme ossessive: sarebbe anzi facile identificare un elemento di coazione a ripetere in tutte le cerimonie ed i rituali periodici che celebrano il passaggio del tempo. Quelli caratterizzati da numeri, come cento o mille e i loro multipli, si prestano particolarmente bene a tali scopi difensivi.

Inoltre, per molti è forse così eccitante non soltanto vivere in entrambi i millenni, ma anche osservarli uniti in una specie di intimo rapporto. La generazione presente, allora, potrebbe esprimere attraverso le fantasie voyeuristiche della "scena primaria" il desiderio conflittuale di entrare nel nuovo millennio come un bambino che guardasse di nascosto dentro alla stanza da letto dei genitori. L'interesse quasi ossessivo di molti nostri coetanei per fenomeni culturali come la fantascienza e la futurologia si può considerare come una conferma di questa ipotesi; ancora una volta si apparirebbe per un attimo ad entrambi i mondi per non sentirsi esclusi né dall'uno né dall'altro. Diventa possibile essere i figli del ventesimo secolo che si osservano in identificazione con gli adulti del ventunesimo; o anche viceversa, come è ampiamente

documentato dalla ricca iconografia del Vecchio dalla barba bianca sostituito alla vigilia del capodanno, allo scoccare della mezzanotte, da un Neonato serafico ed innocente.

È però inevitabile che tali fantasie ci lascino pieni di sensi di colpa, cariche come sono di aggressività. Il senso di colpa ha bisogno di canali attraverso cui scaricarsi; la fantasia di espiazione mediante una catastrofe apocalittica, con tutte le sue componenti distruttive ad autodistruttive, si offre oggi a questo scopo, all'avvicinarsi dell'anno 2000, così come si era offerta un millennio orsono. Attraverso un processo catartico si inverte la sequenza biologica dalla nascita alla morte, proprio come avviene in qualsiasi sistema religioso che fornisca una credenza nella vita dopo la morte, in questo mondo o in un altro.

Il millenarismo è un esempio specifico del mito, comune a molte culture, dell'Età dell'Oro. I suoi meccanismi consistono nella negazione dei desideri aggressivi e libidici presenti, vissuti come avidità e quindi inaccettabili, e la loro proiezione in un tempo mitico e storico, passato o futuro, in cui sono già stati o saranno gratificati. È interessante notare come questa Età dell'Oro, o Paradiso Perduto o Regno Futuro, che sono così strettamente collegati alla fantasia di un periodo felice precedente o successivo ad una certa data di importanza cruciale (diciamo l'anno 2000, o la propria nascita o morte), abbiano in comune con la nostra vita inconscia la caratteristica di essere atemporali.

In circostanze normali, nella nostra cultura tendiamo a vivere il tempo come un fluire continuo ed irreversibile, dal passato al futuro attraverso il presente. Non diversamente dalla morte, l'anno 2000, a cui ho poco sopra fatto riferimento come "spartiacque", è allora anche un sorta di muro in questo *continuum*, una fermata non richiesta. La linea di demarcazione fra i due millenni è netta ed influisce l'esperienza che abbiamo di noi stessi nel tempo oltre al nostro rapporto con la storia ed al nostro impegno nei suoi confronti.

Nella mente degli uomini e delle donne della mia generazione e della mia cultura, qualcosa di ben tangibile giungerà a compimento di fronte a quel cancello; e qualcos'altro - un ignoto eccitante e spaventevole - comincerà al di là di esso. I nostri pazienti psicoanalitici ci rivelano le loro fantasie sul nuovo millennio come già nel 1984 avevo avuto una prima impressione, dalla mia poltrona dietro al lettino analitico, del senso popolare di una data significativa, solo perché George Orwell aveva scelto quell'anno come titolo del suo romanzo.

A proposito del mondo inesplorato oltre alle Colonne d'Ercole, i Latini dicevano *Hic Sunt Leones*. O, forse, c'è qualcosa di assai più terrificante di qualsiasi bestia feroce: un nulla che riflette le nostre paure più primitive di un vuoto interiore e di un annientamento irreversibile.

Un'amica mi racconta il seguente sogno:

Fuggo da qualcosa che sta per raggiungermi e di cui ho una paura tremenda. Finalmente arrivo ad una porta, la apro e mi trovo in un corridoio, in fondo al quale vedo un'altra porta. Vorrei correre ad aprirla per continuare la mia fuga, ma temo che possa essere chiusa a chiave. Ho paura di lasciare andare la prima porta, perché in questo caso potrebbe richiudersi alle mie spalle e mi ritroverei intrappolata nel corridoio. Invero, paralizzata come sono nella mia indecisione, ancora attaccata alla maniglia della prima porta e sentendo i miei nemici che si avvicinano sempre di più, sono già perduta senza speranza. A questo punto mi sveglio in uno stato di panico.

Restiamo intrappolati nel corridoio del presente quando si ergono ostacoli fra noi ed un futuro che, anziché consistere in una dimensione temporale integrata nella nostra esperienza reale, diventa soggetto di superstizioni pseudoreligiose, illusioni fantascientifiche o speculazioni futurologiche. È quasi come non avere alcun futuro, alcuna speranza, una porta irraggiungibile di fronte a noi; diventiamo, come la mia amica nel sogno, statue di pietra.

Naturalmente potremmo imparare a controbilanciare questa disperazione proiettando idealisticamente le nostre aspirazioni e speranze al di là del muro dell'anno 2000. "La gente di solito si rifugia nel futuro per sfuggire alle proprie sofferenze", scrive Milan Kundera (1984), "traccia una linea immaginaria sulla traiettoria del tempo, al di là della quale le sue sofferenze di oggi cessano di esistere". Una delle conseguenze di questa manovra psicologica, però, è che finiamo per sentirci vuoti nel presente, dal momento che tendiamo a disinvestire questi ultimi sprazzi del ventesimo secolo di qualsiasi significato storico profondo - un fatto evidente, per esempio, nel caos culturale falsamente rassicurante del postmodernismo *fin de siècle* - ed amaramente delusi nel futuro, quando i nostri desideri resteranno, è facile prevederlo, insoddisfatti.

In entrambi i casi ci ritroviamo in una terra di nessuno, in una sorta di presente senza tempo - assai diverso dall'atemporalità infantile poiché, diversamente dai bambini, sappiamo come differenziare il tempo nelle sue diverse dimensioni - in cui il passato ha perso significato ed il futuro è divenuto spaventevole.

La fantasia millenaristica è esemplificata dall'illusione di controllare le parti inaccettabili di noi stessi con il relegarle in un passato magico e fuori dal tempo, in cui non esistevano sofferenze, separazioni o frustrazioni. Oppure ci illudiamo di poterci liberare di tutte le nostre emozioni insopportabili consegnandole ad un futuro magico (la vecchiaia, il tempo dopo la morte, l'anno 1000 o 2000), per poi sentirci nuovamente terrorizzati dal loro "ritorno" via via che il momento inevitabile del loro incontro diventa sempre più vicino e reale. Queste due manovre non sono però che le due facce della stes-

sa medaglia: aspetti diversi del medesimo bisogno psicologico di mantenere gli impulsi istintuali sotto controllo.

Promesse di un futuro felice o minacce di imminenti disastri - e la credenza in esse - predominano in molte religioni. È tuttavia interessante notare come la storia sia piena di esempi di movimenti di natura millenaristica in cui il fallimento di una profezia (quale l'arrivo di un messia entro una certa data) e la disconferma delle credenze incentrate intorno ad essa provocano, al contrario di quello che logicamente ci si aspetterebbe, una passione ancora più intensa per l'ideologia in questione ed un rinnovato impegno a convincere e convertire altri della sua validità: l'opportunità di allontanarsi da una credenza irrazionale diventa così una scusa per immergersi dentro ancora più profondamente.

Delle numerose profezie che possono essere interpretate come previsioni della fine del mondo al termine di questo millennio, la più celebre è probabilmente quella del medico e astrologo francese Michel de Nostredame (Nostradamus) che a metà del sedicesimo secolo predisse: *"Nell'Anno Mille Novecento Novanta Nove e Sette Mesi Scenderà dal Cielo un Re Grande e Terribile..."* Il noto brano dell'Apocalisse di San Giovanni (Cap. XX) predice mille anni di pace seguiti da un'invasione di forze sataniche:

Poi vidi un angelo che scendeva dal cielo tenendo in mano la chiave dell'abisso, con l'enorme catena. Egli afferrò il dragone - che è il diavolo, Satana - e l'incatenò per mille anni. Lo gettò nell'abisso, chiuse sopra di lui i chiavistelli e pose i sigilli, perché cessasse di traviare le nazioni, fino al compimento dei mille anni, dopo i quali dev'essere liberato per qualche tempo.

Nel brillante saggio *L'An Mil* il medievalista francese Georges Duby (1967) esprime l'opinione comune che questa pagina della Scrittura abbia fornito "la chiave di una cronologia del futuro", che abbia rappresentato "il fondamento del millenarismo". È probabile che la paura della fine del mondo nell'anno 1000 non derivasse da una lettura dell'Apocalisse di Giovanni, ma piuttosto da un più profondo terrore inconscio relativo alla separazione ed alla morte individuale e collettiva. Nel caso dell'inizio del secondo millennio tali paure trovarono poi giustificazioni *a posteriori* nei brani della Sacra Scrittura.

È interessante notare come "l'opinione romantica" che intorno all'anno 1000 la gente fosse terrorizzata dalla fine del mondo, vista come imminente e certa, sia ancor'oggi diffusa, sebbene gli studiosi moderni ne abbiano messo seriamente in dubbio la validità storica; evidentemente, scrive Duby, "nella coscienza collettiva, gli schemi millenaristici non hanno perduto del tutto ai giorni nostri la loro facoltà di seduzione". Lo stesso Duby, però, sembrerebbe cadere in un'ambiguità analoga a quella che ha identificato in altri: "Quando si prendono in esame gli scritti storici redatti da contemporanei, si scopre con sorpresa che quasi tutti danno scarso rilievo al millesimo anno dell'incarnazione. Esso passa inavvertito". Ma poi aggiunge: "Resta tuttavia

fuor di dubbio che, alle soglie dell' XI secolo, un sentimento di attesa era annidato in seno alla coscienza collettivá". Mentre da una parte nega l'evidenza storica dell'"opinione romantica" relativa all'anno 1000, Duby, servendosi di una serie straordinaria di citazioni dai testi originali (ed in particolare da Rodolfo il Glabro, "il miglior testimone del suo tempo, e di gran lunga"), dimostra l'importanza della fantasia millenaristica nella mente dei nostri antenati.

Con l'avvicinarsi del millenario dell'incarnazione di Cristo (1000) e di quello della sua redenzione (1033), tutti si attendevano grandi prodigi. La cometa dell'anno 1014 e l'eclisse solare del 1033 diedero proporzioni cosmiche al turbamento di quel periodo; ma il disordine fu anche biologico, con l'apparizione di mostri, quali una balena di sorprendente grossezza, ed il diffondersi di epidemie e carestie, come quella che devastò la Borgogna nel 1033; e infine il caos fu spirituale, con diversi casi di simonia e di fermenti eretici (i Manichei di Aquitania) e con la distruzione nel 1009 della chiesa del Santo Sepolcro di Gerusalemme.

Che tipo di turbamento cosmico, biologico e spirituale dobbiamo attenderci intorno all'anno 2000? Questa volta fosche previsioni sul futuro della specie umana, e invero della vita stessa sul nostro pianeta, non si fondano come un millennio orsono su superstizioni o su interpretazioni partigiane di un brano della Scrittura, ma su fatti facilmente verificabili. Il diffuso pessimismo che pervade la mia generazione non si riferisce all'avvicinarsi dell'anno 2000, ma all'attuale pericolosa utilizzazione tecnologica delle nostre conoscenze scientifiche che rende possibile, e forse inevitabile, la nostra autodistruzione.

L'aspetto che mi pare più preoccupante è la *confusione* che sta verificandosi fra paure apocalittiche di tipo millenaristico (che appartengono al campo dell'irrazionalità, delle fantasie narcisistiche, del senso di colpa inconscio e del bisogno di espiazione) e la realtà della distruzione che noi stessi, esseri umani civilizzati, stiamo con incredibile miopia infliggendoci mediante una colossale violenza ecologica e la corsa verso un olocausto nucleare. Questa confusione - "...*Scenderà dal Cielo un Re Grande e Terribile...*" - comporta una pericolosa dissimulazione proprio di quei fatti, e delle loro potenziali conseguenze, di cui dovremmo invece essere ben consapevoli se volessimo avere una qualche possibilità di prevenire quello che molti ritengono sia già diventato inevitabile.

Nel mondo occidentale sono nati come funghi movimenti religiosi ed ideologici di stampo irrazionalistico incentrati sulla superstizione millenaristica (una sottocultura di enormi proporzioni: basti pensare ai milioni di Fondamentalisti americani convinti che "Armageddon", la fine del mondo, sia imminente) che diffonderanno confusione ed ignoranza ancora maggiori intorno ai problemi cruciali per la nostra sopravvivenza, paralizzandoci ulteriormente in uno stato di disperazione e di acquiescenza.

Non ci resta che sperare, insieme a Freud (1930), che "l'altra delle 'potenze celesti', l'Eros eterno, farà uno sforzo per affermarsi nella lotta con il suo avversario parimenti immortale".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

DUBY, G. (1967): *L'Anno Mille. Storia religiosa e psicologia collettiva*. Torino: Einaudi, 1976.

FREUD S. (1930): Il disagio della civiltà. In *Freud Opere*, Vol.10. Torino: Boringhieri, 1978.

KUNDERA, M. (1984): *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Milano: Adelphi, 1985.

MINTZ, I. (1971): The anniversary reaction: a response to the unconscious sense of time. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19: 720-735.

VIRGILIO MARONE, P. (c. 40 a. C.): Egloga IV. Pollione. In *Le Bucoliche*. Torino: Paravia, 1945.

RECONDITE ARMONIE: ASPETTI ESTETICI E MOMENTI DI BELLEZZA IN PSICOTERAPIA NEL PUBBLICO

*Lia Pieracci**

Sono stati spesso sottolineati aspetti problematici delle psicoterapie nel pubblico: ricordo fra tutti la difficoltà a stabilire e a mantenere un setting in un contesto che tenderebbe a contrastare un lento e libero gioco di costruzione del proprio limite e la problematicità di una distinzione fra aspetti del terapeuta e aspetti dell'Istituzione, confusiva nei confronti del processo riparativo auspicato.

In particolare Bolelli (1996) ha sottolineato i sentimenti di vergogna che possono sorgere negli psicoterapeuti che operano nel pubblico, qualora essi proiettino il loro Ideale dell'Io sull'istituzione e soffrano delle inevitabili differenze fra quello che possono fornire al paziente in quel contesto e quello che ambirebbero essere in quanto terapeuti. La vergogna stessa, se non analizzata, può alimentare cedimenti nel tenere il setting di cui a sua volta ci si vergogna, in un circolo vizioso pericoloso e triste.

A proposito della vergogna e dell'assenza di essa, la spudoratezza, Wurmser (1996), afferma che quest'ultima consiste di disprezzo rivolto contro sé stessi e di cinismo. Essi, in quanto rifiuto di tutte le idealizzazioni, portano a insensibilità per i valori estetici e a una modalità di parlare e di pensare che risulta incrostata di cliché.

Il rifiuto del bello diventa così anche rifiuto del vero.

La vergogna (che è legata all'esposizione improvvisa di un proprio disordine segreto) collega, tramite l'atto di svelare e porre a nudo ciò che è riservato e interno, fattori riguardanti l'estetica (è brutto, mi vergogno) e la conoscenza (la curiosità di scoprire, il desiderio di vedere attraverso, vedere in profondo).

In terapia, la confusione fra vero e falso e la menzogna che occulta aspetti veri del sé sotto aspetti falsi possono cadere all'improvviso smascherando una parte brutta perché avida e furtivamente predatoria della bellezza invidiata.

È anche vero l'inverso e cioè che, tramite una relazione terapeutica permeata di passione e di rigore, si può ristabilire un limite protettivo di una crescita personale e di un'intimità in cui si restaura un delicato e vivificante senso del bello, legato allo scongelamento delle emozioni; diminuendo la vergogna patologica e aumentando il pudore di riconoscersi "altro" nella propria unicità.

* Psicologa e psicoterapeuta. Membro Ordinario A.F.P.P.

Vorrei partire da queste considerazioni per riflettere ancora sui rapporti fra setting e vergogna e fra aspetti estetici, di conoscenza e di crescita nella relazione terapeutica, portando esempi tratti dalla mia esperienza, che si svolge in un contesto pubblico, presso l'Unità Operativa di Psicologia dell'Azienda U.S.L. 11, di Empoli, nella sede di S.Miniato. La sede della Psicologia della nostra zona è in una casa colonica ristrutturata in modo accurato; godiamo adesso, dopo molti anni, di un progetto trasformativo di un immobile donato da un privato all'Istituzione e dopo molti anni ci ritroviamo spazialmente vicini alla Psichiatria e alla Neuropsichiatria Infantile, come nel vecchio centro di Igiene Mentale, ma molto più in grande e in bello. Grazie a un lungo e continuo lavoro in primo luogo nei confronti di noi stessi ma anche verso i colleghi e gli amministratori, e alla fortuna di aver avuto ed avere coordinatori particolarmente preparati e sensibili al problema è stato possibile lavorare in una sede stabile, bella oltre che decorosa, nel rispetto della quiete necessaria per il processo terapeutico, con supervisioni individuali e in gruppo da parte di analisti qualificati della S.P.I e frequenza a seminari e a gruppi più o meno formalizzati in cui l'esperienza emotiva attraversata col paziente può trovare uno spazio di ascolto e di riflessione.

Quando, e a volte succede, si condivide intimamente la difficoltà e la bellezza di un percorso all'interno della complessità della vita mentale e la necessità di contenere in un argine di significato l'esperienza emotiva per renderla fonte di pensiero, la consapevolezza della presenza dei colleghi all'interno della comune istituzione è un aiuto a mantenere presente l'attenzione al contenimento di sé e dei pazienti all'interno di un limite. Questo lo si apprezza anche a confronto con il degrado inevitabile quando non è rispettato un comune confine, quando viene attaccata (in sé e in altri) la complessità e la delicatezza del lavoro mentale necessario a cogliere l'esperienza emotiva. Allora è possibile percepire la bruttezza che emerge dall'evacuare la sofferenza mentale senza che gli elementi dell'esperienza abbiano trovato un luogo per vivere e organizzarsi in una forma comunicabile.

Virginia

Virginia, poco più che ventenne, viene inviata a me presso l'U.O. dalla collega che fa ambulatorio anche al Consultorio Adolescenti. Orfana di madre da qualche anno, senza aver mai fruito molto della presenza del padre, per lavoro fuori d'Italia quasi tutto l'anno, Virginia vive con la sorella maggiore. Continua a intraprendere esperienze di lavoro e di relazione che abortiscono quasi subito.

Gli operatori del consultorio seguono con preoccupazione le vicende di Virginia, che sembra a continuo rischio per il comportamento promiscuo e "senza pensiero". Il problema, dice Virginia, è che le vengono continuamente fantasie sessuali, che le impediscono di concentrarsi e le sembrano venir colte con ribrezzo da chi la circonda e sente i suoi pensieri brutti. Le pro-

pongo una terapia a frequenza settimanale e la invio anche dallo psichiatra, perché la sua paura di essere rifiutata a causa dei rumorosi pensieri "brutti" si accentua al punto di non permetterle più di uscire di casa. Ma Virginia non va dallo psichiatra e, pur capitando talvolta da me in ore casuali, non riesce a usufruire che di telefonate e lettere quali tramiti relazionali e me ne bersaglia. È qui che la pazienza e il senso dell'umorismo dei colleghi, autodefinitisi "zii" di Virginia, intervengono a permettermi di esser sempre abbastanza presente quando chiama, accogliendo i suoi confusi messaggi.

Passa qualche mese e Virginia riesce a fruire della sua terapia sempre più regolarmente e senza più insistere nell'utilizzo di lettere e telefonate. Riesce ad andare finalmente dal collega psichiatra, comincia ad assumere farmaci e migliora nel comportamento.

La ragazza, avendo fruito di uno spazio e una persona dove proiettare le esperienze subite, dopo aver introdotto la sua confusione nella mente della terapeuta e del gruppo "che se ne dà pensiero", comincia lentamente a sopportare sentimenti di separazione e, quando il ritmo delle sedute introduce l'esperienza del vuoto e del tempo, comincia a distinguere fra realtà e fantasia, fra interno ed esterno e a riflettere significativamente sulla sua esperienza.

Dice Virginia durante una seduta di questo gennaio: "L'ambiente mi fa capire che faccio rumore con la mente. (silenzio) I rumori che escono dalla mia testa imbarazzano la gente. (silenzio) È come uno che si vergogna che "non" ha fatto le scorregge. È come se urlassi con la mente. (silenzio)

Molto probabilmente vorrei ribellarmi ma non è il momento giusto...

Io mi vergogno di me stessa... mi vergogno dei miei pensieri...

Forse mi sento trasparente perché mi vergogno di quello che penso e non voglio che la gente entri nella mia mente..."

Mentre parla, il suo sguardo è attaccato al mio, come se lo bevesse, ed ho viva l'impressione della luminosità e del candore dei suoi occhi che seguono i suoi pensieri e trovano le parole per comunicarmeli. Continua: "Mi piace questa luce che entra dalla finestra, è bella... è bello il suo maglione oggi..."

Secondo Hautmann (1997), la formazione del pensiero comporta un'esperienza di natura estetica e l'esperienza estetica in quanto trasformativa degli elementi asimbolici in simbolici è centrale nell'esperienza analitica. "Schematizzando, possiamo estrarre i seguenti punti: -passione per il sentimento di esserci; -esperienza per il contatto con l'ignoto e col non capire; -riconoscimento da parte dell'oggetto; identità come sentimento dell'unificazione a partire dalla propria molteplicità" (Hautmann,1997,p.80)

Empatia ed estetica sono inoltre categorie collegate: è solo attraverso l'empatia che gli oggetti diventano per noi esteticamente significativi, vale a dire essi diventano per noi belli o brutti.

Secondo Lipps (1908), "la bellezza è la libera affermazione della vita che

viene sentita nella contemplazione di un oggetto e che a esso è sensibilmente legata. Allo stesso modo la bruttezza è la negazione della vita sentita nella contemplazione dell'oggetto... Le creazioni artistiche sono belle quando portano in sé una connessione piena di senso, unitaria e conclusa, di attivazioni vitali positive... ogni singola forma bella deve dimostrarsi una forma che, presupposte in esso delle forze efficaci, seguendo semplicemente la sua propria legalità interna... assume la figura che possiede"(Lipps "Estetica" in "Estetica ed empatia"1997p.189 e ss.).

In altre parole, è possibile definire bello o brutto un oggetto solo se si empatizza profondamente con esso, ritrovandoci qualcosa della propria forza o complessità articolata in un ritmo e in una subordinazione di parti o, viceversa, se è brutto, qualcosa dei propri aspetti morti, incoerenti o degradati: un essere umano, un'opera d'arte, un paesaggio, un lavoro... continuamente sono sottoposti in noi anche a un giudizio estetico, che spesso passa sotto silenzio.

Penso inoltre, con Meltzer (1989), che è possibile accostare esperienza clinica e processo creativo e che esperienze psichiche trasformative attuate mediante un lavoro analitico si accompagnano alla capacità di capire e apprezzare il bello.

Anche nel nostro lavoro psicoterapeutico istituzionale, soprattutto, nella mia esperienza, quando si avvicina il più possibile all'esperienza analitica mantenendo una sua specificità, è possibile (ed anzi è importante) cogliere e condividere momenti di bellezza che danno gioia a paziente e terapeuta e permettono di sostenere la fatica quotidiana del tollerare l'impatto emotivo con i pazienti per comprendere.

Nel movimento di forze opposte della vita mentale, raccolte in una struttura formale che elabori il conflitto fra esse e lo renda generalizzabile, può stare la bellezza che realizza un processo di crescita.

Laura

Laura, una giovane universitaria, mi comunica che ha paura di fallire a dare gli esami perché si vergogna e ha paura di far vedere la parte brutta di sé. Se succede, ha paura di non rispondere alle aspettative dei genitori, che sente immense. Ha paura di deludermi, di privarmi di qualcosa, anche perché, non pagando, si aspetta che io voglia da lei dei risultati in termini di miglioramento. Collego queste paure all'angoscia relativa a un'attività segreta e fantastica, che teme sia scoperta nei suoi aspetti di sottrazione di capacità e di potere. Laura viene infatti con perfetta regolarità alle sedute ma se le prepara prima e ha una gran paura di tornare a farsi scoprire da me. Ma perché vuole tornare da me? Cosa ho che le rende necessario il ritorno? Qualcosa nella mente, mi aveva detto, di segreto e di abbagliante, brillante, bello, che lei poteva prendere per sé.

Laura, registrando e narrando i minuti processi del suo accadere psichico,

mi fa in realtà luce sulla sua mente, che mi dice aderire in segreto ai movimenti della mia per portarla con sé di nascosto. Si vergogna di venire a rubare da me e ha paura di venire da me che "sparo al ladro e colpisco nel mucchio".

Quando ribadisco questa linea interpretativa, mi avverte che "vede bianco" e che sente dentro di sé qualcosa che ha una forza esplosiva. Dopo molti "vedo bianco!" mi viene in mente all'improvviso il grido, al cinema "schermo!".

Laura ha questa qualità particolare, che me la rende cara: vede in profondità e con ricchezza d'immaginazione al suo interno. Mi dice "vedo bianco" perché vuole andare avanti... Ho l'impressione di poterla accompagnare in questa ricerca, perché ne abbia meno paura. Interpreto il "veder bianco" come vedere direttamente lo schermo che c'è sotto le immagini che proietta la mente e avere paura che finisca il film. Successivamente la paziente ricorda che lei aveva cercato di "separare i suoi pensieri... staccare le emozioni... tenere staccate le emozioni dai pensieri" e mentre dice questo le lacrime cominciano a scorrerle giù dagli occhi lentamente "ecco che sta tornando..." prosegue "è come se lei, dottoressa, avesse tenuto per sé i miei pensieri, che non riuscivo a vedere e qui mi ritornano. Quando torno qui piango; come se ritrovassi le mie cose, qui dentro. Come se fossero state qui a calmarsi. Come se potessero passare le cose, ma allora è come se non ci fosse lo schermo..." (silenzio)

Vedo uno schermo nero. (silenzio)

Ho paura della morte, della malattia, di tutte le cose che si devono fare quando c'è una malattia..." Ecco che emerge finalmente l'angoscia depressiva e la consapevolezza di una faticosa riparazione...

La terapia di Laura, che è durata cinque anni, è terminata da un anno e mezzo. Per poter pensare a un inizio e a una fine (limite temporale) con questa paziente che non riusciva a imparare dall'esperienza e aveva un desiderio segreto di annullare il tempo, oltre che di fondersi con me invece di essere contenuta dal mio pensiero (limite personale) è stato necessario stabilire e tenere un setting: "contenitore (Iudico) di uno spazio-tempo nuovo, distinto dallo spazio della vita" (Hautmann, 85).

In questa terapia, il setting è variato, secondo le necessità istituzionali, nel numero delle sedute, ma non è mutata la qualità della costanza di uno spazio-tempo che portasse a essere rappresentato il teatro interno di Laura e il mantenimento di una competenza complementare e asimmetrica a cercare la verità emotiva della sofferenza che si generava nel campo.

Indubbiamente la parte psicotica della paziente è apparsa risiedere, con Bleger, nel setting. Veniva alle sedute con estrema regolarità per cancellarne il senso duale e arbitrario, pericoloso per mantenere i suoi aspetti falsi. Ma la sua grande collaboratività e la mia curiosità per la sua paura di capire e di entrare in contatto e il conseguente approfondimento della relazione hanno

permesso alla parte psicotica di trovare un posto per il non luogo senz'aria e senza luce dove viveva. Alla fine della terapia, il poter cogliere l'esperienza emotiva all'interno di uno spazio mentale, rappresentato e vissuto da Laura come una bolla o una rete che si infittiva a seconda del tempo che passava, aveva permesso la fruizione della bellezza del mondo esterno rappresentato come vivo anche se carico di sofferenza a confronto di un mondo chiuso descritto "senza luce e senz'aria", permeato dall'angoscia di "non essere-esistere". "Tornando a casa, dopo aver sostenuto un esame, sente all'improvviso dietro di sé suonare una banda. Parla della bellezza di questa musica così forte e grossa, all'improvviso, mentre c'era il cielo tutto colorato dal tramonto, e dice che non si è vergognata troppo di piangere. La musica, come la poesia, le erano sembrate cose al di fuori della sua comprensione. Ora si rende conto di come sono emozionanti le cose, sente le sue emozioni e capisce che aveva fatto di tutto per congelarle."

La costante autoriflessione sulla relazione è utile particolarmente con pazienti fusionali che tendono a "far agire" il terapeuta invece di farlo pensare. Spesso nelle istituzioni abbiamo a che fare con pazienti gravi e difficili come questi. La tendenza a realizzare una relazione con l'istituzione e col paziente in cui regna la confusione, in cui cioè i termini corrispondono distruggendosi a vicenda, regnando la bugia al posto del contatto, doloroso, col limite posto dalla necessità si può definire nei termini bioniani di - K.

Il contenimento può essere definito come un modo di tenere insieme delle parti o anche come un processo tramite cui emerge qualcosa che prima era informe. In esso è implicita la funzione di regolare il livello di tensione e di difendere da stimoli interni ed esterni. Nel contenimento è centrale la fantasia di un involucro, costituito da una persona o una situazione che offre un senso di limite. Ho avvertito molto spesso la tendenza a confondermi con l'Istituzione (non aiutando così i pazienti a trovare un contenimento) e trovo difficile tenerla presente sullo sfondo, come "il terzo nella relazione" (Brignone, 1997). Questo problema diminuisce, nella mia esperienza, quanto più l'istituzione facilita la tenuta di assetti mentali volti ad apprendere dall'esperienza e non ad agire evacuando le complesse e disturbanti emozioni portate dai pazienti.

Perché nell'Istituzione non c'è una definizione di responsabilità e di richieste chiara ed è così difficile stabilire un limite (penso anche ai limiti di tempo delle terapie, ai limiti di trattabilità, di usura delle relazioni)?

L'istituzione di un servizio di psicoterapia in cui i casi siano definiti e accettati in base alla necessità e alla fattibilità dell'intervento e le prestazioni siano contrattate con i terapeuti in modo preciso, potrebbe rendere più semplice il tutto?

Ilaria

Avviene a volte che la mobilità degli operatori porti alla presa in carico, all'interno del servizio, di situazioni complesse di cui non si perde la memo-

ria. Questo può portare problemi di negazione della perdita e di confusione delle figure di riferimento, ma può anche costituire un punto di forza.

I genitori di una coppia di sorelle con gravi problemi di comportamento alimentare, dopo essere stati involontari attori di innumerevoli agganci e rotture di relazioni terapeutiche effettuati sia nel pubblico che nel privato attraverso tecniche diverse, approdano al nostro gruppo di lavoro. Li prende in carico una collega con formazione analitica che dopo un certo periodo va in pensione, dando l'indicazione di rivolgersi a me, che porto avanti un progetto specifico di lavoro interdisciplinare sui problemi di comportamento alimentare in adolescenza, coordinato dalla prof. Martinetti di Firenze.

L'aggancio è immediato e subitaneo è l'inserimento da parte dei genitori della sorella più grave, Ilaria, in un centro di riabilitazione fuori dal territorio, "in disubbidienza" alla collega in pensione che aveva cercato di porre un argine di pensiero ai continui agiti della coppia e aveva inviato Ilaria a uno psicoterapeuta del nostro gruppo.

Il discutere a mia volta la situazione sia con la collega con cui in passato avevo condiviso momenti di emozione e di riflessione sulla coppia sia nel nuovo gruppo di lavoro specifico, mi permette di stare a contatto e quindi comprendere e tollerare lo "strappo" con cui mi si presentano drammaticamente i genitori di Ilaria, che infatti dopo poco manifestano in modo più leggibile il loro acuto bisogno (e paura) di dipendere chiedendo e ottenendo un setting più preciso e più contenitivo, che si giovi di un maggior numero di sedute settimanali. Ilaria ritorna dopo poco e si stabilisce nel gruppo, tramite la supervisione comune, un'articolazione di intervento fra me, il suo terapeuta, il medico internista e la dietista. All'interno di questa situazione meno turbolenta, ma sempre abbastanza confusa, diventa gradualmente possibile affrontare in modo da non vomitarlo né evacuarlo il problema del peso emotivo del legame di relazione soprattutto quando i troppi stimoli non rendono facile distinguere fra le persone e spingono a una "contiguità confusiva" (Martinetti, 1997) che distrugge il pensiero.

La relazione stessa dei genitori con le figlie malate prende luce dalla lettura dei legami intercorsi fra loro e i terapeuti che si sono alternati cercando di prendersi cura di parti loro e delle figlie sospinte in un contenitore in cui venivano confuse e da cui non era possibile che fuggire per vivere, senza alternativa alla sfiducia o alla sfida.

La continuità non confusiva perché elaborata verbalmente in profondo del legame fra la terapeuta "fuori" dal servizio, il terapeuta di Ilaria, l'internista e l'attuale terapeuta dei genitori, permette di prendere atto dello stabilirsi di una possibilità di creare e mutare uno spazio vuoto condiviso in cui può nascere un pensiero e svolgersi una storia. Avviene che Ilaria, assai migliorata, inizi una relazione sentimentale e progetti uno svincolo dalla famiglia.

Consideriamo all'interno del gruppo "bello" l'essere insieme integrati in questa complessa relazione.

In tutte le situazioni riportate, persone deprivate e senza potere, che hanno avuto esperienze di perdita o di insufficienza relazionale, hanno avuto l'occasione di fare l'esperienza di una relazione "gratuita" in cui vige la regola del genuino interesse umano.

Anche questo mi sembra restituire al paziente il sentimento appassionato di essere al mondo e con questo il senso di una propria personale bellezza.

Bibliografia

BRIGNONE A., *"Psichiatria psicologia e psicoterapia. Note sulle differenti competenze e la loro integrazione"* in "Psicoanalisi in Psichiatria" ETS 1997.

BLEGER J., *"Psicoanalisi del setting psicoanalitico"* in Int J. Psychoanal., XLVIII, 4 1966.

BOLELLI D., *"Andare a tempo"* Borla 1996.

HAUTMANN G., *"Formazione del pensiero ed esperienza estetica"* in "Paesaggi della mente", a cura di S. Gosso, FrancoAngeli 1997).

HAUTMANN G., *"Problemi teorici e metodologici del setting in neuropsichiatria infantile"* (1985) (in "La psicoanalisi fra arte e biologia" Borla 1999).

LIPPS T., *"Estetica"* (1908) in "Estetica ed empatia" antologia a cura di A. Pinotti, Guerini 1997.

MELTZER D., *"Amore e timore della bellezza"* Borla 1989.

MARTINETTI M. G. STEFANINI M. C., *"Dalla confusione alla solitudine: un virtuale percorso nella psicoterapia dell'anoressia mentale"* Atti convegno naz. Psicoterapia dell'Adolescenza, Napoli 1997.

NERI C., *"Interazione contenitore- contenuto e contenimento fusionale"* (in "Lectures bioniane" Borla 1994).

WURMSER L. *"La vergogna"* Bollati Boringhieri 1996.

|

RITAGLI

|

*Since then, at an uncertain hour,
that agony returns:
and till my ghastly tale is told
this heart within me burns.*
S.T. Coleridge,
The Rime of the Ancient Mariner,
vv. 582-85

LUCIANA NISSIM
"UN RICORDO"

*Roberta Pisa**

"Luciana Nissim Momigliano era una piccola, grande signora dotata di una forza straordinaria. Fa una certa impressione scrivere era, perché un giorno è troppo poco per abituarsi all'idea che non c'è più. È morta nel tardo pomeriggio di martedì, a Milano, (1 dicembre 1998) dopo una lunga malattia. Aveva 79 anni, li portava con leggerezza, nonostante avesse attraversato il secolo passando per le porte più buie, e lasciando dietro di sé una scia luminosa...". Anna Maria Guadagni apre così il suo articolo-ricordo sulle pagine dell'*Unità* di giovedì 3 Dicembre 1998.

Non ho conosciuto personalmente Luciana Nissim, l'ho fugacemente incontrata ad un convegno a Trieste circa 10 anni fa, era vivace e sdrammatizzante, descriveva, ricordo, criticamente e con molto umorismo l'eterodossia di Freud nei suoi vari settings con i pazienti, è questo umorismo e in qualche modo questa "leggerezza" che mi è rimasta impressa di lei, una qualità e una forza che l'ha accompagnata nel "viaggio" della sua vita connotata anche e soprattutto dall'inferno del campo di sterminio di Auschwitz.

Sempre Anna Maria Guadagni nella lunga intervista apparsa su "*Diario*" del 4 Marzo 1997 dal titolo "*La Memoria del bene*" — scrive:

"A Torino nel luglio 1939, anno sedicesimo dell'era fascista, una studentessa di Biella, figlia di un commerciante di lana, ebreo assimilato, si presenta davanti a una commissione d'esame della facoltà di Medicina. È piuttosto piccola, minuta, porta un vestito di seta blu a pastiglie colorate. Su cento studenti, quell'anno, ci sono solo dieci ragazze, e tra i candidati di quella mattina, per l'esame di anatomia, solo due sono ebrei. Luciana Nissim, la ragazza con il vestito a pastiglie, e Giorgio Segre... Lei la ragazza con il vestito a pasti-

* Psicologo dirigente di primo livello, Azienda Sanitaria di Firenze, psicoterapeuta, socio fondatore e didatta della A.F.P.P.

glie, è oggi la decana della psicoanalisi italiana. Una signora trasgressiva e creativa, amata dagli allievi e di cui si traducono i libri all'estero. Ha attraversato con discrezione il secolo nelle sue grandezze e nei suoi orrori. Era con Primo Levi ad Auschwitz, e poi con suo marito Franco Momigliano, economista, allievo di Luigi Einaudi, nell'Ivrea sperimentale e illuminista di Adriano Olivetti¹ fondatore dei Centri Canavesiani, nel dopoguerra. E poi a Milano con Franco Fornari"...

Non risulta che Luciana Nissim fosse, come Primo Levi, guidata dal tormento e dalla coscienza sempre vigile di costruire una memoria della vicenda più scientificamente sadica mai avvenuta, ma anche lei, assieme a una ebrea polacca, Pelagia Lewinska, scriverà nel 1946 un libro di testimonianza diretta dal titolo: *"Donne contro il mostro"*.

Si tratta di due testimonianze femminili sulla deportazione: la Lewinska propone una descrizione della vita del campo; Luciana, medico, offre uno sguardo ravvicinato sulla situazione medico-sanitaria negli ospedali dove operava; sono rimasta colpita dal linguaggio espressivo e "raccontato", privo di inibizioni, vivo se si pensa che è lei stessa la protagonista della "casa dei morti" e che, quando scrive, è passato solo un anno dall'esperienza dell'orrore: è col titolo della *"Casa dei morti"* che Luciana lascia a noi la sua testimonianza. Riporto solo alcune righe di quanto ricorda: "...Chi potrebbe mai credere che ognuna di noi, grottesco simulacro di donna, ha, un tempo, ascoltato e pronunciato parole d'amore? Eppure ognuna di noi ha ascoltato e pronunciato parole d'amore, laggiù, nel mondo, quando aveva una casa, la famiglia, quando aveva i capelli, dei vestiti — quando aveva da mangiare se aveva fame, da bere se aveva sete, poteva dormire se era stanca e andare al gabinetto se ne aveva bisogno..."²

Ma i bambini, i bambini uccisi nei campi, la propria bambina nata morta dopo un parto postmaturo, di nome Wanda, come la sua più cara amica morta ad Auschwitz, sono stati forse il motore e la motivazione più autentica per la scelta analitica. Luciana si iscriverà a pediatria appena tornata a casa dall'inferno, dirigerà inoltre, fin dai primi tempi della ricostruzione della vita civile, gli asili-nido del progetto Olivetti.

Mi sembra che l'incontro tra la Luciana militante e la psicoanalisi come professione inizi operativamente dal "basso" anche attraverso la collaborazione con la neuropsichiatra Livia di Cagno che aveva in animo di impiantare un servizio di neuropsichiatria infantile: "Cominciammo in un sottoscala: di lì,

¹ Adriano Olivetti seppe unire alla capacità imprenditoriale lo spirito riformatore che gli derivava dalla sua formazione culturale e dalla sua partecipazione all'antifascismo. Basti qui ricordare l'esperienza pilota dei Centri Canavesiani dove la fabbrica era affiancata dai primi asili-nido ed esperienze culturali di base.

² Nissim L. (1946): *Donne contro il mostro* - Torino, V. Rmella Ed.

Livia ha costruito una delle cliniche di neuropsichiatria infantile più moderne d'Italia...³.

Luciana Nissim psicoanalista è autrice di molti articoli pubblicati dalla "Rivista Italiana di Psicoanalisi" e del libro: *Continuity and change in psychoanalysis-Letters from Milan* pubblicato da Karnak Books-Londra (1992).

Leggendo i suoi scritti, mi colpiscono, come già accennato, la spontaneità della comunicazione scritta che diventa evocativa, un narrare i concetti e le argomentazioni, la capacità di mettere elementi biografici e valutazioni critiche sempre dirette e coraggiose nel descrivere un fenomeno, Luciana Nissim aveva anche il dono di inventare titoli espressivi contenenti concetti definiti in profondità con poche linee verbali. La conoscenza rigorosa di M.Klein e di W.R.Bion l'ha portata ad un interesse preciso per la relazione terapeutica e per la "teoria del campo" successivamente, attraverso anche i suoi contatti con la psicoanalisi argentina e la coppia Baranger. Luciana Nissim ha messo in rilievo l'importanza dell'ascolto e quanto siano rilevanti per l'attualità della relazione, non solo le resistenze del paziente ma anche quelle dell'analista. È quanto descritto in un articolo della "Rivista di Psicoanalisi" (Gennaio-Marzo-1984) intitolato: *Due persone che parlano in una stanza*.

Mi soffermerò ora brevemente su un altro lungo articolo apparso sulla "Rivista di Psicoanalisi" (ottobre-dicembre-1988), una rielaborazione della sua conferenza al Convegno: "Psicoanalisi e Cultura" di Trieste (1985). Questo lavoro dal titolo: *Il setting tema con variazioni* può essere considerato un *turning point* sul concetto del setting storicizzato nella sua evoluzione. Luciana parla di un Freud nella "stanza d'analisi" del tutto diverso da quello degli scritti 1911-13 così fondamentali per la storia della teoria della tecnica. Un Freud vivo, spontaneo, sovente amichevole, non astinente. Le testimonianze, ci dice Luciana, vengono da ex-pazienti di Freud ma anche da biografi quali Paul Roazen che scrisse nel '75 *Freud and His Followers* (tradotto in italiano dall'Ed. Einaudi - *Freud e i suoi seguaci* - 1988).

La storia del setting è lunga e dialettica, coinvolge protagonisti primi della storia del movimento psicoanalitico, quali per citarne uno, Sandor Ferenczi che con i suoi tentativi di terapia attiva prima e di terapia di rilassamento poi, tendeva a introdurre un clima sereno e rilassato, un tentativo questo che, a poco a poco, andò trasformandosi in indulgenza e perfino collusione con i desideri dei pazienti! L'excursus va dal pensiero di psicoanalisti nord-americani come O. Kernberg, R. Wallerstein, dalle testimonianze di D. Meltzer influenzato o meglio rivoluzionato da Bion, a quella di M.Little⁴ che ormai ottantenne scrive della sua esperienza analitica con Winnicott, di un holding

³ Luciana Nissim: Diario di Stampa 4-3-1997.

⁴ Little M. (1986) - *Un témoignage en analyse avec Winnicott*, "Nouv. Rev. Franç. Psychanal.", 33, 281-310.

particolare non solo metaforico delle sue ansie e deliri ma anche concreto in una certa situazione. Parlando delle sue convinzioni a tale proposito, Luciana Nissim ci dice che il setting deve essere rigoroso, che è un assetto mentale e che il setting esterno ne è l'espressione e l'attualità; il tono di tutto ciò e l'argomentazione sono sempre dialettici e aperti alla riflessione: "cos'è dunque che aiuta la gente che viene in analisi da noi? L'esperienza emotiva o l'insight? La terapia o la conoscenza?..."⁵

Anche *Il tè nel deserto: ulteriori considerazioni a proposito dello "psicoanalista allo specchio"* è una lunga riflessione del lavoro quotidiano dell'analista. Il testo è tratto da una sua comunicazione ad un Convegno a Bologna del 1991- lo stesso anno di pubblicazione sulla "Rivista di Psicoanalisi".

Il testo ne conserva lo stile comunicativo: oggetto specifico di indagine sono i fraintendimenti, le ambiguità, le collusioni, le difficoltà di comunicazione in genere tra i componenti della coppia analitica al lavoro con particolare attenzione per il versante dell'analista. Il filo rosso che collega infatti i temi che via via vengono accennati, è la convinzione che le angosce dell'analista e le sue resistenze possono costituire un ostacolo alla riuscita del processo analitico in una misura imponente quanto quelle più conosciute e più "classiche" dell'analizzato.

Mi sembra che anche l'attenzione agli aspetti conoscitivi della supervisione dei candidati analisti sia un altro aspetto privilegiato dei suoi interessi e delle sue inclinazioni: le parti bambine che devono crescere sentite con partecipazione, come forse i bambini visti e osservati in pediatria, negli asili-nido, nella pratica clinica.

Esperienze forti e convergenti: una vita bella e realizzata. Come dice Andreina Robutti nella sua commemorazione apparsa nel primo numero del 1999 della "Rivista di Psicoanalisi": "...vittima e testimone di una delle più incredibili e inspiegabili tragedie dell'umanità, ha però accuratamente evitato di diventare un personaggio in virtù di quel tragico passato che lei ha mantenuto a lungo riservato, nel silenzio... era una psicoanalista importante, decana della Società di Psicoanalisi, innovatrice ma anche ortodossa... ma io la vedevo anche come un folletto, una stregghina che ai margini del bosco trova con il fiuto e con il tatto, le erbe che curano la gente".

⁵ Nissim L. (1988). *Il setting con variazioni*. "Rivista di Psicoanalisi", 4, 605-679.

**MARCELLA BALCONI:
UNA PIONIERA NEL CAMPO DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
SU BASE PSICOANALITICA**

*Laura Mori**

Un lutto ha colpito di nuovo il nostro mondo di figure che potremmo chiamare "genitoriali" in quanto sono state fonti di riferimento e di ispirazione per la nostra formazione professionale: il 6 febbraio scorso è morta a Novara - dove abitava e ha sempre lavorato - la Professoressa Marcella Balconi, all'età di 80 anni, dopo aver affrontato, con grande forza d'animo e pienamente cosciente fino alla fine, alcuni mesi di una grave malattia.

È stato proprio grazie alla Professoressa Balconi e al centro che aveva contribuito a fondare e ad animare come Direttrice del Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Maggiore di Novara, che alcuni tra i soci fondatori¹ della nostra associazione hanno cominciato ad incontrarsi per andare ad ascoltare i seminari di Donald Meltzer e di Martha Harris, a riunirsi per discutere quanto avevano ascoltato e quindi a progettare come potersi formare come psicoterapeuti a Firenze...

Recentemente, a più di vent'anni di distanza, come Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica avevamo invitato la Prof.ssa Balconi per il prossimo 22 maggio a Firenze, in occasione di una Giornata Nazionale che vedeva per la prima volta riunite le molte Associazioni di Psicoterapia Psicoanalitica e le varie Istituzioni che hanno adottato la metodologia osservativa a scopo formativo, applicativo o di ricerca. Avrebbe dovuto partecipare alla tavola rotonda introduttiva ai lavori, dedicata agli aspetti storici dell'introduzione in Italia della metodologia dell'osservazione partecipe in quanto è stata, nel campo della neuropsichiatria infantile, fra le prime in Italia ad usare la osservazione del bambino nell'addestramento del personale socio-sanitario e nella pratica diagnostica.

Mi sembra adesso importante far conoscere, attraverso la nostra rivista, alcuni elementi della personalità e dei contributi scientifici della Professoressa Balconi², sottolineando come il suo impegno nel campo della Neuropsichiatria

* Psicologa-psicoterapeuta; socio fondatore e membro ordinario con funzioni di training A.F.P.P.; membro ordinario A.I.P.P.I.

¹ cf. "Contrappunto" n°22, l'articolo *In onore di Donald Meltzer, ripercorrendo la storia dell'AFP*

² Il n° 4 dei "Quaderni di Psicoterapia Infantile" (gennaio1981), che raccoglie i primi contributi italiani sull'osservazione e che è stato dedicato a lei, contiene una intervista registrata, effettuata da F. Scotti, che traccia una *Autobiografia scientifica* di Marcella Balconi.

Infantile su base psicoanalitica, di cui si può veramente considerare una pioniera - in quanto ha promosso interesse, cambiamenti, modelli di ricerca, possibilità di formazione e apprendimento per almeno due generazioni di addetti ai lavori che l'hanno ascoltata e seguita - sia sempre stato accompagnato da un altrettanto forte impegno in campo politico e sociale.

Facendo parte di una famiglia da sempre partecipe attivamente e con sacrificio delle proprie libertà personali alla vita politica³, Marcella Balconi non ha mai voluto rinunciare all'impegno politico esplicito, che sentiva collegato al suo lavoro di medico impegnato nel sociale. Dice nell'Intervista: *"...era un impegno che mi riguardava... Non bastava che mi interessassi alla medicina, non mi bastava un impegno sociale, mi era necessario agire in prima persona per trasformare la società. Hanno influito in questo tutti i ricordi di vita, tutto l'impegno politico della mia famiglia..."*⁴ È stata così consigliere provinciale, sindaco di Novara, eletta fra una rosa di ben 40 candidati, deputato al Parlamento, assessore ai lavori pubblici e sempre attenta anche in politica a proporre nuove leggi per una psichiatria più umana, a creare cure per i bambini, ambienti addetti a loro: nidi, giardini, luoghi di ascolto per i loro genitori.

Laureatasi in Medicina e specializzatasi in Pediatria, durante la guerra tutta la sua attività è stata dedicata alla lotta partigiana come combattente col grado di Maggiore. Dopo la guerra, dal '45 al '48 ha lavorato in un Ospedale per bambini, iniziando ad interessarsi ai bisogni psicologici dei piccoli pazienti e ha partecipato, come vicepresidente, alle attività dell'O.N.M.I., cercando di apportarvi nuove idee e nuove iniziative per i bambini piccolissimi: come gli Asili Nido e la preparazione del personale. Sentendo il bisogno di una preparazione e di una formazione specifica, che erano veramente difficili da compiere allora in Italia, si è trasferita in Svizzera, a Losanna, allora punto di riferimento e di incontro di molti psicoanalisti provenienti soprattutto dalla Francia e dall'Inghilterra, e lì ha lavorato al Centro Medico Pedagogico di Bovet, ha fatto un'analisi personale e si è formata come psicoanalista e come neuropsichiatra infantile.

Tornata in Italia nella seconda metà degli anni '50, ha aperto a Novara il primo servizio di Neuropsichiatria Infantile (dove ha lavorato, come direttrice, fino al gennaio 1980), ha ripreso il lavoro con i bambini piccoli ma nel brefotrofio, e ha continuato (fino al 1974) l'attività di pediatra nel paese natale. Nell'intervista ricorda come queste esperienze abbiano contribuito a creare i presupposti di una *"medicina di territorio di tipo longitudinale. Avendo*

³ Il padre, medico condotto, impegnato in attività politiche e in realizzazioni a vantaggio degli operai, delle famiglie e dell'ambiente, antifascista, a periodi sospeso dai suoi incarichi, mandato al confino, più volte imprigionato, dopo la liberazione eletto Sindaco del suo paese; cugina prima dei fratelli Giancarlo e Giuliano Paietta, militanti attivi dell'allora Partito Comunista e partecipanti alla vita politica italiana.

⁴ *Autobiografia scientifica*, cit., 13

lavorato lì per trent'anni, ho visto tutti bambini della zona: li ho visti crescere e ho visto i figli dei figli. Ho osservato quale era l'attitudine di una madre che veniva da me per la prima volta e quale, invece, quando mi portava il secondo o il terzo figlio. Ho visto i cambiamenti, nel tempo, dei rapporti all'interno della famiglia, intorno al bambino...". Contemporaneamente fa ricerche, inizia a pubblicare i risultati delle sue esperienze e si dedica alla formazione del personale del Servizio. Così lei stessa ed il suo servizio divengono punto di riferimento per colleghi, studiosi, allievi e Novara, per merito suo, diventa un centro di formazione permanente che attirerà figure importanti.

Come professionista è rimasta sempre, per sua scelta, nel "pubblico", ed ha promosso sempre il lavoro psicoanalitico e lo ha sempre coltivato, aggiornandolo e trasmettendolo come indispensabile e specifico strumento di conoscenza e di terapia.

Da quanto da lei dichiarato nell'intervista e dai suoi lavori, oltre che dai racconti dei suoi collaboratori, si comprende che per la Professoressa Balconi l'osservazione è il fondamento di ogni lavoro diagnostico e terapeutico, in quanto esperienza, metodo, pratica, comprensione, apprendimento. Così che la osservazione è stata da lei adoperata non solo nella sua pratica di consultazione e terapia ma anche per la formazione del personale, aiutata in questo dalle conoscenze del lavoro di Esther Bick e - come lei riferisce - dall'esperienza della sua analisi personale che l'ha educata all'ascolto ma le ha dato anche un assetto per poter osservare.

Della vasta raccolta di scritti, contributi, relazioni a congressi ecc. pubblicati su varie riviste e Atti, ne ricordo soltanto due, che mi sembrano significativi a testimoniare l'evoluzione e lo spessore del pensiero e dell'esperienza di questa autrice.

Nel 1957, su "Infanzia Anormale" - che era la rivista più diffusa fra gli operatori-, compare un lavoro che segna veramente una svolta in senso dinamico all'approccio diagnostico e nosografico⁶. Esso è frutto della sua collaborazione, che si protrasse per molto tempo, con la Professoressa Mariolina Berrini. Il titolo è: *Diagnosi di struttura in psichiatria infantile*. L'impostazione diagnostica seguita è basata fundamentalmente sullo studio della struttura psicologica; vengono presentati i diversi quadri strutturali definendoli a seconda dell'organizzazione dell'Io, del rapporto oggettuale e dell'interiorizzazione o meno del conflitto. Le basi teoriche si riferiscono in gran

⁵ *Autobiografia scientifica*, cit., p.11

⁶ Il nome di Marcella Balconi, accanto a quello di Mariolina Berrini e di Giovanni Bollea, veniva indicato come appartenente al gruppo dei rinnovatori della Neuropsichiatria Infantile in Italia.

⁷ Tema che fu poi oggetto di una loro relazione al II° Congresso Nazionale di Neuropsichiatria Infantile a Pisa nel maggio del 1966

parte alle tesi di Anna Freud, ad una iniziale conoscenza della Klein con molte influenze della scuola francese facente capo a Lebovici. Questo studio è stato per le due autrici come la premessa a un'indagine statistico-clinica sul disadattamento nel primo anno di scuola effettuato su un gruppo di 1000 bambini, 500 di Milano e 500 di Novara. Questa ricerca, che comportò loro grande fatica e dispendio di tempo, aveva per scopo la individuazione dei fattori eziologici e patogenetici non solo del disadattamento scolastico ma anche delle turbe psicologiche che possono sottendere il disadattamento, cioè delle correlazioni e connessioni fra quadri strutturali e condizioni educative, ambientali, ereditarie. Il metodo, i dati e la elaborazione statistica furono condotte da loro con una metodologia accurata ed i risultati comparvero in numeri successivi nella rivista ("Infanzia anormale", 1958, 1959, 1960)

Punto di arrivo di anni di studi e di ricerche prevalentemente cliniche e frutto della collaborazione con la Professoressa Giulia Del Carlo Giannini, anch'essa neuropsichiatra infantile, è il libro, diventato un testo molto apprezzato e ricercato: *Il disegno e la psicoanalisi infantile* (1987). Il libro si compone di una serie di saggi, dovuti ripetutamente alle due autrici, che si propongono una ricerca sui vissuti infantili più precoci, partendo dai disegni fatti da bambini gravemente disturbati, nel corso di psicoterapie iniziate prima dell'età di latenza. Il discorso si sviluppa a partire dai protocolli delle sedute, immettendoci così direttamente nella stanza del trattamento e permettendoci di partecipare alla drammaticità delle vicende che vi si svolgono. Premessa fondamentale, per le due autrici, è infatti che lo studio del disegno nella stanza di gioco non può mai prescindere dalla qualità del rapporto con il terapeuta e da quanto avviene nel corso della seduta. Così Marcella Balconi descrive l'evento-disegno nella terapia con bambini di questa età (tre-cinque anni): *"È con foglio e matita che i bambini esprimono, in una situazione che pare essere tra il sonno e la veglia, dove conscio e inconscio palano ora alternarsi ora integrarsi, i loro vissuti più primitivi e angosciosi in cui sensorialità ed emozioni si fondono per far strada al pensiero. Lo stare di fronte allo psicoterapeuta, seduti al tavolo, il poter volgere costantemente lo sguardo a lui e trattenere a loro volta i suoi occhi permette ai bambini una comunicazione che si fa man mano più intensa, dove si intrecciano lo sguardo, l'agire disegnando, il lasciarsi andare, il parlare, l'intendersi e il difendersi in un periodo evolutivo in cui l'espressione puramente verbale non può essere ancora mezzo privilegiato per comunicare sentimenti complessi. ... Nel momento in cui i bambini disegnano, ci trasmettono le loro sensazioni-emozioni che stanno trasformandosi in pensiero, vogliono essere capiti e contenuti."*⁶ Di sostanziale importanza è quindi la capacità di attenzione, disponibilità e comprensione dell'adulto presente. Così come -ricorda la Balconi - Paul Klee, a quat-

⁶ M. Balconi, G. Del Carlo Giannini, *Il disegno e la psicoanalisi infantile*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1987, pp.5-6

tro-cinque anni, disegnava cercando la protezione della madre. Da questi brevi accenni si può cogliere come il quadro di riferimento teorico delle due autrici è collegato soprattutto, anche se non esclusivamente, alla riflessione che hanno sviluppato Bion e Meltzer nell'ambito del pensiero kleiniano.

La figura professionale e scientifica della Professoressa Balconi è stata ricordata a Novara l'8 maggio scorso in una giornata a lei dedicata, organizzata dall'Istituto Storico della Resistenza di Novara "Pietro Fornara", dal Comune di Novara, dalla Provincia di Novara e dalla Consulta delle Elette del Consiglio Regionale del Piemonte. Gli interventi dei colleghi e dei collaboratori scientifici (tra i quali ricordo quelli di Giancarlo Grasso, di Giovanni Bollea, di Mario Bertolini, di Giulia Del Carlo Giannini, di Mimma Noziglia) e di politici, come l'Onorevole Livia Turco, Ministro agli Affari Sociali, sono stati accompagnati dalla proiezione di video con registrazione di interviste alla Professoressa Balconi. Molto rilievo è stato dato al contributo della Balconi nel campo dell'organizzazione e della formazione e qualificazione del personale operante negli asili nido, considerato un prezioso "progetto da non disperdere" e da raccogliere, in particolari in questo periodo nel quale si propongono nuove disposizioni legislative. La giornata è stata seguita con vivo interesse e anche momenti di commozione, da un folto gruppo di partecipanti, molti che l'hanno conosciuta e hanno lavorato con lei a vari livelli.

|

RECENSIONI

|

**THERAPY OR COERCION?
DOES PSYCHOANALYSIS DIFFER FROM BRAINWASHING?**

*R. D. Hinshelwood
London, Karnac Books, 1997*

In questo libro Robert D. Hinshelwood, psicoanalista inglese, membro della Società Britannica di Psicoanalisi, autorevole interprete del pensiero kleiniano e studioso dei fenomeni dei gruppi descritti da Bion, da Jacques, da Main e da altri, ha raccolto alcune idee che è andato sviluppando nell'ultimo decennio. I suoi numerosi scritti in questo periodo mettono in evidenza ampi interessi intellettuali, vasta conoscenza delle scienze umane e notevole acume clinico nella pratica psicoanalitica.

Con uno stile letterario scorrevole e penetrante, una semplicità espositiva ed una chiarezza di pensiero, l'autore ci conduce lungo un suo percorso complesso, articolato e ricco di ricerche storiche, filosofiche, sociali e, ovviamente, psicoanalitiche riuscendo ad assolvere il difficile compito di tenere "an orderly house in cross-currents" (la casa ordinata lasciando che si incrocino le diverse correnti), per dirla con l'autore nella sua introduzione al libro.

Nel tentativo di contribuire alla comprensione dell'etica professionale della psicoanalisi, Hinshelwood ci offre uno studio colto e stimolante che può essere letto e riletto, interamente o per capitoli, secondo specifici quesiti e interessi del lettore. L'autore dichiara di essere convinto che è necessario trovare un criterio che ci possa aiutare a differenziare l'influenza benevola dell'analista sul paziente da quella maligna.

In un precedente scritto del 1990 (apparso sull'*International Journal of Therapeutic Communities*) con lo stesso titolo del presente libro, l'autore aveva già affrontato la problematica dell'influenza e della pressione sociale che esercita il gruppo terapeutico sui singoli membri. Successivamente l'autore ha sviluppato il tema dei processi mentali primitivi e la ricollocazione dell'identità personale negli scritti del 1995 e del 1997 basati più sulla psicoanalisi individuale che su quella di gruppo.

Il libro si articola in quattro parti ciascuna delle quali apporta un significativo contributo di riflessione attorno al grande tema dell'etica professionale della psicoanalisi.

La prima parte, *The Unity of the Person*, riguarda il tema della mente divisa, il conflitto tra autonomia (libertà) e costrizione (dipendenza) e il superamento del modello standard dell'etica medica che passivizza il paziente non riconoscendo i suoi bisogni di autonomia e di compartecipazione al trattamento.

L'autore afferma che la psicoanalisi finché è rimasta ancorata ad una tecnica medica, è stata estranea al pensiero filosofico anche se con l'analisi del

carattere e di conseguenza della dimensione morale dell'individuo, la pratica psicoanalitica è diventata essa stessa morale. Nonostante l'aumentata sensibilità dello strumento psicoanalitico il suo percorso etico-filosofico non è che appena iniziato. Anche i filosofi hanno preso poco in considerazione alcune scoperte psicoanalitiche riguardo al tema della mente divisa come, ad esempio, la distinzione tra razionalizzazione e forme distorte di essa e l'inconscio razionale. A questo proposito Money-Kyrle (1958) commenta: "...on the whole, philosophers, so far as they took notice of psycho-analysis at all, condemned its basic concepts as muddled and self-contradictory. And analysts silently responded by dismissing philosophy".

Hinshelwood apre questo dibattito partendo dalle radici della moralità nell'essere umano spaziando dalla filosofia morale alla psicoanalisi: dal principio morale assoluto di Kant, al tema utilitaristico del piacere di Bentham e al concetto di libertà intesa come il massimo bene di J. S. Mill per arrivare all'ottica non assoluta dei principi multipli che include il giudizio intuitivo. A sostegno di un concetto etico non assoluto l'autore parla di un'autonomia esterna ed interna: quella esterna che permette la libertà di scelta e quella interna che significa libertà dai propri istinti, compito essenziale della psicoanalisi.

La psicoanalisi inglese si è particolarmente interessata allo studio del fenomeno dell'identificazione proiettiva, termine kleiniano troppo usato e distorto, secondo l'autore, per cui egli preferisce parlare dei meccanismi primitivi di splitting, di proiezione e di introiezione. In una nota dell'introduzione al libro l'autore definisce il termine identificazione proiettiva come: "...the loss of the part of the ego, or self, with the compulsive phantasy that the part now belongs to someone else's mind".

Che il concetto della mente dissociata sia alla base del pensiero psicoanalitico è dimostrato dal fatto che anche psicoanalisti di altre scuole fanno riferimento a concetti simili come l'idea del *falso sé* di Winnicott (1960), la *personalità come sé* di H. Deutsch (1942) e l'*identificazione con l'aggressore* di A. Freud (1936).

Essenziale al mantenimento dell'unità e della coerenza della persona è la capacità di capire ciò che sta accadendo al proprio sé. Il fenomeno dell'onnipotenza delle fantasie inconscie e il lavoro dell'Io nel riorganizzare le sue esperienze nel senso che quelle buone e confortanti restino dentro di sé e quelle cattive e minacciose restino fuori, determinano la forma e il contenuto della persona. La mente e il sé hanno così la capacità di modulare i cambiamenti attraverso questa attività interiore.

Nel modello della mente divisa basato sulla rimozione e sulla rappresentazione, una parte della mente opera sull'altra inconsciamente mentre, a livello del funzionamento mentale più primitivo che agisce su se stesso con lo splitting, ci sono due sistemi separati che funzionano per conto proprio perché non sono in contatto l'uno con l'altro. Con la rimozione l'auto-riflessione rimane a livello inconscio; invece con lo splitting l'auto-riflessione viene per-

duta e non si crea il legame che unisce le parti frammentate della personalità.

A proposito di questa *self-action of the mind upon itself* l'autore illustra con un esempio clinico il funzionamento dei due sistemi mentali separati con motivazioni cosce da parte di ambedue. La nostra Associazione nel 1997 ha avuto il piacere di organizzare con R. Hinshelwood un seminario teorico-clinico sull'argomento della rimozione, la scissione e i diversi livelli di interpretazione (Contrappunto n. 21).

Nella seconda parte del libro, *"The Problems of Autonomy"*, viene affrontato il dilemma di come poter capire con quale parte di sé il paziente dia il proprio consenso al trattamento psicoanalitico. L'autore ci ricorda che fattori ugualmente essenziali al trattamento psicoanalitico sono sia la collaborazione con l'analista sia la resistenza del paziente a conoscere consciamente ciò che è inconscio.

Nel caso della rimozione c'è una consapevolezza sia pur inconscia che la mente è divisa; diversamente con il meccanismo primitivo dello splitting esiste una vera divisione in una struttura alterata della mente che al massimo può dare un senso di vuoto, di qualcosa che manca. La Klein (1946) descrive questa condizione come *"a conscious experience of blankness and loss of meaning"*, mentre Guntrip (1968) parla di *"a pervading sense of futility"*.

Di conseguenza può succedere che le diverse parti di una persona assumono una sorta di indipendenza tra di loro e nella vita quotidiana finiscono con distorcere radicalmente la capacità di valutare le situazioni e prendere decisioni. Ciò pone un problema circa il consenso al trattamento in particolare per il paziente psicotico o con gravi disturbi della personalità. In questi casi la resistenza del paziente sta nel fatto che esso ha negato il proprio consenso a livello inconscio mentre attraverso la proiezione ha, per così dire, acconsentito e intende collaborare con l'analista in un rapporto nel quale, usando il meccanismo dello splitting, ha depositato il suo conflitto interno. In questi casi il successo psicoanalitico sarebbe quello di riuscire a restituire al paziente quella parte della sua mente proiettata nell'analista.

A che cosa acconsente il paziente se si oppone proprio alla consapevolezza di ciò che dovrebbe essere cambiato? Qui l'autore propone la distinzione tra l'atto di apprendere e l'atto di fare e attribuisce all'*acting-out* il significato di una intenzione inconscia oltre a quello di essere un ostacolo al trattamento.

Hinshelwood prosegue con un elenco di rischi e ostacoli al trattamento che vede, per un verso, l'analista in un ruolo paternalistico per cui assume su di sé le decisioni del paziente e, dall'altro, lo stabilirsi di un rapporto narcisistico di reciproca ammirazione dove l'analista gioca un ruolo che appartiene al paziente.

Attingendo dalla sua ricca esperienza clinica che, peraltro, accompagna tutta l'esposizione regalando al lettore piccoli gioielli, Hinshelwood dimostra come in una paziente avvenga uno sdoppiamento tra un bisogno di aiuto e un vissuto paranoico. Una parte della paziente si sente bisognosa ma non in

contatto con gli altri che potrebbero aiutarla mentre un'altra parte cerca attraverso un auto-aiuto di mettere gli altri al suo servizio per sentirsi gratificata ed ammirata.

Quando una parte della paziente di Hinshelwood è riuscita a rappresentare un movimento attraverso un sogno, essa diventa capace di dare importanza ad un reale bisogno per cui questa parte, assumendo inconsciamente un posto nella sua mente, non viene più proiettata nell'analista. Cosicché invece di attribuire all'analista il desiderio che lei cambi, la paziente può desiderare, almeno ad un livello inconscio, di cambiare. Secondo Hinshelwood il sogno di questa paziente dimostra che finalmente le due parti di sé possono coesistere nella sua mente. Il fatto che la paziente abbia potuto rappresentare il proprio conflitto in un sogno fa pensare che, in quel momento, il processo di splitting sia ritornato verso la rimozione e che possa ora esistere un bisogno di aiuto sia pure in forma distorta e nascosta. Questo movimento che rende gradualmente possibile il recupero delle parti perdute della personalità della paziente conduce alla integrazione.

In *"The Origins of Transference"* (1952), la Klein spiega: *"It is only by linking again and again later experiences with earlier ones and vice versa, it is only by consistently exploiting this interplay that present and past can come together in the patient's mind. This is one aspect of the process of integration which, as the analysis progresses, encompasses the whole of the patient's mental life. When anxiety and guilt diminish and love and hate can be better synthesized, splitting processes as well as repressions lessen while the ego gains in strength and coherence"*.

Operare secondo quello che l'autore chiama *il principio di integrazione* secondo cui *"Those practices are ethically beneficent that aim to minimize the distortions of identity and interpersonal spreading, and those are unethical that aim to fragment the personality and to enhance the interpersonal spreading"*, è indicativo della responsabilità etica dello psicoanalista in quanto il processo terapeutico mira a rovesciare lo splitting, la proiezione e la dispersione delle parti della personalità nel campo sociale interpersonale.

A questo punto Hinshelwood fa un ulteriore ragionamento: la persona razionale è colui che ha a disposizione nella propria mente la capacità di riflettere e scegliere e, trovandosi così nella condizione di essere autenticamente autonomo, non è più compromesso da processi primitivi come lo splitting e la proiezione. Quando il paziente è in grado di introiettare il funzionamento mentale e la capacità di comprendere dell'analista, si completa un ciclo ossia, l'*oscillazione* descritta come segue da Money-Kyrle (1956): *"...there is a fairly rapid oscillation between introjection and projection. As the patient speaks the analyst will, as it were, become introjectively identified with him, and having understood him inside, will reproject him and interpret"*.

La terza parte del libro, *The Ethics of Influencing*, riaffronta il tema generale dell'etica e più specificamente dello status etico della psicoanalisi e della

pratica morale riguardo alla suggestione, l'ipnosi, il consiglio, la manipolazione che implica l'inganno e la disonestà e, infine, la coercizione, metodo di costrizione simile alla tortura e lo smantellamento della integrità mentale della persona.

La persona integrata è maggiormente in grado di tenere intrapsichicamente insieme le varie scelte che dovrà fare e quindi di dare il suo consenso. Si può, dunque, vedere che lo scopo tecnico della psicoanalisi si sposta verso un principio etico che implica soprattutto una condotta morale. Promuovere l'integrazione della persona è un atto specificamente benefico nel momento in cui promuove, a sua volta, l'essere morale della persona stessa. In tal senso l'etica professionale si differenzia dagli scopi tecnici di altre terapie le quali mirano specificamente alla riduzione del sintomo o della sofferenza.

A questo punto Hinshelwood sostiene che l'atto benefico di promuovere l'integrazione sia da considerare un principio etico a sé stante. Precedentemente Money-Kyrle aveva pensato che il concetto kleiniano della posizione depressiva potesse diventare una sorta di sistema di valori.

Nella quarta ed ultima parte, *Persons and Society*, viene preso in considerazione il concetto di identità personale e il principio di integrazione in rapporto all'azione etica nella società.

La rete di relazioni interpersonali tra le persone è un fattore costitutivo del senso interiore dell'identità personale individuale anche se il suo *locus* è il processo interattivo tra i diversi mondi intrapsichici della singola persona. Siccome la mente umana può perdere se stessa (*state of disownership*) e sentire che qualcosa di estraneo l'ha invasa, è cruciale l'acquisizione di un senso di appartenenza a se stesso (*state of ownership*). La capacità di pensare liberamente (*freedom of thought*) dipende in larga misura dalla riduzione delle interferenze circa la possibilità di essere in contatto con se stesso (*a sense of belonging*). L'incontro soggettivo con se stessi, ovvero la capacità "...to roam... among one's own mental belongings" (cfr Hinshelwood p.196), viene generato dalla capacità di pensare a se stessi, capacità che l'autore chiama "self-reflection" o legame K.

Le due precondizioni della salute mentale, una mentalità aperta alle proprie esperienze e un atteggiamento di ricerca conoscitiva di quelle esperienze, predispongono all'integrazione e alla libertà di prendere decisioni ovvero all'autonomia. La pluralità interna della condizione di integrazione è paragonabile alla pluralità della società. Lavorare insieme socialmente è il paradigma di un lavorare insieme internamente con le diverse parti della mente (cfr Jacques, 1955, "*Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety*").

Hinshelwood conclude con una breve ed incisiva analisi sulla salute sociale della cultura occidentale sollevando quesiti senza risposte pertinenti all'ingegneria politica, l'efficacia della tecnologia, l'influenza emotiva della comunicazione dei mass media. Se anzitutto gli Stati totalitari e dittatoriali non hanno

alcuna intenzione di promuovere l'integrazione e, se necessario, sono pronti a demolire la personalità, le democrazie consumistiche, per via di certe forze al proprio interno, possono portare alla distruzione progressiva dell'individuo attraverso fenomeni di *spreading* (contagio emotivo), producendo di forme statiche di identità personale e una modalità unidimensionale della coercizione organizzata di Stato.

Se quindi c'è una pressione sugli individui che li svuota delle loro capacità di pensare ci sono pure istituzioni sociali capaci di raccogliere gli elementi della mente con l'intenzione di restaurare la capacità di pensare. La nozione delle istituzioni ri-equilibranti (*balancing institutions*) caratteristica delle cosiddette democrazie, può offrire una soluzione parziale a quello che Hinshelwood descrive come etica generale applicabile ad una società etica, sana e benevola.

Spero di essere riuscita, in questa mia recensione del libro *"Therapy or Coercion?"* di R. D. Hinshelwood, a comunicare con sufficiente chiarezza l'obiettivo scientifico dell'autore ed i suoi significativi contributi teorici e culturali attorno al tema centrale dell'etica del trattamento psicoanalitico.

Linda Root Fortini

LO COTIDIANO Y EL INCONSCIENTE
LO QUE SE OBSERVA SE VUELVE MENTE
Paidós, Barcellona

IL QUOTIDIANO E L'INCONSCIO
CIÒ CHE VIENE OSSERVATO DIVIENE PENSIERO

Il libro di Hafsa Chbani de Pérez-Sánchez e di Manuel Pérez-Sánchez indaga, attraverso il lavoro appassionante e complesso dell'infant observation, sul come intendere, promuovere il pensare (thinking, Bion), su come ampliare gli spazi mentali con strumenti quali il transfert, le rappresentazioni, il setting, gli oggetti interni, l'identificazione proiettiva, la posizione schizoparanoide e depressiva, ecc. all'interno delle nostre relazioni, del nostro pensare quotidiano.

Nel prologo vengono presentati i riferimenti teorici dell'opera, cioè Ester Bick e Freud stesso, e sottolineato soprattutto l'attività appassionante del lavoro di osservazione del bambino e di osservazione psicoanalitica, emozione che si spera trasmettere al lettore.

Il testo comprende due parti intitolate: *La tranquilidad ante lo nuevo e Acuerdo o Encuadre*, le quali sono divise in movimenti per mettere in evidenza il senso del farsi, del pensiero, della mente nascente di un bebè nel corso del processo di osservazione. Ad Esther Bick, di cui Manuel Pérez Sánchez è stato allievo, si riconosce la grande intuizione di aver arricchito la formazione psicoanalitica con l'esperienza dell'infant observation, lavoro sulla mente nascente di un bebè nel suo ambiente familiare così intenso e profondo che nessun seminario potrà mai sostituire. Freud stesso, nella celebre interpretazione del sogno di Irma del 23/24 luglio 1895, utilizzò la tecnica che la Bick teorizzerà nel lavoro del seminario di supervisione, che consiste nel saper osservare la ricchezza del proprio pensiero, osservare il materiale che si sta svolgendo sotto i nostri occhi come il sogno e che la sola interpretazione non potrà mai esprimere in modo così esemplificativo. Così osservare un neonato, lavorare in gruppo sull'osservazione, dando libero corso alle idee, alle associazioni, al pensiero di gruppo, è come poter accedere alla ricchezza dell'inconscio, del transfert e alla scoperta di strumenti di lavoro sempre più liberi. Nell'introduzione, *apertura*, del libro, viene sottolineato che non c'è posto per il lettore che utilizza le teorie come dogmi, che ha un rapporto di pura indagine su un materiale vivente offerto da un bimbo, una madre, un padre: è la vitalità della natura stessa, e ciò richiede nel qui e ora un'osservazione rispettosa e pacata.

Tutto il pensiero di Pérez-Sánchez si fonda sulla profonda convinzione che è il bimbo stesso il fondatore della relazione bimbo-madre-padre, lui

appena nato, già tanto saggio e appassionato: se lo sappiamo osservare, già sappiamo molte cose.

Sapersi collocare con delicatezza, amore e sensibilità, proprio in quella che viene chiamata *unità originaria* (di un bimbo, di una madre, di un padre) è la peculiarità dell'*infant observation*, al punto di incontro tra realtà esterna e mondo interno.

"*Se vieni a cercare fallo lentamente e dolcemente affinché non si incrina la porcellana della mia solitudine*", così il poeta persiano Seperi citato dagli autori.

Utilizzando l'osservazione di una famiglia, la neonata Claudia, sua madre e suo padre, che nella loro naturalezza aprono le porte, non solo realmente ma anche metaforicamente, al nascere della loro *unità originaria* e del pensiero dell'osservatrice, gli autori ripercorrono con le loro notazioni lo spazio della fatica e della gioia dell'incontro di tre esseri che formano da subito un'unità imprescindibile. Il desiderio originario della nascita è quello più passibile di manipolazioni, sociali, politiche e religiose, pertanto è da proteggere come una brace preziosa. Essere madre è come allestire un fuoco: bisogna saper maneggiare la brace senza bruciarsi. Si può fare un parallelo tra la ricchezza e la complessità dell'essere madre e la funzione altrettanto delicata e complessa propria dell'essere terapeuta. Il bimbo infonde passione all'incontro, la madre con l'attenzione e il rispetto necessario lo considera da subito come un essere vivente che non è una sua parte, è un essere autonomo. Rispetto alla funzione del padre, analizzando il susseguirsi di una seduta di osservazione, si vede che questi si pone tra il mondo esterno e quello interno. Nella scena ricordata e rielaborata, egli è presente pur guardando e commentando una trasmissione televisiva, che tuttavia pone in rapporto a ciò che avvenendo nella famiglia, nella relazione madre-bambino; si situa dunque nel tempo e nello spazio come tranquillizzante della situazione di passaggio tra il mondo esterno e quello interno. Egli aiuta anche la madre ad entrare in rapporto con sé stessa nella nuova funzione di madre, nella sua nuova *pelle*. D'altra parte anche l'osservatore stesso riconosce, nell'essere lì, l'entità a ciascuno dei membri dell'*unità originaria*. Anche nel silenzio, e forse è proprio la funzione contenitiva del silenzio, è possibile l'unione dei pensieri dei membri dell'*unità originaria*. È come in analisi: saper vivere, saper tollerare il silenzio è la premessa per poter aspettare che avvenga la trasformazione. Questo silenzio permette di entrare nel processo della *rêverie*, passaggio primario per entrare in sé stessi, nel proprio mondo interno.

L'*infant observation*, nel lavoro con il verbale e il preverbale, mostra l'uso rispettoso del silenzio che fa nascere il pensiero e le parole che sono arricchiti e amplificati nella verbalizzazione di gruppo dei seminari. Gli autori insistono molto sul paragone con l'analisi e con il lavoro di supervisione del collega, che osserva e pensa nel rapporto con il caso e interviene con altri pensieri. Si crea qui uno spazio nella supervisione, come nell'*infant observation*,

che fa pensare all'importanza della presenza di un terzo, di un altro da sé, un altro sé facilitante. Qui viene inserito il terzo movimento, i tre attori per il pensiero. Con la metafora del grembo materno, che è come una scena primaria tutelata e protetta dall'osservatore, viene riproposta la tematica fondamentale: amplificare la rêverie bioniana, con lo sguardo della Bick alla rêverie del padre e del bebè che a sua volta sostiene i suoi genitori. È proprio il gioco dinamico di tre differenti persone, ciascuna nella sua *pelle*, nella sua identità che si origina nell'*unità originaria*.

Anche il lavoro analitico, nel suo continuo riferimento alle buone o alle cattive esperienze primarie, utilizza l'*unità originaria* come fondante il setting: il terapeuta e il paziente, il pensiero dell'uno sull'altro.

Sembra qui esserci un riferimento a ciò che altri autori chiamano il *terzo analitico*, qui tre soggettività entrano in un gioco di interscambio che dà vita alle trasformazioni. Ogni analista d'altra parte deve essere padre e madre appassionato del suo paziente e osservatore di sé stesso. La vita del pensiero è dunque una realtà intensa, irripetibile, che si può attivare e ricreare ogni volta ad ogni nascita, solo nella ripetibilità degli incontri buoni e trasformativi con gli affetti parentali. Qui viene aggiunta una precisazione teorica: dopo le enfasi sulla interiorizzazione degli oggetti buoni e cattivi, sulla relazione interna e sulla funzione alfa, ai suoi riferenti teorici, Klein, Bion, Bick, si vuole far presente l'arricchimento che proviene dal pensare all'*unità originaria*, come fondante ogni pensiero introiettivo primario, come un sorta di inizio, una sorta di precursore della funzione alfa. Per questo motivo viene sottolineata la differenza tra funzione alfa e dispositivo materno preposto alle emozioni e al pensiero (*unità originaria*) con funzione organizzativa. Il *bebè* la occupa, la necessita e ne ha una specie di preconcezione, di intuizione. Egli la mobilità, quasi a sua volta, con una funzione generativa sui genitori. In tal senso si preferisce dare alla parola setting il senso dell'incontro sia nella *unità originaria* che nella terapia; un accordo più che un inquadramento, tenendo così in gran conto il senso del ritmo dell'accordo o degli accordi, in cui modulazione, spazio, tempo, all'interno di una relazione, sono ben più articolati e risonanti che in una relazione duale.

I padri, le figure genitoriali dell'*unità originaria* non sono una figura combinata (Klein, Meltzer), che può essere patologica, ma sono differenziati, insostituibili, sono fecondi.

Da Freud in poi, Pérez-Sánchez dice di avere imparato l'importanza di osservare continuamente gli stessi fenomeni, prescindendo dai suoi effetti e sostiene che l'auto-nomia, parola che in senso etimologico indica la capacità di fare le proprie leggi, dell'unità originaria è qualcosa che ha a che fare con la preconcezione. Questo è ciò che Pérez-Sánchez ha osservato andando oltre i suoi predecessori e maestri.

Parliamo della predisposizione umana, quasi una sorta di "riserva libidica",

come la chiamava Freud (1938), dell'auto-nomia come energia personale, stato di uguaglianza nella necessità primaria dell'uno-dell'altro (madre-bebè-padre), quasi che il processo trasformativo della mente sia il frutto dell'attenzione all'auto-nomia di ciascuno dei tre soggetti dell'*unità originaria*.

"Pensare per vivere meglio"
(Dina Vallino)

Eleonora Riccardi

EMOZIONE E INTERPRETAZIONE PSICOANALISI DEL CAMPO EMOTIVO

a cura di Eugenio Gaburri
Torino, Bollati Boringhieri, 1997

Il volume, complesso e ricchissimo, pubblica alcune relazioni presentate al decimo Congresso della S.P.I. (Rimini, 6-9 ottobre 1994), dedicato al tema *La risposta dell'analista e le trasformazioni del campo*. La scelta delle relazioni, il loro essere ripensate e riformulate nel confronto congressuale e poi con più recenti contributi sulla "teoria del campo", il titolo stesso del libro (che in qualche modo riecheggia *Attenzione e interpretazione* di Wilfred R. Bion, pubblicato nel 1970) realizzano anche una palese autonomia rispetto al Congresso, in un contributo scientifico aggiornato e dinamico che ha una varietà grande di stili di lettura e di assunti teorici.

Come noto il concetto di "campo" (che negli anni '30 Kurt Lewin aveva introdotto nella ricerca psicologica, in un cambiamento metodologico e di prospettiva rilevante rispetto ad una concezione fondata su oggetti di indagine singoli e isolatamente osservati), è stato in anni recenti sempre più utilizzato anche in psicoanalisi, dopo le prime formulazioni di W. e M. Baranger agli inizi degli anni '60, divenendo momento peculiarmente vivace e originale nella ricerca psicoanalitica del nostro Paese, e in particolare in quella ad orientamento kleiniano-bioniano.

Se la "teoria del campo", in alcuni Autori del libro è modello "forte" e, potremmo dire, "radicale", in altri è momento di confronto via via più sfumato e parziale, fino a divenire, in qualche caso, semplice riferimento o metafora descrittiva, in sinonimia sostanziale con altri termini più tradizionali come "relazione" o "situazione" o "setting". Segno del vivace dibattito e delle perplessità che avevano accompagnato la preparazione del Congresso, il cui tema ad alcuni era apparso "astratto" o "troppo teorico", ad altri non abbastanza approfondito. Ma la scelta si era poi rivelata felice perché le opzioni metapsicologiche erano state lasciate ai margini, e il clima dei lavori era stato "improntato a grande apertura dialettica, a una espansione del sentimento di libertà intellettuale, e anche a una maggiore democrazia della parola".

Il libro è diviso in "sezioni": una teorica, una clinica, una teorico-clinica, una riferita alle patologie gravi, una, infine, alla "complementarietà dei modelli". Vi sono contributi, tra gli altri, di F. Corrao, C. Neri, A. Ferro, G. Di Chiara, M. Bezoari, F. Borgogno, D. Vallino, A. Correale, F. Sacco. Si usano vertici più formali di astrazione e vertici più legati alla esperienza clinica, in particolare con pazienti psicotici; si va alla ricerca di ipotesi e paradigmi definitivi del

modello di campo, o si evidenziano i problemi e le difficoltà, e anche le grandi potenzialità, nel lavoro quotidiano, di questi nuovi paradigmi. Aldilà dei differenti orientamenti teoretici, spesso in rapida evoluzione, si trae l'impressione (questa è una delle idee "forti" del libro) che esista nella psicoanalisi contemporanea un "corpus condiviso", che esistano dei "common grounds" in cui forse tutti si riconoscono, e che le nuove ipotesi e suggestioni della teoria di campo realizzino in fondo una sostanziale continuità di sviluppo con il passato della psicoanalisi.

Di un testo così complesso e variegato non è possibile che restituire qualche argomento di lettura e di riflessione che mi sembra più nuovo e significativo. Anche perché sembra non esistere al momento attuale una compiuta teoria psicoanalitica del campo, siamo di fronte piuttosto ad un insieme di enunciati in stato nascente, a volte complessi ed elaborati e in grado di meglio confrontarsi con le teorie classiche e di indicare anche nuove linee di orientamento clinico, specialmente nelle patologie più gravi. Considerando l'esistenza di un "campo emotivo", ad esempio, si introduce un elemento "terzo" rispetto alla coppia in analisi, un elemento che è attivo indipendentemente da essa e che funziona anzi da "contenitore spazio-temporale" della coppia stessa. L'analisi viene così a "svincolarsi dall'imbrigliamento in un'ottica unipersonale della psiche o in una dinamica strettamente bipersonale" (F. Corrao). La teoria del campo è molto debitrice di nuove formulazioni e ipotesi della scienza e la fisica contemporanea. La fisica ci ha fornito una idea di "campo" che non è più contenitore geometrico euclideo degli oggetti, ma luogo soggetto a intense variazioni di energia ed in cui le trasformazioni non dipendono dagli oggetti che vi sono inseriti, ma gli oggetti sono piuttosto trasformati dal campo e dalle sue variazioni una volta che vengono a farne parte. Gli oggetti del campo insomma sembrano non avere una esistenza indipendente da esso, sono "funzioni" del campo e sono trasformati dalle sue trasformazioni. In un dissolversi quindi degli statuti separati di spazio e tempo, corpo e campo, energia e materia, soggetto e oggetto. Il mondo non appare più quel "grande libro della natura" (secondo l'immagine di Galileo) che è già scritto, e da sempre, e che attende solo di essere letto da una intelligenza e con strumenti sempre più raffinati ed evoluti, ma come un infinito riproporsi di nuove domande e nuovi argomenti di ricerca, così che soggetto e oggetto si trasformano a un tempo, inseriti in un campo di conoscenze che è un "terzo" organizzatore. Allora ogni teoria non è più una "spiegazione" compiuta ma una "costruzione" con statuto teorico provvisorio, fondata su un "fatto scelto" (come ci ha indicato Bion), che ha bisogno, per validarsi, di un confronto intersoggettivo e consensuale.

In un modello di campo le fantasie transferali e controtransferali in seduta vengono in qualche modo a liberarsi di una esclusiva pertinenza al mondo interno dei soggetti, e sembrano non avere più una vita in qualche modo tra loro separata, ma si trovano come "avvolte" insieme in un contenitore emo-

tivo che le condiziona e le trasforma. Il lavoro di recupero del passato del paziente, di ricostruzione della sua "storia", si unisce, nella seduta, ad una più piena e coerente valorizzazione dell'hic et nunc della relazione, di quanto si crea e si evolve momento per momento. L'analista, in una più radicale teoria del campo, vede ridefinire e in certo senso "limitare" i suoi compiti: egli deve, come afferma Bion riprendendo Shakespeare, "non produrre impedimenti" alla creazione in seduta di esperienze nuove che possono nascere spontaneamente e imprevedibilmente per come il campo si organizza, in una disposizione della mente vigile e attiva che permetta un almeno parziale dissolversi o allentarsi di un immediato bisogno di capire. Come se paziente e analista potessero ridursi al ruolo di semplici "attori" o "profeti" del campo, e come se l'analista non potesse più godere di una sorta di "extraterritorialità", di una piena competenza nel valutare obbiettivamente le cose che accadono in seduta. Si può insomma pensare ad un campo che sia l'insieme dei pensieri non ancora pensati, che emergono o possono emergere dal contesto della situazione piuttosto che dalla mente separata dei due soggetti in seduta.

L'inconscio, che più classicamente appariva uno strato "marginale" di contenuti, un deposito con un confine stabile rispetto alle altre aree della mente, nell'orientamento di campo viene più ad assumere, in sintonia con le idee di Bion, i tratti di un prodotto che viene di continuo creato, durante la veglia e nei sogni, nella differenziazione operata dalla funzione alfa e partendo dai contenuti sensoriali e emozionali. Con un margine mobile, quindi, e transitabile nei due sensi, tra coscienza e inconscio, un margine che diviene veicolo di relazioni reciproche. Il sogno stesso, allora, non è più solo collocato nella storia e nel transfert del paziente, diviene anche, in quanto attività costante del giorno, terreno di incontro e di scambio comunicativo con l'analista, tentativo di esprimere contenuti inconsci che sono a lui riferiti.

In un modello di campo più conseguente e "forte" l'analisi non è un "viaggio" di cui l'analista conosce in qualche modo la rotta e per il quale possiede i più sofisticati strumenti di orientamento, ma un viaggio senza una rotta prestabilita, in cui vi sono molti margini di incompetenza, incertezza, imprevedibilità. Paziente e analista si trovano esposti a elementi casuali, a "correnti marine sconosciute, possenti energie invisibili come i venti, imprevisi moti ondosi" che richiedono sentimenti di fede e fiducia di poter raggiungere mete anche non attese o affrontare l'ignoto.

Perplessità o "ripensamenti", e critiche più o meno puntuali a certa radicalità di assunti, si alternano, nel volume curato da Gaburri, a più decise e entusiaste e coraggiose elaborazioni. E non poteva che essere così. Perché questo è lo "stato delle cose". Almeno nella psicoanalisi del nostro Paese, che, in una sua parte molto attiva e prestigiosa, ha tratto dalle idee della Klein, dei Baranger e, soprattutto, di Bion, orientamenti di grande originalità. Le cose di cui si discute nel libro hanno l'innegabile fascino dei pensieri nuovi e corag-

giosi, degli assunti che sentiamo davvero capaci di creare nuove aperture di senso in un lavoro esaltante e strano e che ha anche in sé forti tentazioni di diventare routinario, ripetitivo, con pensieri e teorie che sono di maniera, appigli di sicurezza, grandi boa in un mare in tempesta. Perché è così difficile usare per il meglio le teorie e le conoscenze, e perché tante volte la mente non sa far di meglio che inventare "sistemi" scolastici, ed affidarsi al loro gergo, ad una "tranquilla" gestione di conoscenze statiche e oggettivanti, che non creano più varchi possibili per storie nuove da costruire o stare ad ascoltare. È difficile immaginare dove la teoria del campo può approdare e se approderà a lidi più sicuri o se sarà punto di passaggio per nuovi impensabili orizzonti. È così importante però, mi sembra, che possiamo almeno confrontarci con essa nel nostro lavoro quotidiano.

Vittorio Biotti

CONGRESSI
E CONVEGNI

DALLA COMPRENSIONE DELLA PSICOPATOLOGIA AL TRATTAMENTO
II° Congresso Europeo, Società Europea di Psicopatologia
del Bambino e dell'Adolescente, A.E.P.E.A.
Siviglia, 15-17 ottobre 1998

NAVIGARE A VISTA

Pierre Ferrari, Alberto Lasa e Graziella Fava Vizziello, accogliendo quasi mille partecipanti, hanno introdotto il filo di tutto il percorso congressuale: pluralità di modelli psicopatologici, pluralità di pratiche terapeutiche in una prospettiva interspichica, in una dimensione transgenerazionale. La psicopatologia quindi, esprimendosi nell'interfaccia tra mondo interno e mondo esterno, è uno strumento psicoterapeutico prezioso che coglie la costruzione e la trasformazione degli scenari fantasmatici genitori/figli all'interno del contesto ambientale.

La prima tavola rotonda, *Dalla comprensione della psicopatologia al trattamento*, si è avvalsa delle relazioni di Cramer e Widlöcher. Cramer ha sottolineato la necessità di legare psicopatologia e cura, e di scegliere, per i bambini molto piccoli, un'opzione di sviluppo in una prospettiva inter-relazionale. Il rapporto tra genitori e bambino diventa l'area di creazione e mantenimento della psicopatologia e, in accordo con gli studi della Main, il trauma passerebbe dai genitori al bambino. In questo senso la "grande scommessa" consiste nello scegliere il trattamento che modificherà il comportamento del bambino, tenendo conto che i genitori sono il punto fondamentale. Nella primissima infanzia la comprensione del disturbo parte dal principio delle "serie complementari" (fattori genetici, intrauterini, perinatali, temperamentali, intrapsichici, interpersonali) e si orienta, per la prevenzione e il trattamento, cercando la linea di minor resistenza, ai genitori e al bambino: l'opportunismo empirico tende a una terapia "abbastanza buona" per un bambino che costruisce la propria psicopatologia a seconda dei parametri impressi dai genitori, non in senso deterministico, ma di attribuzione di significati, in quanto i genitori orientano con le loro proiezioni il bambino. Widlöcher, muovendosi lungo un percorso che rifugge sia il dogmatismo rigido del modello unico sia l'eccelettismo eccessivo, ha sottolineato il legame tra psicopatologia e pratiche psicoterapeutiche. Non esiste "la scienza della malattia mentale", ma una pluralità di modelli, che variano da una cultura all'altra e da un'epoca all'altra, e che è dovuta all'eterogeneità degli stati mentali. Tutti i modelli psicopatologici prendono in considerazione i processi di cambiamento e si esprimono in una riflessione terapeutica: si ha quindi una visione complessa e relativistica per quanto riguarda le patologie, le terapie e le direttive pratiche. Widlöcher ha proposto tre tipi di modelli in campo terapeutico: psicoterapia e prescrizione farmacologica; combinazioni di azioni terapeuti-

che, "lega tra l'oro e il rame"; pluralità di modelli nella prospettiva psicoanalitica. Nella discussione Houzel ha sottolineato il pericolo di un "bricolage terapeutico" e la necessità che i modelli conducano a un lavoro di comprensione, di ripresa del senso: pensare su qualcuno, pensare insieme a qualcuno, comprendere, dare senso, trattare.

Fedida, nella conferenza *L'importanza del riferimento alla psicopatologia negli interventi psicoterapeutici attuali*, citando Ferenczi, "I resti insolubili sono portatori di indicazioni, di indizi e di creazione", ha trattato, attraverso sequenze cliniche, del livello di controtransfert e del ruolo dell'immaginazione psicopatologica.

Nella seconda tavola rotonda presieduta, da Soulé, *Psicopatologia e Perinatalità*, nell'ottica della continuità tra vita intrauterina e primissima infanzia, già sottolineata da Freud, si è osservato come la messa in atto dell'inizio della trama narrativa, attraverso l'immagine ecografica, prosegua nel postpartum nella costellazione materna in una circolarità di scambi sensibili alla plasticità e variabilità. Daniel Stern ha ribadito la necessità di creare un contesto, perché la madre possa esplorare, estrarre da lei qualcosa di già esistente: la bella metafora del neonato e della madre come entrambi e a turno maestri d'orchestra esprime sul versante terapeutico la necessità di un ambiente contenitore che permetta alla madre di esplorare il proprio territorio interno, utilizzando il proprio repertorio intuitivo. Golse evidenziando eventuali disaccordi orchestrali, che non implicano tuttavia un modello lineare, ha ribadito la necessaria interdisciplinarietà e coordinazione di interventi. Ansermet nella discussione ha ripreso questi punti sottolineando come il lavoro perinatale debba garantire, in contrapposizione a una causalità storica e organica, uno spazio di libertà e continuità al divenire originale, personale e imprevedibile dei soggetti.

Questo incontro non deterministico tra registro biologico, psicologico e sociale è stato ripreso nella terza tavola rotonda, *Il bambino in trattamento e la scuola*, sia da Burgin che ha tratteggiato una scuola ideale dove l'abbozzo, il progetto coi suoi aspetti di desiderio, curiosità, gioco, pesa di più del prodotto finale, e dove l'intervento psicoterapeutico porta a una visione incentrata sulla qualità del caso, sia da Fabrizi che ha esposto modelli di presa in carica dei disturbi dello sviluppo in età scolare attraverso terapie interattive, di gruppo per bambini, per genitori. Nella discussione Utrilla ha ripreso la constatazione dell'insuccesso scolastico come una delle patologie create dalla scuola, dove i modelli d'intervento devono prevedere la collaborazione, non la confusione di ruoli. Disnan ha evidenziato, attraverso l'esposizione di ricerche condotte nelle scuole, la relazione tra terapia ed educazione, e i momenti di pericolo in cui le capacità adattive dei bambini possono venire meno: separazione-individuazione, triangolazione, simbolizzazione.

I processi di simbolizzazione come legame tra mondo interno ed esterno

sono stati ampiamente e magistralmente discussi da Hanna Segal. La grande psicoanalista ha puntualizzato come il simbolismo esiga tre fattori: simbolo, oggetto simbolizzato e persona che simbolizza; è l'uomo che crea i simboli. Collegandosi sempre al lavoro di Bion, Segal ha evidenziato come la rêverie fin dal principio include il padre, la triangolazione, fin dall'inizio il contenente contiene il contenuto. Altra tematica messa a fuoco è stata la questione della rimozione normale e di quella eccessiva, che si configura più propriamente come scissione di un contenuto psicotico, che dà luogo all'acting out, all'acting in. Questi processi sono visti da Bion o come barriera di contatto, rimozione normale, che si configura come struttura o funzione di trasformazione degli elementi beta in alfa, o come schermo beta, rimozione eccessiva, impenetrabile. Il nocciolo della nostra esperienza umana diviene psicotico quando c'è un attacco nei confronti dello sviluppo e perciò rimane non simbolizzabile, creando una cesura. Rispetto alla questione della psicoanalisi infantile e alla struttura del setting analitico, Segal ha sottolineato che il setting può essere molto perturbato da intrusioni esterne (setting istituzionale, riduzione delle sedute da cinque a tre) e come questo possa essere collegato all'attacco a tutte le mentalizzazioni da parte delle istituzioni, a una cultura antianalitica, antipensiero. I disturbi del pensiero attaccano la conoscenza, l'impulso a conoscere la vita: bisogna invece imparare a fare di tutto, a giocare, a pensare.

Il confronto tra modelli psicopatologici e modalità di intervento è proseguito nella quarta tavola rotonda, *Quali scelte psicoterapeutiche per quali bambini e adolescenti?*, attraverso le relazioni di Paulina Kernberg e di Bursztejn.

Kernberg ha rilevato come negli Stati Uniti siano attivi duecento tipi di psicoterapia e come uno dei problemi più rilevanti sia la predittività; inoltre ha focalizzato gli aspetti delle psicoterapie di appoggio e espressive. Nel lavoro psicoterapeutico è stata sottolineata l'importanza dell'alleanza collaborativa, del lavoro con i genitori per mantenere la continuità del trattamento e per aumentare le loro competenze. Bursztejn ha insistito sul problema del periodo preparatorio come spazio di elaborazione di una domanda spesso non chiara per permettere al bambino di situarsi per la prima volta in una narrazione, in una storia, per far vedere al bambino e ai genitori in che luogo il terapeuta colloca il suo ascolto.

Le disarmonie evolutive e in particolare la formulazione del processo deficitario in termini psicopatologici e in termini metapsicologici sono state al centro dell'intenso incontro con Roger Mises, che ha iniziato ricordando il suo arrivo alla fondazione Vallet negli anni '56-'57 dove aveva in cura, da solo con un assistente, 350 bambini, definiti come ritardati mentali ineducabili, imprigionati nelle camicie di forza in stanzoni con 80 letti e le inferriate. Attraverso un lavoro lungo e complesso di strategie di avvicinamento è stato possibile

umanizzare la struttura e poi proporre elementi di analisi e applicare esperienze.

L'approccio al problema è stato ed è multidisciplinare, tenendo conto sia dei fattori organici collegati a un malfunzionamento del sistema nervoso, sia dei fattori affettivi collegati alla forclusione e all'influsso dell'ambiente. Da questi presupposti si è partiti per utilizzare gli strumenti concettuali kleiniani, elaborazione delle angosce primarie e loro fallimento, e bioniani, ambiente e costruzione della funzione alfa. I disturbi dell'atto del significare riguardano la strutturazione dei processi deficitari: dove sono lesi i legami tra i processi primari e secondari, sono lese le reti nelle articolazioni, per cui il funzionamento mentale viene perturbato.

L'incontro con la sofferenza nell'adolescenza è stato il tema della quinta tavola rotonda, *Come trattare il rifiuto degli adolescenti al trattamento?*, relatori Braconnier e Halfon. Jeammet, nel presiedere la tavola, ha detto che dal punto di vista della prevenzione siamo di fronte a un dramma, perché mancano gli interventi precoci e a livello politico si risponde alla domanda rafforzando la risposta sintomatica, non affrontando il problema alla base. Occorre fare riferimento ai modelli conosciuti per poterli utilizzare in maniera elastica, bisogna cogliere le opportunità per intervenire senza essere caotici. Il problema degli adolescenti obbliga a fare uno sforzo di adeguamento e una verifica del carattere operativo dei modelli. Si può navigare a vista, vedendo le coste dove ci sono gli scogli, o tramite carte nautiche dettagliate; con questa metafora Braconnier, prediligendo l'avventura complessa del navigare a vista, ha posto l'accento sul rischio di attaccare in modo brusco il rifiuto di cura degli adolescenti, perché il diniego della sofferenza è legato all'intensità dei movimenti di distruttività e di ricerca di amore assoluto degli adolescenti. Un'abreazione troppo rapida può essere pericolosa; il rifiuto della cura va visto come un guscio d'uovo fragile, da cui rischia di uscire un pulcino mostruoso, per cui bisogna che il guscio si apra dall'interno. I pericoli della navigazione possono essere individuati sia nell'attaccare in modo traumatico il narcisismo dell'adolescente e la sua costruzione di soggettività sia nel cedere in una seduzione reciproca, interattiva, interfantasmatica. Halfon ha sottolineato la mancanza di strutture di cura precise e attraenti per gli adolescenti, ai quali gli adulti rispondono con invidia, ulteriore violenza e aggressività.

L'adolescente, dominato da domande sulla sua identità, è deluso e ansioso: le prospettive psicoterapeutiche devono poggiare su un approccio interdisciplinare, con appoggio educativo, sociale e psichico.

La necessità di un intervento multifocale è stato ribadito nella sesta tavola rotonda, *Quando e come trattare i genitori?*, relatori Graziella Fava Vizziello e Juan Manzano.

Fava Vizziello ha detto che è fondamentale tenere sempre a mente la genitorialità. In età evolutiva la famiglia, quanto più partecipa al lavoro terapeu-

tico, tanto più è in grado di proteggerne l'evoluzione, per cui l'alleanza genitoriale è fondamentale per la decisione terapeutica. L'intervento va focalizzato sulla relazione genitoriale, non su grandi aspetti della personalità dei genitori: la consultazione con i genitori è quindi mirata e focale. Attraverso lo studio delle modificazioni delle rappresentazioni del narrativo e dell'attaccamento è possibile constatare l'assenza di determinismo nella transgenerazionalità e il significato della disorganizzazione come possibile prognosi di patologia, per cui è necessario rimettere in funzione processi mentali. Manzano ha fatto riferimento al lavoro con Palacio Espasa sulla modalità di intervento breve centrato sulla focalizzazione, sull'interazione fantasmatica dei genitori con una situazione interpretativa che ha come scopo far riconoscere ai genitori, nel quadro di pretransfert, quali siano i punti di unione. Gli elementi essenziali degli scenari narcisistici della genitorialità consistono nella proiezione dei genitori sul bambino, nell'identificazione complementare, comunque in una rappresentazione narcisistica, che costringe il bambino a reagire o adattandosi o ribellandosi.

Il Convegno, molto interessante e ricco di riflessioni teoriche e cliniche, si è concluso con la bella conferenza di Jacques Hochmann, *La psicoanalisi: una riserva d'ipotesi per vivificare il lavoro terapeutico*. Il sintomo si configura come occasione d'immagine e di rottura e il vederlo solo in un modo può costituire una deriva del pensiero psicopatologico, così come può succedere per l'eccesso del riferimento transgenerazionale, in quanto c'è il pericolo di confondere causalità narrativa e registro comportamentale. C'è bisogno di riferimenti solidi che diano un'identità, che mantengano una specificità; c'è bisogno di avere linguaggi teorici, logiche diverse a seconda della patologia che si ha di fronte. Il lavoro psicoterapeutico dovrebbe svolgersi in un'atmosfera di piacere, creare una storia, non una storia chiusa da imporre come verità assoluta, ma storie come oggetti teorici dove manipolazione, gioco, transfert e controtransfert siano una fonte di piacere: un'armatura teorica solida e allo stesso tempo flessibile per arrivare a nuove metafore, a una narrazione.

"Vale sempre la pena di sapere come usare la mente"
(W.R.Bion)

Fiorella Monti

"QUALE PSICOTERAPIA PER LE PSICOSI?"

Il 20/2/99 si è svolto a Lucca, nella bella cornice di Villa Bottini, il quattordicesimo Convegno dell'Associazione "Materiali per il piacere della psicoanalisi", che pubblica regolarmente nella rivista "Psicoanalisi e metodo" i materiali emersi dai convegni che organizza annualmente.

Stavolta il tema del congresso, la psicoterapia delle psicosi, ha coinvolto maggiormente esperienze di lavoro istituzionale, riguardanti l'utenza psichiatrica grave sia adulta che infantile, con attenzione ad interventi terapeutici effettuati in contesti individuali e di gruppo, precisamente strutturati oltre che di tipo "diffuso" all'interno del lavoro normalmente svolto nel servizio.

L'introduzione al convegno del dr. *G. Maffei*, psicoanalista iunghiano e a lungo supervisore di servizi per l'età evolutiva a Pisa è stato centrata sul tema dell'autenticità della relazione terapeutica senza la quale il paziente grave non può sentirsi contenuto.

L'autenticità si attua, nel discorso analitico, quando il parlare del terapeuta rispecchia, nella qualità della voce, oltre che nel contenuto del discorso, aspetti soggettivi e di affettività unitamente ad aspetti di conoscenza e di tipo universalmente concordato.

Il terapeuta deve esser consapevole di esser mosso sia dal desiderio di cercare l'aspetto "pazzo" inerente alla condizione umana, sia dalla volontà di riparare la ferita esistenziale che scorge nel paziente. Se impegna se stesso in questa umana avventura, l'esperienza del limite data dal suo oscillare fra questi estremi, passa al paziente, contenendolo, attraverso la stessa esperienza, profondamente duale, che attua tramite il terapeuta.

Particolarmente ricco e affascinante è stato l'intervento del dr. *A. Correale*, psicoanalista S.P.I. e dell'Istituto Analisi di Gruppo, psichiatra istituzionale a Roma e supervisore di servizi in diverse parti d'Italia. Il tema dell'intervento era *"Esperienza dell'illimitato e realtà parallele nella psicoterapia delle psicosi."*

Dopo aver definito l'esperienza psicotica come un bagno insopportabile nell'illimitatezza, in cui le emozioni "scorrazzano" senza trovare una forma di pensiero che le contenga né parole che le formulino in sentimenti sostenibili e comunicabili, definisce "esperienze parallele" quelle forme di difesa costituite dai deliri e dalle allucinazioni in cui il paziente psicotico si rifugia: esse per assolvere il loro compito devono avere tracce di quell'illimitatezza così disturbante e nello stesso tempo situare in qualche modo il paziente in un orizzonte di senso.

Il paziente psicotico spreca un'enorme quantità di tempo per ricostituire uno "sfondo" psichico amalgamante in modo vitale l'esperienza: ciò che per il sano è dato per scontato (il comune senso dello spazio e del tempo) per lo psicotico è peggio che assente: è fratturato, morto. Così le emozioni vengono vissute come terribilmente costanti e quello che si osserva non riman-

da ad altro ma viene esperito come "vero-in-sé", facendo sentire direttamente l'essenza del negativo del reale ("l'angoscia del non essere-esistere" diceva una mia paziente...)

Il disperato bisogno di qualcosa che compensi questo sprofondamento illimitato dell'emozione per dargli un'illimitatezza verso la vita può portare al delirio come tentativo di capovolgere verso l'alto questo vissuto. La realtà parallela cerca un ambito della vita che abbia un valore estremo e vitale, in cui la contemplazione di una verità assoluta costituisca un balsamo allo sprofondamento. Qui bisogna fare attenzione a che la terapia stessa non divenga una realtà parallela (l'unico momento di vita è "quell'ora" ...) prolungandosi all'infinito.

È opportuno riportare all'interno dell'intervento un aspetto estetico nel senso di un uso umano del bello che catturi un elemento di universalità nel particolare, riesca a dare forma e valore, distanza e insieme avvicinamento all'esperienza empaticamente condivisa. Tramite l'utilizzo di "scene modello" che contengano un'esperienza di vita descritta nei termini di un linguaggio ricco di impressioni sensoriali si dà l'idea che l'oggetto mostrato al paziente perché vi si poggi mantenga una "totipotenza" di significato che lo induca a riconoscersi in un'esperienza relazionale e in una storia. Il relatore illustra quanto mostrato con un caso clinico di un giovane adulto psicotico che suscita un ampio e partecipato dibattito.

La relazione delle dr. *Nissim e Pagliarani* sul *"Problema della cura nelle psicosi infantili"* ha riguardato principalmente l'intervento necessariamente integrato rivolto ai piccoli pazienti gravi. Molto importante è il ruolo del coordinatore dell'intera rete di interventi: suo compito è quello di aiutare a distinguere i numerosi piani che si intrecciano senza che si slitti, com'è facile con queste patologie, in un pervasivo e confuso svolgersi dell'esperienza. Bisogna lavorare sui fraintendimenti che si riscontrano nei momenti che preludono ai cambiamenti, cogliere le voci e le movenze dei "partecipanti silenziosi" alla scena (come si fa nel lavoro di gruppo) per integrarli con gli aspetti francamente espressi e comunicarli, all'interno di una storia svolta, in quello che si cerca di costituire come "spazio immaginario" (Vallino).

Se il terapeuta si sente continuamente costretto all'impotenza del significare, d'altra parte il ritmo emozionale del bambino, che può essere colto anche tramite l'osservazione delle figure corporee in cui si articola il suo vissuto all'interno di un'esperienza empatica (Haag), permette di trovare figurazioni simboliche che parlano della sua storia.

È stata riportata un'esperienza di lavoro in gruppo con genitori di bambini psicotici.

Nella relazione del dr. *Scotti* *"Prendersi cura e fare psicoterapia"* lo psichiatra di Perugia ha parlato della sua esperienza di lavoro istituzionale.

L'approccio psicoterapico ai pazienti psicotici è una necessità più che un piacere: difficile soprattutto è stabilire la trattabilità, senza che il limite della

relazione porti a una cronicizzazione della cura, oltre che del paziente.

Il terrore davanti allo psicotico parte dall'impossibilità a farci un'immagine di chi ci sta di fronte: l'impressione è di ricevere una massiccia e confondente identificazione proiettiva.

Occorre utilizzare un setting in quanto assetto mappante territori propri e del paziente ed evitare l'utilizzo di un linguaggio metaforico, che sarebbe preso alla lettera con conseguenze catastrofiche dalla mente di chi è incapace di simbolizzazione, e individuare pazientemente la domanda di psicoterapia che può lentamente emergere dai pazienti.

I numerosi esempi clinici portati riguardavano l'insieme del lavoro istituzionale, in cui lavoro analitico ed esperienza clinica erano fittamente intrecciati.

Un ampio dibattito ha concluso il bel convegno, ancora una volta capace di far parlare moltissimi dei partecipanti, sia che lavorassero in privato come terapeuti, sia che si muovessero (ancora con un certo entusiasmo...) all'interno di strutture pubbliche non solo toscane.

Lia Pieracci

NOTIZIARIO

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE

SEMINARI

21 Novembre 1998

Dotl. Giovanni Hautmann - "Lo stile comunicativo di Marta in relazione al transfert e all'organizzazione del sé".

12 Dicembre 1998

Inaugurazione della nuova sede dell'Associazione in via Cavour 39, Firenze.
Antonio Suman e Gianfranco Buonfiglio - "Rappresentazione del corpo nei sogni di una paziente con disturbi psicosomatici"

13 Febbraio 1999

Juliet Mitchell - "L'identità di genere e le componenti maschile e femminile della personalità"

20 Marzo 1999

Daniele Brun - "L'identità femminile"

10 Aprile 1999

Rosella Sandri - "Il sogno come espressione delle "parti infantili" nel paziente adulto"

24 Aprile 1999

Robert Hinshelwood - "Cosa impariamo dai nostri fallimenti clinici"

19 Giugno 1999

Bertrand Cramer - "Il ruolo della trasmissione materna nell'identificazione femminile"

25 Settembre 1999

Corrado D'Agostini, Antonella Lumachi e Roberta Pisa - "Note sull'identità di genere a partire dal Don Giovanni"

23 Ottobre 1999

Francisco Palacio Espasa - "Il paziente borderline"

CONVEGNI E CONGRESSI

22 Maggio 1999 - Firenze

AFPP, con il sostegno dell'Università di Firenze, del Centro Studi Martha Harris-AMHPPIA, di altre Associazioni nazionali di psicoterapia dell'infanzia e adolescenza, e di vari Istituti Universitari di Neuropsichiatria Infantile.

I^a Convegno Nazionale sull'Infant Observation secondo il modello Esther Bick - "Osservazione e Trasformazione. Un modello psicoanalitico per la ricerca, la formazione e la prevenzione".

1-3 Ottobre 1999 - Roma

III Congresso Federazione Europea di Psicoterapia Psicoanalitica (Settore Infanzia e Adolescenza) - "Oggetti interni e cambiamento psichico"

3-6 Novembre 1999 - Siena

XVII Congresso Nazionale Società Italiana Medicina Psicosomatica e Università di Siena - "Significato e Senso della Malattia".

4 Dicembre 1999 (data indicativa) - Firenze

Associazione Fiorentina Psicoterapia Psicoanalitica (sede da definire)

Convegno Nazionale - "I Disturbi di Panico: aspetti biologici, sociali, psicodinamici"

A.F.

R1-

S: