

Contrappunto

Materiali di lavoro dell'Associazione
Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

Contrappunto

Materiali di lavoro dell'Associazione
Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

ISSN 1590-0223

Numero 49/50, dicembre 2013
ISBN 88-7923-309-2
Periodico semestrale

Autorizzazione del Tribunale
di Firenze n. 3602 del 3 luglio 1987

Redazione

Luigia Cresti (Direttore responsabile)
Gianfranco Buonfiglio
Valentina Denti (Capo Redattore)
Andrea Friscelli
Elisa Larini (Vice Capo Redattore)
Antonella Lumachi
Roberta Pisa
Laura Scarpellini

Comitato di lettura

Vittorio Biotti
Silvia Fano Cassese
Paola Farneti
Franco Mori
Laura Mori

Collaboratori esteri

Jeanne Magagna (Gran Bretagna)
Rosella Sandri (Belgio)

Sede della Redazione

Presso l'A.F.P.P.
Via Ricasoli 7
50122 Firenze, tel/fax 055 2654044
e-mail: assfiopp@gmail.com

© 2013, NGF Edizioni
Via Traversari, 76
50126 Firenze

PRESENTAZIONE

Contrappunto 49/50 è un numero doppio interamente centrato sul tema della genitorialità. Raccoglie numerosi articoli che affrontano diversi aspetti di questo nucleo teorico fondamentale.

Il numero si apre con un ricordo della nostra amica e collega Silvana Russo, scomparsa l'8 giugno del 2013.

Segue la pubblicazione dei contributi presentati al Seminario interassociazione¹ che si è tenuto il 7 dicembre 2013 presso l'Istituto Stensen a Firenze, dal titolo *Diventare genitori ed avere bisogno di aiuto*.

La premessa alla giornata di Omero Sacchetti, ci introduce alla relazione magistrale di Marco Mastella, *Genitori di figli con bisogni speciali*.

Partendo da un'analisi delle motivazioni e dei bisogni che stanno alla base della scelta di maternità o di paternità, Mastella distingue fra bisogno e desiderio di un figlio. Analizza poi la particolare situazione di crisi che accompagna la prima gravidanza, legata al gioco delle identità di madre e di figlia, il ruolo della coppia, della famiglia e la funzione paterna, con particolare attenzione alle dinamiche *transgenerazionali* e *intergenerazionali*. Successivamente l'Autore concentra la sua attenzione sulla nascita. Infine, l'attenta riflessione sugli *Aspetti "preoccupanti" della genitorialità* e sugli *Investimenti narcisistici e libidici*, precede la conclusione dell'intervento.

Il contributo successivo, *Genitori adottivi e figli adolescenti* di Sandra Carpi Lapi, esamina la specificità dell'esperienza genitoriale con figli adolescenti adottivi. Se nella fase adolescenziale di figli naturali è fisiologicamente necessaria una revisione della relazione genitori-figli, tale processo risulta ancor più complicato nelle famiglie con minori adottivi. L'Autrice sottolinea come in questi casi soltanto riuscendo a tollerare un nuovo senso di estraneità reciproco, sarà possibile una ri-sperimentazione del singolare incontro genitori-figli, che sta all'origine dell'esperienza adottiva.

¹ Il seminario è nato dalla convergenza di interessi ed esperienze di professionisti appartenenti a: A.F.P.P., C.R.P.C.F., C.S.M.H./A.M.H.P.P.I.A., S.P.I., S.I.P.P.

Il lavoro di Paolo Meucci, *Essere genitori di bambini con disturbi mentali*, si sofferma a riflettere sulla vasta gamma di stati affettivi che caratterizzano i genitori di figli problematici, prendendo in esame in dettaglio le reazioni emotive esperite sia rispetto al figlio che rispetto a se stessi. Tali reazioni possono diventare patologiche nella misura in cui non riescono ad essere filtrate ed elaborate. Dopo aver considerato in particolare l'effetto che ha sui genitori il vivere con figli autistici e presiedere alla loro crescita, l'articolo si conclude con alcune utili considerazioni su come coinvolgere i genitori all'interno di un intervento più globale con il figlio.

Il lavoro di Lilia Gagnarli ed Elena Guidi, dal titolo *Chi sono questi sconosciuti?*, torna a rivolgersi all'area dell'adolescenza. In particolare, vengono messi a fuoco i processi di Differenziazione e Conciliazione, nel loro delicato e complesso equilibrio. Risulta infatti necessario, come genitori ma anche come terapeuti di adolescenti, procedere in un faticosissimo processo che promuova l'autonomia e l'individuazione, riuscendo al contempo a fornire ai minori una altrettanto fondamentale rassicurazione affettiva. Le Autrici sottolineano che soltanto grazie all'identificazione ed accettazione delle reciproche differenze è possibile procedere verso il riconoscimento degli aspetti dell'altro percepiti inizialmente come "sconosciuti".

Luigia Cresti Scacciati e Laura Mori relazionano sulle *Crisi latenti e segnali di disagio nei padri e nelle madri nella gravidanza*, riportando le osservazioni tratte dal lavoro come membri dell'*Osservatorio della maternità interiore* e del *Gruppo di studio sulla costruzione della paternità interiore*. Le autrici riflettono sulla possibile esistenza di un concetto di "paternità interiore", in analogia a quanto osservato relativamente alla maternità. Dopo aver analizzato il materiale proveniente da casi di Infant Observation, vengono individuati alcuni momenti e situazioni che, per i futuri padri, possono risultare occasioni di crisi latenti o sfociare in situazioni di disagio più apertamente conclamato.

Il contributo di Giuseppe Livio Comin, Lucia Zani e Omero Sacchetti, rivolge il suo interesse alle coppie che non riescono ad avere figli. In questo lavoro, intitolato *Genitori Mancanti*, gli Autori si riflettono sulla *necessità di soffermarsi sul limite con le coppie senza figli*. Traendo spunto da alcune concettualizzazioni filosofiche, riflettono su come l'impossibilità di generare possa diventare una esperienza che, pur nel doloroso lutto, consente il

contatto con la propria limitatezza e mancanza. Attraverso l'esame del materiale clinico proveniente dal lavoro con una coppia senza figli, gli Autori ci illustrano come uno dei momenti clinici più importanti sia determinabile appunto dalla tolleranza dell'impotenza.

Terminati i contributi presentati al Seminario, vengono riportati altri tre articoli che ruotano ancora intorno al tema della *genitorialità* affrontando argomenti diversi.

Il lavoro di Elisabetta Fattirolli, *Essere sorella, diventare madre*, riguarda l'impatto sulla donna delle relazioni con i propri fratelli nel permetterle di accedere alla maternità, nell'influenzarne le capacità materne e la modalità di relazionarsi con i figli. L'Autrice cerca di mostrare come la possibilità della madre di riflettere e di elaborare le proprie esperienze infantili rispetto ai legami fraterni la protegga dal rischio di riversare inconsciamente sui figli i conflitti del proprio passato con i fratelli.

L'articolo di Canzio e Zurkirch descrive nel dettaglio una metodica d'intervento terapeutico espressamente dedicata ai problemi delle famiglie e della genitorialità. Questo modello, chiamato Gruppo Multi Familiare (G.M.F.), si basa sul paradigma della Psicoanalisi Integrativa così com'è stato ideato da E. Mandelbaum. Il dispositivo del G.M.F. offre un sostegno innovativo all'individuo e alla famiglia attraverso l'intersecarsi dell'azione dei vari gruppi previsti: quello dell'equipe inviante, quello delle famiglie, quello delle conduttrici, quello dei supervisori e quello che mette insieme tutti i curanti. Con tale organizzazione metodologica si crea una dinamica dialettica che ricorda la spirale dialettica ideata, non a caso, da Pichon Rivière.

L'ultimo contributo sulla genitorialità, è il lavoro di Rossella Coveri, Miriam Monticelli ed Elisabetta Papucci: *La psicoterapia infantile e i diversi contesti del bambino, minacce di conflitto e possibilità di integrazione*. L'articolo illustra come un lavoro integrato di più figure professionali, coinvolte a diversi livelli in uno stesso caso, possa essere di sostegno nei vari ambiti di lavoro. Traendo spunto dalla descrizione del caso clinico di una bambina adottata, le Autrici illustrano come la creazione di un "gruppo al lavoro", in un setting stabile di incontri, possa costituire una base stabile su cui sviluppare un processo di pensiero, all'interno del quale la forza disgregante dei meccanismi di scissione – derivati dai vari contesti di vita del paziente bambino (scuola, sport, famiglia...) – può essere osservata, compresa ed elaborata.

Segue la rubrica *Congressi e Convegni* che riporta il resoconto della Giornata di Studio organizzata dalla Sezione Italiana dell'E.F.P.P. il 22 febbraio del 2014 a Torino, sul tema "La supervisione". La relazione con cui di Maria Grazia Pini ha introdotto il tema del convegno, riportata integralmente, precede il report dell'intera giornata, redatto da Maria Antonietta Fenu.

Nella stessa sezione, redatto da Gabriela Gabbriellini, il report della Presentazione del libro di Marie-Christine Laznik, "Con voce di sirena" che si è tenuta a Pisa il 5 ottobre 2013 nell'ambito del Programma Scientifico del Centro Psicoanalitico di Firenze.

A conclusione del numero, le consuete rubriche con *Recensioni e Segnalazioni*, e il *Notiziario dell'Associazione*.

IN RICORDO DI SILVANA RUSSO

L'anno scorso 8 giugno 2013 è venuta a mancare Silvana Russo, nostra socia e amica di molti di noi. È venuta a mancare dopo una breve quanto crudele malattia che l'ha colpita ancora giovane e piena di vitalità. Per me è una perdita dolorosa e mi resta difficile parlare di lei perché è stata una mia grande e carissima amica con la quale ho condiviso non solo il lavoro ma tanti momenti di vita e di famiglia. Non era un socio fondatore ma è come se lo fosse per come è stata presente sin dagli inizi dell'Associazione e per quanto si è prodigata con l'entusiasmo che le era consueto (per l'Associazione). Nel campo professionale è "stata" molte cose e altrettante ne ha fatte, sempre curiosa e aperta verso situazioni e tecniche nuove. Alla Asl, dopo aver lavorato alle tossicodipendenze, è passata al Servizio di Salute Mentale Adulti ed in seguito ha assunto il ruolo di dirigente all'interno del Servizio di Salute Mentale Infanzia-Adolescenza. Silvana ha lavorato per anni insieme a me e a Corrado D'Agostini nel campo dei disturbi alimentari presso il Centro della Nutrizione dell'Azienda Ospedaliera di Careggi. Insieme, ma lei ne aveva avuto l'idea, abbiamo organizzato il servizio, abbiamo partecipato e promosso convegni, scritto articoli e sperimentato nuove modalità di intervento, tra queste l'uso del metodo Photolangage (allora poco usato e conosciuto in Italia) con i gruppi di genitori di pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Silvana aveva molto a cuore il gruppo dei genitori e con questo ha continuato a lavorare, anche fuori da Careggi, nell'associazione denominata "Conversando", fondata dagli stessi genitori. Ha collaborato con il centro "Il Melograno" del Comune di Sesto dall'apertura fino all'esordio della sua malattia, gestendo lo sportello di consultazione psicologica.

Negli ultimi anni si è dedicata molto al tema dell'adozione: si è occupata di gruppi per genitori adottivi nella fase preadottiva per il Centro Adozione di Firenze e, sempre in collaborazione con il Centro Adozione, aveva di sua iniziativa dato vita ad un gruppo per genitori adottivi nel post-adozione, che era molto amato e seguito.

Silvana è stata la prima persona dell'Associazione Fiorentina che ho incontrato ed è stata lei ad invitarmi e invogliarmi a partecipare alle attività dell'Associazione. Ci siamo incontrate alla Stella Maris a Calambrone ad un seminario di Donald Meltzer nella seconda metà degli anni '80. Erano tempi eroici, i seminari erano affollatissimi e duravano tutto il giorno, Meltzer e Giovanni Hautman duellavano brillantemente in una atmosfera molto stimolante. A quel seminario io conoscevo poche persone, Silvana si è presentata, abbiamo pranzato insieme e lei mi ha parlato della "sua" Associazione, ed io desiderai parteciparvi perché immaginai la "sua" Associazione Fiorentina come lei: bella, bionda, colorata e viva, così diversa da certi fiorentini altezzosi o (benignamente) riservati. Infatti Silvana era napoletana e forse davvero anche la nostra Associazione è un po' napoletana nel suo calore e accoglienza, scusate gli stereotipi. Silvana era molto napoletana, molto legata alla sua terra, anzi al suo mare, al suo dialetto. Quando si arrabbiava lo sfoggiava insieme alle tipiche movenze popolari, mi diceva che le dava forza. Oh, se si arrabbiava! Anche con me ed io con lei; era così facile ed anche fare la pace era facile come se fossimo state due ragazze e non due signore di mezza età. Eravamo molto in confidenza, veniva naturale confidarsi con lei perché sapeva ascoltare e comprendere, era capace di grande tenerezza con i colleghi, con gli amici e soprattutto con i suoi amatissimi nipotini. Sapeva anche divertirsi, cantava nel coro e le piaceva ballare. L'ultima volta che siamo uscite insieme, e lei non stava bene, siamo andate in piazza Ciompi a sentire un concerto rock. Ci ha raggiunto mia figlia che si è messa a ballare e Silvana fremeva battendo il ritmo con il piede. Mi piace questo ricordo di lei, di una donna per niente borghese, creativa, appassionata e di grande temperamento, pur conoscendo la sua fragilità e il suo bisogno di aiuto che, peraltro, sapeva chiedere e ricevere con spontaneità e riconoscenza.

Laura Scarpellini

Ricordo quando alla fine degli anni '80 Silvana è entrata giovanissima a far parte del gruppo degli psicologi, assunta come psicologa nel servizio pubblico nella zona di Sesto Fiorentino.

Come psicologa più anziana avevo l'incarico del coordinamento. Il gruppo era costituito, oltre Silvana, da Angela Manna, Linda Root Fortini, Isabella Lapi, Stefania Nicasi.

La sede era la psichiatria di Sesto Fiorentino.

Era un gruppo di discussione e, a modo nostro, di progettazione e formazione molto omogenea fra di noi, capaci in questo senso di approfondimento e discussione.

Era un gruppo vitale, litigioso e molto affettivo.

Di Silvana apprezzavo la dialettica che nasceva da vivacità intellettuale, un notevole livello partecipativo, senza contare il senso caldo dell'amicizia... La penso sempre.

Roberta Pisa

Ricordo ancora con esattezza quando incontrai per la prima volta Silvana: eravamo a San Salvi ed attendevamo la nuova collega che veniva da fuori per il posto di psicologa a Campi Bisenzio, e arrivò lei, bella, bionda, simpatica e intelligente, con quell'accento partenopeo che non perse mai e che faceva capolino quando il tono della conversazione andava sullo scherzo e sull'ironia. Fu affetto a prima vista, e si formò subito un gruppo splendido di giovani donne che durò anni: io, Angela Manna, Giuliana Pinto, e lei. Venne ben presto l'amicizia e la frequentazione personale... Silvana con la pancia... mia sorella che fa da baby sitter alla piccola Sara... un primo dell'anno con la musica e le melanzane al cioccolato, e mia figlia che gattonava... Sara, non più piccola, che viene a fare il tirocinio post laurea da me... gli incontri alla scuola Acciaiuoli tra mio marito, maestro, e Silvana con il nipotino... mai perse di vista!

Il lavoro invece, dopo alcuni anni, ci divise e andammo ognuna in servizi e zone diverse. Continuammo tuttavia, la formazione insieme – segno di quella sintonia intellettuale, quella stima reciproca, quella complementarietà feconda di stili cognitivi diversi che ci ha sempre unito: io che pedissequamente cercavo coerenza logica e bibliografie, lei che brillava con il suo pen-

siero libero, fatto di intuizioni e creatività. Scegliemmo e frequentammo il corso sulla psicoterapia breve tenuto dal prof. A. Pazzagli all'Università, il corso regionale di formazione alla psicoterapia relazionale della famiglia con il dott. C. Bogliolo, e infine, la scuola di specializzazione all'A.F.P.P..

Abbiamo anche scritto un lavoro a quattro mani, che ancora oggi ha qualcosa da dire a chi, come me, lavora nei servizi pubblici: "La costruzione dell'area transizionale nel progetto terapeutico" pubblicato in *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro territoriale*, Il Pensiero scientifico editore, anno 1988. In questo articolo, la cui scrittura ci appassionò molto, individuammo nel concetto di "spazio potenziale" di D. Winnicott e di T. Ogden, un modello utile per guidare le équipes multiprofessionali nella presa in carico terapeutica di quei pazienti – oggi li chiameremmo "complessi" – che richiedono interventi sia a livello del loro mondo interno che nel loro mondo esterno.

È passato tanto tempo da allora, e tante cose sono avvenute... ma non voglio e non posso per rispetto e commozione, raccontare altro, parlare degli ultimi momenti...

Lasciamo che il poeta R. Tagore si esprima per noi:

*"L'acqua in un recipiente è scintillante,
l'acqua del mare è scura,
la piccola verità ha parole che sono chiare,
la grande verità ha il grande silenzio".*

Isabella Lapi

Materiali per il seminario "diventare genitori ed aver bisogno di aiuto"

PREMESSA

Il seminario "Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto", che si è tenuto il 7 dicembre 2013 presso l'Istituto Stensen a Firenze, è nato dalla convergenza di interessi ed esperienze di vari professionisti, appartenenti a diverse Associazioni e Istituzioni presenti sul territorio.

L'incontro/confronto seminariale è stato utilizzato come un contenitore comune dove sono confluiti i percorsi formativo-esperienziali e le riflessioni clinico-teoriche di specialisti diversi, tutti accumulati dall'interesse e dall'esperienza intorno al tema della genitorialità. Per quanto riguarda in particolare il contributo dell'A.F.P.P., esso si è configurato come prosecuzione del pluriennale lavoro di ricerca e studio sulla "maternità interiore" e poi sulla "paternità interiore", di cui molti tra noi si sono occupati.

PREMESSA ALLA GIORNATA

*Omero Sacchetti **

Con grande piacere e grazie alla generosa disponibilità di Marco Mastella, mi accingo ad introdurre i lavori della giornata organizzata insieme alle Associazioni A.F.P.P., C.R.P.C.F., C.S.M.H./A.M.H.P.P.I.A., S.P.I., S.I.P.P..

L'attività del gruppo C.R.P.C.F. (Centro Ricerca Psicoanalitica Coppia Famiglia di Firenze), del quale sono l'attuale presidente, si è da sempre incentrata sull'utilizzo della cultura psicoanalitica nel lavoro istituzionale con cop-

* Dirigente Psicologo A.S.L. 11 Toscana, Responsabile U.O.S. Psicologia Infanzia e Adolescenza, Presidente C.R.P. C.-Firenze.

GENITORI DI FIGLI CON BISOGNI SPECIALI...?¹

Marco Mastella *

pie e famiglie con pazienti gravi, e successivamente si è estesa anche ad un lavoro psicoanalitico con coppie e famiglie al di fuori del servizio pubblico. Tale attività clinica si è sempre avvalsa della discussione su casi clinici e argomenti teorici e in questi ultimi anni la supervisione e gli scambi con Marco Mastella sono risultati particolarmente proficui e stimolanti sui temi della genitorialità.

L'attenzione e lo studio delle interazioni e del rapporto tra intrapsichico e interpersonale, è risultata una curiosità condivisa dai gruppi organizzatori qui presenti. Tale ottica per certi versi può rappresentare una prospettiva di osservazione più ampia che talvolta può anche trasformarsi in una metodologia di lavoro. In effetti questo è lo spazio di attenzione che ci siamo riconosciuti e che rimanda a tutto ciò che attiene *oltre* la dualità terapeuta/paziente (ovviamente senza escluderla). L'approccio psicoterapeutico psicoanalitico estende l'ascolto che spazia dalla coppia coniugale/genitoriale al gruppo familiare e addirittura al multifamiliare; inoltre include la consapevolezza di poter esplorare delle "mappe" possibili della realtà anche attraverso le configurazioni di campo intese come "punto di incrocio tra il livello sovra-individuale o trans individuale e livello inter-individuale" (Correale, 1991). L'approccio clinico quindi terrà conto di queste interazioni come del setting, poiché nell'apparato mentale, anche del paziente individuale, riscontriamo la rappresentazione e la significatività emotiva delle suddette "mappe"; il *plurale* è una qualità anche del soggetto, un soggetto collettivo ed omogeneo, come ci dice Kaës (2010).

Il convegno "Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto" si apre con la relazione magistrale di Marco Mastella "Genitori di figli con bisogni speciali". Mastella ci condurrà a considerare importante il riconoscimento ed il lavoro con le emozioni della genitorialità in situazioni complesse. I bisogni speciali mettono alla prova. La richiesta di aiuto può rasentare un rischio di impulso all'"adestratività", tuttavia poter riconoscere le potenzialità presenti attivandole può divenire una risorsa irrinunciabile. Il "successo della genitorialità" è più meritorio quando viene messo più duramente alla prova nella prassi della funzione genitoriale. Seguiranno cinque relazioni brevi, ciascuna approfondirà un tema della genitorialità, a costituire il lavoro di una tavola rotonda sui molteplici aspetti della questione.

Aspetti psicologici della genitorialità

Diventare genitori è un processo evolutivo che dura tutta la vita (Benedek, 1959, 2013). Tra sognare, desiderare, progettare e realizzare vi è un "salto" esperienziale, maturativo, che trasforma radicalmente l'esistenza, per sempre. Trasmettere la vita biologica, psichica, culturale, oltre a contribuire alla sopravvivenza della specie umana, allevia l'angoscia di morte e contribuisce a dare un senso e una continuità alla nostra esistenza, anche dopo la nostra scomparsa. La precarietà che caratterizza la nostra epoca e la scarsità di politiche di sostegno alla genitorialità, in Italia più che in altri Paesi europei, contribuiscono al preoccupante calo della natalità. Non ci occupiamo qui degli aspetti demografici, psicosociali, economici e politici, peraltro fondamentali; ci limitiamo a ricordare i bisogni irrinunciabili del bambino (Brazelton, Greenspan, 2001), cui ho aggiunto una mia nota, tratta dalle ultime considerazioni della Tustin sull'autismo².

Fondamentale mi sembra la distinzione di Bydlowski (2004) tra *desiderio di gravidanza*, e desiderio, progetto e *bisogno di un bambino*; il desiderio di essere incinta rappresenta la ricerca della conferma della fertilità (fin lì bloccata); si hanno talvolta gravidanze "insensate", con un partner inadatto, per rassicurarsi sulle proprie capacità riproduttive; talvolta si hanno I.V.G.

¹ Lavoro presentato alla Giornata "Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto" tenutasi a Firenze presso l'Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

² 1) Il bisogno di sviluppare costanti relazioni di accudimento; 2) Il bisogno di protezione fisica e sicurezza, e relativa normativa; 3) Il bisogno di esperienze modellate sulle differenze individuali; 4) Il bisogno di esperienze appropriate al grado di sviluppo; 5) Il bisogno di definire dei limiti, di fornire una struttura e delle aspettative; 6) Il bisogno di comunità stabili e di supporto, e di continuità culturale; 7) Salvaguardare il futuro; 8) Ritrovare la madre "viva" e/o caregiver, "vera"- "funzionante": spazio mentale, per elaborare il dolore mentale, l'angoscia; oscillazione ritmica tra stati, tra cui fusionalità e separazione, condivisione (di stati e di spazio psichico) e separazione (Mastella, 2006).

* Medico specializzato in psicologia medica e in neuropsichiatria infantile, psicoanalista S.P.I. e I.P.A., esperto in psicoanalisi del bambino e dell'adolescente.

(Interruzioni Volontarie di Gravidanza) ripetute: per rovinare, inconsciamente, la propria madre interna (voto matricida misconosciuto).

Il progetto di un bambino è condiviso nella coppia; è un'idea conscia, chiara e pianificata; deriva dai valori di ciascuno, dagli ideali della famiglia, dagli ideali del gruppo; darà luce alla nostra vecchiaia.

Il bisogno di un bambino è spesso confuso con il “desiderio” di un bambino; è una domanda esigente, aggressiva, ai medici della fertilità, talora ossessiva; compare spesso nella donna danneggiata nelle sue capacità materne spontanee (es.: dopo una falsa gravidanza o una gravidanza extrauterina, o dopo un lutto non elaborato); connota spesso una sofferenza depressiva; di qui il piacere per l'assistenza alla procreazione (io penso anche per tenere a bada i fantasmi della camera dei bambini e della camera dei genitori); necessita di trattamento psicologico prima del trattamento per la sterilità.

Nell'essere umano sembra realizzarsi un declino dell'istituto di riproduzione, a favore della protezione dell'individuo più che della specie. Poiché le condotte di allevamento nell'uomo si appoggiano sull'identificazione ai più vecchi (diversamente che nell'animale), è il caso di interrogarsi in profondità sull'effetto che hanno le condotte precoci di allevamento, ispirate alla cosiddetta socializzazione precoce (il bambino cresciuto più con addetti all'educazione che con parenti), sull'apprendimento di stili di allevamento, genitoriali e sulle modalità difensive adottate dai bambini per fronteggiare quasi soli (in una folla) riflussi di angosce abbandoniche, di perdita o di profonda nostalgia-senso di mancanza dell'oggetto materno.

La *prima gravidanza* viene considerata come una “crisi” normale nella ricerca del completamento dell'identità femminile; in tale periodo mondo interno e mondo esterno sono strettamente uniti; riaffiorano stati arcaici della mente, antichi conflitti, appartenenti a precedenti stadi di sviluppo. *Trasparenza psichica* è il termine utilizzato da Bydlowski (2004) per descrivere tale condizione: Riaffiorano vecchi sentimenti di ambivalenza verso i genitori e/o i fratelli, in particolar modo verso la madre (futura “nonna”) determinati anche dal “diventare madre” pur rimanendo “figlia”; talora si assiste a un ravvicinamento, riconciliazione con la propria madre. È vitale l'appoggio del marito, della famiglia, della società.

La *nascita del bambino* comporta la necessità di un notevole adattamento nella madre, soprattutto alla separazione fisica, al sentimento materno di

svuotamento.

Se la *gravidanza* è il tempo dell'attesa, è uno stato davvero “interessante”, talora culmine della felicità, ma anche denso di angosce e preoccupazioni in quanto può essere considerata anche “madre di tutte le separazioni”; separazione che si gioca su molti registri e che condiziona la vita psichica della madre nonché del bambino: nella sua relazione con la imago genitoriale, nella sua relazione con la sua immagine corporea; con il compagno, con il bambino che nascerà.

Se la gravidanza è un'occasione d'esperienza vitale, di piacere (è importante ricordarlo), di nuovo investimento narcisistico e libidico sul figlio, è anche il momento di una rimessa a punto dell'apparato mentale, delle difese *adottate per fronteggiare il dolore mentale, l'angoscia*, che per l'appunto ci accompagna alla ricerca del piacere, per tutta la vita.

Freud e Klein hanno distinto diversi tipi di angoscia. Ora, la mente del bambino non si sviluppa adeguatamente se non si nutre anche di buone esperienze di condivisione e metabolizzazione di quote di angoscia, di terrori altrimenti insopportabili, effettuate con chi eroga cure materne, principalmente la madre.

Le *funzioni materne*, soprattutto di accoglimento e tenerezza (ma anche di investimento narcisistico e pulsionale del corpo e della mente del bambino), sono state variamente descritte, come *Holding, Handling, Object presenting, preoccupazione materna primaria, rêverie materna, relazione contenitore-contenuto, co-creazione di significati*. Si sviluppano naturalmente, secondo modalità ricollegabili all'andamento della *relazione figlia-madre, oscillanti tra condivisione e scissione*. È stata pertanto descritta la “costellazione materna”, la “trilogia della maternità” (Stern, 1995).

È utile ricordare come il cosiddetto *sentimento materno* (corrispondente al sentirsi la vera madre di quel vero figlio) è molto variegato e disuguale, anche nella stessa donna, in occasione di maternità successive. Viene sottolineata da più parti l'importanza, per lo sviluppo successivo del bambino, *delle interazioni precoci intrauterine*. Possono insorgere diversi problemi nella madre durante lo sviluppo psicologico del figlio. La maternità e la relazione madre-figlio necessitano di *ammirazione e sostegno* da parte del partner, della famiglia di provenienza e appartenenza, e della società.

Per quanto riguarda le *funzioni di una coppia*, Meltzer e Harris (1986)

hanno distinto tra *funzioni introiettive*, o anaboliche: amore, speranza, pensiero, contenimento del dolore depressivo, e *funzioni proiettive*: odio, disperazione, bugie e confusione, angoscia persecutoria. Dalle fluttuazioni di queste funzioni dipende il *funzionamento della famiglia*³, collegabile ovviamente alla maturità, stabilità, equilibrio dei genitori e alla benefica influenza di uno o più bambini.

Il ruolo e la funzione paterna, un tempo tradizionalmente e opportunamente incentrati su autorevolezza e capacità di porre limiti, servono anche a procurare aiuto protettivo ed empatico alla madre e alla relazione madre-bambino, a “ricquistare” (e supportare) la moglie come donna, favorire la triangolazione e la separazione, a proporsi al figlio come un “altro senza seno”, a favorire, con la sua presenza (e con la difesa dello spazio per la coppia coniugale) il processo di simbolizzazione.

Lo stesso individuo e la stessa famiglia possono passare dall’uno all’altro tipo di funzionamento e di apprendimento.

L’*Io genitoriale* (Solis-Ponton, 2002) si costituirebbe a partire dall’organizzazione delle rappresentazioni infantili di sé e degli oggetti, a favore di una rappresentazione più evoluta di un modello triadico, in cui si passa dallo status di bambino a quello di madre o di padre, cosa che suppone di vedere la coppia come l’integrazione della sessualità eterosessuale. Questo *Io genitoriale* si costituirebbe attraverso tappe successive da quattro origini:

- 1) l’ideale dell’Io a partire dal narcisismo primario e le prime identificazioni con le cure genitoriali;
- 2) le relazioni preedipiche con le sue determinanti costitutive: le condizioni di incompiutezza (*neotenia*) del bambino e la dipendenza da un altro simile per la sopravvivenza; la bisessualità costitutiva dell’essere umano. Qui può costituirsi una genealogia fantastica, espressione del doppio triangolo dell’Edipo positivo e negativo, rinforzato dalla sua nostalgia di fusione con la madre e di ritorno nel ventre materno;
- 3) il Super Io derivato dalla soluzione del complesso di Edipo;

³ Questi autori hanno individuato diversi tipi di funzionamento della famiglia: famiglia matriarcale; famiglia patriarcale; forme più primitive della famiglia patriarcale; famiglia come banda narcisistica; famiglia con uno o entrambi i genitori psicotici (famiglia rovesciata); famiglia egualitaria o appiattita (genitori post ’68); famiglia “Casa di bambole”.

- 4) l’*après coup* (*Nachträglichkeit*): indica la temporalità psichica, che ubbidisce ad una reinterpretazione a posteriori, spesso traumatica, degli eventi vissuti nell’infanzia, sotto l’effetto della maturazione sessuale. Ci permette di comprendere come le rappresentazioni che si trasmettono dai genitori ai figli (intergenerazionali) non seguono una causalità lineare, ma ubbidiscono sia all’intersoggettività che all’elaborazione intrapsichica.

L’*Io genitoriale* presuppone una messa alla prova della realtà dei divieti e delle prescrizioni genitoriali che costituiscono l’eredità psichica, che in una prospettiva verticale include il soggetto con i suoi avi ed i suoi bambini; in una prospettiva orizzontale introduce l’alterità in cui si sviluppa l’individuo, quella della sua vita di coppia e sociale. Esso non sarebbe quindi un’adesione immediata al Super-Io, ma suppone l’esistenza di un filtro esercitato dall’Io attraverso le funzioni di analisi, sintesi, prova di realtà. Questo processo presuppone una affiliazione in un secondo tempo, quello di una presa di distanza marcata dalla costruzione creatrice di una narrazione della propria storia che tiene conto della sessualità infantile (propria e del figlio).

Houzel, Lebovici, Faimberg, Kaës e altri hanno studiato la *trasmissione intergenerazionale* e la *trasmissione transgenerazionale*. Si intende la trasmissione di contenuti inconsci da una generazione all’altra. Con la prima, secondo Granjon (1989) vengono fornite alla generazione recettrice degli elementi assimilabili, elaborabili, utili e anche indispensabili allo sviluppo psichico, mentre con la trasmissione transgenerazionale si trasmettono degli elementi non detti, criptici, fantasie, disfunzionamenti, traumi, che sostituiscono altrettante enclavi intrapsichiche fonti di sofferenza, di perturbazioni (e di ripetizione, tramite l’identificazione con l’aggressore). Faimberg (1993) ha descritto il fenomeno del *telescoping delle generazioni* corrispondenti all’intrusione di oggetti, contenuti “alieni”.

I dati della trasmissione transgenerazionale possono essere raccolti secondo tre assi: 1) utilizzazione del bambino per regolare i conflitti infantili dei genitori; 2) la camera del bambino immaginario può essere abitata da “fantasmi” la cui presenza è legata alla biografia dei genitori, “segreti di famiglia”, che vengono espressi, spesso, nella scelta del nome; 3) attraverso un mandato mitico di vita imposto al discendente.

Il *successo della genitorialità* dipende da un equilibrio di insieme fra i

diversi tipi di investimento genitoriale (narcisistico e oggettuale) nel funzionamento della coppia, tra investimento genitoriale e investimento coniugale, equilibrio tra ruolo materno e ruolo paterno, che permette di creare uno *spazio psichico per il bambino* (Houzel, 2002). Sono nell'impossibilità di crearlo le coppie simbiotiche e le coppie genitorializzate, in cui ciascuno dei partner gioca alternativamente il ruolo del figlio dell'altro partner.

Se la *costellazione edipica* in cui ciascuno dei due genitori deve mediare la relazione del bambino con l'altro genitore prende a poco a poco il posto della costellazione materna, si ha sviluppo psichico del bambino e della famiglia.

Vale la pena ricordare che, dopo il parto, è frequente uno stato di tristezza, un sentimento di "svuotamento" di breve durata, riguardante la madre (il *blues* della puerpera) che va distinto dalla ben più rilevante *depressione post partum*, la quale, a seconda delle statistiche, colpisce tra il 10 e il 20% delle puerpere; spesso misconosciuta, per l'idealizzazione della maternità, non guarisce spontaneamente, spesso difficile da distinguere dai sintomi fisici come stanchezza, disturbi del sonno; perturba significativamente la relazione col bambino, per cui è spesso il pediatra ad essere consultato per un apparente malessere del bambino. Una attenzione e un buon intervento protratti possono modificare sensibilmente l'andamento della relazione madre-figlio e lo sviluppo ulteriore di entrambi. Ancor più preoccupante, per la madre e per lo sviluppo del bambino, è la *psicosi post partum*.

Fin qui, una carrellata sugli aspetti per così dire psicologici della genitorialità e, seppur in minor misura, della filiazione e dello sviluppo infantile, per il quale ci paiono ancora di estrema attualità i concetti di *Linee Evolutive dello sviluppo* secondo Anna Freud, e il concetto di *Aiuto Evolutivo* o di sostegno allo sviluppo elaborati dalla sua Scuola.

La nostra attenzione è stata centrata soprattutto attorno alla nascita, (che peraltro non abbiamo affrontato in dettaglio) come "prototipo" per affrontare *l'angoscia di separazione*.

Angoscia che si riattiverà ogni sera, nel momento dell'addormentamento, e che diventerà più acuta al momento dello svezzamento (da-, verso-) e della ripresa lavorativa della madre, con allargamento delle figure cui il bambino sarà affidato nel corso della settimana (nonni, tate, Nido) e bisogno nella madre di tollerare il distacco e mantenere viva dentro di sé l'immagine del

bambino e bisogno del bambino di stabilire un senso di continuità nel suo mondo interno, nonostante i cambiamenti continui dell'ambiente esterno. E non sempre ce la fa, o ce la può fare a prezzo di difese che non sempre permettono uno sviluppo armonioso; tra cui lo sviluppo di condotte di aggrappamento notturne, più che di armonico ritiro assistito in se stesso.

Il ciclo vitale dell'individuo e della famiglia, nonché gli eventi della vita, presentano molteplici occasioni di riorganizzazione, di crisi, di "salti evolutivi", in cui spesso si assiste al riaffiorare di tematiche arcaiche e conflitti irrisolti appartenenti ad epoche precedenti dello sviluppo dell'individuo e delle generazioni (l'adolescenza, la genitorialità, la "mezza età"...).

Tornando allo studio della Genitorialità si possono distinguere i tre assi della genitorialità: l'esercizio della genitorialità (l'aspetto fondante, legale); l'esperienza soggettiva, conscia ed inconscia, della genitorialità; la pratica, i compiti quotidiani, le cure genitoriali, fisiche e psichiche (Houzel, 2002).

Si è passati dallo studio delle deprivazioni o carenze di cure materne, riferite in un primo tempo alla teoria psicoanalitica, al modello del sostegno, fondato sulla visione della costituzione dei legami affettivi attraverso il soddisfacimento dei bisogni corporei, in primis alimentari, poi alle teorie dell'attaccamento (Bowlby). La scoperta delle competenze del neonato ha arricchito la comprensione delle modalità secondo cui si stabilisce la correlazione tra bambino ed ambiente.

Più recentemente, è stata proposta la nozione di *interazione* per descrivere gli scambi tra bambino e ambiente, genitori, insistendo sulla parte attiva svolta dal neonato. Si distinguono le interazioni *comportamentali* da quelle *affettive*, che implicano l'affettività del bambino e dei suoi partners; le interazioni *fantasmatiche*, non visibili e non conscie, derivanti dalla storia dei genitori, dal funzionamento della coppia e dalla personalità della madre e del padre, le interazioni *simboliche*, che riguardano tutti gli aspetti della trasmissione simbolica, che avviene all'interno della famiglia, e iscrive l'individuo nella sua filiazione.

Lebovici (1998) distingue almeno *cinque tipi di rappresentazione che la madre ha del suo bambino prima e dopo la nascita*: 1) il bambino *immaginario*: è il bambino delle fantasie conscie e preconsce della madre. È il prodotto del suo desiderio di bambino; 2) il bambino *fantasmatico*: è il bambino derivato dai fantasmi inconsci della madre, erede del suo complesso d'Edipo; 3)

il bambino *narcisistico*: è il bambino del narcisismo della madre; 4) il bambino *culturale*: è il bambino che è in rapporto con la cultura della madre e che è spesso associato con un bambino mitico; 5) il bambino *reale*: il bambino nella sua corporeità reale.

Queste rappresentazioni multiple si mescolano e alternano negli scambi con il bambino reale, dando luogo a una dimensione immaginaria e fantasmatica delle interazioni. Esse possono comportare l'espressione dei conflitti inconsci della madre e sono talvolta fonte di fraintendimenti e disarmonia nel legame con il bambino che può diventare il serbatoio delle proiezioni dei suoi conflitti. Si comprende che la costruzione del mondo rappresentazionale del bambino dipende in gran parte dalle rappresentazioni che sua madre si è formata di lui come bambino immaginario.

“Il bambino fa i suoi genitori”, afferma Lebovici. Infatti, il bambino costruisce e “parentalizza” i suoi genitori nello stesso tempo in cui costruisce se stesso. Il bambino trova il suo posto nella famiglia a partire dal confronto del bambino immaginario con il bambino reale e l'adattamento dei genitori ai bisogni del neonato. Nello stesso tempo, la vita intima dei genitori fa sì che la notte, la madre lascerà il suo bambino per raggiungere suo marito, cosa che produce nel bambino un sentimento di frustrazione, di essere escluso dalla vita dei suoi genitori; il suo narcisismo interviene allora in lui permettendogli di consolarsi lui stesso, probabilmente si addormenterà e sognerà l'amore dei suoi genitori. È il prezzo da pagare per la costruzione della scena primaria. La nascita di un figlio, d'altra parte, modifica significativamente la dinamica della coppia (Mastella, 2004)⁴.

⁴ Non mi soffermo qui sui “complessi intrecci tra biologia e inconscio”, che possono manifestarsi nel diniego di gravidanza, l'infertilità primaria o secondaria o nei silenzi generativi (Ferrara Mori, 2011; Seguin et. al., 2013); né sulla Procreazione Medicalmente Assistita, sulle nuove frontiere procreative o sulle nuove tecnologie (Ecografia in 4 D) (Botti, 2010; Joyce, 2011; Vigneri, 2011a, 2011b), sulla genitorialità adottiva o su nuove forme di genitorialità (Buranelli et. al., 2010; Busato Barbaglio, 2011; Mastella, 2009; Scotto Di Fasano, 2011) o sulla genitorialità “in esilio” delle persone migranti (Moro et. al., 2010), sull'aborto in adolescenza (Algini, Baldassarre, 2010), sul sentimento della maternità in donne tossicomani (Root Fortini, Ganucci Cancellieri, 2010).

Aspetti “preoccupanti” della genitorialità

Dopo aver accennato all'aspetto per così dire “fisiologico” della genitorialità, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti “interiori” della stessa, e ferma restante l'opzione di fondo di un atteggiamento di ascolto e rispetto profondo per gli aspiranti o neogenitori (che come gli psicoterapeuti esercitano o cercano di esercitare un mestiere impossibile) è il caso di interrogarsi sulle cosiddette “*maternità e paternità preoccupanti*” (Mastella, 1999), preoccupanti il clinico, che si occupa e preoccupa della salute mentale di singoli e di gruppi, di quelle situazioni, cioè, in cui le funzioni materne e paterne (Pozzi, 2003) e le funzioni introiettive della coppia risultano carenti rispetto alle funzioni proiettive (Meltzer, 1986; Lussana, 1999), spesso senza che la coppia ne abbia alcuna consapevolezza, ed in cui è carente la consapevolezza della centralità del mestiere di genitore per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali di un bambino ed è presente una diffusa tendenza alla indifferenziazione e alla delega.

Sono situazioni complesse, che possono essere descritte in molti modi diversi, che possono rimanere a lungo lontane dai luoghi di consultazione, o, viceversa, possono rimanervi, per così dire, aggrappate, senza che per questo si riconoscano (o venga loro riconosciuto “fino in fondo”) lo status e lo statuto di patologia. Si verificano oscillazioni continue tra bisogni, spinte verso la dipendenza o verso l'autonomia, o, addirittura, verso la fusionalità o verso la separatezza, l'individuazione.

Da un lato, ci possiamo rifare al concetto di *incestuale* di Racamier (2003)⁵, dall'altro può essere utile riprendere alcuni concetti di Gisèle Harrus-Révidi (2001) sui gruppi familiari costituiti da *genitori immaturi e bambini adulti*.

Per un adulto, afferma l'Autrice, la *maturità psichica* è il risultato di uno sviluppo mentale “tutorizzato”. È l'acquisizione della capacità di approfondire la realtà, di assimilarla, di meditarla, di riflettere: una forma di pienezza armoniosa e fragile al tempo stesso. Essere maturo, è anche “saper affrontare” (*coping*) una forma di realtà, accettare la preminenza del principio di realtà sul principio di piacere, saper posticipare il soddisfacimento, sopportare la

⁵ Neologismo che descrive una specifica condizione della vita psichica e relazionale dove l'incesto non agito aleggia nell'atmosfera emotiva di un paziente, di una famiglia o di un gruppo di lavoro.

frustrazione. Maturare è saper giocare con il tempo, la durata, e sopportarla, questa, quando è più subita che scelta.

La maturazione precoce (definita da Freud “prematuratione dell’Io”) è pernicioso per le piante come per i piccoli dell’uomo; questo fenomeno, di bambini ipermaturi, è parallelo al fenomeno di immaturità nell’adulto, ed ha una inquietante tendenza ad aumentare.

Winnicott (1970) ha insistito sul postulato di base secondo cui un individuo non può maturare che in un ambiente facilitante, passando dalla dipendenza assoluta all’indipendenza, attraverso una fase di indipendenza relativa.⁶

È estremamente difficile, peraltro, trasmettere, nella pratica, in cosa consista un ambiente facilitante, e sostenerne lo sviluppo quando si avvertono delle carenze; si tratta in larga parte, infatti, di atteggiamenti inconsci, non rappresentabili sul piano reale.

G. Harrus-Rèvidi ritiene, a differenza di molti altri Autori, che l’immaturità affettiva costituisca una patologia in parte a sé stante, suddivisibile in due grandi categorie: la *prima* è la più evidente e segnalata, quella delle situazioni di dimissione genitoriale, dell’incapacità di molti individui di far fronte alle situazioni vitali elementari, spesso di ‘competenza’ delle assistenti sociali, spesso legata ad atti di delinquenza, alla violenza, alla messa in pericolo di sé e dell’altro, associata ad una scolarità perturbata, al rifiuto ‘ufficiale’ di un certo adattamento sociale e ad una domanda di aiuto costante.

La *seconda* è poco descritta e rilevata: è un’immaturità “adattata”, dissimulata, spesso “coperta” da problemi sociali apparentemente più urgenti.

“Psichicamente, queste due categorie rinviano all’immobilismo e al mortifero. Anche se ne sono per la maggior parte del tempo inconsapevoli, i bambini di queste famiglie vivono in una precarietà affettiva totale. Non sono neppure in grado di costruirsi, quando le circostanze esteriori sono favorevoli, una prematurazione dell’io per far fronte al vuoto...” (2001).

L’Autrice distingue, peraltro, prematurità dell’Io, che riguarda un’istanza dello psichismo, dall’*ipermaturità* (dei figli dei genitori immaturi, che

⁶ Un buon ambiente educativo risponde a tre criteri: assicurare il mantenimento del bambino, che deve sentirsi sostenuto, aver fiducia nelle braccia che lo tengono, e, più tardi, nel sostegno psichico offerto; parallelamente a ciò, il piccolo viene manipolato, maneggiato, palpato con amore e tenerezza; infine, una madre ‘sufficientemente buona’ permette al bambino di aver l’illusione di creare degli oggetti nella realtà materiale. La riunione di questo insieme di attitudini e comportamenti genitoriali assicura teoricamente uno sviluppo soddisfacente. Cfr. i ‘bisogni fondamentali del bambino’ secondo Brazelton e Greenspan (2001).

fanno parte dei pazienti borderline o “limite”) che è uno stato di sviluppo in rapporto ad una norma e, perciò, più inglobante. E sostenendo un’ipotesi più ottimistica rispetto ad altri Autori, ritiene che esistano *due tipi di ipermaturità*: “la *prima*, è quella in cui gli ‘adulti regrediti a degli schemi fissi’, figli di famiglie disfunzionali o sofferenti di addizione, hanno una sindrome di co-dipendenza, ovvero una relazione autodistruttiva con l’altro, e giocano in una ripetizione costante. Il bambino che non ha potuto difendersi da un ambiente tossico è sopravvissuto sia bene che male, con dei riflessi costituiti, che evocano piuttosto il comportamento prudente delle persone anziane. Forse ha anche messo in atto dei sistemi dell’ordine del diniego, perché la modestia delle sue aspirazioni è legata a ciò che non è stato distrutto dalla sua capacità di controllo e di dominio. Verosimilmente frequente, questa “prematuratione” non conduce dallo psicoanalista, nella misura in cui l’antico “piccolo vecchio” non ha mai avuto domanda né speranza, né può proiettarsi nell’avvenire e ha delle facoltà intellettive impoverite sia dalla mancanza di stimolazione iniziale, sia dall’incrostazione dei benefici di un’analisi salvatrice: accumulare, proteggersi, odiare, gettare (riecco la nevrosi ossessiva).

Nel suo libro, l’Autrice parla essenzialmente del *secondo tipo di ipermaturità*, che si potrebbe gentilmente, ma con ironia, qualificare di *prematuratione trionfante*. Questa può caratterizzare delle persone celebri (nella ricerca scientifica e nei media), degli intellettuali riconosciuti nelle loro specialità, degli artisti la cui sofferenza era dovuta a questa prematurità salvatrice. Si ritrovano nella loro storia dei genitori deficitari, l’angoscia e la disperazione quotidiana infantile di fronte alla solitudine legata ai problemi più insignificanti, delle “stupidaggini” (*betises*) adolescenti pesanti nei ragazzi (più raramente nelle ragazze), un tono perentorio in molti e il gusto di sapere, di comprendere non unicamente sul piano scolastico.

Autodidatti o intellettuali, spesso anche nelle professioni di cura (in cui vantano un’esperienza che risale all’infanzia), sono “delle eccellenti madri o dei buoni psicanalisti” come dice Winnicott, anche se aggiunge che questo è legato ad un falso sé. L’analisi mostrerà un’infanzia senza infanzia, un’adolescenza in cui i problemi hanno dovuto essere controllati sotto pena di crollo⁷

⁷ Si possono trovare in questa categoria degli attori e delle persone di scena che hanno piantato la scuola con un colpo di testa, poi hanno passato il resto della loro esistenza ad “apprendere” in tutti i modi, per riparare ciò che per loro è irreparabile. Le dichiarazioni pubbliche di un Gerard Depardieu sembrano ad esempio ben andare in questo senso.

e un dolore legato ad una mancanza intrinseca di fiducia negli altri.

Sintomo di base, questa difficoltà relazionale è peraltro più difficile da gestire, perché si mostrano in apparenza simpatici e aperti, la mano tesa, e questa sfiducia universale non appare che per suo contrario: un'immediata fiducia in una persona inaffidabile, sia sadica, sia perversa, sia soprattutto immatura, come lo erano uno o i due membri della coppia genitoriale. "Che sorprendente spontaneità!", esclama il loro ambiente.

A queste due categorie, l'Autrice aggiunge quella *della pseudo-immaturità, ovvero coloro che non sono mai esistiti*. Descrive quindi la "psicopatologia di un personaggio quotidiano", gruppo di "sconosciuti" che hanno il loro posto nel gruppo borderline degli immaturi, provenienti da un ambiente che sembra averli destinati alla nullità esistenziale, alla miseria relazionale, in cui il legame è vissuto come un handicap vitale, mai come una possibilità di pienezza, di felicità.

Viene da chiedersi: è possibile interrompere questa trasmissione transgenerazionale dell'immaturità, che nega la specificità dell'infanzia, che si fonda sulla trasmissione inconscia dei non detti, che creano nel bambino delle zone di silenzio rappresentativo e di impossibilità a pensare?⁸

Si tratta qui di un vero e proprio *traumatismo per difetto*, cronico, in cui il bambino non ha il sentimento di essere sostenuto da braccia amanti, il suo narcisismo non si è potuto costituire a partire dall'interesse e sicurezza interna della madre; la pelle, *l'io-pelle* non investito destruttura l'individuo, altera la costituzione della psiche e del sentimento di esistenza; così risulta alterata la capacità stessa di pensare. Si tratta di traumatismi per difetto di contenenti, di pensiero, di capacità di fare dei legami, di simbolizzare. Questo non senso crea la fascinazione del quotidiano, l'incapacità di costruire un sistema di valori.

Occorrerà allora capire, quando si è in una *situazione terapeutica*, perché l'adulto-bambino provi il bisogno di ferire irreversibilmente il suo ambiente familiare, di odiare tutto e tutti, perché si sviluppi in lui l'odio per la curiosità dei bambini, perché affiorino con tanta facilità le pulsioni infanticide (che si possono esprimere anche nella moltiplicazione degli aborti), perché giochi così facilmente con l'idea della morte, perché manifesti il proprio sadismo

⁸ "I genitori immaturi "passano" ai loro figli un non pensato, un non vissuto affettivo che creano delle aree di vuoto dolorose, che si trasformeranno con il tempo in forma di anestesia generale" (Harrus Révidi, 2001).

verso i figli anche lasciandoli diventare folli di incomprensione, controllandoli, dominandoli, anche conducendoli ad uno scopo non scelto da loro, scegliendo, in altri termini, il loro partner ideale: il bambino.⁹

Occorrerà riconoscerne le caratteristiche di 'pensiero' corrispondente ad un raddoppiamento della realtà; il *comune, il banale*, il rifiuto integrale dell'immaginario sono criteri su cui fondano i loro giudizi sfavorevoli sugli altri, ovvero un pensiero in negativo, per impedire (inconsapevolmente) l'azione, l'iniziativa, la decisione, un vero vuoto ideativo, un'attività compulsiva che spesso produce insonnie; aspettarsi con ansia una catastrofe per trovarvi magicamente il proprio ruolo (pensiero magico).

Una mancanza quasi totale di spirito pratico (tale da sfiorare il masochismo), atti eseguiti contro il buon senso, una vita quotidiana costantemente ingombra di oggetti, mancanza di ordine e di riflessione; un conformismo vitale e necessario, una morale del corpo, un'ideologia rassicurante legata al funzionamento del corpo, corpo misconosciuto, ignorato finché regna la salute (il silenzio degli organi corrisponde ad un'assenza di pensiero su di sé); il corpo dei propri figli, sconosciuto e angosciante, che li porta a prendere alla lettera le prescrizioni mediche. Per loro lo psichismo non esiste, tanto meno la sofferenza mentale e i relativi terapeuti.

Infine, *l'incuriosità*, un'immaturità affettiva ai limiti della carenza psicotica, degli errori nel giudizio di realtà, una confusione riguardo ai liquidi del proprio corpo, l'analisi come stadio ultimo dell'evoluzione sessuale, un'incapacità di astrazione, un fissarsi nel quotidiano per bloccare il tempo, il rifiuto inconscio della precarietà del genere umano, l'incapacità di sentire e identificare le proprie emozioni, senza esserne consapevole: *l'alessitimia*.

Come è la "*maternalità*" *nella madre immatura*? Si tratta sia di una imitazione conforme all'atteggiamento genitoriale (immaturità "ereditaria"), sia dell'incapacità a identificarsi con genitori onnipotenti. Non essendoci ideali e capacità di simbolizzazione e sublimazione, non c'è un vero Super Io né senso di colpa; il narcisismo non intravede nessuno scopo da raggiungere; la morale è una morale della sopravvivenza. L'ambivalenza materna è caricaturale; la madre rivendica un istinto materno che le è praticamente sco-

⁹ "I genitori immaturi negano il fantasma sempre presente che i loro figli li precederanno nella morte" (Harrus Révidi, 2001).

nosciuto. Con i figli si sente ingaggiata in una relazione che l'incombe e la sovrasta; porta il suo fardello come una croce, ma ciò non le impedisce di chiedere al bambino dei compiti affettivi. Alcune attraversano la gravidanza e il post-partum senza esserne coinvolte; sono in atto tutte le trasformazioni biologiche, ma le trasformazioni del corpo vengono evocate solo dal linguaggio del narcisismo infantile; la *maternalità* (l'elaborazione psichica che di solito accompagna la maternità) è inesistente; non vi è rielaborazione di conflitti infantili, né ricostruzione dell'identità, in particolare nella relazione con la madre. Mimano la crisi che caratterizza la "preoccupazione materna primaria", ma non la vivono. L'angoscia sembra identica a quella della madre "normale" (che ha paura di far male al bambino, si riferisce in positivo o negativo alla propria madre, è in posizione di ricerca) ma è legata più a un malessere mortalmente angosciante e a un desiderio di defusione che può assumere le caratteristiche di un fantasma di abbandono. Oscilla tra desiderio di darlo alla propria madre (se è possibile) e desiderio di non darlo a nessuno, come fosse una parte di sé, che è necessario controllare. Può esservi un rifiuto totale se il bambino ha qualche anomalia (è intollerabile narcisisticamente il sentimento che il bambino è diverso da sé, e in negativo). Allora il desiderio di sbarazzarsene diventerà il desiderio lancinante che accompagnerà la crescita del bambino; il bambino non è tollerabile che come adulto o invecchiato prematuramente. La *maternalità* non si instaura poiché non si può essere contemporaneamente madre e bambina; l'infantile non lascia mai lo spazio; non saranno mai interiormente genitori e nonni; è tutto "come se" (Harrus-Révidi, 2001).

Ricorrere a questi concetti, per mettere a confronto "*potenzialità residue*", *immaturità e patologie* tali da essere apparentemente "immodificabili" può essere molto utile nel *lavoro peritale* (ritrovare e ridare un senso a "ciò che è accaduto, a ciò che accade, alla vita, alla storia, propria e dei membri della propria famiglia e della famiglia come gruppo", al funzionamento mentale, mettendo "alla prova" i soggetti in esame, in una concessione di "credito" e di "fiducia" non illimitata).

Investimenti narcisistici e libidici

Quando la vita scorre senza eccessivi traumi e permette lo sviluppo di un apparato psichico sufficientemente buono, il desiderio di trasmettere la vita e di avere un figlio può combinarsi con un innamoramento profondo con un partner, che conduce al progetto di avere un figlio proprio con lui.

Questo progetto non elimina le fantasie profonde di ciascuno dei membri della coppia, che, insieme ai mandati transgenerazionali, contribuiranno significativamente a caratterizzare le interazioni e le attese quotidiane. La qualità, il sapore e il senso della vita e delle interazioni, nella gioia e nel dolore, nella buona e nella cattiva sorte (perdonatemi queste espressioni un po' fuori moda) dipendono anche dalla capacità quotidiana dei membri della famiglia di passare dalla Posizione Schizoparanoidea alla Posizione Depressiva, di sublimare le proprie istanze riparative nel coinvolgimento e nutrimento quotidiano del gioco e del sogno della vita (stavo per scrivere: "nello svolgimento dei compiti quotidiani di persona e di genitore"); e dal prevalere, nella coppia, delle funzioni introiettive su quelle proiettive.

Non sempre il Progetto è accompagnato dalla consapevolezza delle difficoltà del "crescerlo" insieme, come coppia genitoriale. E dalla consapevolezza dei bisogni fondamentali del bambino (Brazelton, Greenspan, 2001), cui aggiungerei: 1) *l'insostituibilità della figura del genitore* e la necessità di "dosi" quotidiane sovra minimali di presenza genitoriale, di qualità sufficiente, da parte di genitori differenziati, consapevoli della differenza delle generazioni, dei limiti e dei confini, propri ed altrui; capaci di allenarsi alla separatezza e differenziazione nei confronti del bambino, di permettergli di auto consolarsi, e di aiutarlo a sviluppare la tolleranza alle frustrazioni (riconoscendone i limiti di sopportazione) e la capacità di stare-giocare da solo; 2) L'opportunità di creare intorno al bambino un *ambiente stabile ed affidabile*, in relazione vitale costante tra le sue diverse componenti (Nonni, parenti, amici, personale dei Nidi, Materne e scuole), capace di una vicinanza emotiva profonda, che permetta una condivisione degli stati emotivi del bambino, nel corso dei diversi momenti della giornata e della notte, in una continua alternanza di intimità-fusionalità e separatezza; e di partecipare alle sue "creazioni", alle sue "ricostruzioni" del mondo esterno ed espressioni del suo mondo interno, compiute attraverso il "giocare in presenza di"

e poi il giocare da solo, e l'invenzione di storie narrate e disegnate.

Molto va fatto per riscoprire questi aspetti nella *vita familiare e nei contesti educativi e del tempo libero*; per parte mia cerco di mantenere occasioni di incontro, possibilmente continuative, con Gruppi anche molto ampi di genitori, con Gruppi di educatori, pediatri, talora anche assieme.

L'instabilità, l'insicurezza sociale, la spinta precocissima alla dipendenza televisiva, tecnologica e consumistica aumentano la fatica attuale del vivere per la maggior parte della popolazione e rendono spesso difficile ritrovare nel *sonno notturno e nel riposo* quella linfa vitale che permette il prevalere delle funzioni introiettive su quelle proiettive.

L'effetto di *eventi drammatici o traumatici*, in un contesto generale ed individuale di *fragilità*, può risultare particolarmente difficile da tollerare ed elaborare.

Anche il semplice impatto di un parto difficile, di una nascita complicata può segnare lo sviluppo di una relazione, di un legame caratterizzato da interazioni vitali e vitalizzanti. Un tale evento può segnare e risignificare in senso traumatico, in *après coup*, eventi precedentemente "assorbiti" senza troppa difficoltà e impedire di ritrovare quotidianamente la "piacevole sorpresa" dell'incontro con un figlio festante, espressione della gioia di vivere. La scoperta, da parte dei genitori, della propria fragilità, della profondità dei propri bisogni primari insoddisfatti può farsi impellente, intollerabile. Il momento sognato come culmine della propria realizzazione narcisistica diventa un incubo; *giungere a riconoscere e accettare di aver bisogno di aiuto può essere un percorso lungo, difficile, spesso mascherato dalla richiesta di aiuto per altri, il figlio in primis*. Occorre spiegare ciò, ed occorre che medici e psicoterapeuti pensino ad un aiuto che dia sollievo ma anche speranza di potersi ritrovare, con tempo e pazienza, con quelle risorse interne che sembravano scomparse. E per giungere a ciò, occorre aver ben presente le caratteristiche della situazione, del contesto, del luogo in cui si opera per offrire aiuto, oltre che delle spinte motivazionali profonde che ci hanno condotto a scegliere questo tipo di lavoro.

Ma che succede dell'investimento narcisistico e libidico, nei genitori e nei terapeuti?

Sensi di colpa e sensi di impotenza, così simili tra loro nel loro affacciarsi nella mente, si intrecciano e possono suscitare le difese più diverse: negazione, rovesciamento nel contrario, proiezione...

Un obiettivo da prefiggersi, a molti livelli, è quello di trasformarle in *sense di responsabilità* (Delion, 2010).

La malattia o la sofferenza del figlio risveglia nei genitori un sentimento di colpa tanto più profondo quanto più essi stessi giudicano se stessi come la causa, totale o parziale, di ciò che accade al figlio. Per alcuni può essere l'annuncio di una malattia genetica che riporta all'ereditarietà familiare, dell'uno o dell'altro ramo della famiglia, oppure il sentimento di non essersi coinvolti come era necessario con il loro bambino, motivo del loro errore. Durante la consultazione, il clima di *fiducia condivisa*, non giudicante o critico, permette l'instaurarsi di uno spazio di riflessione; si può allora aiutarli con tatto a trovare sé stessi e ad accostarsi realisticamente ai problemi presentati dal figlio. Somministrare consigli senza che questi siano capiti, integrati, condivisi autenticamente non produce nessun effetto a lungo termine, mentre *accompagnandoli nei loro spunti riflessivi* li aiutiamo a trasformare il senso di colpa in responsabilizzazione.

Talora il senso di colpa è legato anche al residuo di un'aggressività profonda che appare nei rapporti con i genitori; è importante che possano esprimerla, in limiti accettabili, in modo da sperimentare con noi la solidità di cui hanno bisogno per ritrovare una speranza. Ciò si gioca molto sulla qualità degli *scambi calorosi* con i genitori; un atteggiamento da sfinge, nel consulente, può far provare loro un vissuto di abbandono. L'esperienza di consultazione quindi non è solo un luogo in cui i problemi più preoccupanti possono trovare una risposta in una discussione e una ricerca chiarificatrice, ma anche un'esperienza condivisa nel corso della quale *circolano identificazioni* precise fra gli attori che vi partecipano.

Quindi è opportuno ricercare la possibilità per il consultante di identificarsi con i genitori e di permettere loro di identificarsi con lui. Ciò è ancor più necessario in caso di patologie drammatiche dei figli che inducono nei genitori affetti molto dolorosi. È necessario allora sostenerli nella ricerca di forze narcisistiche messe duramente alla prova in occasione dello scempenso della loro progenitura, in particolare in caso di crisi acute adolescenziali con genitori che fin lì hanno negato le difficoltà presenti nel figlio frequentemente idealizzato. È allora opportuno tutto un lavoro di ripresa di contatto con il figlio reale, sostenendoli nella necessità di mantenere una giusta distanza, controllando l'angoscia impellente di una ricaduta che porta a comportamen-

ti ipercontrollanti. Questo è tanto più evidente quando le *problematiche* del figlio sono di tipo *cronico* come nel caso di bambini autistici gravi o quando, in seguito ad una grave depressione nel corso della pre-adolescenza o a una esperienza grave di tossicomania nel corso dell'adolescenza, lo psichiatra deve annunciare ai genitori che si tratta dell'esordio di una schizofrenia e che questa è una malattia cronica che durerà per tutta la vita e che dovrà essere accompagnata senza sosta anche se vi sono stati molti progressi nella presa in carico di queste malattie gravi (Delion, 2010).

Se lo psichiatra è anche terapeuta del figlio occorre che faccia *da ponte con i genitori*, comunicando loro qualcosa dei vissuti del figlio, senza presentare queste caute confidenze come una conquista che il figlio potrebbe fare grazie ai curanti; ed il terapeuta dovrà chiedere ai genitori di avere la generosità di autorizzare il mantenimento di un'area di riservatezza e di intimità con il figlio. Ciò può permettere l'instaurarsi di una relazione di fiducia in cui genitori e curante possono dirsi ciò che va e ciò che non va nelle loro relazioni complesse con il figlio-paziente. Queste identificazioni incrociate permettono ai genitori di ricostruirsi una nuova energia a contatto con i terapeuti a partire dalle esperienze di realtà condivise. Talvolta questi scambi favoriscono nuove ipotesi comuni che arricchiscono le nostre riflessioni psico-patologiche e le nostre elaborazioni contro-transferali. In tali casi le consultazioni con i genitori diventano momenti estremamente importanti per la comprensione generale della patologia del figlio e per la strategia da seguire in funzione delle risorse concrete e psichiche, nel bambino, ma anche quelle del genitore.

Talvolta un genitore chiede, dopo mesi o anni di lavoro in comune, di effettuare un lavoro psicologico-psicoterapico personale. In tal caso sono auspicabili alcuni colloqui finalizzati a ridurre la possibilità che tale decisione aumenti il senso di colpa; può quindi essere consigliato un qualche nominativo. È opportuno però non essere troppo orientati verso l'indicazione di una psicoterapia ai genitori; nei casi in cui questa è necessaria (come ad esempio nel caso di genitori con malattie mentali) lo psichiatra tratterà con loro la loro sofferenza psichica di adulti, mentre lo psichiatra-psicoterapeuta infantile, si incaricherà di quella parte che è in rapporto con la problematica del bambino.

Detto in altri termini, la *ferita narcisistica* derivante dalla malattia o dall'handicap o dalla malformazione del figlio può risultare insanabile, sempre viva ed interferente sulle abitudini ed interazioni quotidiane col figlio.

Ma la ferita narcisistica riguarda *anche il terapeuta*, che deve comunicare la diagnosi e affrontare la prospettiva di un lavoro lungo, faticoso, per certi aspetti "interminabile". Viene mobilitato il fantasma di onnipotenza che co-esiste con un senso di impotenza totale (Molenat, 1992 in Vanden Driessche, 2009) o ancora quello di "Supergenitore" (Golse, 2010 in Vanden Driessche, 2009). Queste rappresentazioni, simili a quelle che troviamo nei genitori, si inscrivono nel fantasma di una relazione fusionale in cui il soggetto era di volta in volta il bambino e l'oggetto primario idealizzato.

È importante *interrogarci sulle nostre rappresentazioni* (oltre che sulle nostre esperienze e conoscenze dirette e indirette) all'interno di un *processo formativo* che favorisca l'identificazione narcisistica attraverso l'azione del collettivo sull'ideale dell'Io; in modo da poterci interrogare sull'adeguatezza delle nostre rappresentazioni rispetto ai bisogni del bambino e dei suoi genitori. Ciò può aiutare a capire meglio, ad esempio, le *differenze di temporalità* tra noi e la famiglia nella presa d'atto dell'handicap e la messa in gioco delle nostre competenze. Ciò può aiutarci a essere attenti non solo alle rappresentazioni che i genitori (e i figli) hanno, ma anche al loro sapere.

La ricerca di una comprensione più profonda e di una strategia "salvifica" rispetto alla malattia cronica può diventare frenetica, e mettere a dura prova la continuità del rapporto terapeutico instaurato, e l'elaborazione, nel terapeuta, del senso dei propri limiti.

Ciò non significa evitare di intraprendere, con i genitori, al loro fianco o in modo indipendente, un percorso di approfondimento delle caratteristiche specifiche di quella malattia o quel tipo di sofferenza o disagio (personalmente ho sentito la necessità di una seconda specializzazione e di percorsi formativi specifici ulteriori), pur considerando l'evoluzione di quella specifica situazione familiare e di quella relazione terapeutica come unica.

In conclusione

Non sarà mai sottolineata abbastanza l'importanza di mantenere viva la riflessione sui processi intrapsichici che caratterizzano la maternità, la paternità, la nascita, anche attraverso Gruppi come il nostro, centrato sulla Maternità (e Paternità) Interiore e di Gruppi di Formazione all'intervento preventivo-di sostegno fin dalle prime difficoltà emergenti nel percorso spesso tortuoso verso la genitorialità e la nascita, e nei primi momenti successivi alla nascita, anche con l'approfondimento di Tecniche diverse di intervento, come cerchiamo di fare con i Gruppi sulle Consultazioni protratte (e Psicoterapie) Genitori-bambino piccolo.

Gruppi in cui si cerca di sviluppare la capacità di ascolto profonda dei genitori, di sviluppare la capacità riflessiva e di mentalizzazione e, soprattutto, di ricucire, restaurare il legame mentale tra genitori e figli¹⁰.

Il primo scopo di un intervento di *aiuto psicoanalitico* mi sembra essere portare una persona, una coppia, una famiglia, un gruppo da uno stato di bisogno (più o meno mis- dis-conosciuto) in cui non è possibile sognare, giocare, a poter sognare e raccontare sogni, fantasie, paure, desideri, a giocare e tornare quindi a riconoscere diversi tipi di bisogni, naturali e speciali, propri e dell'altro e a tollerare la propria *ambivalenza* (amore e odio verso lo stesso oggetto), la propria finitezza ed i propri limiti.

Nel lavoro di Gruppo Maternità (e Paternità) Interiore di Bologna abbiamo avuto l'opportunità di raccogliere racconti e sogni di donne in attesa o nelle prime fasi del puerperio, e di seguire longitudinalmente diverse situazioni di maternità "complicate", attraverso il racconto dell'ascolto settimanale che membri del gruppo effettuavano nella loro sede di lavoro. Alcune donne sono state seguite anche in occasione di più gravidanze; l'attenzione è sempre stata posta sul mondo interno delle pazienti, e sulle molteplici chiavi di lettura possibili del materiale; tenendo conto della condizione fisiologica di 'trasparenza psichica', e delle profonde ristrutturazioni in corso, si cercava di cogliere gli aspetti evolutivi dietro all'apparenza di movimenti, impulsi apparentemente, potenzialmente psicopatologici, se raccolti con orecchio clinico rivolto a distinguere "normalità" e "patologia", anziché con orecchio rivolto a sostenere lo sviluppo e l'integrazione di aspetti diversi del sé.

¹⁰ Ricordo soltanto alcuni dei riferimenti teorici riguardanti tale tipo di intervento: Badoni (2002; 2004; 2013); Baradon, Cuva (2007); Cramer, Palacio-Espasa (1995); Masi, Ferretti (1991); Nanzer (2012); Slade (2010); Tsiantis et. al. (2002); Vallino (2009).

Frequente è la ricerca di forme di collaborazione tra servizio pubblico, privato e volontariato, nella distinzione di ruoli e assetti. In questa direzione, ho avuto numerose occasioni di lavorare conducendo Gruppi, in ambito pubblico e privato, che consentono di raccogliere continuamente storie che contribuiscono a dare valore di autenticità e prezioso punto di riferimento agli spunti teorici che ho cercato di riassumere.

BIBLIOGRAFIA

- Algini M.L., Baldassarre L. (2010), *La violenta fedeltà. Sull'aborto in adolescenza*. "Quad. Psicoter. Inf.", 59, 56-74.
- Badoni M. (2002), *Analisi di bambini, dolori di adulti: consultazione psicoanalitica e costellazione familiare*. In: Trombini E. (a cura di), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*. QuattroVenti, Urbino.
- Badoni M. (2002), *Parents and their Child and the Analyst in the middle. Working with a transgenerational mandate*. "Int. J. Psychoanal.", 83,1111.
- Badoni M. (2004), *La psicoanalisi dei figli: paradossi*. "Quad. Psicoter. Inf.", 48,171-186.
- Badoni M. (2013), *I bambini e la cura*, In Carnaroli, Mastella (a cura di), *Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile*. www.spiweb.it. Dibattiti Teorico-Clinici (5 sett. 2012-15 genn. 2013).
- Baradon T., Cuva S. (2007), *La psicoterapia genitore-bambino*. Astrolabio, Roma.
- Benedek T.F. (2013), *Devenir parent: une phase du développement. Une contribution à la théorie de la libido* "La Psych. de l'enfant", LVI, 1, 5-36.
- Botti C. (2010), *La Procreazione Medicalmente Assistita, la bioetica, le donne*. "Quad. Psicoter. Inf.", 59, 237-258.
- Brazelton T. B., Greenspan S. I. (2001), *I bisogni irrinunciabili dei bambini*. R. Cortina, Milano.
- Buranelli F., Gatti P., Quagliata E. (a cura di) (2010), *Genitori adottivi*. Astrolabio, Roma.
- Busato Barbaglio C. (2011), *Abitare l'incontro*. "Riv. Psicoanalisi", LVII,1, 147-164.
- Bydlowski M. (2004), *Sognare un figlio*. Pendragon, Bologna.
- Cramer B., Palacio Espasa F. (1993), *Le Psicoterapie madre-bambino*. Masson, Milano, 1995.
- Delion P. (2010), *La consultation avec l'enfant*. Elsevier Masson, Paris.
- Faimberg H. et al. (1993), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma, 1995.
- Ferrara Mori G. (a cura di) (2008), *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma.
- Ferrara Mori G. (2011), *I complessi intrecci fra biologia ed inconscio nel cammino verso la maternità*. "Riv. Psicoanalisi", LVII, 1, 103-115.
- Granjon E. (2004), *Dal ritorno del forcluso genealogico all'incontro con l'avo transferale*. "Interazioni" 2-2004/ 22, 21-34.
- Houzel D. (2002), *Les enjeux de la parentalité*, In Solis-Ponton L. (sous la direction de-) *La parentalité*. Puf, Paris.
- Harrus-Revidi G. (2001), *Parents immatures et enfants-adultes*. Payot, Paris.
- Joyce A. (2011), *Quando nasce un figlio sbagliato: un caso clinico*. "Riv. Psicoanalisi", LVII, 3, 681-697.
- Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. (1985), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris. Tr. It. Ed. Borla, Roma.
- Lebovici S. (1998), *L'arbre de vie*. Erés, Ramonville Saint-Agne
- Lussana P. (1999), *Esser genitori, esser famiglia: e l'educazione psicoanalitica?*, In Trombini E. (a cura di), *Genitori e figli in consultazione*. QuattroVenti, Urbino.
- Masi G., Ferretti G. (a cura di) (1991), *Fantasia dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma.
- Mastella M. (1997), *Maternità e paternità preoccupanti*. "Psiche", V, 1, 51-64.
- Mastella M., Ruggiero I. (1999), *Il lavoro psicologico con i genitori di bambini e adolescenti in difficoltà*, In Trombini E. (a cura di), *Genitori e figli in consultazione*. QuattroVenti, Urbino.
- Mastella M., Ruggiero I. (1999), *L'intervento "combinato" con adolescenti e genitori nelle crisi adolescenziali*. "Interazioni", 1,13,34-54.
- Mastella M. (2004), *Nascita del figlio e dinamica della coppia*, In Arfelli Galli A., Galli G. (a cura di), *Interpretazione e Nascita. La nascita dei genitori. La nascita del figlio*. Atti del XXIII Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 4-5 aprile 2003. Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Roma.
- Mastella M. (2008), *Verso la maternità durante l'analisi, o in consultazione psicoanalitica*, In Ferrara Mori G. (a cura di) (2008), *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma.
- Mastella M. (2009), *Sognare e crescere il figlio di un'altra donna. Ascoltando e sperando con i genitori adottivi*. Cantagalli, Siena.
- Meltzer D., Harris M. (1986), *Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico del processo di apprendimento*. Centro Scientifico Torinese, Torino.

- Nanzer N. (a cura di) (2012), *Manuel de Psychothérapie centrée sur la Parentalité*. Puf, Paris.
- Masi G., Ferretti G. (a cura di) (1991), *Fantasia dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma.
- Racamier P.C. (2003), *L'incesto e l'incestuale*. F. Angeli, Milano.
- Root Fortini L., Ganucci Cancellieri M. (2010), *Il sentimento di maternità in donne tossicomani*. "Quad. Psicoter. Inf.", 59, 199-213.
- Scotto Di Fasano D. (2011), *Pensare l'impensabile: forme attuali della genitorialità*. "Riv. Psicoanalisi", LVII, 1, 165-183.
- Seguin S., Golse B., Apter G. (2013), *Dénis et négation de grossesse: une revue de la littérature*. "La Psych. de l'enfant", LVI, 1, 267-292, P.U.F., Paris.
- Slade A. (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*. Astrolabio, Roma.
- Solis-Ponton L. (2002), (a cura di), *La Parentalité*. PUF, Paris.
- Soulé M. (2002), *La vocation à s'occuper du bébé*, In Golse B., Delion P. (a cura di), *Bébés agressifs, bébés agressés*. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- Stern D. (1995), *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Tsiantis J., Boethious S. B., Hallerfors B., Horne A., Tischler L. (2002). *Il lavoro con i genitori*. Borla, Roma.
- Trombini E. (a cura di) (2002), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*. QuattroVenti, Urbino.
- Vallino D. (2009), *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.
- Vanden Driessche L. (2009), *L'enfant parallèle: narcissisme parentale et handicap*. Paris, L'Harmattan.
- Vigneri M. (2011a), *I bambini che vengono dal freddo. Sulla donna infertile e le nuove frontiere procreative*. "Riv. Psicoanalisi", LVII,1, 117-145.
- Vigneri M. (2011b), *I bambini che vengono dal freddo. Seconda parte. Nuove frontiere procreative: la concezione post-mortem*. "Riv. Psicoanalisi", LVII, 3,655-670.
- Winnicott D. W. (1970), *Sviluppo affettivo ed ambiente*. Armando, Roma.
- Winnicott D. W. (1974), *Colloqui terapeutici con i bambini*. A. Armando, Roma.
- Winnicott D. W. (1997), *Bambini*. Cortina, Milano.
- Zurlo M. C. (2002), *La filiazione problematica*, Liguori, Napoli.

“Durante l'adolescenza, i figli adottivi non sono come tutti gli altri, per quanto si faccia finta che invece lo siano”: questa affermazione di D.W. Winnicott (1955)² può sembrare categorica (soprattutto se riferita fuori dal contesto), ma svela in realtà un aspetto importante delle problematiche adottive: costruire una relazione genitori-figli che ha il suo punto d'origine nella diversità, nell'incontro fra vite precedentemente lontane. Tutto il “lavoro” che i genitori e il bambino portano avanti, fin dal primo momento che si incontrano, e naturalmente con livelli di consapevolezza diversi, mira a colmare questa distanza, attraverso i gesti quotidiani che avvicinano, lo stratificarsi di ricordi e vissuti condivisi, la conoscenza reciproca e il reciproco attaccamento affettivo. Rimane tuttavia il punto di partenza, che marca una differenza: per il bambino rappresenta il trauma precoce della separazione dalla famiglia d'origine, per i genitori rimanda al lutto per una genitorialità biologica impossibile e alle fantasie e alle aspettative incerte sull'ignoto.

Nell'adolescenza si riattivano i traumi e i conflitti irrisolti; tutto ciò che non è stato elaborato nel corso degli anni emerge con forza, assumendo talvolta una portata destabilizzante: l'adolescente adottato e i suoi genitori si trovano di fronte al compito specifico di *rielaborare e rimaneggiare il problema dell'origine* e dunque di una identità più difficile da costruire.

La ricerca dell'autonomia e il bisogno di dipendenza convivono in modo talora lacerante nell'adolescente e si esprimono nell'instabilità emotiva, accompagnata da espressioni spesso amplificate (di rabbia, tristezza, disgusto, ma anche di gioia, piacere, sorpresa) e nell'imprevedibilità delle reazioni, ben

¹ Lavoro presentato alla Giornata “Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto” tenutasi a Firenze presso l'Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

² Winnicott D.W. (1955), “Figli adottivi e adolescenza”, in D.W. Winnicott (1997), *Bambini*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

* Psicologa Psicoterapeuta AMHPPIA, Dottore di ricerca in Processi di Sviluppo e Socializzazione presso l'Università degli studi di Firenze.

note a coloro che, per vari motivi, entrano in contatto con i ragazzi. Una delle caratteristiche dell'adolescente è infatti quella di coinvolgere costantemente l'ambiente nei suoi conflitti interni, in un continuo sovrapporsi di mondo interno e mondo esterno, sollecitando, attraverso le sue proiezioni, la reazione di coloro che gli vivono accanto: è questo lo spazio psichico allargato di cui parla P. Jeammet (2007)³, uno spazio in cui il “vissuto” predomina sul “pensato” e l'agito è all'ordine del giorno.

L'agito coinvolge necessariamente il corpo, un corpo che diventa sessuato, sede di cambiamenti non sempre immediatamente accettabili, fonte di sensazioni nuove e inquietanti e di bisogni che non possono più essere soddisfatti all'interno delle antiche relazioni.

Lo sviluppo sessuale, un dato biologico incontrovertibile, che rinvia innanzitutto alla concretezza della corporeità, è al centro delle problematiche adolescenziali: nella relazione adottiva esso rimanda in particolare al punto d'origine, alla differenza biologica a partire dalla quale genitori e figli hanno costruito la loro storia e la loro relazione. È come se durante tutta l'infanzia fosse più facile tenere in sospeso il pensiero della distanza, la macchia cieca di un'origine di cui sia gli uni che gli altri sanno ben poco (o preferiscono non sapere): il corpo sessuato che si pone con forza al centro della scena concretizza questo pensiero, sottolinea le differenze e rende ineludibili interrogativi che possono diventare molto inquietanti.

Sto parlando proprio degli aspetti fisici del mutamento, immediatamente percepibili, che assumono rapidamente un significato psichico profondo. Il turbamento che i cambiamenti portano con sé, il rimaneggiamento della propria immagine da parte dell'adolescente e dell'immagine del figlio da parte dei genitori, richiede un lavoro di elaborazione non sempre tranquillo anche nelle famiglie basate su legami biologici.

Nel caso di famiglie adottive la situazione si carica di interrogativi peculiari, che possono suscitare sentimenti profondi di angoscia e senso di smarrimento.

L'adolescente adottato può vivere i cambiamenti del proprio corpo, che preludono ad un'immagine corporea adulta, come elementi che marcano la differenza dai genitori e anche da altri adulti della famiglia allargata e che, nella loro innegabile evidenza, mettono profondamente in discussione il suo senso di appartenenza. Anche sui genitori, d'altra parte, l'emergere e il deli-

³ Jeammet P. (2007), *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla, Roma.

narsi nel ragazzo o nella ragazza di caratteristiche fisiche nelle quali non possono riconoscersi con immediatezza può avere un impatto destabilizzante e accentuare la sensazione di estraneità che anche i genitori biologici si trovano a sperimentare nella relazione con i figli adolescenti.

Genitori e figli si trovano ancora una volta di fronte all'ignoto, come se l'incontro che sta all'origine della loro storia condivisa chiedesse di essere risperimentato, ri-vissuto, ri-elaborato, sia pure, questa volta, sul terreno della conoscenza reciproca e sostenuti da un legame affettivo che ha avuto modo di stabilirsi e di crescere. Nell'adolescenza, tuttavia, anche i legami affettivi sembrano a momenti poter andare in frantumi, quando il gioco reciproco di identificazioni e di idealizzazioni non funziona più, lo sguardo del figlio mette a nudo i difetti e le mancanze dei genitori, e al posto dell'apprezzamento e della fiducia compaiono spesso disprezzo, ostilità, rifiuto.

Essere genitori, nell'adozione, è dato solo ed esclusivamente dai reciproci sentimenti di affetto, di conferma, di fiducia, da un legame che riesca ad andare oltre il punto cieco dell'origine, che scavalchi il vuoto di ciò che non c'è stato all'inizio: tuttavia per poter scavalcare questo vuoto è necessario innanzitutto tollerarlo, così come è necessario poter riconoscere e tollerare il dolore del bambino.

Le famiglie adottive sono diverse fra loro almeno quanto lo sono le famiglie biologiche, non perché siano necessariamente le famiglie infelici di cui parla L. Tolstoj (1877)⁴, ma perché, credo, le coppie hanno livelli di capacità molto differenziati nel poter riconoscere e tollerare la sofferenza psichica, ed è su quello che si costruisce la possibilità di un legame affettivo col bambino che viene adottato, un legame che sia capace di resistere alle tempeste dell'adolescenza, quando il reciproco riconoscimento (“noi siamo i tuoi genitori”, “io sono vostro figlio”) viene messo in crisi e deve essere ricostruito su un diverso livello relazionale.

Può succedere che il bisogno di evitare la propria sofferenza e la difficoltà di elaborare il lutto porti i genitori adottivi ad eludere il buco nero dell'origine e a non riconoscere il dolore del bambino: la relazione si costruisce dunque a partire da quella che potremmo chiamare una tacita intesa collusiva, i cui confini escludono il riconoscimento della differenza e la libera circolazione di interrogativi e di dubbi.

⁴ Tolstoj L. (1877), *Anna Karenina*, Einaudi, Torino, 1993.

Gli Autori che si sono occupati a vario titolo delle problematiche adottive concordano ormai da tempo sulla necessità che il bambino sappia di essere stato adottato, e questo oggi è ciò che regolarmente accade, almeno formalmente; tuttavia il fatto che il bambino lo sappia non garantisce la possibilità che possa lui stesso parlarne o porre domande, che riesca a condividere con i genitori il dolore del trauma e la curiosità sulle proprie origini, che si senta libero di condividere fantasie e ricostruzioni immaginarie. Queste difficoltà riguardano infatti non solo bambini adottati molto piccoli, con i quali è più facile che si crei l'illusione che non ci sia un "prima", ma anche situazioni in cui l'adozione avviene quando il bambino è già capace di rendersi pienamente conto di ciò che accade, e sicuramente possiede già un patrimonio di memorie e di ricordi più o meno definiti ed elaborati. Anche se è sempre possibile, successivamente, aprire spazi di riconoscimento e condivisione, il primo incontro e il successivo periodo di contatto può essere significativo del modo in cui i genitori si avvicinano al mondo del bambino e alla sua vita precedente.

Colpiscono, ad esempio, le narrazioni che le coppie fanno del primo incontro: per alcuni un momento emotivamente molto intenso, che si è inciso nella memoria individuale e in quella della coppia, per altri un ricordo abbastanza confuso e sfuggente, dominato forse dall'ansia di affrontare una situazione sconosciuta, per altri ancora un evento che non sembra aver lasciato una particolare traccia emotiva, come una tappa da dover superare per poter tornare ad una nuova quotidianità. Alcuni ricordano molti aspetti dell'ambiente in cui hanno incontrato il bambino, colori, odori, paesaggi (oggi spesso l'adozione internazionale porta i genitori in luoghi molto lontani e diversi da quello in cui vivono), altri non sembrano aver osservato niente di particolare, per altri i ricordi riguardano soprattutto aspetti sgradevoli, inquietanti, da cui desiderano allontanarsi, insieme al bambino, prima possibile.

Modalità diverse di entrare in contatto, che preludono in genere alla costruzione di un legame che coinvolge parti più o meno ampie e profonde del mondo interno di ciascun attore, sembrano in molti casi funzionare in modo soddisfacente per tutta la durata dell'infanzia, ma con l'irrompere delle pulsioni e delle turbolenze adolescenziali le tematiche dell'origine, della differenza, del dolore della perdita, diventano centrali e possono assumere una portata dirompente.

Winnicott individua nell'ignoranza circa la propria origine l'elemento che rende più carica di tensione l'adolescenza dei figli adottivi: "...questa ignoranza finisce per mescolarsi al normale mistero del rapporto sessuale, della fecondazione, della gravidanza e della nascita, e interferisce con la delicata natura del gioco sessuale adolescenziale..."; per questo i figli adottivi hanno bisogno di risposte particolarmente esaurienti e adeguate su tutto ciò che riguarda il sesso, perché questo è in un certo senso "un altro modo di imparare ciò che riguarda le origini".

Quando Winnicott scriveva, c'era ancora molta incertezza e confusione sul fatto che i figli adottivi dovessero essere informati circa la loro condizione, e ancora maggior confusione circondava le tematiche del sesso e dei modi in cui poter affrontare l'argomento con bambini e adolescenti.

Oggi, nel nostro mondo, è diffusa l'idea che bambini e ragazzi abbiano il diritto di ricevere spiegazioni chiare su tutto ciò che li riguarda, le informazioni circolano più liberamente (fin troppo, talvolta), i casi di adozione sono numerosi e apertamente conosciuti nell'ambito di vita di ciascun bambino: il nodo dell'ignoranza tuttavia rimane insoluto, perché riguarda il mistero della propria origine e l'incertezza del senso di appartenenza (alla famiglia, alla comunità, alla cultura di adozione). È un'incertezza che non ha a che fare solo con le sperimentazioni fantasmatiche dell'adolescente ma possiede uno statuto di realtà: il genitore adottivo può esserne catturato tanto quanto l'adolescente, e allora il senso di non-appartenenza reciproco diventa molto concreto e minaccia pesantemente la relazione. Il genitore può sentirsi in colpa per aver fallito il compito ideale di dare una famiglia a un bambino che l'aveva persa, per non aver saputo colmare le carenze e i vuoti, ma può anche difendersi col pensiero che il destino gli ha fatto incontrare il bambino "sbagliato", quello incapace di fare un buon uso dell'affetto e delle cure ricevute.

La possibilità di sostenere gli attacchi dell'adolescente, il suo rifiuto, la sua disperazione, dipende molto dal lavoro di elaborazione della perdita e di riconoscimento della differenza che è stato possibile compiere in precedenza, dall'apertura di spazi di ascolto e di comunicazione in cui genitori e figli abbiano potuto guardare insieme la zona d'ombra del "prima" e condividere e tollerare non solo il dolore della separazione ma anche quello che deriva dall'impossibilità di conoscere. Se la relazione è cresciuta sul tacito accordo che un "prima" non esiste, questo "prima" può irrompere prepotentemente

sulla scena durante l'adolescenza, creando distanze che appaiono incolmabili e di fronte alle quali genitori e figli si sentono facilmente impotenti e disperati. È necessario allora che i genitori siano aiutati a ripensare la loro storia e quella del figlio, a riprendere il filo della narrazione al di là di quello che sembrava il punto di partenza, a integrare nel loro vissuto di genitori ciò che può essere accaduto prima del loro costituirsi come famiglia; talvolta anche poter riconoscere la peculiarità della situazione adottiva, le difficoltà insite nel percorso, l'impegno che richiede costruire un legame con un figlio che non si conosce, provoca un senso di sollievo e permette loro di entrare più liberamente in contatto con i propri sentimenti e di utilizzare meglio le risorse di cui dispongono.

Anche quando i genitori sono stati capaci di identificarsi con il bambino e con la sua sofferenza, e sono riusciti a condividere i suoi interrogativi e i suoi dubbi, l'adolescenza rimane tuttavia un momento critico, che alle famiglie adottive pone compiti specifici, dal momento che per il figlio adottivo la ricerca della propria identità deve necessariamente fare i conti con il mistero dell'origine e con il senso di smarrimento, ma anche con il riemergere di sentimenti di dolore e di rabbia per essere stato abbandonato o rifiutato. Per i genitori, in un certo senso, è come trovarsi di nuovo di fronte al bambino sconosciuto, ma ora è un adolescente, con tutta la sua carica pulsionale e la sua capacità di agire, di coinvolgere, di provocare reazioni: mantenendo la disponibilità di guardare insieme a lui e di tollerare ciò che non si può conoscere, possono rispondere al bisogno del figlio di essere riconosciuto nella sua diversità e, al tempo stesso, confermato nella sua appartenenza al mondo che lo ha adottato.

ESSERE GENITORI DI BAMBINI CON DISTURBI MENTALI¹

*Paolo Meucci**

Premessa

È stato ampiamente sottolineato nell'ultimo ventennio, come la teoria e la tecnica della psicoanalisi infantile fossero mancanti rispetto al ruolo e alla collocazione da dare ai genitori.

Nei primi decenni della psicoanalisi infantile, in cui prevaleva una visione essenzialmente mono-personale, i genitori rimanevano sullo sfondo, perlopiù ignorati, sia da un punto di vista teorico che tecnico. Quando poi è andata prendendo campo una visione di tipo bi-personale, si è prestata molta più attenzione alle relazioni dei bambini con i loro genitori reali e sono stati individuati fattori importanti dello sviluppo psicopatologico all'interno delle relazioni figli-genitori.

Abbiamo imparato a conoscere la forza dei fantasmi trans-generazionali, gli effetti devastanti della mancanza di accudimento e di un comportamento non responsivo da parte dei genitori, conosciamo gli effetti dell'uso dei figli come protesi narcisistiche o delle massicce identificazioni proiettive sul figlio o ancora dell'inversione contenitore-contenuto.

È quindi comprensibile che gli analisti che si sono occupati di trattamento individuale dei bambini possano avere pensato i genitori non solo come incapaci nell'aiutare il figlio, ma anche come fattori di distorsione nel suo sviluppo e da qui passare a considerarli la causa del suo disagio mentale.

Questa visione riduzionistica è un comprensibile vissuto contro-transferale dell'analista al lavoro con il proprio paziente-bambino, ma non è assolutamente giustificata a livello teorico, tanto meno a livello tecnico. Sappiamo che la realtà è molto più complessa, sappiamo dell'importanza dei fattori

¹ Lavoro presentato alla Giornata "Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto" tenutasi a Firenze presso l'Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

* Psicologo, Psicoterapeuta. Socio S.P.I.-I.P.A. ed A.M.H.P.P.I.A..

biologici e delle vulnerabilità individuali nello sviluppo della psicopatologia. Sappiamo anche dell'importanza dei fattori sociali e culturali, all'interno dei quali vivono le famiglie.

Ma la cosa più rilevante è l'acquisizione – ormai ampiamente condivisa – di un punto di vista sistemico, che porta a considerare genitori e figli come sistemi interdipendenti che costituiscono un campo interattivo co-creato.

È all'interno di tale ottica che voglio cercare adesso di fermare l'attenzione su una parte di questo sistema: i genitori con i loro stati affettivi, perché è dai loro affetti che dobbiamo iniziare, quando si pensa ad un qualsiasi tipo di intervento che li coinvolga.

Vissuti dei genitori di bambini con disturbi mentali

È difficile parlare in modo generale del vissuto affettivo dei genitori. Fa un'enorme differenza essere genitore di un bambino nevrotico oppure di un bambino autistico, per cui successivamente mi soffermerò sui genitori di bambini con gravi disturbi mentali, adesso invece cercherò di mettere a fuoco gli stati emotivi abbastanza ricorrenti che si attivano nel genitore con un figlio che presenta un qualche disagio di ordine psicologico o emotivo o relazionale, che dir si voglia.

Partiamo dagli affetti rispetto al figlio:

- Innanzitutto c'è *preoccupazione*, nel chiedersi cosa il figlio abbia e *disorientamento* per il non sapere cosa fare, non capire cosa sia accaduto. Con il passare del tempo tutto questo diventa *angoscia* per qualcosa che non rientra, per un disagio che non si placa. Angoscia che diventa *terrore* se il disturbo diventa più acuto, se emerge il senso che la situazione stia precipitando
- e poi *dolore* nel vedere il figlio sofferente, infelice,
- *dolore* anche nel sentire che il figlio è inarrivabile, c'è qualcosa che non si riesce a vedere, a capire,
- *senso di perdita e tristezza* per quel bambino desiderato che non c'è, che non si è realizzato,
- *rabbia* nei confronti di un figlio che fa sentire impotenti, che mette in difficoltà, che non risponde ai tentativi di cambiamento,

- ancora *terrore* nel vedere emergere nel figlio qualcosa che è del tutto incomprensibile, qualcosa che viene percepito come alieno; in questo caso allora, è facile provare anche *odio*, in quanto il figlio diventa una minaccia alla propria sopravvivenza psicologica.
- Spesso, sul lungo periodo, emerge anche il *senso di essere parassitati*, sfruttati da un figlio che assorbe tantissime energie e non dà niente in cambio.

Oltre gli affetti rispetto al figlio, vi sono quelli che si attivano rispetto a sé stessi:

- Innanzitutto il *senso di colpa*, che mi sembra una reazione fisiologica dei genitori che si attiva ogni qual volta un figlio stia male (stato affettivo che ha sicuramente una funzione evolutiva, in quanto sollecita i genitori a trovare soluzioni per lo stato di sofferenza del bambino); senso di colpa che si amplifica quando il disturbo del figlio è di tipo psicologico perché intuitivamente i genitori sanno di costituire con lui un sistema dinamico, sanno che il loro stato interno ed il comportamento connesso influenzano quello del figlio; senso di colpa quindi, non solo per non riuscire ad aiutarlo, ma soprattutto per sentirsi la causa del suo disturbo.
- Poi *impotenza* nel realizzare che il disturbo non passa e per il non sapere cosa fare,
- *senso di perdita e tristezza* per quel genitore che si era desiderato essere e che non si è,
- *disperazione*, quando si realizza che la situazione non muta, si aggrava e la speranza è ormai abbandonata (Meltzer, Harris, 1983),
- *senso di essere schiacciati* da eventi che li stanno travolgendo, paura per ciò che li attende,
- *angoscia* al pensiero di dovere sostenere a vita il peso di un figlio che non guarirà,
- *dolore* nel sentirsi non riconosciuti dal figlio nelle proprie funzioni genitoriali. Allora diventa facile interpretare il disturbo del bambino (ad es. le sue urla od il suo mutismo) come un *rimprovero*, l'accusa di non essere degno di fare il genitore.
- Tutto questo rischia infine di cristallizzarsi nel *senso di avere subito un danno irreparabile* rispetto alla propria funzione genitoriale.

Nel momento in cui il genitore si rivolge agli esperti, si attivano altri affetti ancora:

- *Vergogna* per essere loro genitori e/o il figlio non adeguati, difettosi,
- *senso di essere offesi* da un giudizio sociale a cui si sentono esposti,
- *invidia* verso operatori che possono essere avvertiti come quelli che hanno tutto ciò che a loro genitori manca,
- *odio* verso operatori sentiti comunque distanti o giudicanti,
- da una parte *paura di essere espropriati delle proprie funzioni di genitori*, dall'altra *desiderio di disfarsi di un figlio così difficile*.
- Infine può anche emergere il desiderio che l'operatore patisca quello che loro genitori stanno patendo; fenomeno che può essere il risultato dell'*invidia* ma anche della fantasia che solo così l'altro viene reso partecipe al proprio dramma.

Oltre a queste vi possono essere reazioni emotive anche francamente patologiche, reazioni di genitori disturbati e disturbanti, che però non prendo in considerazione.

Quelle indicate sin qui le considero tutte reazioni emotive fisiologiche, non di per sé patologiche, ma che tali possono diventare nella misura in cui non riescono ad essere filtrate, elaborate ed entrano quindi nella dinamica con i figli allo stato grezzo, puramente reattivo. Stati emotivi dei genitori che vengano allora percepiti dal figlio in modo amplificato e distorto, intrecciandosi con i suoi vissuti emotivi, con le sue conflittualità, creando – nel campo interattivo – stati affettivi e relazionali estremamente densi, disturbanti con il rischio di derive collusive patologiche.

Per riprendere quanto dicono Meltzer ed Harris (1983) rispetto alle funzioni introiettive della coppia genitoriale, nelle penose situazioni appena descritte, mentre la funzione riferita al *generare amore* può essere probabilmente preservata, le altre sono messe a dura prova; con vissuti così pesanti è estremamente difficile *infondere speranza, contenere la sofferenza e aiutare a pensare*.

Manca in questi genitori l'esperienza rigenerante di un figlio che sta bene e che affronta le difficoltà della crescita in modo sostanzialmente sereno, condizione che permette normalmente al genitore non solo di godere del benessere del figlio, ma anche di farlo sentire un "genitore abbastanza buono", consentendogli quel rifornimento narcisistico che aiuta ad affrontare le normali fatiche e frustrazioni dell'essere genitori.

Essere genitori di figli autistici

Mi voglio adesso soffermare su cosa possa comportare l'averne un figlio che presenta gravi disturbi mentali.

Vi sono ormai tantissimi studi sull'effetto che ha sui genitori il vivere con figli autistici e presiedere alla loro crescita. Sono stati recentemente pubblicati (Harper et. al., 2013) i risultati di una ricerca fatta su più di cento coppie di genitori di figli autistici, ed i risultati sono abbastanza prevedibili: questi genitori presentano livelli elevati di stress – con rischi per la loro salute – e deterioramento nella qualità della vita coniugale.

Da un'altra ricerca (Kuusikko-Gauffin et. al., 2013), emerge che le madri di bambini con ASD presentano punteggi significativamente più alti (rispetto al gruppo delle madri di controllo) su tutte le scale che misurano ansia e fobia sociale, mentre i padri hanno punteggi significativamente più alti (rispetto ai padri di controllo) solo su alcune scale, in particolare quelle che misurano l'evitamento ed i sintomi agorafobici.

Da altre ricerche ancora, emerge che vi sono elevati rischi per queste madri di sviluppare una depressione (Zablotsky et. al., 2013a), tali rischi però diminuiscono se le madri vengono inserite in un programma di sostegno alla parentalità (Zablotsky et. al., 2013b).

In altre ricerche infine, si mette in evidenza come anche in questi casi così gravi l'emergere del disturbo sia il risultato di vari fattori in interazione. Ad es. il più alto tasso di depressione trovato nelle madri di bambini con ASD può essere attribuito sia al maggiore stress determinato dal far crescere un bambino con un disturbo così grave, sia al maggior numero di tratti autistici presenti in queste madri, tratti che le mettono a rischio di sviluppare la depressione (Ingersoll et. al., 2011). Vengono inoltre segnalati gli intrecci tra storia dei genitori e sviluppo del disturbo nei figli: una ricerca (Vasa et. al., 2012) suggerisce l'associazione tra disturbi dell'umore nella madre precedenti alla gravidanza e fenotipo ASD nella prole.

Passando dal linguaggio della ricerca a quello del vissuto materno, riporto quanto racconta la madre di un bambino autistico, la scrittrice Françoise Lefèvre (1990).

Mi viene la nausea e il capogiro quando ricordo alcune di quelle ore caotiche in cui ho creduto di perdere la vita a furia di infonderti tutta la mia energia. Ho creduto di perdere la testa a lottare contro la tua forza di opposizione, i tuoi rifiuti, le tue ire e soprattutto le tue grida. Le grida mi trafiggevano il cervello. A volte ti avrei ucciso per avermi fatto così male, per aver aspirato con le tua urla tutta la mia poesia. I miei pensieri. La mia buona volontà. Tutto il mio amore. Il mio instancabile amore. Prendevi tutto e non davi niente. Mettevi tutta la tua energia a non dare niente.

Esperienze di questo tipo credo che l'abbiano vissute, a momenti, gran parte dei genitori di figli autistici, ma è soprattutto sugli stati iniziali del disturbo, che mi sembra utile fermare adesso l'attenzione, sugli effetti traumatici che ha sulla mente dei genitori, il realizzare che il proprio figlio soffre di autismo.

Tanto è stato detto sugli effetti traumatici della patologia dei genitori sui figli. In maniera analoga possiamo pensare agli effetti traumatici dei disturbi dei figli sulla mente dei genitori.

Credo che sia nell'esperienza di chi ha lavorato con questi genitori, soprattutto dopo che è stata comunicata la diagnosi, l'impressione di avere a che fare con persone che oscillano tra uno stato di simil-collasso mentale ed uno stato di ipo-maniacalità. (Una condizione molto simile la si può osservare in genitori di bambini che hanno subito gravi traumi).

In questi casi le funzioni mentali vengano facilmente sopraffatte dal terrore, determinato dalla consapevolezza di avere perso o stare rapidamente perdendo qualcosa che non ci sarà irrimediabilmente più: l'integrità fisica e/o mentale del proprio figlio. Al terrore si accompagna il grave disorientamento determinato dal devastante impatto con la mente non-relazionale del figlio, a cui manca la vitale spinta all'intersoggettività. Al disorientamento si sovrappone poi la totale impotenza nel non riuscire a sintonizzarsi con il proprio bambino. In seguito a tutto questo può allora emergere un collasso comunicativo tra genitori e figlio autistico.

In questi casi, al senso di sgretolamento dell'immagine del figlio si accompagna lo sgretolarsi della propria identità genitoriale, che mina anche la propria identità generale.

Possiamo quindi osservare l'attivarsi di meccanismi difensivi primitivi,

quali evitamento del problema, aggressività, congelamento emotivo ed in alcuni casi una vera e propria dissociazione della propria sofferenza; a tutto questo si accompagna spesso un attivismo di tipo ipo-maniacale.

Sappiamo che in seguito ad esperienze traumatiche si possono rilevare deficit di mentalizzazione nelle persone traumatizzate, un'incapacità a stabilire un contatto emotivo con la propria esperienza; in modo analogo anche i genitori di bambini autistici – se non aiutati ad elaborare il trauma – rischiano di non sviluppare una competenza riflessiva rispetto alla propria esperienza di genitore di un figlio autistico.

Sappiamo come sia vitale per chi ha subito un trauma potere essere riconosciuto nel proprio dramma, nel proprio disorientamento e di come sia altrettanto vitale potere reagire all'impotenza.

Riporto il brano di una intervista in cui la scrittrice Clara Sereni, madre di un ragazzo autistico, in una intervista a cura di Neri e Latmiral (2004), racconta il proprio impatto con la proposta di psicoterapia al figlio.

[Nonostante] tutta la mia disponibilità a tener conto degli strumenti [psicologici e psicoanalitici], quando ti dicono che tuo figlio, che ha tre anni, deve andare in analisi, è una delega talmente forte che non è semplice da mandare giù. A quel punto lì, pur non essendo impreparata a pensarlo, mi sono proprio sbarellata, mi venivano le visioni, me le ricordo ancora quelle visioni lì.

Credo allora che l'esperienza di questi genitori possa diventare doppiamente traumatica: primariamente a causa dell'impatto su di loro del disturbo del figlio e secondariamente per l'impatto con gli operatori a cui si rivolgono per essere aiutati.

A questo riguardo, mi sembra utile fare alcune considerazioni sulle diverse associazioni di genitori di persone autistiche che esprimono una particolare virulenza nei confronti della psicoanalisi.

Credo che all'origine di tante incomprensioni tra queste associazioni di genitori e gli psicoanalisti, ci sia l'esperienza traumatica, vissuta alcuni decenni fa (negli anni '70 e '80) da molti genitori di figli autistici, durante la ricerca di aiuto presso gli esperti di autismo dell'epoca, i quali si rifacevano

perlopiù a teorie eziopatogenetiche di ispirazione psicodinamica (più o meno pertinente).

All'esperienza traumatica di avere un figlio autistico credo si sia sovrapposta, in tanti casi, una ulteriore esperienza traumatica, determinata:

- dal non essere riconosciuti nella loro soggettività di persone che vivono una situazione drammatica, tutti protesi alla spasmodica ricerca di una soluzione che li liberi dal terrore,

- ed inoltre dal sentirsi considerati (in modo più o meno esplicito) dagli psicoanalisti dell'epoca come causa del disturbo dei loro figli, espropriati quindi della propria identità genitoriale ad opera di tecnici a cui veniva delegata la guarigione del figlio.

È questo a mio giudizio l'humus in cui sono cresciute alcune associazioni di genitori, all'interno delle quali, analogamente a quanto accade nelle famiglie, i fantasmi legati all'esperienza traumatica continuano ad essere trasmessi alle generazioni successive.

L'odio nei confronti della psicoanalisi assolve per altro anche a funzioni difensive, permette di affrancarsi dai sensi di colpa, di liberarsi dalle proprie impotenze, dal senso di intrattabilità e parallelamente di aggrapparsi alle certezze ed alla potenza degli interventi psico-educativi. Con il rifiuto della psicoanalisi si elimina tutto quanto rimanda al mondo interno, il dolore mentale, proprio e del figlio, viene dissociato e ci si può attestare su una posizione in cui non è più necessario pensare ma basta programmare e fare.

Sappiamo che una efficace modalità per affrontare il trauma, oltre al poter tradurre in parole la propria sofferenza, è quella di co-creare, insieme ad altri che hanno condiviso la stessa esperienza, delle narrazioni corali condivise. Le associazioni anti-psicoanalisi hanno trovato in Bettelheim – e per estensione nella psicoanalisi – un modo di narrare il trauma originario di loro genitori; l'esperienza traumatica di non riuscire a capire e non essere capiti dal proprio bambino prende la forma di una narrazione socialmente condivisa in cui c'è qualcuno che li ha fatti precipitare nel baratro ed ha impedito loro di capire ed aiutare il figlio.

Che fare?

Alcune brevi considerazioni finali su come coinvolgere i genitori all'interno di un intervento più globale con il figlio.

Dice Arietta Slade (2008):

Restaurare il legame mentale nella famiglia è il compito psicoanalitico fondamentale che si esercita attivando la comunicazione tra le menti dei genitori e del bambino.

I genitori necessitano di essere aiutati dagli psicoanalisti a sentire, a tollerare, ed elaborare i propri stati affettivi e le proprie fantasie nei confronti del figlio, quindi aiutati a comprendere che il proprio stato mentale ed il proprio comportamento hanno un effetto su di lui, sia in senso negativo, che positivo. Parallelamente i genitori hanno bisogno di essere aiutati a pensare la mente del bambino (con i suoi desideri, angosce e bisogni), rimanendo comunque in contatto con la propria mente. Per arrivare a questo i genitori devono capire innanzitutto di cosa soffre il figlio, che disturbo abbia.

È sicuramente difficile comunicare una diagnosi ai genitori, sappiamo che può avere un impatto traumatico, ma la mancanza di chiarezza genera inevitabilmente ambiguità e sfiducia negli operatori.

Oltre a capire di cosa soffre il figlio e come funziona la sua mente, i genitori debbono essere aiutati a pensare al disturbo del figlio come un fenomeno che ha un qualche senso, che è cioè il risultato di particolari stati mentali, di particolari suoi vissuti.

Come dice A. Slade (2009) “Nel lavoro clinico con i genitori non si tratta di rendere *conscio l'inconscio*, ma piuttosto di rendere conoscibile l'inconoscibile”.

Questo non vuol dire capire tutto, anzi si tratta di sopportare di non potere avere accesso pieno alla mente del figlio, il quale – da parte sua – necessita di genitori che riescano a recuperare un contatto con lui nella sua globalità e non solo nei suoi problemi.

Nel tentativo di aiutare i genitori ed i loro figli, da più parti è stato segnalato l'errore di mettere i genitori fuori dalla terapia del figlio, di allontanarli, di rimbalzarli da colleghi, che proteggessero così la terapia del bambino.

Dina Vallino (2004) ha descritto questa modalità come “una *difesa* degli analisti che ha imposto di realizzare da subito un’intimità col bambino, certo necessaria nella terapia ma assolutamente fuori tempo all’inizio del trattamento. La razionalizzazione secondaria che l’analisi dei bambini funzionasse come quella degli adulti nevrotici, giustificava il lasciare i genitori fuori della stanza dell’analisi. La conseguenza era che spesso i genitori si sentivano esautorati, esclusi ed erano portati ad interrompere la terapia [...] propongo una via di approccio che prevede la consultazione prolungata”.

Le modalità di lavoro con i genitori sono varie; oltre alla proposta di consultazione partecipata e prolungata della Vallino, mi sembrano interessanti il modello proposto dalla Slade (2010) così come quello proposto dai Novick (2005), modelli che prevedono da parte dello stesso terapeuta un lavoro parallelo sia con il bambino che con i genitori.

Ma queste sono considerazioni che esulano dalla presente relazione, in cui ho voluto focalizzare l’attenzione essenzialmente sui vissuti affettivi dei genitori.

BIBLIOGRAFIA

- Harper et. al. (2013), *Respite Care, Marital Quality, and Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders*, In “Journal of Autism and Developmental Disorder”, March 2013, Vol.43.
- Ingersoll et. al. (2011), *Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype*, In “Autism Research and Treatment”, Apr 2011.
- Lefèvre F. (1990), *Il piccolo principe cannibale*, Tr. it. Franco Muzio Ed., Padova 1993.
- Kuusikko-Gauffin et. al. (2013), *Social Anxiety in Parents of High-Functioning Children with Autism and Asperger Syndrome*, In “Journal of Autism and Developmental Disorder”, March 2013, Vol.43.
- Meltzer D., Harris M. (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*. Tr. it. Centro Scientifico Torinese, Torino 1986.
- Neri N, Latmiral S. (2004), *L’insostenibilità della speranza. Intervista a Clara Sereni*, In “Quaderni di Psicoterapia Infantile”, 48, 2004.
- Novick K.K., Novick J. (2005), *Il lavoro con i genitori*. Tr. it. Franco Angeli, Milano 2009.
- Slade A. (2008), *Working with Parents for Child Psychotherapy. Engaging the Reflective Function*, Tr. it., In Slade A. (2010), Op. cit.
- Slade A. (2009), *Mentalizing the Unmentalizable*, Tr. it., In Slade A. (2010), Op. cit.
- Slade A. (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Astrolabio, Roma.
- Vallino D. (2004), *La Consultazione Partecipata: figli e genitori nella stanza d’analisi*, In “Quaderni di Psicoterapia Infantile”, 48, 2004.
- Zablotsky et. al. (2013a), *The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression*, In “Journal of Autism and Developmental Disorder”, Aug 2013, Vol.43.
- Zablotsky et. al. (2013b), *The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders*, In “Journal of Autism and Developmental Disorder”, Jun 2013, Vol.43.
- Vasa et. al., (2012), *Mood disorders in mothers of children on the autism spectrum are associated with higher functioning autism*, In “Autism Research and Treatment”, Aug 2012.

CHI SONO QUESTI SCONOSCIUTI?¹

Lilia Gagnarli, Elena Guidi***

In questo breve intervento vogliamo soffermarci su due concetti: *Differenziazione e Conciliazione*.

Queste riflessioni nascono dalla considerazione che il rapporto genitori/figli è spesso usato come esempio di ascolto, accudimento, attenzione e comprensione; nella realtà è molto più complesso e articolato. La buona reciproca comprensione può essere appesantita e distorta dalle idealizzazioni che, come ben sappiamo, sono destinate, ad inesorabili delusioni, soprattutto con figli adolescenti; gli stessi ragazzi tendono ad esprimerle con rabbia e sterili rivendicazioni, mentre i genitori vivono umiliazioni e risentimenti.

Il *fraintendimento*, la difficoltà ad ascoltare e dare valore ai reciproci bisogni sono sempre in agguato e sembrano minare i buoni propositi di figli e genitori.

In questo contesto la domanda più comune che i genitori si pongono è: “Ma come è possibile che non capiscano tutto l’amore e l’attenzione che mettiamo? Che non capiscano che facciamo tutto per loro?”; ciò che pensano i ragazzi è invece riassumibile in: “loro non mi vedono, vorrebbero che fossi come vogliono loro!”.

Spesso i figli riescono fortunatamente a percepire che “arriva amore”, ma questo può non bastare; il modo di dare amore dei genitori può diventare troppo opprimente o troppo distante, mentre l’aspettativa dei figli è quella di essere visti e riconosciuti nel loro bisogno. Il bisogno di riconoscimento riguarda i figli tanto quanto i genitori, che desidererebbero essere confermati nelle loro scelte educative e nei modi attraverso cui esprimono il voler bene alla propria prole.

¹ Lavoro presentato alla Giornata “Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto” tenutasi a Firenze presso l’Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

* Psicologa, psicoterapeuta, membro associato S.I.P.P., didatta all’Istituto di Terapia Familiare di Firenze.

** Psicologa, psicoterapeuta, membro associato S.I.P.P..

Spesso sembra che fra genitori e figli ci sia grande distanza ma è proprio questo l'inganno: la distanza che emerge è il frutto della difficoltà ad accettare differenze e separazioni avendo l'ideale di un rapporto fusionale, senza limiti, dove il me e il non-me si con-fondono. Possono pertanto delinearsi rapporti dove le comunicazioni sono ambigue e vengono a mancare quelle forme genitoriali che danno consistenza al rapporto: non vengono posti rifiuti, introdotti confini, i conflitti vengono evitati così come le frustrazioni. I figli si trovano di conseguenza in uno stato di profonda solitudine, a vivere confusi nel deserto del tutto possibile o tutto sbagliato.

Per i terapeuti, sia che si incontri il figlio individualmente sia che si incontri soltanto la coppia genitoriale, il rischio è quello di lavorare per stimolare vicinanza e comprensioni quando in realtà l'aiuto più importante che possiamo offrire è quello di ascoltare e sostenere entrambi in un processo di differenziazione che consenta il riconoscimento reciproco dei bisogni. È soltanto promuovendo questa differenziazione che si pongono le basi per un processo di avvicinamento, caratterizzato da un effettivo rispetto e riconoscimento, all'interno del quale sarà possibile tollerare proprio quelle somiglianze da cui spesso si è desiderato allontanarsi.

La difficoltà – ma anche l'attraente peculiarità – del lavoro con adolescenti, con i giovani adulti e con i loro genitori è proprio quello di tenere presenti *e conciliare da un lato il processo verso l'autonomia e dall'altro il bisogno di mantenere la sicurezza del rapporto affettivo e di reciproco riconoscimento delle differenze.*

Ci piace sottolineare la parola *conciliare*. La parola integrazione attiene infatti sia al mondo interno quando parliamo di integrazione degli oggetti interni sia al mondo reale quando ci riferiamo a temi sociali, interculturali e soprattutto alla coppia (sia nella coniugalità che negli aspetti genitoriali); quando si parla di genitori e figli la parola *conciliare* esprime maggiormente la necessità di tenere insieme cammini paralleli, nel reciproco rispetto.

Questa esigenza, si osserva anche in relazione ad altre fasi del ciclo vitale, ma durante l'adolescenza dei figli, viene sicuramente messa maggiormente alla prova. Si tratta infatti di un momento in cui la *funzione riflessiva* reciproca è particolarmente sollecitata; essa è alla base della capacità di percepire che sono possibili *punti di vista diversi, senza che questo intacchi la solidità della relazione* e senza che i fantasmi di perdita dell'oggetto parentale nei

figli e filiale nei genitori provochino distanze irreparabili.

La conflittualità dei genitori nei confronti dei figli può derivare dalle identificazioni proiettive dei genitori sul figlio di oggetti significativi del proprio passato o da immagini non elaborate di se stessi in quanto bambini/adolescenti. Come dice Palacio Espasa, “i legami più conflittuali sono quelli che veicolano l'aggressività nei confronti della loro progenie: si tratta di un'aggressività fortemente contro-investita per evitarne l'accesso alla coscienza” (2001)².

La coscienza di queste proiezioni può avere delle importanti funzioni maturative, permettendo al genitore di rielaborare conflitti non risolti con gli oggetti del proprio passato.

Quando invece vi è un “conflitto di parentalità” (*Ibidem*) le proiezioni dei genitori tendono a negare aspetti di conflittualità della propria esperienza di figli e si esprimono con immagini assai idealizzate. Nell'interazione genitori/figli, quando l'investimento è prevalentemente narcisistico accade che il riconoscimento di certi conflitti sia totalmente negato, proprio per poter mantenere l'idealizzazione.

La negazione della conflittualità all'interno della storia dei genitori è spesso presente nelle patologie gravi: le reazioni dei genitori sono molto sollecitate nel presente e sono state spesso importanti anche nel passato; l'aggressività è di frequente molto forte e reciproca; sono mobilitate emozioni forti di preoccupazione, paura, odio e rifiuto.

Come sostiene Irene Ruggiero (2013)³ “Un elemento specifico del lavoro con gli adolescenti risiede nel fatto che il controtransfert verso l'adolescente include in modo complesso e articolato anche i suoi genitori, con cui l'analista ha un rapporto non solo reale (primi incontri, contratto etc..) ma anche fantasmatico”.

Appare pertanto necessario lavorare affinché il paziente possa diventare più consapevole della propria rabbia, ma anche di quella dei genitori verso di lui, senza restarne annichilito o dover rispondere con distruttività; può essere altresì necessario aiutare il giovane a poter percepire e tollerare il dolore o la paura dei genitori verso le proprie difficoltà, senza doverlo denegare o

² J. Manzano, F. Palacio Espasa, N. Zikha (2001), *Scenari della genitorialità*, Raffaello Cortina Editore.

³ I. Ruggiero (2013), *Controtransfert come ostacolo e come risorsa nel lavoro analitico con gli adolescenti e i loro genitori*, Relazione letta al Centro Psicoanalitico di Firenze.

sentirsi obbligato a farsene carico. In questo processo è centrale fare molta attenzione alle reazioni controtransferali anche verso i genitori, sia quando si presentano come oggetti interni del paziente, sia che siano realmente presenti con richieste di incontri, telefonate o interventi.

Sono situazioni in cui nel terapeuta viene molto sollecitato il riemergere di propri vissuti come figlio aggredito e impaurito, o rabbioso, sia quelli di adulto/genitore aggressivo e rifiutante, col rischio di potenziare le tentazioni salvifiche e protettive e/o di colludere col paziente o coi genitori.

Possiamo trovarci in difficoltà a mantenere la comprensione verso le emozioni del paziente e dei genitori, *correndo il rischio di non favorire un lento processo di consapevolezza delle diversità reciproche.*

Spesso i momenti difficili nel rapporto terapeutico, quelli in cui possono esserci fraintendimenti, delusioni e aggressività, sono momenti preziosi per affrontare “in vivo” questi temi. È importante considerare il proprio coinvolgimento per riconoscere quale ruolo il paziente stia tentando di attribuirci; per monitorare l’eventuale intrusione di proprie tematiche personali; per riconoscere con il paziente eventuali errori e misconoscimenti, al fine di costruire con lui le basi di una relazione basata sulla fiducia. Il giovane può allora cominciare a passare da “L’altro mi vuole imporre il suo punto di vista per schiacciarmi e umiliarmi” a “L’altro può sbagliare senza cattive intenzioni”, “possiamo avere punti di vista diversi senza doverci sentire distrutti o distruggere”. Può cioè giungere a comprendere che “Il terapeuta non è identico a sé, come non lo sono i genitori...”.

È un processo lento, non lineare, con momenti o periodi di sconforto per il giovane e per il terapeuta, ma che può, almeno in parte, avvenire.

“Senza la possibilità di condividere emotivamente con il paziente condizioni prolungate di sofferenza del sé. L’analista non potrebbe fornirgli interpretazioni vitali e profonde, fondate anche su quello che sente e non solo su quello che può astrattamente capire” (Ruggiero, 2013, cit.).

In queste situazioni, più che di interpretazioni si può parlare di condivisione, di confronto e soprattutto di comunicazione, spesso non verbale, della capacità di mantenere la fiducia e la speranza anche nei momenti di “bufera”.

In una terapia individuale i genitori sono comunque presenti soprattutto nella mente del terapeuta e come oggetti interni del paziente, a differenza di una terapia familiare, in cui sono realmente presenti insieme ai figli.

Nelle sedute congiunte prendono forma i fraintendimenti che abbiamo delineato in precedenza.

Spesso capita che nell’incontro tra genitori e figli emergano valutazioni e considerazioni reciprocamente così distanti da farci davvero domandare se si siano mai guardati e ascoltati. Spesso i genitori ritengono che il modo migliore per rispondere a comportamenti inadeguati dei figli sia mettere grandi distanze, silenzi, interruzioni della comunicazione; proprio questo comportamento viene utilizzato dai figli come incitamento a fare ciò che desiderano. Spesso, dopo questi momenti di silenzio, si succedono grandi vicinanze che prendono la forma di rapporti amicali o molto confidenziali, che disorientano ulteriormente, inducendo nei figli la sensazione di non avere basi sicure su cui poggiare il proprio percorso di crescita.

Quando nelle terapie congiunte succede qualcosa che fa sperimentare sia la distanza che la troppa vicinanza, è possibile che il terapeuta aiuti i genitori e i figli a prenderne coscienza.

Ma chiediamoci cosa succede al terapeuta quando si trova a contattare contemporaneamente bisogni e aspettative tanto distanti; come utilizzare i propri sentimenti affinché diventino veicolo di pensiero?

Come dicevamo prima il controtransfert verso l’adolescente include in modo complesso e articolato anche i suoi genitori; l’obiettivo – e al tempo stesso la sfida – del terapeuta è quello di trovare dentro di sé un affetto che appartenga agli uni e agli altri, che abbia un significato di avvicinamento e non di conflittualità. Pensiamo agli affetti di solitudine, di mancanza, di speranza; qualsiasi essi siano è fondamentale che emergano dai pazienti e che il terapeuta possa fungere da cassa di risonanza.

Soltanto attraverso il riconoscimento dei fraintendimenti sul piano della relazione e dei bisogni inappagati dei genitori – nella loro esperienza di figli – si può dar voce alle speranze e aspettative di ciascuno ed elaborare insieme le delusioni che si trasformano in capacità di vedere, dare valore ed accogliere le differenze, sostenendo il dolore che queste comportano.

Quando i genitori chiedono aiuto rispetto alle difficoltà che incontrano con i loro figli e si concorda una terapia e non sporadici incontri, lavoriamo specificatamente sul dare spazio alle rappresentazioni che ciascuno ha del proprio figlio; cerchiamo di proporre riflessioni su come queste rappresentazioni siano collegate alle esperienze ed aspettative sia di sé come figli che

come genitori rispetto alla propria funzione educativa. Le difficoltà coniugali potranno essere prese in considerazione solo successivamente quando i genitori stessi, una volta allentate le tensioni e le preoccupazioni per i figli, potranno eventualmente dare spazio ad una riflessione sulla propria relazione.

Riteniamo fondamentale il lavoro sulla differenziazione, che permette di cogliere nelle differenze aspetti meno alieni e di riconoscere che vi può essere qualcosa di proprio anche in ciò che, almeno inizialmente, poteva sembrare del tutto estraneo: questo può essere il cammino verso la conciliazione.

CRISI LATENTI E SEGNALI DI DISAGIO NEI PADRI E NELLE MADRI NELLA GRAVIDANZA¹

*Luigia Cresti Scacciati, Laura Mori**

Questo contributo deriva dal nostro lavoro anzitutto come partecipanti dell'Osservatorio della maternità interiore² e più recentemente anche dalle riflessioni scaturite all'interno di un gruppo di studio sulla costruzione della paternità interiore.

Con il concetto di “maternità interiore” si definisce il processo somatopsichico di sviluppo della identità femminile e di elaborazione di complesse rappresentazioni di Sé e del bambino, compiuto dalla donna in gravidanza e dopo. In questo percorso si intrecciano fantasie, desideri, sogni, angosce e si riorganizzano legami e relazioni affettive; un aspetto centrale è la creazione di uno “spazio interiore” come contenitore del bambino interno fantasmaticizzato, che prepara il rapporto col bambino reale esterno.

Il nostro interesse attualmente è quello di indagare sulla possibile esistenza di un analogo concetto di “paternità interiore”.

Accenneremo qui soltanto ad alcune delle *idee centrali* emerse dalla nostra riflessione sulla maternità interiore³:

- L'*unicità* di ogni costruzione della maternità interiore.
- L'esistenza di una condizione particolare nella donna di “trasparenza psichica”, descritta da M. Bydlowski come uno stato mentale tipico della gravidanza in cui la soglia di permeabilità all'Inconscio e al Preconscio si abbassa.
- L'importanza fondante dei complessi *movimenti identificatori* della ge-

¹ Lavoro presentato alla Giornata “Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto” tenutasi a Firenze presso l'Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

² Accanto alla promotrice Gina Ferrara Mori, hanno fatto parte del Gruppo: Luigia Cresti Scacciati, Maria Rosa Ceragioli, Linda Root Fortini, Isabella Lapi, Arianna Luperini, Marco Mastella, Fiorella Monti, Laura Mori, Cristina Pratesi, Gabriella Smorto.

³ Per approfondire cfr. Ferrara Mori G. (a cura di) (2008), *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*. Borla, Roma, 2008.

* Le autrici sono Psicoterapeute, Membri Fondatori e Didatti della A.F.P.P.

stante con la propria madre e il bisogno manifesto di figure di appoggio, soprattutto femminili.

- La presenza costante nella donna di situazioni di “crisi”, *più o meno latente*.

Con *crisi latenti in gravidanza* si intendono quegli *stati mentali* che, emergendo con carattere oscillante, si manifestano in relazione ad eventi ansiogeni – diversi a seconda delle varie fasi della gravidanza – o in risposta agli annunci provenienti dal monitoraggio biologico, oppure a particolari situazioni ambientali; talora queste fasi critiche dipendono dalle trasformazioni delle rappresentazioni mentali inconse.

Accanto ai frequenti riferimenti alla “gravidanza come crisi” – nel senso di perdita degli equilibri precedenti –, presenti nella vasta letteratura sull’argomento, anche nella nostra prolungata esperienza osservativa abbiamo potuto verificare nelle donne incinte il susseguirsi di una varia e mutevole gamma di condizioni emotive critiche, cui corrispondono rappresentazioni mentali o stati corporei, che attestano lo snodarsi di un profondo percorso interno di cambiamento e trasformazione identitaria, oltre che somatica; questo processo, dall’andamento discontinuo, comporta inevitabilmente di per sé la presenza di angoscia, ambivalenza e conflittualità, che, in diversa misura e con diversa intensità, si attivano in tutte le gravidanze: anche nel caso di un decorso “normale”, la futura madre può attraversare momenti in cui si sente non contenuta, compresa dall’ambiente o non in grado di contenere se stessa con le proprie parti adulte.

In una esperienza di “pre-infant observation” altrove descritta⁴, l’Osservatrice ha potuto ad esempio registrare nella giovane donna seguita, pur nel quadro di una costruzione positiva della sua maternità interiore, vari *momenti critici*: quello del *primo esame ecografico*, da lei molto investito emotivamente, ma che le impone in maniera imprevista e traumatica il confronto con un “oggetto esterno” connotato da una sconvolgente evidenza: le viene infatti comunicato dall’ecografista che si tratta non di uno, ma di due feti; tale annuncio, dato dall’ecografista con modalità impersonale e priva di empatia, scatena nella donna una prolungata tempesta emozionale, venata di rabbia nei confronti del medico; successivamente, lungo tutto l’arco della gravidan-

⁴ Cresti Scacciati L. e Pratesi C. (2008), *La Pre-Infant Observation*, in *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*, Op. cit..

za l’Osservatrice coglierà il suo sforzo di fronteggiare l’*angoscia suscitata dal fantasma del doppio, attivato dalla gemellarità*. Altri momenti di disagio rilevati sono stati quelli connessi con l’affiorare di *angosce claustrofobiche* (dal 3° mese in poi dice di respirare a fatica, verbalizza ripetutamente il bisogno di prendere aria), poi con il dover fronteggiare i cosiddetti “*lutti evolutivi*” (quali ad es. la necessaria rinuncia alla sua condizione di ragazza indipendente ed attiva ecc.) e infine con le *paure per il parto*; questi stati emotivi si esprimono via via in flash onirici in cui sogna ad es. “di essere sola in montagna col suo partner a passeggio... Non c’era niente che si riferiva alla gravidanza”.

Questi passaggi critici, comunque, si sono inseriti in un graduale processo di maturazione e arricchimento della identità femminile della donna, grazie sia al supporto familiare/coniugale offertole, ma ancor più alla possibilità di attingere internamente a un’immagine materna amorevole e supportiva. È stato interessante in questo caso il fatto di cogliere aspetti di continuità tra le rappresentazioni mentali della donna in gravidanza e il suo positivo rapporto con le due figlie dopo la nascita, lungo una catena “transgenerazionale” di identificazioni femminili.

In altri casi, invece, queste crisi “latenti” – potremmo dire anzi “silenti” – possono fornire dei segnali premonitori di una futura difficile relazione madre-bambino o addirittura di depressione post-partum.

In una situazione osservata dal 7° mese di gravidanza fino al 18° mese di vita del bambino, la giovane gravida, Deborah, non manifesta alcuna ansietà né esprime preoccupazioni o lamentele, ma sembra peraltro incapace di qualsiasi anticipazione immaginativa del futuro bebè.

Ecco un breve estratto della prima visita dell’Osservatrice a casa (2 mesi prima del parto):

È Paolo, il marito, che apre la porta sorridente all’osservatrice, la fa accomodare, poi le offre il caffè; intanto raccomanda alla moglie di non alzarsi dal divano, dice che penserà lui a tutto; quindi si mette di fronte alle due donne, sedute vicine, ed inizia un piccolo “interrogatorio” sul percorso universitario dell’Osservatrice, mentre la moglie commenta che lui, a differenza dell’Osservatrice, deve dare l’ultimo esame universitario da 12 anni! Paolo chiede poi all’Osservatrice se sarà interessata a vedere

anche lui con il bambino, e infine se lei stenderà qualcosa di scritto a conclusione dell'osservazione; è ancora Paolo che si preoccupa di annotare sulla sua agenda i numeri telefonici dell'Osservatrice, la quale riceve l'impressione che questa coppia abbia delle aspettative che vanno oltre l'osservazione: Paolo dice, ad esempio, di essere preoccupato che la moglie cada in depressione dopo il parto e quindi lascia intendere che si aspetta dall'Osservatrice un eventuale sostegno per lei. In questo contesto Deborah resta passiva, abbastanza sorridente per tutta l'ora; nell'ultima parte dell'incontro dice all'Osservatrice che il bimbo si chiamerà Matteo, e che i nonni lo aspettano con impazienza perché è il primo nipote. Parla anche dei nomi che le sarebbe piaciuto dare al bambino, se fosse stato femmina (cosa che, ammette, avrebbe preferito). Solo in extremis dice di essersi "sentita male" dopo il 4° mese, perciò ha dovuto mettersi a riposo, lasciando il lavoro; sembra comunque tranquilla, anche se le hanno anticipato che il bambino nascerà prima del tempo. Rispondendo alla domanda dell'osservatrice, accenna infatti che ha avuto una minaccia di aborto e soffre di gestosi ed ipertensione.

Già in questa prima osservazione ci ha colpito il contrasto tra l'efficienzismo ansioso del marito e la passività della donna, i cui vissuti emotivi e fantasmatici risultano pochissimo visibili. Il feto sembra vissuto, dal punto di vista fantasmatico, come scisso dal contesto emozionale. I dati che emergono con maggiore evidenza sono quelli somatici (minaccia d'aborto e rischio di parto prematuro); questi sintomi fisici ci hanno fatto pensare ad una espressione "diretta" nel corpo di aspetti profondamente conflittuali che non possono essere accolti nella mente.

Nella discussione di gruppo ci si è chiesti se il clima ostentatamente amichevole copra zone di cose non dette, ansiogene, che potrebbero poi trasformarsi in angoscia e conflitto più aperto. Si è riflettuto a lungo sulla figura del marito, sul suo atteggiamento iper-protettivo, ma insieme sul suo bisogno di essere considerato come protagonista attivo: si potrebbe pensare – ci siamo chiesti – ad una ri-attualizzazione di vissuti edipici di esclusione, o forse prevalgono sentimenti inconsci di competizione e invidia rispetto alla creatività della donna? Questo futuro-padre riuscirà a fare appello alle sue componenti femminili e svolgere la funzione di "serra calda", come dice Meltzer, rispetto

alla coppia madre-bambino? E ancora, quali fantasmi potranno "abitare la nursery" dopo la nascita del bebè? Gli aspetti conflittuali latenti potranno andare successivamente a "depositarsi" sul bambino?

Vedremo in effetti, più avanti, il configurarsi di una peculiare relazione di coppia, che si manifesterà specie in relazione alle cure del bambino, dopo la nascita.

Il percorso dell'osservazione dalla nascita ai 18 mesi

Nei primi mesi la giovane madre appare molto in difficoltà con il bambino, di cui sembra non riesca a cogliere i bisogni, rispondendovi in modo adeguato... (i pianti sono per lei sempre e soltanto una richiesta di cibo); Deborah allatta Matteo fino al 6° mese, ma, le rare volte che l'Osservatrice assiste alla poppata, la descrive come un'esperienza penosa, carica di ansia, dolore (la donna ha le ragadi al seno), espressi in modo enfaticizzato e teatrale... Quanto a Paolo che pure appare disponibile, attento e molto desideroso di relazionarsi al bambino, sembra soffrire per la sua esclusione dalla diade e talora afferma con sarcasmo che "verrà il suo turno!"... l'Osservatrice nota spesso che Deborah cerca di "dirigere" molto il rapporto tra Paolo e il bambino, come se il marito fosse un incapace e tutto dovesse quindi passare sotto il proprio controllo. Man mano che il bambino cresce sembra che, di fronte alle sue varie manifestazioni, ci sia ogni volta il problema di stabilire "quale dei genitori ha potere su di lui".

Lungo tutto l'arco dell'osservazione, sono riemersi con crescente evidenza quei sentimenti di *rivalità*, *competizione nella coppia*, dei quali si era avuto sentore già prima della nascita del bebè; il faticoso tentativo del padre di farsi spazio nella diade madre-bambino sembra riuscire in maniera molto parziale, ed il piccolo appare spesso vissuto dalla madre come "possesso" personale, erotizzato, più che come frutto dell'unione di coppia.

Questo breve estratto clinico-osservativo ci conduce a quello che è un focus importante della nostra riflessione. Cosa significa per l'uomo diventare padre? Si può pensare ad un processo simile o sovrapponibile a quello che si configura nella costruzione della maternità interiore? Quali differenze ci sono in questi due processi? E quali sono i punti critici più ricorrenti e si-

gnificativi? È appunto su questi temi che ci stiamo interrogando nel Gruppo di studio sulla costruzione della paternità⁵, considerando anche come oggi-giorno è cambiata la funzione paterna e vi è una grande plasticità di ruoli e funzioni genitoriali.

Quasi tutti gli Autori che si sono occupati di queste tematiche (A. Pazzagli, P. Benvenuti et. al., S. Missonnier, R. Benedek, F. Palacio Espasa, J. Raphael Leff) considerano che il “passaggio alla paternità” comporta degli importanti riassetto nello psichismo dell'uomo così come nella relazione con la propria partner, tanto da considerarlo come una vera e propria “crisi” di identità (Benedek, 1959; Revault d'Allones, 1991). Questa crisi, che si manifesta all'inizio della gravidanza e fino ai primi mesi – almeno – della vita del neonato, assume delle dimensioni considerevoli soprattutto quando il neonato è il primogenito. Inoltre questa esperienza, che costituisce un punto nodale del ciclo vitale, è fortemente intrisa di influenze sociali e culturali e dipende dalla specifica strutturazione psichica di ciascun uomo⁶.

In modo molto simile alla donna, forse attingendo alle proprie parti femminili, si riattivano nei padri le esperienze infantili della conflittualità con i propri genitori (es. un padre definisce i suoi sogni sui genitori “brutta roba”) e reviviscenze edipiche di gelosia (es. sentirsi relegati al ruolo di spettatore, pensare che la donna non si occupi più di loro e che li sfrutti). Anche negli uomini l'accesso alla paternità sembra implicare un percorso di riorganizzazione e riadattamento delle proprie identificazioni genitoriali, preliminare al trovare una nuova identità come padre; ad esempio ha raccontato M. Cenerini, un giovane psicologo che si occupa di Gruppi di Accompagnamento alla Paternità, che nella sua esperienza al G.A.P., il tema del ritorno al proprio sé bambino e alla propria esperienza filiale compare spesso nei discorsi dei padri, specialmente nell'incontro dedicato alla sala parto, come se con il parto – primo momento di conoscenza del figlio – i padri riprendessero contatto anche con il bambino che sono stati. Talora si coglie in loro la speranza che il senso di essere spettatori venga messo in fuga con la nascita (“con il parto torneremo ad essere centrali, vero dottore?”): quando i padri acquisteranno

⁵ Partecipanti: Maria Rosa Ceragioli, Luigia Cresti, Elisabetta Fattirolli, Carla Italiano, Isabella Lapi, Elisa Larini, Arianna Luperini, Franco Mori, Laura Mori, Cristina Pratesi, Gabriella Smorto e Angela Gonnelli.

⁶ Naziri D.; Dragonas T., *Le passage à la paternité: une approche clinique*, in “La Psychiatrie de l'enfant”, 1994, vol. 37, no 2.

di nuovo un ruolo presso la donna e vedranno il figlio, lo potranno sentire appartenente a sé e iscriverlo nella propria discendenza⁷.

In questo periodo anche per i padri c'è quindi una sorta di *trasparenza psichica* (Missonnier⁸ parla di padri “psichicamente incinti”, che attraversano in questo periodo una fase di riassetto psichico che mette profondamente in crisi la loro storia evolutiva individuale e generazionale).

Per quanto riguarda il “riassetto identificatorio” è di fondamentale importanza *l'identificazione con il proprio padre*, proprio in connessione con il riemergere di conflittualità edipiche e pre-edipiche, in analogia, appunto, con la trasparenza psichica della donna. Gli uomini che non riescono a sistemare i loro rapporti con il proprio padre durante la gravidanza, diventano progressivamente sempre meno capaci di trovare dentro di sé un mentore maschile che li protegga da un'identificazione femminile.

Un altro aspetto cruciale è *l'identificazione, da parte del padre, sia con le proprie parti femminili che con la partner*; si deve considerare, infatti, che esiste una fondamentale differenza nel processo di transizione alla paternità rispetto a quello verso la maternità: manca infatti nell'esperienza maschile la base biologica, concreta, il che fa sì che la paternità sia essenzialmente un fatto mentale, simbolico; come aveva già scritto Freud, la maternità è *percepita* mentre la paternità è *congetturata*⁹. La madre vive l'esperienza della maternità nel proprio corpo: sente il cambiamento e la trasformazione dentro il corpo; un padre in gravidanza non ha nessun contatto fisico o sensoriale con il figlio e non può prescindere, per qualsiasi rapporto con esso, dal coinvolgimento nella relazione con il corpo della compagna.

Perciò la possibilità o meno di identificarsi con la partner, mantenendo però uno spazio proprio, distinto da lei, è fondamentale. Le funzioni dei nuovi padri vanno oltre quelle messe in luce dalla teoria Freud-Lacan (funzione di “terzo”): oggi-giorno i nuovi padri partecipano alle cure del bebè, si offrono come figura di attaccamento sostitutiva che aiuta il neonato ad accettare l'alternanza di altre persone alla presenza della madre. Inoltre, nelle situazioni di crisi e/o di fraintendimento tra madre e bambino il padre può svolgere importanti compiti di modulazione e risoluzione di tale conflitto

⁷ Dalla Memoria 12° dell'incontro del 19 aprile 2013.

⁸ S. Missonnier (2005), *La consultation thérapeutique périnatale*. Ediz. Érès.

⁹ “... la maternità è provata dall'attestazione dei sensi, mentre la paternità è ipotetica, costruita su una deduzione e una premessa.” (Freud S., 1934-1938).

(Vallino, 2004): “*padre consulente*” (figura di riferimento che aiuta), “*padre care-giver*” (sostituto della figura materna); talora può anche, al contrario, aggiungere fraintendimento alle richieste del bebè. Per quanto poi riguarda quel comportamento iper-sollecito che hanno alcuni padri nei confronti della partner incinta, lo si può considerare come uno sconfinamento nel campo della “preoccupazione materna primaria”; ma le valenze “controllanti” che talora questa preoccupazione assume ci orienta piuttosto in direzione di aspetti di rivalità/invidia, ipercompensati, rispetto alla donna, come abbiamo visto nella vignetta osservativa riportata prima.

La “roccia” biologica legata al genere sessuale, della quale parlava Freud, comporta differenze, tra l’uomo e la donna, nei momenti di criticità nel corso della gravidanza e del periodo perinatale. Abbiamo quindi individuato alcuni momenti e alcune aree che possono risultare occasioni di crisi latenti o anche sfociare in situazioni di disagio più consistenti e durature:

- *Gli annunci*: manca al padre la possibilità di ricevere annunci dal dentro del proprio corpo, al massimo vi possono essere annunci dal percepire che nel corpo della partner sta avvenendo qualche trasformazione (l’odore, un maggior turgore ecc.) prima ancora di avere prove tangibili della gravidanza. L’annuncio viene per lo più fatto verbalmente dalla partner (o da figure vicine) e può generare sensazioni di incredulità, dubbio o addirittura di rifiuto, soprattutto quando non consegue a un desiderio o un progetto cosciente di avere un figlio. (Dal dubbio di San Giuseppe, padre putativo, al film *La marchesina von O*, di E. Rohmer; come ci ricorda M. Bydlowski: “*Mater semper certa est, pater numquam*”).
- *Mancanza, nel padre, di quella comunicazione interna, diretta e intima con il feto*, specifica dell’identità materna. Nel futuro padre non ci può essere l’ormai dimostrata ed esplorata “interazione materno-fetale”; essa può essere fantasticata, pensata, ricostruita ma è sempre mentale e comportamentale; fa parte della costruzione della futura paternità e dipende da molti fattori (culturali, di personalità, relazionali ecc.).

Riportiamo qui un esempio tratto da un corso di preparazione alla nascita in cui erano presenti sia padri che madri¹⁰:

Il signor I. dice: “adesso io ci parlo così tanto con la bambina (nella pancia della mamma)... Lei si muove così tanto nella pancia... bussa... e allora io ci metto la mano sopra e ci parlo.. Pensavo di dover essere io a bussare invece è lei che bussa... e io le metto la mano e ci parlo.. ora aspetto che nasca”.

In questo caso si vede come un padre possa stabilire un collegamento con il bambino nella pancia della madre, senza invaderlo.

Da questa mancanza di contatto reale si può pensare che quel processo di *oggettivazione del bambino* (dal bambino interno al bambino prima virtuale e poi reale), che avviene nel corso della gravidanza nella futura madre (e che è stato descritto da M. Bydlowski e B. Golse), avvenga in maniera diversa nel futuro padre.

Per questo motivo può avere un’influenza così importante la presenza del futuro padre nella stanza dell’ecografia. In una esperienza osservativa¹¹ nel momento dell’esame ecografico, svolta in un ambulatorio pubblico, è stato rilevato in molti uomini – specie quando si tratta di una prima gravidanza – una certa esitazione ad avvicinarsi alla realtà del feto; a ciò sembra incoraggiarli la descrizione dei movimenti del feto e delle dimensioni sufficientemente grandi, da parte dell’ecografista, come se ciò favorisse l’identificazione del futuro padre con un bambino/pene forte e vitale!

Un aspetto importante da considerare riguarda la formazione di sintomi, soprattutto psicosomatici, e le ossessioni ipocondriache così frequenti¹² nei futuri padri nel corso della gestazione, che possono essere considerate come un modo per affrontare la rivalità/invidia per la funzione creativa della partner.

- Un altro punto importante è *come viene vissuta la sessualità*: mentre la donna ha un contatto diretto con il bambino dentro di lei, per i padri il contatto più diretto con il bambino è mediato dal rapporto sessuale, ma esso è spesso vissuto come pericoloso, in quanto in fantasia c’è il rischio di far del male (o di violare la sacralità della donna?). La perdita della sessualità contribuisce moltissimo a rendere i padri spettatori, che devono attendere: emerge infatti spesso la loro preoccupazione per il dopo... quando potran-

¹⁰ R. Coveri, M. Monticelli, “Pensavo di dover essere io a bussare, invece è lei che bussa...”. Riflessioni sul lavoro con un gruppo di genitori in attesa della nascita di un bambino. Relazione presentata al V° Congresso Internazionale per insegnanti di Infant Observation, Londra 2009.

¹¹ Cresti Scacciati L. (2008), *Ecografia e processi interiori*, In *Un tempo per la maternità interiore*, Op. cit..

¹² Secondo J. Raphael Leff, circa in metà della popolazione dei padri in attesa.

no tornare ad essere una coppia sessuale?

Alcuni padri possono trovare il corpo gravido della partner stranamente poco desiderabile e sentirsi difensivamente lontani o disturbati dal suo diventare madre, che la rende quindi edipicamente proibita. Per l'uomo il corpo con cui adesso fa l'amore non è più quello pre-gravidico che ha concepito suo figlio: "Ho sposato un'automobile sportiva ma da un giorno all'altro è diventata un autobus." (Raphael Leff¹³).

- *Partecipazione al parto*: se in passato i padri stavano, per lo più, "in prossimità" delle madri che partoriscono (non troppo vicini, magari separati da una parete, o fuori dalla porta), oggigiorno invece la loro presenza in sala travaglio è diventata una prassi comune, che genera reazioni diverse sul piano emozionale (essere solo spettatori, senso di esclusione da una vicenda importante, senso di impotenza ecc.)

In questo breve articolo abbiamo delineato i differenti stati mentali intrapsichici ed identitari delle future madri e dei futuri padri nel corso della gravidanza; certo che ancora molto rimane da esplorare nel "continente oscuro" della paternità.

GENITORI MANCATI OVVERO LA NECESSITÀ DI SOFFERMARSI SUL LIMITE CON UNA COPPIA SENZA FIGLI

Livio Comin, Omero Sacchetti**, Lucia Zani****

In una coppia la possibilità di avere figli rappresenta anche una opportunità per sperimentare la propria vitalità. Non sempre però, al desiderio fa seguito la possibilità reale. In simili circostanze, la relazione di coppia entra in crisi ed è necessaria una riorganizzazione profonda e spesso sofferta. Giungono alla nostra osservazione coppie in fase più o meno avanzata di "riparazione", magari quando sono già in corso separazioni, pratiche di adozione, tentativi di procreazione assistita.

Ci siamo chiesti: è possibile giungere ad una riparazione efficace, senza essersi soffermati ad ascoltare ed elaborare il dolore che la percezione della "condizione di impossibilità" impone? E soprattutto: senza compiere una simile operazione è possibile che la vita di coppia continui ad essere trofica e creativa? È possibile che la coppia mantenga comunque una sufficiente vitalità, una rifondazione basata su collusioni ancora fertili, piuttosto che su patti denegativi? (Kaes 1989).

Non si può impostare un processo terapeutico senza porsi il problema di evitare che la ferita non rimarginata del desiderio frustrato depositi sulla coppia o nelle generazioni successive contenuti psichici tossici, fantasie non elaborate (Losso, 2010). Partendo da questo presupposto, quando viene a mancare la possibilità di essere genitori di figli propri, l'elaborazione della perdita – attuale e nella proiezione di sé nel futuro – assume in terapia un significato centrale. In simili circostanze è più che mai utile porre attenzione

¹ Lavoro presentato alla Giornata "Diventare genitori ed aver bisogno di aiuto" tenutasi a Firenze presso l'Istituto Stensen il 7 dicembre 2013.

* Psicologo ASL 10 Toscana, psicoterapeuta, membro C.R.P.C-F.

** Dirigente Psicologo ASL 11 Toscana, Responsabile UOS Psicologia Infanzia e Adolescenza, Presidente C.R.P.C-F.

*** Psichiatra, psicoterapeuta C.R.P.C-F.

¹³ J. Raphael Leff (1993, 2001), *Pregnancy. The inside story*. London, Ed. Karnac.

ai fenomeni che si possono attivare nello psichismo individuale e di coppia, e a come questi fenomeni si possano rintracciare e sviluppare nel setting terapeutico.

Segnaleremo alcuni aspetti di questa complessa problematica ricorrendo agli spunti che propone un saggio scritto da due filosofi, Francesca Rigotti e Duccio Demetrio, per soffermarci poi su elementi clinici di una coppia in terapia.

Nel saggio “Senza figli” (2012), F. Rigotti e D. Demetrio – diversi per genere e genitorialità (lei figli, lui no) – si sono messi in gioco, anche nel raccontare la propria esperienza, dentro la cornice “filosofica” dell’incompletezza umana. Gli Autori propongono l'essere “senza figli” come uno dei tratti caratteristici della società contemporanea, società permeata dall'idea di legami non rescissi, di genitorialità permanente, di autonomia mancata, di relazioni di coppia a breve termine, nella continua ricerca di novità. Si soffermano sulla mancanza e sul vuoto che irrompono nella vita di chi si trova in tale condizione, e considerano gli affetti legati a questi momenti intensi, dolorosi ma anche, ed è questo che ci è sembrato interessante, portatori di conoscenza. Sostengono infatti che la presenza nella società di persone che restano senza figli, anche per scelta, ha una valenza terapeutica in quanto sottolinea un vuoto che sottende i limiti di questa civiltà della pienezza e della sazietà.

Chi è senza figli può simbolicamente farsi carico per noi tutti di grandi paure, come quella della solitudine dell'andare incontro ad una vecchiaia in cui a curarti saranno volti estranei e anonimi. Si trova ad affrontare il lutto non per ciò che si è perso, ma per quanto non si è mai potuto conoscere. Insomma, l'essere “senza figli” viene proposto da F. Rigotti e D. Demetrio come la prova stessa di una verità della nostra condizione umana, ossia la verità che siamo “limitati” e “mancanti”.

Queste riflessioni ci hanno accompagnato nell'approfondire alcuni aspetti del lavoro terapeutico, soffermandoci particolarmente su quello controtransferale nel lavoro con coppie infertili, nel senso di mantenere l'attenzione sul controtransfert resistendo alle tendenze di fuga nell'“onnipotenza terapeutica”. Tanto più che la sfida psicoanalitica, che è partita dall'attenzione alla sessualità e si è progressivamente spostata sull'elaborazione del lutto, ci sembra si stia dirigendo sulla tolleranza dell'impotenza.

Di seguito proponiamo un breve stralcio di materiale clinico.

Carlo quando saluta all'ingresso sembra un bambino timido, mentre Eleonora ha quasi sempre un largo sorriso che pare voler accogliere chi l'accoglie.

Entrambi sistemano le loro cose con cura prima di sedersi, lei sempre sulla sinistra del terapeuta, lui sulla destra.

L'inizio è carico di attese, promettente, affettivamente fertile e poi, per mesi, si sviluppa una scena che si ripete: raccontano qualcosa, si coglie che potrebbero trovarsi su qualche elemento e contattare una reciproca soddisfazione, risuonare intimamente e, a quel punto, Carlo esprime “impossibilità”. Lui è inferiore, un maschio inferiore. Da quando si è scoperta la sua infertilità, è un reietto.

Questo senso di impossibilità, impotenza, mancanza permea molte sedute.

La speranza presente all'inizio si trasforma sempre in delusione; ogni tanto si consolano ricordando che un anno prima, all'inizio della terapia, non c'era nessun embrione, c'era solo il desiderio di separarsi, di farla finita.

Dopo la ripresa dalla pausa estiva si presenta lo stesso scenario con un aumento dei vissuti di pesantezza, d'impotenza che invadono anche il terapeuta fino al giorno in cui, affaticato fisicamente e mentalmente, lascia che la seduta diventi più colloquiale. Non mantiene il consueto ascolto, la consueta distanza terapeutica, ma si fa guidare ed interagisce con i contenuti da loro portati, come per intrattenere.

A fine seduta si ritrova con un pensiero catastrofico: i pazienti faranno degli agiti, non torneranno. Elementi angoscianti non digeriti dallo stomaco ruminante della seduta intossicheranno il legame affettivo della coppia e il legame terapeutico, col rischio di spezzare l'uno e l'altro.

Alla seduta successiva, sorprendentemente, inizia Carlo raccontando che durante la settimana hanno parlato molto e che hanno avuto momenti di intimità molto affettuosi. Verso la fine accennano all'ipotesi di una possibile adozione, fino ad allora scartata come soluzione inadeguata ed insufficiente.

Nelle sedute successive si osserva una continua alternanza fra vecchio e nuovo funzionamento di coppia. Possiamo ipotizzare che la novità stia nel fatto che i due coniugi abbiano attivato una propria funzione-contenitore, che avrebbe avuto la sua gestazione nella fase precedente, e che si sarebbe consolidata grazie all'aver potuto depositare elementi vissuti come catastrofici nel terapeuta (Bion, 1982) che a fine seduta si è trovato a pensare che tutto

potrebbe crollare.

In una seduta recente, i due coniugi hanno raccontato di come siano rimasti soli via, via che le coppie del gruppo di amici cui appartenevano avevano avuto figli, e di come abbiano cambiato abitudini e modo di vita. È emersa l'immagine di loro come due naufraghi che approdano senza rendersene conto su una riva sconosciuta, con dietro la carcassa della propria nave affondata, ed è stato finalmente possibile soffermarsi sul senso di solitudine e di impossibilità vissuto.

Ci siamo domandati se il fatto che il terapeuta abbia toccato il limite della propria capacità di accoglimento, il proprio senso di incapacità, nella seduta colloquiale, non abbia attenuato nella coppia sensi di colpa e angosce catastrofiche che, depositate su di lui, abbiano permesso alla coppia di riacquisire la "capacità di amare" (Fornari, 1964). Spesso, infatti, sono proprio gli elementi di colpa intollerabili, proiettati sul coniuge, alla base di molte separazioni. È presumibile che, nella seduta con Carlo ed Eleonora, tracce di tali elementi di colpa, presenti nella relazione di coppia, siano state depositate nel "campo" della relazione terapeutica e registrate dal terapeuta nel controtransfert, favorendo così lo sviluppo del pensiero e delle potenzialità trasformative e anche lo svilupparsi di uno spazio accogliente e creativo, liberato da rappresentazioni mostruose o mortifere.

Il terapeuta ha probabilmente "addomesticato" una quota di narcisismo distruttivo, favorendo il crearsi di una sosta-ospitale. Ha funzionato da "incubatrice" attivando una qualche funzione-contenitore nella coppia. M. Khan (1990), parafrasando un passo di R.M. Rilke, parla di tenere il terreno "a maggesi" cioè di fare tutto il necessario per preparare il terreno a tornare pronto per la semina. Potremmo anche domandarci se tutto ciò non sia riconducibile anche ad un movimento "generativo".

Freud si è riferito genericamente all'*istinto di voler generare* (Freud, 1915). Oggi sappiamo che lo sviluppo della psicoanalisi ha integrato concezioni "istintiviste" con altre "relazionali" (per altro, ciò di cui non abbiamo conoscenza lo rappresentiamo come automatico e tendiamo ad attribuirlo al biologico).

Riguardo alla donna, Ammaniti ha evidenziato come il desiderio di generare sia riconducibile anche a dinamiche della propria infanzia e ai primitivi rapporti con la madre (Ammaniti, 1992). E ancor prima Erikson ha descritto

come lo sviluppo di una "genitalità" declinata nella reciprocità può portare al superamento del narcisismo individuale sotteso alla generatività, intesa come struttura psichica che tende alla trasmissione di sé stessa (Erikson, 1982). Generatività da non confondere con la genitorialità.

Tagliacozzo che si è ampiamente occupato dei "difetti della relazione primaria" – cercando di conciliare il modello delle pulsioni psichiche kleiniane, con quello del bambino deprivato (Kohut 2006) – sostiene che la nascita psichica, la coesione e la consistenza del Sé richiedono un ambiente capace di corrispondere empaticamente ai bisogni dell'infante. L'esistenza psichica del bambino è messa a dura prova, non solo da un'angoscia di morte, proveniente dall'interno, ma anche da microtraumi continui espressi dalle proiezioni dei genitori sulla mente del bambino. La fragile fiducia di esistere è esposta ai "bombardamenti delle aspettative dei genitori, del non poter essere sufficientemente accettati per sé, ma solo per i compiti e per le attese relative ad un dover essere".

Un simile problema può disturbare gravemente, può accadere infatti che la parte più profonda e autentica di sé, impossibilitata a svilupparsi, sia vissuta come qualcosa di mostruoso e impensabile, e che l'io sia molto impegnato a mascherarla, danneggiando così le proprie aspirazioni e i propri desideri, piuttosto che sollecitare accoglimento e cura per i suoi aspetti più menomati e bisognosi.

Tagliacozzo sostiene inoltre che se le relazioni primarie non evolvono normalmente dalla fusionalità alla separatezza, impediscono la tolleranza per un terzo e possono pertanto compromettere vari aspetti della vita mentale.

Ci siamo chiesti e pensiamo che tutto questo possa riguardare anche la generatività nella coppia.

L'accompagnare una coppia nel superamento di una mancanza, necessita da parte del terapeuta, per non diventare a propria volta impotente, il mantenere nella propria mente la possibilità di un embrione di pensiero che potrebbe essere distruttivo, mostruoso, morto.

Cercare di sostenere l'attesa prima di riuscire a dare senso a ciò che sottende l'impotenza percepita contro-transferalmente anche in maniera fisica, può facilitare il terapeuta a tollerare la situazione di sterilità intersoggettiva e a mantenere viva una speranza che non c'è.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M. (1992), *Gravidanza e maternità fra rappresentazioni e narrazioni*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.
- Bion W.R. (1982), *Trasformazioni*, Armando, Roma.
- Demetrio D., Rigotti F. (2012), *Senza figli. Una condizione umana*, Raffaello Cortina, Milano.
- Erikson E.H. (1982), *Infanzia e società*, Armando, Roma.
- Fornari F. (1964), *Psicoanalisi della guerra*, Armando, Roma.
- Freud S. (1915), *Metapsicologia*, in *Opere*, Vol. VIII, Boringhieri, Torino.
- Kaes R. (1989), *Le pacte dénégatif dans les ensembles trans-subjectifs*, in Mis-senard A. et. al., *Le negative, figures et modalités*, Dunod, Paris.
- Khan M. (1990), *I sé nascosti*, Boringhieri, Torino.
- Kohut H. (2006), *La ricerca del sé*, Boringhieri, Torino.
- Losso R. (2000), *Psicoanalisi della famiglia*, Franco Angeli, Milano.
- Stern D.N. (1995), *La Costellazione materna*, Boringhieri, Torino.
- Tagliacozzo R. (1985), *Angosce fusionali: mondo concreto e mondo pensabile*, in "Rivista di Psicoanalisi", 31/3, pp. 290-98.
- Tagliacozzo R. (1993), *Considerazioni sul Sé e sul sentimento di colpa inconscio Istinto di morte e diritto alla vita*, in "Rivista di Psicoanalisi", 39/1 pp. 9/19.

Ancora sulla genitorialità

ESSERE SORELLA, DIVENTARE MADRE

*Elisabetta Fattirolli **

La psicoanalisi per molto tempo si è occupata relativamente poco della rilevanza clinica delle relazioni fraterne.

È solo in anni recenti, a partire dagli anni '80, che il tema dei fratelli, come elemento costitutivo della costellazione familiare, ha suscitato un crescente interesse, basti pensare alla ricerca della Yale University – i cui risultati furono pubblicati su *The Psychoanalytic Study of the Child* (1982-1983) – ai lavori di Kaës (1993, 2003, 2008), Kancyper (1997, 2004), Sharpe e Rosenblatt (1994), Mitchell (2000), Coles (2003, 2010), Magagna (2005, 2011). In Italia ai lavori di Brunori (1996, 1999), Algini (2003), Trapanese e Sommatico (2008), Vallino e Macciò (2004, 2008), Mori (2004, 2012).

In questi lavori viene sottolineato il ruolo delle relazioni fraterne (reali o fantasmatiche) nel modellare il mondo interno. Le rappresentazioni inconse, i sentimenti e le fantasie che circolano in tali relazioni occupano un posto importante nella complessità della vita emotiva.

Kaës (2003) definisce il complesso fraterno come “un’organizzazione fondamentale dei desideri amorosi, narcisistici e oggettuali, dell’odio e dell’aggressività nei confronti di quell’altro che un soggetto riconosce per fratello o sorella. Questo complesso s’inscrive dunque anche nella struttura delle relazioni intersoggettive organizzate dalla rappresentazione inconscia delle collocazioni correlate occupate dal soggetto, dal fratello e dalla sorella, in rapporto all’oggetto del desiderio della madre e/o del padre. Esso qualifica per ogni soggetto, figlio unico o membro di una fratria, un’esperienza fondamentale della psiche umana.”

* Membro Ordinario A.I.P.P.I. Associazione Italiana Psicoterapia Psicoanalitica dell’Infanzia, dell’Adolescenza e della Famiglia. Socio fondatore A.M.H.P.P.I.A. Associazione Martha Harris Psicoterapia Psicoanalitica dell’Infanzia e dell’Adolescenza.

Kancyper (1997, 2004) si è occupato in modo approfondito della problematica fraterna nei suoi lavori sostenendo che il “complesso fraterno”, nonostante possa intrecciarsi con il complesso edipico, ha una sua specificità, non essendone una semplice conseguenza o appendice. La costellazione fantasmatica del complesso fraterno scaturisce dal confronto con l’altro – l’intruso, il doppio – e implica dei compromessi narcisistici sia che il fratello sia “vivo, immaginario, abortito, vincente, privilegiato, fallito, arrabbiato” (1997). “Di solito i suoi effetti sono tali da poter segnare il destino del soggetto e dei suoi discendenti” (1997).

Questa organizzazione psichica si esprime dunque in una grande varietà di fantasie, rappresentazioni e affetti, complementari e contrapposti fra loro e ha una funzione strutturante anche indipendentemente dall’esistenza di fratelli reali.

In vari momenti salienti della vita di ciascuno le tematiche rispetto al vissuto fraterno si riattivano, in modo particolare ad esempio nella scelta del partner, nei rapporti di lavoro e di collaborazione professionale e alla nascita dei figli.

Vari Autori tra cui Sharpe e Roseblatt (1994) ritengono che il matrimonio e la nascita dei figli siano potenti stimoli per fare riemergere i conflitti fraterni ed edipici non risolti.

Brunori e De Nunzio (1999) osservano che “quanto è sedimentato nell’area relazionale interna rispetto al fraterno si attiva ogniqualvolta che si verificano situazioni capaci di evocarla, ad esempio l’arrivo di un figlio”.

Anche Kris e Ritvo (1983) sostengono che il modo in cui è stata vissuta la relazione fraterna ha una profonda influenza nell’intero ciclo di vita di una persona ed in particolare alla nascita dei figli: “Le attitudini dei genitori verso un figlio possono essere determinate in modo potente dalla relazione con un proprio fratello”

Il diventare genitori è ritenuto dunque un momento nel quale sia l’uomo sia la donna si trovano alle prese con i rapporti interiorizzati non solo con i propri genitori, ma anche con i fratelli. “Ogni genitore trasmetterà messaggi in relazione agli avvenimenti che lui a sua volta ha vissuto coi propri fratelli, a come sono stati elaborati e rappresentati nei relativi psichismi” (Losso, 2000).

Seguendo questa linea di pensiero in questo lavoro focalizzerò la mia attenzione su ciò che può accadere ad una donna al momento di diventare ma-

dre quando il suo rapporto con i fratelli è stato particolarmente turbolento ed è rimasto incistato e inelaborato dentro di lei.

È chiaro che per rapporto con i fratelli intendo sia il rapporto reale con loro (compreso l’ordine di nascita, il sesso, il ruolo, le aspettative genitoriali etc.), sia anche, e soprattutto, tutti gli aspetti fantasmatici legati a tale relazione che hanno avuto e hanno un ruolo nel mondo interno.

Nella letteratura psicoanalitica è stata rivolta grande attenzione al peso che hanno sulla donna, in procinto di diventare madre, le relazioni interiorizzate coi propri genitori, in particolare con la madre. È passato invece in secondo piano l’impatto che le relazioni interiorizzate con i propri fratelli – con le fantasie ad esse connesse – hanno sia nel permetterle di accedere alla maternità, sia nell’influenzarne le capacità materne e la modalità di relazionarsi con i figli.

Abarbanel (1983) sostiene che è soprattutto nelle gravidanze successive alla prima che la donna si trova alle prese con un risveglio di quelle che sono state le sue relazioni infantili coi fratelli. È quando sta per dare alla luce un fratello agli altri suoi bambini che la donna inizia ad essere intimamente sintonizzata con la sua esperienza infantile coi fratelli e con il modo in cui i genitori allora hanno gestito la rivalità, la competizione, l’essere amici, il prendersi cura, e la condivisione tra i figli. Tale esperienza, con le fantasie ad essa connesse, già durante la gravidanza viene a influenzare il suo modo di relazionarsi coi figli e il suo modo di prepararli alla nascita del fratello.

Anche Kris e Ritvo (1983) sostengono che la nascita dei figli, ma in particolare del secondo ponga nuove sfide alla donna. Infatti fin dalla gravidanza del secondogenito si trova alle prese con il disappunto del primogenito che sente che qualcun altro occupa la mente della madre. Inoltre si affaccia alla sua mente un dilemma, tutto interno e psicologico, che riguarda la sua capacità di fare spazio dentro di sé ad un altro bambino, di poter amarne due invece che uno e soprattutto di come fare a gestire internamente il fatto di amarli in modo diverso. “La sua capacità di risolvere questo problema – sostengono Kris & Ritvo, (1983) – è cruciale per il futuro sviluppo di ciascuno dei suoi figli così come per la loro futura relazione reciproca. Questa capacità è determinata in gran parte dall’esperienze infantili della madre con i suoi genitori e i suoi fratelli.”

I legami fraterni dell’infanzia della donna, una volta interiorizzati e dive-

nutri parte del suo mondo interno, possono influenzare il suo modo di divenire e di essere madre. La qualità della sua relazione interna con i fratelli può essere una fonte di sicurezza e di ricchezza emotiva, sostenendola così nel suo ruolo di madre, o può invece determinare conflittualità che, riattualizzando problematiche infantili coi fratelli, possono renderle complicato non solo l'occuparsi in modo equilibrato dei figli, sostenendone un sano sviluppo emotivo e aiutandoli a creare a loro volta buone relazioni fraterne, ma talvolta anche la possibilità stessa di accedere alla maternità (difficoltà di concepimento).

Utilizzerò ora del materiale, clinico e non, per illustrare come i sentimenti inconsci della donna verso i propri fratelli, così come le fantasie legate al rapporto con loro, possano avere effetti sui figli, sia perché possono influenzare il suo modo di relazionarsi con ciascun di loro, sia perché possono influenzare il modo in cui essi si relazionano l'un l'altro.

Desidero anche sottolineare che chiaramente non propongo che sussista un rapporto di causa-effetto tra la turbolenza delle relazioni infantili della donna coi propri fratelli e la sua capacità di essere madre. Ma ritengo che queste sue esperienze possano, in certi casi, essere una delle cause di difficoltà nel rapporto coi figli, soprattutto se rimangono incistate e non vengono elaborate in un processo di pensiero.

È sottinteso che vari fattori contribuiscano a sostenere la donna nel ruolo di madre alle prese con vari figli (capacità di riflessione sulla propria esperienza infantile, figure di sostegno nei momenti di difficoltà nella gestione di più figli, una buona relazione di coppia e la presenza di un compagno che non colluda con tali problematiche, ma che offra sostegno, comprensione e confronto). Chiaramente l'assenza di queste condizioni contribuisce a rendere più difficile una serena maternità.

Soffermerò la mia attenzione su tre madri i cui sentimenti conflittuali verso i fratelli sembrano avere avuto un peso determinante per come si è declinato il loro essere madri¹. Cercherò anche di mostrare come il poter divenire consapevoli e il poter affrontare le tematiche relative alla propria conflittualità fraterna, soprattutto nella seconda e terza situazione presentata, abbia permesso uno sblocco delle difficoltà che si stavano venendo a creare fra la

¹ Il focus sarà questo e che non mi inoltrerò nella complessa tessitura del mondo interno di queste tre donne e in altri aspetti relativi al loro essere madri e alla loro vita di coppia.

madre e i figli e fra i figli tra di loro.

Inizialmente presenterò del materiale tratto dalla consultazione con una madre con una figlia unica adolescente; la seconda situazione di cui parlerò è quella di una madre di tre figli seguita per due anni con una Infant Observation; infine verrà illustrato del materiale clinico tratto da una psicoterapia di sostegno alla funzione genitoriale di una madre con due figli piccoli.

Stefania e l'impossibilità di avere un secondo figlio

Stefania viene in consultazione perché ha problemi con Flavia, la figlia adolescente a cui è molto legata. Racconta che in casa è prepotente, fa ciò che vuole, comanda e manipola sia lei sia il marito. Ha frequenti scontri con lei che si sente molto ansiosa nei suoi confronti e iperprotettiva. Flavia, così dispotica in casa, ha difficoltà nel mondo con i coetanei, dai quali si sente odiata e presa in giro e con i professori definiti da lei come troppo severi.

Dorme nel lettone con lei fin da quando era piccola perché *“ha sempre avuto difficoltà a dormire a causa di terrori notturni”*. Il marito, che inizialmente dormiva nella camera della figlia, adesso da qualche tempo dorme in una camera studio con computer e stereo dove ha proibito a Flavia di entrare (cosa che mi porta a pensare a lui come un fratello/coetaneo/rivale della figlia).

Stefania nel primo colloquio dice di essere in crisi perché la figlia sta crescendo e perché si sente maltrattata da lei.

Nei colloqui successivi Stefania mette in secondo piano il suo rapporto con la figlia, sentita inizialmente come unica causa del suo malessere, ed inizia a parlare di sé. La sua vita di coppia con il marito è ormai da anni priva di intimità, questa cosa la fa soffrire come il fatto di non avere potuto avere altri figli, che è il suo *“rimpianto più grande”*.

Nel corso dei colloqui emerge tutto il dolore per questo secondo figlio mai nato. Dai racconti emerge che la figlia da piccola ha sempre detto che non voleva fratelli e che se fossero nati lei sarebbe *“scappata di casa o li avrebbe uccisi”*. Stefania ipotizza che forse inizialmente è proprio questo che li ha trattiene dall'intraprendere una nuova gravidanza, poi però quando si sono decisi davvero lei non è riuscita a rimanere incinta, nonostante abbiano fatto anche molte cure.

Affrontando questo argomento, che la coinvolge molto sul piano emotivo, inizia a raccontare di sé bambina e in particolare si sofferma a lungo sul fatto che il suo fratello minore è stato il prediletto della madre. Racconta, piangendo, che ha sofferto molto alla sua nascita e per tutta la sua infanzia: *“quando è nato per me è stato un trauma, non lo volevo, non c’era più posto per me”*. Ricorda che la madre non era più *“disponibile”*² per lei, ma che era *“innamorata”* del fratello, che lei ha sempre *“odiato”* e che *“tuttora detesta”*.

Il riflettere con lei su questi suoi vissuti infantili e sulle sue fantasie di essere stata estromessa e defraudata dal suo rapporto con la madre ci permette di formulare delle ipotesi su possibili nessi tra ciò che lei ha provato nell’infanzia in relazione al fratello e ciò che lei si trova a vivere come madre, compresa l’impossibilità nel concepire un secondo figlio.

Si rende conto di essersi fortemente identificata con Flavia fino da quando è nata. Ha sempre desiderato avere altri figli, ma pensa di avere *“sempre saputo”* che non li avrebbe potuti avere perché sarebbe stato come *“fare rivivere”* a Flavia ciò che lei bambina aveva vissuto. Non poteva sopportare l’idea di farla soffrire con una nuova gravidanza come lei aveva sofferto. Comprende ora che l’ha sempre tenuta stretta a sé nel suo letto per non farle provare una sua presunta *“indisponibilità”* e per non farla *“sentire gelosa”*. Riflettiamo che forse è anche per questo che lei ha accettato che il marito uscisse dal loro letto e dormisse in un’altra stanza: forse era per lei intollerabile che Flavia si sentisse tenuta fuori dal loro rapporto? Forse era un po’ come tradire Flavia come aveva fatto la madre con la nascita del fratello? Forse aveva inconsciamente assecondato il bisogno di Flavia di controllare la coppia perché non avesse altri bambini, in quanto eccessivamente identificata con lei?

Nel mondo interno di Stefania il marito sembra essere relegato nel ruolo di un fratello estromesso su cui trionfare. L’odio verso la propria madre per la nascita del fratello sembra non permettere a Stefania di identificarsi con una madre con una propria vita di coppia e nello stesso tempo capace di prendersi cura di più bambini; rimane prigioniera del suo passato infantile, identificandosi con la figlia sulla quale ha proiettato la propria costellazione

² La perdita della disponibilità della madre, lamentata dalla paziente, è un suo vissuto di bambina, che non necessariamente corrisponde ad una reale indisponibilità materna, tuttavia come sostengono Vallino e Macciò (2008) l’atteggiamento reale dei genitori può essere importante nell’aiutare o meno a trasformare il “micro-trauma” legato alla nascita di un fratello in un “trauma che insegna” (Algini, 2003), cioè in un’opportunità di sviluppo e di arricchimento della personalità.

fantasmatica fraterna.

Stefania ha quindi abdicato alla sua funzione genitoriale (che accoglie, ma anche che pone limiti e aiuta a crescere) a causa dell’identificazione eccessiva con la figlia, rafforzatasi quando con il marito avevano cominciato a pensare ad una seconda gravidanza, quando cioè era iniziata a delinearsi nella sua mente l’idea di un altro figlio, cosa che aveva riattualizzato i suoi sentimenti verso il fratello e la rivalità con lui.

La sua identificazione narcisistica con la figlia sembra avere avuto effetti anche sul rapporto di coppia, in collusione, probabilmente con il marito. Tutto ciò ha ostacolato un processo di separazione dalla figlia alla quale non è stata permessa una piena esperienza di uno spazio triangolare (con il padre, con dei fratelli).

È possibile poi ipotizzare che la figlia, pur non avendo avuto nella realtà un fratello, sia stata alle prese, all’interno di un’interazione fantasmatica (Kreiser e Cramer, 1981) inconscia con la madre, con una forte conflittualità fraterna (nel suo caso verso un fratello solo immaginato, mai nato), cosa che probabilmente ha contribuito ai suoi vissuti persecutori e alle sue difficoltà relazionali verso i coetanei.

Magagna (2011) sostiene che i sentimenti inconsci di rivalità fraterna non elaborata possono interferire con la possibilità della donna di rimanere incinta e/o di portare avanti una gravidanza. Il futuro bambino, sia esso immaginato, sia già un feto impiantato nell’utero, può diventare nella fantasia l’odioso fratello rivale, l’intruso da attaccare ed uccidere. Tali problematiche come nota Abarbanel (1983) sono ancora più frequenti nelle gravidanze successive alla prima proprio perché in questo caso le tematiche riguardanti i fratelli possono emergere in modo più vivido.

Nel caso che ho presentato è possibile vedere come una relazione interiorizzata, piena di odio e persecutorietà, della donna con un fratello, nato dopo di lei, possa avere interferito sulla possibilità di avere un altro figlio, sia pure consciamente fortemente desiderato.

Nella fantasia inconscia un altro figlio, in casi come questo, può venire a rappresentare un tradimento e un’offesa imperdonabile verso l’altro/a figlio/a, oggetto di un’identificazione narcisistica. Un eventuale altro figlio può essere sentito inconsciamente come un odioso rivale, così come nel passato può essere stato vissuto un fratello, e questo può incidere sulla

possibilità di rimanere nuovamente incinta. A tale proposito Losso (2000) sostiene che spesso i genitori, portatori di loro propri “modelli vincolari fraterni” quando li hanno vissuti come traumatici, possono cercare di evitarli, non facendo vivere al figlio l’esperienza di avere dei fratelli con la speranza di salvarlo da un “trauma” sentito “così considerevole”.

Lucia e la nascita del figlio maschio³

Lucia ha già due bambine (Claudia ha 11 anni e Giulia ne ha 7) quando nasce Nino. Fino dai primi mesi della gravidanza Giulia ha iniziato a creare problemi alla madre, che si è sempre molto dedicata a lei e con la quale ha sempre avuto un rapporto molto intenso.

Come cercherò di mostrare il *genere del nuovo bambino ha contribuito* a riattualizzare in Lucia rivalità e problematiche rispetto ai suoi rapporti coi fratelli, compresi i significati e le fantasie che essi evocano dentro di lei.

Fin dalle prime osservazioni noto un coinvolgimento emotivo profondo fra mamma e neonato. Lucia è molto dedita a lui, gli parla molto, lo coccola e lo tiene a lungo in braccio e attaccato al seno. Nino è attento, in sintonia e fortemente attratto da lei e dalla sua voce.

Quest’atmosfera di contatto empatico è costantemente interrotta dalle irruzioni di Giulia, che non appena sente la mamma col neonato si avvicina correndo e urlando. Spesso salta in braccio alla mamma spingendo via il fratello. Lo strapazza se lo trova da solo e lo disturba quando è attaccato al seno.

I primi tempi Lucia reagisce con pazienza cercando di fare posto ad entrambi i figli, ma è chiaro fin dall’inizio che questo le costa un grande sforzo.

Nel corso delle osservazioni appare sempre più in difficoltà per il comportamento della figlia della quale sembra non tollerare la gelosia.

In alcune osservazioni, per superare i momenti di tensione, cerca di coinvolgerla nella cura del piccolo. Tuttavia anche questa cosa diventa motivo di screzio perché Giulia, autorizzata a occuparsi di lui, sembra volere spodestare e escludere la madre, entrando in rivalità con lei. Sembra volersi mettere concretamente al suo posto, come se cercasse in tal modo di evitare di dovere assistere come terza-esclusa al loro legame.

³ Una versione più estesa di questa Infant Observation si trova in Mori (2012).

Alcune volte, in modo teatrale Giulia prende Nino e lo vezzeggia agitando e pizzicandolo. Altre volte gli cambia il pannolino, parlandogli dolcemente e mordicchiandolo.

La sensazione anche negli scambi affettuosi è però quella di una messa in scena nella quale trapela sotto traccia una forte aggressività, che più volte mi fa temere per l’incolumità del neonato (quando è lasciato, per un attimo, solo con lei).

La mamma, percependo l’ambivalenza di Giulia, nel corso del tempo si irrita sempre di più.

Esasperata punisce la figlia, la allontana dal neonato e le dice che “*non ce la fa più a sopportarla*”.

Si viene così a creare un rinforzo reciproco, nel quale la rabbia è il sentimento prevalente.

Durante i primi tre mesi di osservazione il disagio di Giulia di fronte alla relazione mamma neonato si intensifica. L’essere provocatoria verso la mamma e aggressiva verso il fratello⁴ sembrano sempre di più un modo per rivendicare la sua presenza ed esistenza⁵.

Per me osservatrice è un’esperienza emotivamente molto difficile perché se da un lato c’è un neonato che gode di una grande dedizione da parte della mamma, dall’altra c’è una bambina sofferente e inascoltata⁶.

Lucia, molto presa dal rapporto con il neonato e sola tutto il giorno con i bambini (il marito è fuori casa per lavoro tutta la giornata e non ci sono parenti o amici a darle una mano), è evidentemente in difficoltà a riconoscere i sentimenti di esclusione e rivalità di Giulia, non aiutandola così a modularli e elaborarli.

Si è creato un momento di impasse molto penoso che pone alcuni quesiti:

Perché una mamma attenta e “sufficientemente buona” si trova così in difficoltà ad affrontare questo momento turbolento della bambina, pur così amata? Perché la mamma oscilla tra uno stringere forte a sé il neonato, quasi a fondersi con lui e un lasciarlo talvolta quasi in balia della sorellina, tanto da

⁴ I sentimenti controtransferali (dell’osservatrice) in questa fase dell’osservazione erano molto violenti e penosi.

⁵ Cfr. Vallino e Macciò (2004).

⁶ Il gruppo di discussione nelle Infant Observation, soprattutto in momenti particolarmente difficili, svolge un ruolo fondamentale di sostegno e di contenimento alle emozioni e di aiuto alla comprensione.

farmi più volte temere che lei gli possa fare del male? Perché non riesce a trovare una misura per poter dare attenzione a tutti i suoi bambini, aiutandoli a trovare ciascuno un proprio posto all'interno della famiglia e nella sua mente?

Giulia si placa un po' quando, in seguito ad una forte dermatite su tutto il corpo, la madre comincia a dedicarle molta attenzione. Sembra proprio che per questa via somatica esprima il suo disagio e il suo bisogno di essere toccata, accudita e vista, così come lo è il fratellino.

In questo momento la mamma riesce a riavvicinarsi emotivamente, trovando uno spazio, un tempo e un'attenzione anche per lei (il neonato ha ora sei mesi ed è cominciato lo svezzamento).

Inizia a porsi delle domande (*“perché Giulia fa così? Che cosa prova ora che è nato il fratello?”*). Questo dà l'avvio ad un processo di *riflessione* e di *elaborazione* anche dei propri vissuti in relazione ai fratelli, in quanto il disagio della figlia sembra fare ora emergere in lei ricordi dei suoi rapporti con loro e della sua infanzia⁷.

A questo punto Lucia comincia a raccontarmi la sua storia. È una terza figlia femmina che ha sentito la delusione dei suoi genitori per la sua nascita visto che tutti in famiglia aspettavano il maschio. Dopo di lei sono nati tre maschi, che sono stati accolti con *“grandi onori”* dai genitori e dalle sorelle maggiori.

Mi parla di un'infanzia nella quale si è sentita *“schiacciata”* tra i fratelli, nutrendo forti sentimenti inespressi di rivalità verso quelli di loro che riuscivano a *“catturare l'attenzione”* dei genitori. Descrive sé stessa come una bambina *“isolata”* che non ha mai legato coi fratelli; infatti era quella che rimaneva sempre *“fuori”*. Racconta della propria madre come di una donna provata da tanti figli, poco disponibile per loro e del padre come il suo *“settimo figlio”* che li sentiva come *“dei rivali”*.

Ricorda anche il proprio risentimento verso il fratello nato dopo di lei e la dolorosa sensazione di non essere *“più vista”* dalla madre e dalle sorelle più grandi e un penoso vissuto di *“doppia perdita”*.

Il rievocare la sua sensazione infantile di essere *“schiacciata”* tra i fratelli la porta a pensare che anche Giulia possa sentirsi schiacciata in mezzo alla sorella maggiore e al fratello piccolo e che questo possa essere *“doloroso e difficile per una bambina”*.

⁷ Nell'Infant Observation “non è solo la mente del bambino che si manifesta nella sua complessità, ma anche quella dei genitori” Busato Barbaglio (2012).

Vediamo che in questa fase io/osservatrice, pur mantenendo il ruolo osservativo, divento per la madre una figura con la quale inizia a condividere un carico emotivo che la mette in difficoltà. La semplice presenza di una persona a cui raccontare la propria storia emotiva le permette di avviare un processo di comprensione di ciò che è accaduto a lei bambina e di ciò che sta avvenendo nella figlia.

La funzione di contenimento dell'Infant Observation sembra aiutarla a ritrovare una capacità di ascolto e di elaborazione dei propri contenuti emotivi, diventando così più sensibile rispetto ai bisogni dei figli⁸.

La nuova disponibilità emotiva della madre verso di lei, unita ad una maggiore presenza del padre (al quale Lucia ha potuto chiedere aiuto e collaborazione) aiuta rapidamente Giulia a scoprire la bellezza dell'aver un fratello. Quando lui ha nove mesi è deliziata dai suoi sorrisi, dal fatto che lui la cerchi e comincia così a scoprire nel fratello un compagno di giochi e a condividere con lui dei momenti piacevoli.

A questo punto è possibile vedere l'emergere di momenti affettivi tra i due bambini e sembra avviata l'identificazione fraterna reciproca che è “la base della solidarietà fraterna e che permette di gestire e anche superare la rivalità e l'odio” (Vallino e Macciò, 2008).

La relazione infantile di Lucia con il fratello nato dopo di lei sembra quindi avere colorato gli inizi della relazione tra Giulia e Nino. Probabilmente Lucia, proprio perché presa da un conflitto fraterno non risolto, non era riuscita a preparare la bambina alla nascita del fratello e non era stata in grado di mantenere uno spazio emotivo anche per lei. La bambina appare come la portatrice dei suoi sentimenti inespressi e inascoltati di rivalità, che sono rimasti congelati nel suo passato⁹, ma che si sono riattualizzati con la nascita del terzo figlio maschio. Questa nascita pare avere mobilitato in Lucia delle turbolenze emotive legate proprio al genere del bambino e alla sua posizione nella fratria. Sembra presente una doppia trama di identificazione: da un lato con il figlio in quanto il maschio che lei non è stata per i genitori, dall'altro

⁸ La presenza dell'osservatrice assolve in questo caso una funzione indirettamente terapeutica nel senso che favorisce nella madre (grazie a un processo di identificazione) un atteggiamento osservativo e di ascolto verso i propri vissuti emotivi e quelli dei figli.

⁹ Winnicott (1993) in una delle conversazioni radiofoniche con i genitori, tenute per la BBC tra il 1939 e il 1962 affronta il tema della gelosia tra fratelli (conversazione del 1960) sottolineando l'effetto patogeno della gelosia quando essa rimane “incastrata” dentro il bambino, rimanendo un nucleo senza parole, nascondendosi “sotto banco” e disturbando lo sviluppo della personalità.

con la figlia spodestata dal fratello.

Il ripensare da parte di Lucia al proprio passato infantile e al suo rapporto coi fratelli la porta gradualmente a un'identificazione empatica con Giulia, che la conduce a comprendere ciò che sta vivendo.

Questo percorso a ritroso le permette di offrire nuovamente a Giulia un contenimento che le rende possibile arginare le emozioni primitive legate al vissuto di essere estromessa dal grembo materno.

Il caso di Lucia ci mostra come il genere sessuale e la posizione del bambino nella sequenza dei figli possa riattualizzare nella madre la rivalità e le problematiche non elaborate verso i fratelli, talvolta inducendola a investire uno o più figli con fantasie, proiezioni, identificazioni relative alla sua storia personale infantile.

Dal materiale di questa Infant Observation è possibile notare come l'investimento identificatorio sul figlio (in questo caso la figlia) possa essere anche un'opportunità per la donna per recuperare, rielaborare e trasformare certe esperienze del proprio passato, legate a sentimenti di perdita, di rivalità, di essere esclusi o spodestati. Questo percorso interno, sostenuto dalla capacità di rêverie (verso gli stati mentali propri e dei figli) e dalla funzione riflessiva (verso la propria storia emotiva) la può portare ad un arricchimento delle capacità materne di comprensione e di empatia nei confronti dei vissuti dei figli e costituisce una tappa indispensabile per sostenerli nella risoluzione dei conflitti e nella crescita.

Come sostiene Kancyper (2004) "Le esperienze traumatiche degli adulti da anni dimenticate, trovano una loro possibilità di risignificazione ogni volta che nasce loro un figlio. È a partire dall'investimento identificatorio di queste esperienze non elaborate sui discendenti che esse assumono un nuovo senso *a posteriori*. Tale tipo d'investimento comporta il rischio che tra le generazioni si strutturi una condizione coattiva di sofferenza cieca, destinata a cristallizzarsi in un inesorabile destino di colpa e di bisogno di punizione. Tuttavia è proprio sulla base di questo tipo di investimento identificatorio che i genitori possono allora recuperare e rivedere con occhio nuovo certe esperienze del proprio passato". La mobilitazione del proprio mondo interno alla nascita di ogni figlio offre così alla donna la possibilità di ripensare e di rielaborare conflitti mal risolti con gli oggetti del suo passato infantile, compresi i conflitti con i fratelli.

Bianca: il piccolo teppista e la bambolina

Bianca chiede un appuntamento perché è molto preoccupata per il figlio e per le reazioni violente che lei prova spesso nei suoi confronti. Dopo due incontri insieme al marito nei quali mi parlano di Luca propongo degli incontri a tutta la famiglia.

Luca ha 5 anni, è un bambino con un comportamento aggressivo, picchia, morde e minaccia gli altri bambini. Ha una sorellina di due anni: anche lei è oggetto dei suoi attacchi.

La gravidanza di Luca è stata "*perfetta*" e la relazione iniziale mamma-bambino è stata "*buona*". Luca è sempre stato un bambino "*vivace, vitale e molto affettuoso*". Bianca dice che lo "*adorava e che lui era molto attaccato a lei*".

Durante la seconda gravidanza, quando la madre sa dall'ecografia¹⁰ che aspetta una bambina, iniziano le prime difficoltà di Luca, che diventa sempre più irritabile. Lei racconta che non riusciva più a sopportare le sue continue bizzos e richieste di attenzione. Inizia ad avere problemi a dormire, protesta quando viene messo a letto e si alza più volte durante la notte. La mamma inizia a lottare con lui perché rimanga nel suo letto. Racconta che ogni cosa (vestirlo, lavarlo, etc.) era diventata una "*battaglia sfiancante*". Non era più il bambino "*solare*" che lei conosceva, ma era diventato "*ostile e arrabbiato*".

Verso la fine della gravidanza Luca viene iscritto al nido: la mamma si sente incapace di gestirlo: è "*stanca e appesantita e vuole un po' di tempo per sé*". Qui comincia a mordere e picchiare gli altri bambini. I genitori vengono chiamati più volte dalle educatrici allarmate.

Bianca racconta che nell'ultimo mese di gravidanza aveva cominciato a preparare per la neonata una cameretta, che era diventata oggetto della "*curiosità*" e degli "*attacchi*" di Luca. Doveva tenerla sempre chiusa a chiave perché lui sennò vi entrava, prendeva i giochi, i vestiti, rompeva gli oggetti e faceva una grande confusione, "*come volesse rovinare tutto ciò che avevo preparato per la neonata*" - dice.

Tenendo la porta chiusa a chiave Bianca sembrava però tagliare fuori Luca dalla sua relazione con la futura bambina, non aiutandolo a prepararsi

¹⁰ Spesso l'ecografia diviene un momento importante durante la gravidanza in quanto la presenza del nuovo bambino diviene reale e oggettiva (sia per i genitori, sia per i fratelli), mobilitando le fantasie, le proiezioni e le identificazioni dei genitori e le fantasie e le gelosie dei fratelli.

emotivamente alla nascita e rinforzandone la gelosia.

Un giorno Luca dice alla mamma “*non voglio la sorellina, voglio un cane, se viene la butto via*”.

In prossimità del parto più volte le dice: “*quando esce dalla pancia io la butto nella caldaia così brucia*”.

Queste comunicazioni generano molta ansia nella madre che inizia a vederlo come un potenziale “*killer*” della figlia.

Quando la bambina nasce Bianca cerca di tenerli il più possibile separati. Teme che Luca possa fare del male alla neonata ed in effetti nelle poche occasioni durante le quali i bambini sono insieme cerca di rovesciare la carrozzina, le infila le dita negli occhi o le preme sul viso i pupazzi.

Questo rafforza nella madre la sua convinzione che egli attenti alla vita della sorella, inizia ad avere *paura* di lui e a vederlo sempre più come “*pericoloso, cattivo e ingestibile*” e a sentire se stessa come “*impotente ed incapace di arginarlo*”.

Le maestre alla scuola materna hanno problemi con lui, lo definiscono un “*bullo*”. I compagni di scuola lo temono e lo evitano.

Alla prima seduta con l'intera famiglia rimango colpita da come sono vestiti i bambini: Sara ha un vestitino a fiorellini rosa, con sottogonna bianca inamidata e con il colletto e i polsini di pizzo, cosa che la fa sembrare una bambola d'altri tempi.

Luca indossa anfiabi, calzoni con disegno militare larghi e calati, bomber e felpa con il cappuccio in testa.

C'è qualcosa di stonato nel modo in cui sono vestiti, sembrano una caricatura, uno stereotipo: l'una agli antipodi dell'altro.

Luca si mette a disegnare mostri, poi mi racconta che a casa ha un “*robot grandissimo che schiaccia tutti*”. Dice che ci sono stati “*i ladri a casa sua e che lui li ha presi a pugni, facendoli uscire il sangue*”. Cerca di tenere la mia attenzione mostrandosi grandioso e forte, mi mostra i muscoli e come sa lottare.

Sara sta vicina alla madre, succhia il pollice, occhieggia verso i giochi, ma non si allontana da lei. Solo in sedute successive si avvicina alla casetta e mette a letto il bebè.

I due bambini stanno in parti opposte della stanza e sembrano ignorarsi. La madre e il padre si sono disposti in modo tale da creare come una barriera

fra i due. Il padre si relaziona con Luca, mentre la madre con Sara, che sembra molto bisognosa di rassicurazioni e di incoraggiamenti da parte sua.

Luca persiste nel voler dare un'immagine di sé come pericoloso, forte, potente e che genera paura. È immerso in un mondo di fantasie onnipotenti e megalomani in cui lui è “*un super eroe spacca-muro*”, in cui lui “*lotta contro gli squali e vince perché ha una tuta di pietra*”. Nel controtransfert provo una forte pena per questo bambino, che è come murato dentro (la tuta di pietra) un ruolo fisso.

Negli incontri successivi in cui c'è la madre con i due bambini (il padre non è venuto per motivi di lavoro) mi rendo conto di come per lei è difficile occuparsi di entrambi. Cerca di tenerli lontani, occupati in cose diverse, ha difficoltà a giocare con loro e ad ascoltarli: talvolta mi sembra persa e bisognosa di un mio intervento per non fare precipitare le cose.

In una seduta Luca, dopo essere stato impegnato a fare lottare i dinosauri, tira fuori dalla cesta degli animali un leone, una leonessa e due cuccioli, poi delle tigri e dei tigrotti, Sara lo guarda mentre sta avvinghiata alle gambe della mamma succhiandosi il pollice, Luca le chiede se gioca con lui coi leoni. È la prima volta che c'è da parte di Luca un rivolgersi alla sorella in modo amichevole, invitandola a fare qualcosa con lui. Bianca però interviene subito, come allarmata, e dice che “*a Sara non piacciono i leoni: “vero, Sara?”*” La piccola annuisce poi la mamma la invita a giocare con i pentolini.

Non riporto altri dettagli di queste sedute perché mi sembra che già questa sequenza si può ritenere significativa di una grossa difficoltà di Bianca di tenere insieme i bambini e di aiutarli a condividere un'esperienza di gioco. Bianca è eccessivamente protettiva verso Sara in un modo che sembra inibirle, non permettendole di sperimentare il rapporto col fratello e di sperimentare le proprie capacità e la propria autonomia. Nello stesso tempo ha paura di Luca e non lo aiuta a modulare l'aggressività, contribuendo così al fatto che lui si rifugi in fantasie onnipotenti.

La mia sensazione è che i due bambini, sempre tenuti sotto controllo e separati, siano oggetto di attribuzioni di ruolo opposte e complementari: una la dolce bambolina, l'altro il piccolo teppista. Ma come mai?

Quando faccio presente a Bianca, nel colloquio successivo alle sedute con i figli, queste mie impressioni, con un grande turbamento, lei dice che quello

che ho detto le fa pensare a come erano lei e suo fratello.

Inizia a raccontare che ha avuto un'infanzia e un'adolescenza contrassegnate dalle *“vessazioni e violenze fisiche e verbali”* del fratello primogenito nella quasi totale *“indifferenza”* dei genitori che raramente intervenivano in suo aiuto.

Il fratello era il *“prediletto”* dei genitori, l'erede del *“patrimonio familiare”* (Kancyper, 2002). Era fin da piccolo considerato colui che avrebbe in futuro gestito l'impresa di famiglia che il padre aveva ereditato dal proprio padre.

Bianca ricorda che *“lui veniva spinto ad essere forte, intraprendente e coraggioso; era lodato ed ammirato”*.

Lei si sentiva non vista e non considerata *“ero una piccola e bella nullità, una bambolina”*. Solo il fratello le rivolgeva attenzioni, ma al fine di tiranneggiarla. *“Lui mi faceva paura, era forte e sembrava invincibile... tutti gli davano ragione”*.

Non mi inoltro nei dettagli di questa esperienza clinica se non per dire che il lavoro con Bianca è proseguito¹¹ e che le relazioni fra i due bambini sono cambiate nel tempo in positivo.

Si può ipotizzare che con la seconda gravidanza la relazione di Bianca con il primogenito sia cambiata per effetto della propria esperienza infantile con il fratello. La rivalità e la conflittualità, i penosi sentimenti di poter essere annientata da lui, l'attacco alla sua autostima ad opera di un fratello che non ha mai avuto *“una scintilla negli occhi”* guardandola (Cooper e Magagna, 2005) sono stati rievocati e hanno contribuito a inibire la sua capacità di continuare ad essere disponibile emotivamente per Luca.

La madre si è identificata con la bambina che stava aspettando, mentre Luca sembra essere venuto a rappresentare per lei il proprio fratello maggiore.

Già dalla gravidanza sembravano essere state gettate le basi per una ripetizione inconscia di quella che è stata la sua esperienza fraterna, con le fantasie legate ad essa.

Alla nascita della figlia Bianca si è ritrovata immersa nella costellazione familiare della sua infanzia e Luca è divenuto oggetto di un'identificazione

¹¹ Si è attivata in Bianca una riflessione e un contatto con il proprio inconscio infantile. La scoperta di aspetti dolorosi, traumatizzati e mai elaborati ha attivato un processo di autoriflessione che non è rimasto circoscritto al lavoro in seduta, ma che l'ha accompagnata nella quotidianità favorendo mutamenti nella sua relazione coi figli e dei figli fra di loro.

alienante (Faimberg, 2006).

Pare che del tutto inconsciamente la madre abbia riversato sui figli la sua esperienza di bambina in relazione al fratello. La sua identificazione narcisistica con la figlia la porta a vedere Luca come pericoloso e violento in una sorta di attribuzione di ruolo con la quale il bambino, pericolosamente per il suo sviluppo, si identifica. Anche Sara tuttavia è oggetto di un'attribuzione di ruolo (diametralmente opposta a quella di Luca) che rischia di avere un peso altrettanto ingombrante sulla sua crescita.

È il lavoro con la madre che fa emergere queste tematiche ed è solo attraverso il working-through che Bianca arriva a riconoscere quanto le è difficile empatizzare con i sentimenti del figlio più grande, mentre può facilmente identificarsi con la figlia.

La sua capacità genitoriale, determinata dalla sua esperienza infantile col fratello, era pesantemente compromessa; Bianca si sentiva incapace di crescere i due figli, si sentiva impotente e era terrorizzata dai propri sentimenti violenti verso Luca e dalla sua aggressività.

L'affrontare questi temi in seduta le ha permesso di ripensare alla sua storia di bambina, aiutandola col tempo a liberare Luca dalle identificazioni alienanti, a vedere Sara come una persona diversa da sé e a pensare alla sua relazione con i figli come una storia nuova da costruire.

Il caso di Bianca ci mostra come l'investimento sul figlio possa costituirsi come una trama identificatoria patologica che influenza non solo i figli singolarmente, ma anche il loro rapporto. In tale caso le esperienze traumatiche, non elaborate e superate, relative ai rapporti fraterni rischiano di essere trasmesse ai figli, con arbitrarie attribuzioni di ruolo che possono giungere a renderli prigionieri in un'identità aliena.

In questi casi gli inevitabili sentimenti di rivalità e di gelosia dei figli non vengono compresi e modulati dalla madre proprio perché toccano aree cieche del suo passato non risolto e questo tende a radicalizzarli, impedendo che a fianco della normale turbolenza fraterna possano emergere anche sentimenti affettuosi e di solidarietà (Vallino e Macciò, 2004). Il netto squilibrio nell'investimento narcisistico della madre sui figli viene così a generare inevitabilmente un'intensa e insanabile rivalità.

Conclusioni

La conflittualità fraterna non elaborata è fonte non solo di sofferenza e di disturbo mentale per i singoli (scelta del partner, conflitti in ambiente lavorativo etc.), ma tende a provocare nuove lacerazioni di generazione in generazione. Il complesso fraterno può condizionare anche pesantemente il destino del soggetto e dei suoi discendenti e “la sua esplorazione consente di evidenziare come i traumi non risolti dei genitori possano esercitare un’influenza mortifera nella trasmissione generazionale” (Kancyper, 2004).

“Gli effetti patogeni del complesso fraterno – dice Kaës (2003) – si manifestano spesso nel rapporto fra genitori e figli e suggellano così il destino delle generazioni”. Ciò accade ad esempio quando una madre, che sul piano manifesto svolge una funzione materna, sul piano latente resta invece al livello dell’organizzazione orizzontale della relazione fraterna, cioè si comporta come una sorella piena di risentimento, che denigra e rimprovera nel figlio le ferite mai rimarginate della propria storia infantile col proprio fratello (vedi il caso di Bianca). Si crea in questi casi un legame falsato nel quale genitore e figlio restano prigionieri di una temporalità ripetitiva all’interno di un “labirinto fraterno” (Kaës, 2003).

Come abbiamo visto attraverso la storia di Stefania, di Lucia e di Bianca nelle relazioni fraterne si possono insinuare dunque investimenti dei genitori sui figli e “questi investimenti pesano profondamente sul destino dei fratelli e delle sorelle, ognuno considerato isolatamente e nei legami con gli altri.” (Kaës, 2008).

Che cos’è che fa sì che i conflitti infantili della madre in relazione ai fratelli non si ripetano con i suoi bambini? Come può la madre non rappresentare nuovamente alla nascita dei figli quella che è stata la “tragedia” della sua infanzia nelle relazioni fraterne?

Sappiamo che “la storia non è il destino” (Fraiberg, 1974) e che i “fantasmi del passato” della madre possono allontanarsi dai bambini se lei riesce a ricordare e risperimentare l’angoscia provata nell’infanzia: “l’accesso al dolore infantile diventa una potente arma contro la ripetizione quando si diventa genitori” (Fraiberg, 1974).

La possibilità della madre di contattare, di riflettere e di dare un significato alle proprie esperienze emozionali infantili, anche a quelle legate alla sua relazione coi fratelli ne permette un’elaborazione, tale da non riproporre ed evocare nei figli quelle sofferenze che hanno segnato il suo passato.

Nessuna delle tre madri di cui ho parlato aveva prestato attenzione alla propria storia con i fratelli, essa era relegata nel passato e non erano riuscite a creare dei nessi tra essa e ciò che stavano vivendo come madri. In tutti e tre i casi a un certo punto c’è stato un insight che ha permesso loro di ripercorrere, parlandone, i vissuti infantili e ciò ha dato loro la possibilità di creare collegamenti tra sé stesse come sorelle e sé stesse come madri e di dare significato a ciò che stavano vivendo nel rapporto con i figli.

Il riconoscere che la propria relazione infantile coi fratelli può venire riattivata con la maternità può aiutare la donna a superare le difficoltà che possono sorgere nel rapporto coi propri bambini e a liberare i figli da quelle attribuzioni di ruolo che possono incidere in modo alienante sulla formazione dell’identità di ciascuno e sul rapporto fra di loro.

BIBLIOGRAFIA

- Agger, E.M. (1988), *Psychoanalytic Prospectives on Sibling Relationships*. *Psychoanalytic Inquiry* 8: 3-30.
- Algini M.L. (2003), (a cura di), *Fratelli*, “Quaderni di psicoterapia infantile”, 47, Borla, Roma.
- Brunori L.E., De Nunzio P. (1999), *Fratello, sorella; compagno, compagna. Uno studio sulle relazioni fraterne e la scelta del partner*, “Interazioni”, 1, 67-79.
- Busato Barbaglio C. (2012), *Passaggi di vita: di madre in figlio, di generazione in generazione*, In Corsa R. e Gabriellini G. (a cura di) *Corpo, Generazioni e Destino*, Borla, Roma.
- Coles P. (2003) *Le relazioni fraterne nella psicoanalisi*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2004.
- 2010, L'esperienza dei genitori come fratelli o sorelle, In Gibba Marsoni A. Quagliata E. (a cura di), *Fratelli e gemelli*, Astrolabio, Roma.
- Cooper H., Magagna J. (2005), Le origini dell'autostima nell'infanzia, in Magagna & altri (2005) *Trasformazioni intime*, Astrolabio, Roma.
- Faimberg H. (1993), *Il telescopage delle generazioni*, In Kaes R. & altri, (1993), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Tr. it. Borla, Roma, 1995.
- Fraiberg S. (1974), *I fantasmi nella stanza dei bambini*, In Fraiberg S., *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano, 1999.
- Kaës R. & altri, (1993), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Tr. it. Borla, Roma 1995.
- 2003, *Aspetti del complesso fraterno nel gruppo dei primi psicoanalisti*, In Algini (a cura di), (2003), 13-30.
- 2008, *Complesso e legame fraterno*, In Trapanese G. e M. Sommatico, (a cura di), 2008, 90-124.
- Kancyper L. (1997), *Il confronto generazionale. Uno studio psicoanalitico*, Tr. it. Franco Angeli, Milano 2000.
- 2004, *Il complesso fraterno*. Tr. it. Borla, Roma, 2008.
- Kris M. & Ritvo S. (1983), *Parents and Siblings- Their Mutual Influences*. “Psycho-Anal. Study Child”, 38: 311-324.
- Kreisler, L. e Cramer, L. (1981), *Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. “La psychiatrie de l'Enfant”, 24, 1: 223-263.
- Losso R. (2000), *Psicoanalisi della famiglia. Percorsi teorico-clinici*. Franco Angeli, Milano.
- Magagna J. (2011), *Envy, Jealousy, Love and Generosity in Sibling Relationships: the Impact of Sibling Relationships on Future Family Relationships*. E.F.P.P. & P.T.P.P. Conference Krakow 2011.
- Mitchell, J. (2000), *Pazzi e meduse. Ripensare l'isteria alla luce della relazione fra fratelli e sorelle*. Tr. it. La Tartaruga Edizioni, Milano, 2004.
- Mori L. (2004), *L'apporto dell'esperienza fraterna allo sviluppo psichico e alla costruzione dell'identità individuale*. “Contrappunto”, 35, pp.35-60.
- 2012 (a cura di), *Scenari dei legami fraterni*. Firenze, Le Lettere.
- Parens, H. (1988), *Siblings in Early Childhood: Some Direct Observational Findings*. “Psychoanalytic Inquiry” 8: 31-50.
- Sharpe, S. A., Rosenblatt, A. D. (1994), *Oedipal Sibling Triangles*, “Journal of the American Psychoanalytic Association”, 42: 491-523.
- Trapanese G. e Sommatico M. (2008) (a cura di) *La dimensione fraterna in psicoanalisi*, Borla, Roma.
- Vallino D. e Macciò M. (2004), *Essere neonati*, Borla, Roma.
- 2008 *Traumi fraterni*, “Studi junghiani”, vol. 14, 1-2, 2008, 153-157.
- Winnicott D. W. (1993), *Colloqui con i genitori*. Tr. it. Cortina, Milano, 1993.

GRUPPI MULTIFAMILIARI E PSICOANALISI INTEGRATIVA: UN'ESPERIENZA DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

Cristina Canzio e Vanessa Zurkirch***

*“Porque después de todo he comprendido
que lo que el árbol tiene de florido
vive de lo que tiene sepultado.”*

*Francisco Luis Bernardez
(Poeta argentino, 1900-1978)*

Da più di un anno, il Servizio di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza dell'Asl di Campi Bisenzio (un comune in provincia di Firenze), diretto dalla dottoressa Cristina Pratesi, sperimenta una nuova modalità di lavorare sulla genitorialità e la gestione dei figli, attraverso il dispositivo dei Gruppi Multifamiliari dal punto di vista del paradigma della Psicoanalisi Integrativa. Questo modello di intervento ebbe origine dalle basi teoriche apportate dalla psicoanalisi dell'epoca (R.D. Laing, S. Freud, W. Bion, S.H. Foulkes, M. Klein, la scuola inglese, la scuola austriaca e altre scuole) e fu ideato da Eduardo Mandelbaum¹, attraverso la sua pratica clinica pluridecennale di lavoro con le famiglie, contemporaneamente alle esperienze realizzate nell'Ospedale Jose Tiburcio Borda a Buenos Aires con J. Garcia Badaracco. Mandelbaum si formò agli albori nell'humus clinico dell'epoca con E. Pichon Rivière (di cui fu allievo), J. Bleger, F. Ulloa, M. Langer, E. Rodrigué, L. Grinberg e altri. L'esperienza si consolidò nei diversi contesti sociali, grazie alla lotta per una psicoanalisi democratica

* Psicologa Psicoterapeuta, Socio Ordinario A.F.P.P., A.P.O.P., O.P.I.F.E.R. e E.F.P.P. - Docente A.F.P.P. Gruppi.

** Psicologa, Tirocinante Specializzanda Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo I.I.P.G.. Hanno partecipato al “Primer Encuentro Internacional di G.M.F.” (aprile 2013) nell'Ospedale di San Isidro e alle esperienze dei G.M.F. nelle bidonville di Buenos Aires. Attualmente è Assessore alla Salute Mentale del Municipio di San Isidro; dal 2004 Prof. del Corso di Formazione Continua di “Teoria e Tecnica dei Gruppi Multifamiliari dal punto di vista della Psicoanalisi Integrativa”. È Socio Onorario A.F.P.P..

legata alla psichiatria dinamica, che cercava di portare il lettino fuori dallo studio dello psicoanalista, in accordo con i cambiamenti del contesto culturale.

In maniera visionaria già S. Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921) ci illuminava sul futuro della psicoanalisi applicata:

Nella vita psichica del singolo l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico e pertanto, in questa accezione più ampia, ma indiscutibile e legittima, la psicologia individuale è anche, fin dall'inizio, psicologia sociale...

Il dispositivo del G.M.F. offre un sostegno innovativo sia all'individuo che alla famiglia da un punto di vista psicologico e sociale considerando, da un lato, il soggetto come un piccolo frammento di essa e, dall'altro, questa come unità primordiale per la costruzione del mondo interno, promuovendo la sua inclusione nella comunità, rappresentata dalle altre famiglie presenti nel gruppo.

I tre ambiti descritti da Bleger (1963) – “*psicosociale, sociodinamico e istituzionale*” – non possono essere scissi nell'intergioco dei fenomeni che accadono in ognuno di loro. Infatti il Gruppo Multifamiliare condensa, al suo interno, questi singoli elementi, riconoscendoli come appartenenti alla società stessa. In tal modo vi è un superamento di quello che Pichon Rivière (1955-1972) definisce “segregazione” del paziente nel suo *entourage*. Mandelbaum (2012) elabora, attualizza e arricchisce questo concetto proponendo, attraverso l'esperienza dei G.M.F., un dispositivo per riparare ed evitare la “stigmatizzazione”, facilitando e favorendo l'uscita da questa condizione. Questo modello presenta un dispositivo teorico e tecnico che fa riferimento non solo ad una concezione psicoanalitica allargata, ma anche integrata con altri approcci provenienti da diverse scuole di psicoterapia, permettendo di trattare patologie gravi, come la psicosi, le sociopatie, la clinica della violenza e le dipendenze, che insorgono con sempre maggiore irruenza nelle popolazioni vulnerabili delle società odierne.

Il Gruppo Multifamiliare, nella sua particolare articolazione e integrazione degli aspetti psicoanalitici individuali in uno spazio allargato, permette di approfondire la comprensione della dinamica intrapsichica del sogget-

to che si manifesta nei suoi “vincoli” (Pichon Rivière, 1985) con gli altri partecipanti, permettendo il vantaggio di progredire nel percorso terapeutico. L'obiettivo del nostro lavoro è quello di promuovere il miglioramento della vita familiare nei diversi ambiti della comunità, oltre che sostenere i partecipanti nei casi di gravi problematiche relazionali fra i membri delle famiglie e le coppie separate. I nostri interventi, come coordinatrici, sono destinati a creare una rete che funzioni da contenitore e favorisca un clima accogliente e disteso nel quale le problematiche e i conflitti non risolti della propria vita, possano esprimersi liberamente. Metaforicamente potremmo definirla come “cellule gliali” che hanno la funzione di sostenere, proteggere e nutrire il tessuto neuronale promuovendo la fiducia, la continuità e la sicurezza del gruppo, il quale realizza il suo processo attraverso la suddetta rete. Così viene ad instaurarsi un clima emozionale inteso come:

La sommatoria delle interazioni degli stati emozionali individuali creatasi attraverso l'ascolto, l'affetto e il rispetto, che ha come obiettivo generare all'interno del gruppo una speranza di cambiamento (Mandelbaum, 2014).

La condivisione dell'esperienza con altre famiglie è la modalità di funzionamento specifica del Gruppo Multifamiliare; favorisce l'emergere di pensieri e riflessioni che attivano delle identificazioni, attraverso le “risonanze emozionali” fra i membri del gruppo. Questo permette di rivivere momenti del proprio passato, offrendo la possibilità di elaborare situazioni non risolte, generando nuove risposte a vecchi e disfunzionali comportamenti, oltre che attenuare la sofferenza e il senso di solitudine, agevolando i soggetti ad avvicinarsi alla speranza di una vita migliore. Se, come afferma Mandelbaum (2010), “l'uomo si ammala in gruppo e solo nel gruppo può trovare la sua guarigione”, allora i partecipanti diventano, loro stessi, agenti di cambiamento per sé e per gli altri. Il sollievo generato dal confronto con le risonanze in gioco nel gruppo, permette ad ognuno di ricontestualizzarsi; infatti, quando le persone vedono e sentono il mondo degli altri, possono riposizionarsi e, in questo modo, ricreare nuovi legami con gli altri e con se stessi. Questo è il primo fenomeno gruppale osservabile nei G.M.F. (Gruppi Multifamiliari); se il malato viene con la famiglia, la

famiglia migliora e non torna più indietro, perché il gruppo offre loro un altro sguardo e così possono accedere ad un vissuto diverso della problematica (Mandelbaum, 2010). Parole di un partecipante:

Sentendo parlare gli altri c'è un'auto-interrogazione...che ti porta a rivedere te stesso e la relazione con l'altro.

Le risonanze affettive presenti nel qui ed ora del gruppo, possono manifestarsi in modo individuale, diadico, triangolare, di gruppo e di Gruppo Multifamiliare, permettendo che si producano identificazioni e proiezioni "incrociate", favorendo e promuovendo l'accelerazione del processo terapeutico. Parole di un partecipante:

Io vengo qui da tre mesi e ho abbreviato con il gruppo i miei tempi di crescita...da dicembre ad adesso mi si è aperto un mondo di strade e un mondo diverso...io non pensavo... ho detto a mamma che dovrebbe venire anche mia sorella...

Si osserva una differenza rispetto ai gruppi terapeutici tradizionali, in quanto nei G.M.F. la famiglia confronta i modelli e i vincoli internalizzati della propria dinamica familiare con quella delle altre famiglie presenti nel gruppo. I partecipanti sono genitori-figli, padre, madre (a volte soli, a volte con nuovi compagni e figli) e anche altri familiari. Gli incontri avvengono a cadenza settimanale e hanno la durata di 90 minuti ciascuno.

Origine dell'esperienza e metodologia di lavoro

Le famiglie che compongono il gruppo presentano delle disfunzionalità legate a tematiche che si riferiscono alla delusione rispetto alle aspettative della coppia e della famiglia attuale, un tempo idealizzata; ai sentimenti di frustrazione e aggressività di fronte alla propria incapacità di risolvere alcune problematiche; ai diversi compiti di ogni genitore e alla colpevolizzazione dell'altro rispetto alle sue mancanze; alla necessità di fuggire dalla propria sofferenza e all'inadeguatezza di fronte alla realtà, assieme all'ac-

cumulo di obblighi e responsabilità del proprio ruolo; all'essere genitori oggi, rivedendo la propria filiazione nella famiglia di origine, attraverso la ripetizione del modello trasmesso ai figli; al modo in cui i figli vedono e vivono i genitori e la coppia genitoriale. Si tratta di famiglie che vengono ad imparare a gestire le difficoltà di fronte a malattie genetiche, all'assenza del ruolo paterno o materno, ad adolescenti che presentano episodi di delinquenza, a dipendenze di vario tipo (uso di droghe e alcol), a problematiche legate all'identità di genere, a difficoltà economiche, a comportamenti violenti ecc. Le dieci famiglie convocate sono state inviate dall'Asl, sia su richiesta del Giudice del Tribunale dei Minorenni di riferimento, sia dietro il consiglio di psicologi, neuro-psichiatri e assistenti sociali che seguono le famiglie nel Servizio; alcune di loro hanno l'obbligo di parteciparvi, altre concorrono in maniera spontanea.

Il gruppo, mettendo in moto un processo di crescita e maturazione di genitori e figli, integrando aspetti individuali con quelli di coppia, di famiglia e tra famiglie, offre l'opportunità di "visualizzare" un modello di funzionamento per l'apprendimento dei diversi ruoli. Questo avviene attraverso il gioco delle proiezioni e identificazioni tra i partecipanti, portando alla luce le difficoltà, i segreti e i conflitti tenuti a lungo nascosti, in genere in seguito alla separazione dei genitori. Altro materiale proviene da situazioni accumulate e non chiarite nel corso della vita quotidiana. Infatti, molti di loro raccontano di ritrovarsi a vivere una realtà diversa, che non risponde più a quell'ideale costruito durante le prime fasi del proprio nucleo familiare.

A questo punto, nel qui ed ora del processo grupppale, possono cominciare ad essere elaborate le trasformazioni dei legami, che sono già avvenute in seno ai rapporti familiari, assieme ad altri contenuti negati e nascosti. Tutto ciò avviene con la presenza reale dei componenti familiari e delle altre famiglie, permettendo la riattualizzazione di antiche stereotipie relazionali, che si snodano continuamente negli interventi del gruppo, il quale garantisce una protezione ai suoi partecipanti.

In un primo momento l'équipe inviata ha comunicato alle famiglie, dietro nostra indicazione, una serie di informazioni per la divulgazione degli incontri, che qui sotto riportiamo al fine di poter illustrare la modalità di approccio da noi utilizzata.

Gruppi Multifamiliari per il sostegno alla Genitorialità
“Discorrendo tra famiglie per risolvere i problemi”

Sapete che gli incontri di varie famiglie per parlare delle difficoltà presenti nella vita quotidiana delle coppie e delle famiglie sono una modalità usata già da 40 anni e si chiamano “Gruppi Multifamiliari”? Sapete che i benefici che risultano da questa tecnica sono stati studiati statisticamente? Tutte le famiglie possono presentare delle difficoltà inerenti alle tappe normali della vita. Per esempio, le relazioni con i figli, sia piccoli sia adolescenti, durante la loro crescita e la loro maturazione emozionale. Nella vita familiare si ripercuotono, inoltre, le difficoltà lavorative ed economiche, le separazioni, i lutti e le perdite significative o la presenza di malattie fisiche e mentali, nelle loro diverse manifestazioni.

A volte, si possono generare incomprensioni e conflittualità nella coppia genitoriale, che possono sfociare in un malessere che colpisce tutti, rendendo così difficile o impossibile mantenere insieme i coniugi, ma soprattutto, impedendo di conservare quelle specifiche funzioni e capacità genitoriali che sono loro proprie.

Quando le famiglie si isolano nel loro dolore, vivono queste esperienze in modo drammatico, con grande sofferenza di tutti i membri. Quando invece queste stesse esperienze possono essere *condivise con altre famiglie*, si producono pensieri, riflessioni e risonanze che alleviano il dolore e permettono di vivere meglio e con minore sofferenza.

Questi gruppi, coordinati da psicologi esperti e preparati nella conduzione dei Gruppi Multifamiliari che lavorano con situazioni familiari difficili, possono produrre profondi e rapidi cambiamenti¹.

Nella metodologia operativa di questa esperienza – ad oggi tuttora in corso – possiamo distinguere cinque gruppi di lavoro, che si integrano nel dispositivo di campo allargato caratteristico del Gruppo Multifamiliare:

- *Il gruppo dell'équipe inviante* (psicologi, assistenti sociali, educatori, neuropsichiatri infantili ecc.) che all'inizio ci ha comunicato alcune informazioni essenziali sulle famiglie;

¹ Traduzione del testo utilizzato dall'équipe del prof. E. Mandelbaum per la diffusione del G.M.F. nel Dipartimento di San Isidro.

- *Il gruppo delle famiglie* partecipanti agli incontri multifamiliari;
- *Il gruppo delle coordinatrici* – autrici dell'articolo – che come prassi lavorativa si confronta in una “Riunione di Rielaborazione”, al termine di ogni incontro, con la finalità di ridiscutere il materiale emerso, esprimere le osservazioni e le risonanze sulle dinamiche dei diversi livelli, comprendenti il singolo, le coppie, la famiglia e le altre famiglie che rappresentano l'ipercomplessità del G.M.F.;
- *Il gruppo delle coordinatrici con la supervisione di Mandelbaum* che settimanalmente si riunisce via skype per la comprensione clinica-teorica della dinamica gruppale in atto e degli interventi fatti dai partecipanti e dalle coordinatrici;
- *Il gruppo dell'équipe completo* formato dal gruppo istituzionale (psicologi, assistenti sociali, educatori, neuropsichiatri infantili ecc.), assieme alle coordinatrici, in supervisione via skype, per condividere ed integrare le informazioni, le risonanze e il significato dell'esperienza terapeutica che l'équipe, nel suo insieme, realizza.

Queste cinque realtà gruppali sono fondamentali per l'andamento del Gruppo Multifamiliare perché coinvolgono tutti i partecipanti in un processo di insegnamento e apprendimento, che ricorda la spirale dialettica ideata da Pichon Rivière (1955-1972):

Il soggetto sano nella misura in cui apprende l'oggetto e lo trasforma, rende cioè questo apprendimento operativo, modifica anche se stesso, entrando in un intergioco dialettico con il mondo, in cui la sintesi si trasforma nel punto di inizio.

Nell'ottica della Psicoanalisi Integrativa, questo concetto viene riformulato come una trasformazione dialettica a forma di spirale elicoidale che avanza con un movimento di mutua retro-alimentazione fra i contenuti latenti e quelli manifesti. A questo proposito i membri della S.O.S. (Struttura Organizzativa Semplice) della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza sono stati invitati ad assistere agli incontri dei Gruppi Multifamiliari, così come altri familiari dei partecipanti, al fine di generare una sinergia positiva all'interno del gruppo, in modo da renderli partecipi dei temi in cui sono coinvolte sia le famiglie che l'équipe. In fondo, si tratta di creare un clima di lavoro fra

famiglie all'interno di una famiglia istituzionale contenitrice, che si offre come modello funzionante. Il lavoro con l'équipe è un elemento basilare del G.M.F. L'“équipe” viene intesa, nel modello della Psicoanalisi Integrativa, come l'insieme di tutti coloro che si relazionano con il paziente e la famiglia. Questa configurazione di lavoro permette ai terapeuti e agli altri ruoli professionali che lavorano insieme con le famiglie, di coordinare i compiti in maniera più operativa, imparando dall'esperienza.

Allo scopo di agevolare e sostenere la presenza continuativa dei partecipanti del gruppo, è stato intrapreso un lavoro delicato e difficile dal punto di vista della gestione delle emozioni, in particolar modo negli incontri iniziali, dove si creano i primi contatti, alleanze, identificazioni, aspettative e difese. La nostra attenzione si è focalizzata sulle interazioni introduttive dei partecipanti e sui giri di conoscenza del terreno gruppale, oltre all'investimento emozionale che mettevano in gioco in questo nuovo e stimolante percorso, proiettando la loro fiducia sul gruppo, dopo i tentativi falliti del passato. Al fine di aiutarli a familiarizzare con la modalità di lavoro e con il processo in svolgimento, abbiamo chiesto loro di assistere ad almeno quattro incontri, lasciandoli liberi di scegliere se continuare o meno l'esperienza, dopo aver sperimentato i primi movimenti gruppali, che racchiudono la prospettiva di una speranza di cambiamento.

Dinamica degli incontri

Nella dinamica del gruppo esiste un filo conduttore che il coordinatore comincia a costruire nella propria mente, prendendo spunto dal materiale che emerge nella seduta tramite i diversi “portavoce” (Pichon Rivière, 1955-1972), i quali esprimono ciò che circola in maniera latente.

Mandelbaum (2014) descrive nel suo libro i diversi tipi di transfert che si attualizzano nel G.M.F.. Il transfert, in tale contesto, si fa multiplo e contiene al suo interno il transfert fra pari e quello intergenerazionale. Si differenzia dal transfert unico, caratteristico della terapia individuale, perché nel G.M.F. il transfert si manifesta davanti alla propria e alle altre famiglie. Proprio per questo motivo, Mandelbaum concepisce il G.M.F. come una *terapia di gruppo dei gruppi* (gruppi di famiglie).

A questo proposito ricordiamo la definizione di transfert “unico” di J. Laplanche e J.B. Pontalis (1967) che si differenzia da quello multiplo:

Il processo con cui i desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti nell'ambito di una determinata relazione stabilita con essi e soprattutto nell'ambito della relazione analitica. Si tratta di una ripetizione di prototipi infantili che è vissuta con un forte senso di attualità.

- *Transfert multiplo*. Negli incontri dei Gruppi Multifamiliari, i partecipanti scelgono, fra i presenti, un *depositario* transitorio su cui proiettare i propri vincoli inconsci, in modo da ricreare una corrispondenza che somigli alla trama familiare originaria, generando interdipendenza fra di loro. Questa particolare manifestazione si diffonde nel gruppo in maniera incrociata, dando origine al fenomeno multifamiliare dell'ipercomplessità. L'emozionalità trasferita sui depositari scelti, produce una rete di scambi nella quale si gioca l'elaborazione dei transfert primitivi.
- *Transfert fra pari (vincoli diadici)*. Questo tipo di transfert avviene, all'interno del transfert multiplo, generando interdipendenze fra i pari gerarchici delle famiglie (genitore con genitore, figlio con figlio, coppia con coppia ecc.). Questo fenomeno crea una nuova occasione di vincolo fra gli svariati partecipanti e permette di modificare ed elaborare la ripetitività del transfert. Succede a volte che la parola di un partecipante paritario, sia più incisiva e risuonante del commento del coordinatore, perché offre la possibilità di ascoltare quelle parole che, dette dal terapeuta, non sarebbero ben accolte.
- *Il Transfert intergenerazionale*. L'attualizzazione del transfert, nelle interdipendenze generazionali che si giocano nel gruppo, crea il transfert intergenerazionale, che permette di mettere in moto antichi vincoli familiari, proiettandoli su un partecipante di generazione diversa, offrendo al soggetto la possibilità di elaborare la ripetizione del vincolo originario. Ad es. un padre dice ad un partecipante adolescente: “Quando io ero adolescente come te, mi ricordo...”, “Questo mi permette di vedere come un padre diverso da me parla a suo figlio, che potrebbe essere anche il mio”.

Vi sono altri tre componenti essenziali (Mandelbaum, 2014) che si manifestano nel processo del gruppo:

- *L'effetto della risonanza* consente ai soggetti di associare la propria situazione personale con le rappresentazioni evocate attraverso gli interventi delle altre famiglie (es. “anche a me è successo...”). Questa risonanza risveglia, nei partecipanti, vissuti della propria famiglia interna che possono essere condivisi, ripensati ed elaborati, anche da punti di vista diversi. Questo è uno dei meccanismi di accelerazione del processo di cambiamento. A questo proposito riportiamo la citazione di Freud nella sua *Conferenza n°26, La teoria della libido e il narcisismo* (1917) per far capire questa modalità di approccio del G.M.F. come nuova risorsa al trattamento delle patologie odierne:

Le nevrosi narcisistiche non sono praticamente aggredibili con la tecnica di cui ci siamo serviti nelle nevrosi di traslazione. Con esse, ci succede sempre che dopo un breve passo innanzi veniamo a trovarci di fronte a un muro che ci intima l'alt. Anche nelle nevrosi di traslazione, come sapete, ci siamo imbattuti in tali barriere di resistenza, ma siamo riusciti a smantellarle pezzo per pezzo. Nel caso delle nevrosi narcisistiche la resistenza è insuperabile; possiamo tutt'al più gettare uno sguardo curioso al di sopra del muro narcisistico per spiare cosa avvenga al di là. I nostri metodi tecnici devono essere sostituiti con altri; non sappiamo ancora se una simile sostituzione ci riuscirà. Per la verità anche nel caso di questi malati il materiale non ci fa difetto. Essi fanno ogni sorta di dichiarazione, anche se non in risposta a nostre domande, e noi non abbiamo provvisoriamente altra risorsa che interpretare tali dichiarazioni con l'aiuto della comprensione che ci viene dai sintomi delle nevrosi di traslazione...

- *Il Modeling* è un altro elemento che favorisce il miglioramento delle relazioni familiari e funziona come una modalità di porsi delle famiglie o parti di esse con comportamenti e maniere di esprimersi che sono visibili e osservabili da tutti (non come un “consiglio” da parte del terapeuta o dei partecipanti). In questo stadio avvengono le identificazioni con le altre famiglie, le percezioni generatrici di *insight* e la produzione di sentimenti di speranza. Le famiglie, a questo punto, cominciano a sviluppare

comportamenti di riparazione più pertinenti alle necessità emozionali dei propri membri, affrontando e risolvendo i conflitti in maniera più adeguata. Il racconto delle loro esperienze si propone come modello che può essere utilizzato anche dagli altri partecipanti durante tutto il processo di elaborazione.

- *Il cambiamento e la ristabilizzazione dei rapporti affettivi* si produce attraverso il miglioramento dei vincoli familiari, che trasmette ai partecipanti l'idea di volersi bene e di poter preservare e preservarsi, creando l'aumento della propria autostima che alimenta la sinergia positiva, confermando i cambiamenti nella dinamica della famiglia. In questo processo di ristabilizzazione, i genitori sentono di poter aiutare i figli e viceversa, all'interno del movimento elicoidale della Psicoanalisi Integrativa.

A questo proposito, la coppia maggiormente problematica, la quale doveva separarsi ufficialmente nel novembre del 2013, ha deciso di programmare le vacanze insieme ai figli, dopo sette anni di litigi continui. Questo segnale ci ha fatto capire il desiderio di ristabilire rapporti affettivi positivi, anche se tutt'ora i conflitti e litigi sono presenti negli incontri, seppur con minore aggressività. Un altro membro del gruppo, restio all'inizio a parteciparvi per l'assenza della ex-moglie, ha dimostrato nel corso degli incontri un cambiamento di emozionalità, affrontando e confrontandosi con il gruppo attraverso interventi che facevano spesso riferimento alla sedia vuota. Ora accetta l'assenza della sua ex-moglie dicendo: “Vengo qui da solo, ma vado via con un sacco di persone”, indicando così la mobilitazione interiore sperimentata attraverso la dinamica gruppale.

Dopo sei mesi di lavoro con il G.M.F. abbiamo realizzato un questionario esplorativo sull'esperienza compiuta fino ad allora. Il risultato è stato significativo, giacché alla domanda “Quali siano i fattori che pensa abbiano generato un miglioramento?”, molti di loro hanno risposto:

“Il confronto con altre persone diverse ci ha permesso di capire le problematiche con il coniuge”, “Nel gruppo abbiamo potuto ascoltare diverse visioni delle relazioni e delle soluzioni ai nostri conflitti”, “Questi incontri ci sono serviti per capire aspetti diversi delle situazioni quotidiane da cui siamo afflitti da tempo”, ecc.

Tutti i membri del gruppo hanno quantificato in un punteggio fra l'8 e il 10 (su una scala da 1 a 10) l'influenza che il lavoro del gruppo ha avuto su di loro. Alla domanda su altre opinioni da aggiungere rispetto a quanto espresso, molti hanno specificato il forte desiderio di continuare questa esperienza perché:

... È importante che in questo settore ogni tanto vada avanti qualcosa di positivo in aiuto di queste situazioni nell'interesse dei figli che abbiamo in condivisione con l'ex", "esperienza assolutamente da incentivare!

Conclusioni

Trattandosi di una terapia gruppale che si occupa dell'individuo, della sua famiglia, ma anche delle altre famiglie, il Gruppo Multifamiliare, dal punto di vista della Psicoanalisi Integrativa, rappresenta "una novità" che diviene originale, oltre che un' "esperienza privilegiata" (Garcia Badaracco, 2000), postulando connessioni tra le teorie del passato e le idee attuali riguardo al processo psicoterapeutico delle nuove patologie. In questa prospettiva i partecipanti modificano gli aspetti disfunzionali legati alla propria storia, rinnovando il loro funzionamento, come persone, all'interno della famiglia. Questo dispositivo consente di trattare un gran numero di partecipanti in contemporanea, risparmiando tempo, spazio e risorse. Inoltre l'inquadramento del G.M.F. riunisce il contesto familiare e sociale nel quale ognuno può trovare elementi che gli appartengono.

Questa risorsa potrebbe essere applicata in diversi ambiti istituzionali, come quello dell'educazione e della giustizia, tenendo presente che un bambino o un giovane con difficoltà nei processi di apprendimento che lascia la scuola, o che sviluppa comportamenti patogenici, rappresenta l'emergente di una famiglia disfunzionale. Come afferma Mandelbaum, il G.M.F. lavora direttamente sulle configurazioni familiari, al fine di riscattare gli aspetti positivi e potenziarli nelle *interazioni normogeniche* presenti in ogni famiglia e in ogni individuo.

Se i genitori riescono a parlare e a comunicare con i figli, questi hanno un migliore destino. Questa esperienza ci permette di confermare aspetti teorici e tecnici della Psicoanalisi Integrativa applicata ai G.M.F.. La condizione di ascolto, rispetto e affetto del dispositivo permette che terapeuti e partecipanti possano imparare dal processo, in cui viene privilegiata l'azione di trasformazione e l'interscambio fra i protagonisti, arricchendo le famiglie, le istituzioni e la tecnica stessa della coordinazione gruppale. Aspettiamo allora un nuovo giro elicoidale...

*"La Bellezza è crescita, maturazione e civiltà condivisa con gli altri".
Commento di un anonimo cittadino napoletano intervistato per strada
in riferimento al film "La Grande Bellezza" (P. Sorrentino, 2013).*

BIBLIOGRAFIA

- Bleger J. (1963), *Psicologia de la conducta*, Paidós, Buenos Aires.
- Freud S. (1917), *Introduzione alla psicoanalisi - La teoria della libido e il narcisismo*”, Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1917), citato in Mandelbaum E. (2013), *Concorso José Bleger*, Asociación Psicoanalítica Argentina – APA.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, Opere, vol. 9, Boringhieri, Torino.
- García Badaracco J. (2000), *Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, 1993.
- Mandelbaum, E. Alazraqui, B. Koziol S. (1970), *Comentarios sobre una experiencia clínica de un grupo multifamiliar de familias con miembros psicóticos.*, En Sutzki, C. Berenstein, I., Bleichmar, H. Maldonado Allende, I. (comps), *Patología y terapéutica del grupo familiar. (pp 232-234)*, Acta para la Salud Mental, Buenos Aires.
- Mandelbaum E. (2010), “Intervenciones en el Grupo Multifamiliar”, Publicado en Actas del V Congreso Argentino de Salud Mental 6, 7, 8 de Mayo 2010, Buenos Aires, Argentina.
- Mandelbaum E., “El problema del diagnóstico y la estigmatización en los Grupos Multifamiliares”, Publicado en Actas del VII Congreso Argentino de Salud Mental 28, 29 y 30 de mayo 2012, Buenos Aires, Argentina, 2012.
- 2014, *Teoría e práctica dei Gruppi Multifamiliari dalla prospettiva della Psicoanalisi Integrativa*, in corso di pubblicazione, Edizioni Byblos, Buenos Aires.
- Pichon Rivière E. (1955-1972), *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto (AN), Ed. Lauretana, 1985.
- Pichon Rivière E. (1985), *Teoría del Vínculo*, Nueva Vision, Buenos Aires, Edición n°21, Ottobre 2000.

LA PSICOTERAPIA INFANTILE E I DIVERSI CONTESTI DEL BAMBINO: MINACCE DI CONFLITTO E POSSIBILITÀ DI INTEGRAZIONE¹

Rossella Coveri*, Miriam Monticelli**, Elisabetta Papucci***

In questo lavoro cercheremo di mettere a fuoco un intervento integrato tra diversi operatori su uno stesso caso clinico, cercando di evidenziare le criticità e i vantaggi di questo approccio.

Nella pratica clinica quotidiana spesso operatori diversi si trovano a lavorare su uno stesso caso. Se da una parte si ritiene che mettere in comune il lavoro possa aiutare ciascuno nel proprio setting, dall'altra l'introduzione di punti di vista estranei alla relazione col paziente può venire considerata un ostacolo al progredire del lavoro.

Il caso che presentiamo riguarda una bambina adottiva di 5 anni, Olivia, per la quale è stato predisposto un intervento psicopedagogico nel contesto scolastico, una psicoterapia psicoanalitica individuale e un percorso psicologico di sostegno alla coppia genitoriale. Come operatrici coinvolte nel caso, abbiamo ipotizzato che un lavoro condiviso potesse essere d'aiuto nella costruzione di un processo di integrazione di aspetti, contesti e punti di vista diversi. Trovandoci di fronte ad una realtà complessa, costituita dai diversi contesti di vita della bambina, e in cui ci siamo sentite spesso minacciate dall'improvviso insorgere di conflitti, ci siamo interrogate sull'opportunità di incontrarci regolarmente per condividere i nostri pensieri. Venire a conoscenza di una realtà esterna al lavoro ci sarebbe stato utile o ci avrebbe osta-

¹ Presentato alla International Conference E.F.P.P., *Conflict and reconciliation in groups, couples, families & society*, Athens, 24/27 maggio 2012.

* Psicologa Psicoterapeuta, membro del direttivo A.M.H.P.P.I.A., insegnante del Diploma post-lauream/Master in “Studi di Osservazione Psicoanalitica” Centro Studi Martha Harris (C.S.M.H.) di Firenze.

** Psicologa Psicoterapeuta, membro del direttivo A.M.H.P.P.I.A., insegnante del Diploma post-lauream/Master “Studi di Osservazione Psicoanalitica” Centro Studi M. Harris (C.S.M.H.) di Firenze.

*** Psicopedagogista, Master in “Studi di Osservazione Psicoanalitica” Centro Studi M. Harris (C.S.M.H.) e Tavistock Clinic-University of East London.

colato? La psicoterapeuta infantile sarebbe riuscita a mantenere il focus sulla relazione transferale-controtransferale? La psicoterapeuta della coppia genitoriale avrebbe potuto continuare ad esplorare la bambina nella mente dei genitori? E la psicopedagogista, nel sostenere il processo di apprendimento, sarebbe riuscita a continuare l'osservazione della bambina nella relazione con i compagni e con le insegnanti?

Abbiamo discusso questi dubbi con Giovanni Hautmann. “Nella mente inconscia di ogni individuo”, ci ha detto Hautmann, “vi è una parte di Sé gruppale che viene sollecitata, espressa, incarnata nel lavoro del gruppo. A sua volta i pensieri che il gruppo elabora vengono interiorizzati nella mente di ogni individuo in un intreccio continuo. Successivamente ciascuno operatore porta con sé nel proprio lavoro gli effetti e le conseguenze del lavoro del gruppo, dove la mente gruppale inconscia individuale è stata sviluppata” (comunicazione personale).

Hautmann descrive l'identità gruppale come matrice del Sé: “Il Sé ai suoi albori è più che altro la mentalizzazione simbolico-asimbolica in intensa organizzazione nella direzione descritta di una sorta di primitiva *identità gruppale*, un Sé gruppale quindi, base di una fusionalità profonda, globale, primo modo di porsi della pellicola di pensiero” (Hautmann, 1999). Le riflessioni di Hautmann ci hanno aiutate ad elaborare una nostra posizione rispetto alla funzione del gruppo al lavoro.

“Nel gruppo [...] il materiale clinico rappresenta in certo qual modo un *contenuto* che viene raccolto dal *contenitore*, costituito dal pensiero di gruppo; il *contenitore* a sua volta, entrando in contatto con il materiale, viene indotto ad adattarsi ad esso e ad esprimerlo” (Brignone, 1999). Il recente sviluppo della psicoanalisi di gruppo ha mostrato come “l'accesso alla matrice di pensiero di gruppo non è automatico e per ottenerlo è necessario l'introduzione [...] di un setting e di una metodologia adeguata allo scopo” (Brignone, 1999). Può essere quindi utile lasciare che i materiali della psicoterapia individuale, della psicoterapia della coppia genitoriale e del lavoro psicopedagogico entrino nella mente di ciascun operatore; la famiglia intera viene così accolta, pensata, e contenuta dalla “mente gruppale inconscia”. È però necessario, come per ogni lavoro rigorosamente psicoanalitico, che si costruisca un setting regolare e stabile.

Nel presente contributo viene presentato il lavoro delle tre autrici, a partire da quello di Elisabetta Papucci, la psicopedagogista, che per prima è stata coinvolta nel caso. Come referente pedagogica della scuola frequentata dalla bambina, Elisabetta Papucci è stata informata dalle insegnanti delle difficoltà che la piccola presentava. Subito dopo sono stati coinvolti i genitori e, in accordo con loro, è stato progettato un intervento di sostegno alla bambina sia sul piano pedagogico che su quello psicoterapeutico. Per la psicoterapia della bambina la psicopedagogista ha dato ai genitori l'indicazione di rivolgersi a Rossella Coveri. In seguito, la psicopedagogista ha discusso con i genitori la necessità di un sostegno anche per loro, ed è stata coinvolta Miriam Monticelli.

Il progetto pedagogico

*“Dio mi guardi dai pensieri che gli uomini pensano nella mente sola.
Colui che canta la canzone duratura pensa nel midollo.”*

W. B. Yeats

L'insegnante mi segnalò Olivia, una bambina di 5 anni che stava attraversando un momento delicato del suo sviluppo. La piccola presentava difficoltà psicomotorie e di apprendimento che si potevano ricondurre alla sua storia personale. Nata in Messico, era stata adottata all'età di 10 mesi da una coppia senza figli di circa 30 anni. Nel periodo della presa in carico, i genitori erano stati in Venezuela per l'adozione della seconda figlia, Susi, e il padre aveva subito un intervento chirurgico per rimuovere un aneurisma all'aorta. In seguito a questi due episodi, Olivia aveva iniziato a regredire e partecipava molto meno alle attività e ai giochi con gli altri bambini. Si isolava facendo giochi ritualizzati e si rifiutava di eseguire le consegne della maestra.

Durante i colloqui iniziali con l'insegnante e la famiglia venni a conoscenza della storia della bambina e di eventi critici del passato che potevano continuare a influenzare il suo sviluppo e il suo apprendimento. Avevo in mente, inoltre, le difficoltà di Olivia di fronte all'arrivo di una nuova sorellina e ai problemi di salute del padre.

Decisi di osservare Olivia nel suo contesto scolastico abituale. Progettai due momenti osservativi di circa quaranta minuti ciascuno: la prima osservazione in sezione durante le attività strutturate e la seconda in giardino, dove i bambini giocano liberamente.

Riporto un estratto della prima osservazione:

Olivia è una bambina robusta, dai folti capelli scuri e dai grandi occhi neri. A differenza dei suoi compagni non mi saluta quando entro nella sezione. È seduta da sola ad un tavolo e sta esplorando il contenuto di una scatola che la maestra ha posto sul pavimento. Ci sono famigliole di animali domestici e selvatici e alcuni personaggi dei cartoni animati come *La carica dei cento uno*. La bambina compone con gli animali una lunga fila e poi mette uno accanto all'altro i canini maculati. Prende dalla scatola una piccola pentola e comincia a nutrire tutti gli animali, dal primo fino all'ultimo e poi di nuovo dal primo fino all'ultimo. Ogni tanto tiene premuto con forza sul pube uno degli animali che sembra scegliere a caso, poi lo toglie, lo annusa e lo rimette nella fila.

La maestra chiama i bambini vicino a lei per raccontare una storia. Chiama anche Olivia ma la bambina fa “no” con la testa e continua il suo gioco. I bambini si siedono a terra intorno alla maestra; una bambina guarda Olivia che a capo basso continua a nutrire gli animali. Appena la maestra inizia a raccontare la storia di Topo Topazio, Olivia la guarda per alcuni secondi e poi, sempre a capo basso, continua il suo gioco ritualizzato.

Voltando letteralmente la testa dall'altra parte, Olivia mi aveva fatto pensare ad un neonato che rifiuta il cucchiaino-seno che gli viene offerto. La piccola sembrava totalmente disinteressata a ciò che accadeva nel contesto scolastico, come se stesse rifiutando il cibo intellettuale che le veniva offerto. Pensai che forse la sua esperienza passata – rinforzata dal recente ricovero del padre – potesse indurla a sospettare che qualsiasi cosa proveniente dal mondo esterno fosse pericolosa e deludente. Mi chiesi come accogliere le sue angosce persecutorie e come aiutare lei, la sua insegnante e la sua famiglia.

Le difficoltà di apprendimento di Olivia sembravano strettamente collegate al suo sviluppo psico-emotivo, perciò iniziai a considerare di avviare un percorso che coniugasse il sostegno pedagogico con un lavoro di tipo psico-

terapeutico rivolto alla bambina.

Per quanto riguarda il sostegno pedagogico, ho offerto ai genitori uno spazio di riflessione individuale – con cadenza mensile per il primo trimestre, con cadenza bimestrale per il periodo successivo – per poterli avvicinare ai bisogni della bambina; contemporaneamente ho incontrato l'insegnante una volta al mese per la durata dell'anno scolastico. Intanto, lavorando con Olivia con il metodo osservativo, ho potuto cogliere e contattare i suoi bisogni emotivi.

In un'osservazione successiva:

Olivia si allontana dagli altri bambini e si dirige vicino ad una pianta. Raccolto un rametto di legno, comincia a scavare nella terra, dove c'è già una piccola buca. Lo sguardo di Olivia è fisso sulla buca. Noto come anche in giardino giochi da sola. Ogni tanto interrompe lo scavo per infilarsi le dita del naso e levarsi le caccole... sembra continuare a scavare nel suo corpo. Mi torna in mente quello che mi ha riferito la maestra sul suo infilarsi le dita nel naso fino a farsi sanguinare le mucose.

Cambio posizione e riesco a stabilire un contatto visivo con Olivia. I suoi grandi occhi sembrano dirmi qualcosa. È la prima volta che Olivia mi guarda; percepisco la sensazione di un buon incontro. Per un attimo la bambina sembra tenersi a me con lo sguardo, mentre l'insegnante, impegnata con il resto della classe, non può farsi carico dei suoi bisogni e della sua sofferenza. Forse la mia presenza permette alla piccola di fare l'esperienza di un essere in due, anche quando si allontana da adulti e bambini.

Osservare Olivia a scuola mi ha permesso di entrare in contatto con il suo mondo esterno e di riflettere sul significato emotivo dei suoi comportamenti. Iniziai a pensare ai vissuti di abbandono di cui la bambina aveva fatto esperienza e a come questi potevano essere collegati all'inibizione intellettuale che sembrava avere sviluppato.

Melanie Klein (1930) ha rivolto l'attenzione all'inibizione intellettuale e ai blocchi emotivi all'apprendimento, ipotizzando che la psicoanalisi e la pedagogia potessero insieme contribuire “a fare sbocciare la personalità in tutte le sue dimensioni”. Sia Melanie Klein (1923, 1931) che Susan Isaacs (1948) hanno dedicato alcuni scritti ai modi in cui le capacità intellettuali e creati-

ve vengono inibite dall'angoscia e dalla repressione della curiosità sessuale. La Klein (1928) sostiene che le difficoltà di attenzione e di apprendimento sono da ricondursi alla prima relazione madre-bambino, all'interno della quale possiamo rintracciare i precursori del desiderio di conoscenza. Secondo l'Autrice, la "pulsione epistemofila" si attiva a seguito dell'introyezione di un oggetto buono – la madre – da cui il bambino può poi allontanarsi senza timore di perderlo definitivamente.

Nella storia di Olivia, la difficile elaborazione della perdita del primo oggetto d'amore materno potrebbe avere ostacolato la possibilità di nuovi investimenti intellettivi. Ho condiviso con l'insegnante alcuni pensieri sulla bambina per definire insieme a lei delle strategie volte a contenere la sofferenza della piccola e a favorire la sua integrazione nel gruppo dei pari.

Nei colloqui con i genitori, ho esplorato i vissuti di preoccupazione e di angoscia che la madre e il padre stavano sperimentando. La possibilità di parlare insieme di ciò che stava accadendo ad Olivia e dentro di loro, ha reso la sofferenza più sopportabile, accessibile al pensiero e suscettibile di modificazioni.

Alla fine del primo anno di lavoro, hanno quindi accettato di dare avvio a un percorso psicoterapeutico per la bambina e, poco dopo, di intraprendere a loro volta un percorso di sostegno psicologico. Parallelamente, io ho continuato ad offrire regolari incontri all'insegnante e ai genitori, e a farmi carico della comunicazione tra loro, che talvolta mancava.

La bambina è stata trattenuta un anno in più alla scuola dell'infanzia. Il passaggio alla scuola primaria è stato un momento delicato perché Olivia ha dovuto affrontare una nuova separazione, lasciando insegnante e compagni, mentre si preparava ad essere accolta in un nuovo ambiente.

Durante la prima classe della Scuola Primaria ho avviato una riflessione sugli aspetti comportamentali ed evolutivi di Olivia, cercando di aiutare le nuove insegnanti e i genitori a conoscere e rispettare i tempi della bambina. In particolare ho contenuto le ansie degli adulti in modo da rendere visibile il processo di apprendimento della lettura e della scrittura che la piccola ha fatto con impegno e fatica. Mi sono avvalsa, anche in quel periodo, di osservazioni in classe con frequenza mensile mentre il lavoro della terapeuta della bambina e quella dei genitori si facevano carico delle rispettive realtà interne ormai da più di un anno.

Strackey (1930) e Klein (1930) attribuiscono alla lettura il significato inconscio di ripetizione del processo di conoscenza del corpo della madre e dei suoi contenuti. La Klein attribuisce *l'inibizione ad apprendere* alla paura di aver derubato e danneggiato la madre. Secondo l'Autrice, affinché il processo di apprendimento proceda positivamente, è essenziale che il corpo materno e il suo contenuto siano percepiti interi – non in pericolo e quindi non minacciosi – e che la sensazione di angoscia, che si accompagna ai primi atti di conoscenza non sia eccessiva (Klein, 1935). D'altra parte, una certa quota di angoscia è necessaria per l'apprendimento: è la sua presenza che induce lo spostamento del desiderio su altri oggetti e poi su altri ancora, determinando un allontanamento progressivo dell'atto conoscitivo dall'oggetto primario e la nascita del mondo simbolico. È dunque la capacità dell'io di tollerare, e poi di elaborare, una certa quantità di angoscia, che consente al bambino di apprendere. Tutti i successivi apprendimenti si basano sul modello di quello primario. Nel caso di Olivia, in accordo con Bion (1962), sembrava che il processo di apprendimento dovesse passare attraverso il filtro della sua storia e delle sue emozioni.

Riporto una vignetta da un'osservazione:

Olivia è in terza Primaria. Nelle precedenti osservazioni sedeva sempre alla cattedra con la maestra, oggi la vedo seduta nel banco in mezzo ai compagni. La maestra sta iniziando la lettura di una storia. Olivia mi guarda e poi abbassa la testa e si rimette in posizione di lettura. La maestra chiede ad una bambina di iniziare a leggere la storia, poi fa cenno di continuare ad un altro bambino. Olivia guarda la maestra, la maestra le fa un gesto di rassicurazione con la mano, Olivia riprende a seguire la lettura. La maestra interrompe il bambino che sta leggendo e dice: "Ora continua Olivia". La bambina cerca e incontra lo sguardo della maestra, la maestra si avvicina al suo banco e Olivia inizia a leggere. Olivia legge, i compagni ascoltano quasi senza respirare, sembrano sostenerla con "la loro lettura silenziosa". La maestra la ascolta e la guarda con attenzione e appena coglie nel tono della voce un po' di stanchezza passa il turno ad un altro bambino. Olivia guarda la maestra che le sorride e fa "si" con la testa poi cerca anche il mio sguardo.

Con il tempo, l'insegnante è diventata sempre più desiderosa di comprendere meglio i bisogni della piccola. Le sue attenzioni e la sua pazienza hanno aiutato Olivia a sentire che c'erano, anche dentro di sé, spazio e tempo sufficienti per aprirsi alla conoscenza.

Questa esperienza ha fatto riflettere su quanto sia necessario lavorare su più aree dello sviluppo, anche quando la richiesta iniziale della scuola e della famiglia è sul piano dell'apprendimento e sono centrali le difficoltà scolastiche della bambina.

La Psicoterapia psicoanalitica di Olivia

*“Il tempo presente e il tempo passato
sono forse presenti entrambi nel tempo futuro,
e il tempo futuro è contenuto nel tempo passato.”*

T. S. Eliot

Il lavoro della psicopedagogista aveva aiutato i genitori ad accostarsi ai bisogni emotivi della bambina. Durante la consultazione per la psicoterapia di Olivia, che è durata 8 incontri per i genitori e 5 incontri per la bambina, i genitori mi raccontarono dell'esperienza dell'adozione in Messico. Dalle poche informazioni che avevano, risultava che Olivia era stata abbandonata alla nascita dalla madre “schizofrenica” e, benché nella realtà i genitori non potessero sapere niente riguardo alla attendibilità di tale diagnosi, questa mi sembrò aleggiare come un “fantasma nella stanza” di Olivia (Fraiberg, 1974).

Alla bambina dissero che la madre l'aveva lasciata perché “ammalata”. L'istituto in cui aveva vissuto per 10 mesi era molto povero². I genitori mi dissero che Olivia si era subito “attaccata”, tirandosi su sul lettino e sorridendo loro. I primi 2 anni di vita a casa erano andati bene; la bambina piano piano progrediva. Successivamente all'adozione della sorellina e alla grave malattia del padre, però erano comparsi i sintomi descritti dalla psicopedagogista. Anche a casa Olivia si separava con difficoltà dai genitori e la notte non riusciva a dormire se non con loro.

² Sembra che il latte venisse allungato con acqua di riso, e dato ai bambini, lasciando il biberon sul lettino; successivamente le pappe, molto povere, venivano date ai bambini tenendo loro le mani bloccate in modo da far prima.

Il babbo, uomo intraprendente, mi sembrò fiero della sua capacità di essere un self-made-man e desideroso di aiutare la sua bambina, ma sembrava spaventarsi nel momento in cui riusciva a divenire più consapevole dei bisogni di Olivia. Consciamente temeva che l'aiuto offerto potesse sfavorire lo sviluppo di una autonoma capacità di “cavarsela nella vita”. Per questo si sentì in disaccordo con le proposte della pedagoga e mie, a cominciare dalla frequenza della psicoterapia, che proposi a 3 volte a settimana. La mamma sembrava più disponibile a pensare che il setting psicoterapico avrebbe potuto costruire dentro la bambina la capacità di rendersi autonoma. La pedagoga ed io riflettammo insieme sulla paura che il babbo sembrava portare per tutta la famiglia e che avrebbe potuto far innalzare una difesa rispetto alla possibilità di aiutare Olivia. Pensammo che, forse, questa coppia si stava incontrando con i bisogni della bambina, che essi avevano fantasticato di poter colmare con il loro aiuto e amore. Entrambi condividevano l'appartenenza ad un gruppo cattolico attivo e quindi un pensarsi nel mondo come persone desiderose e capaci di prendersi cura dei bisogni fisici ed emotivi, con buona volontà ed impegno. Ci rendevamo conto di come la nostra proposta poteva essere per loro non solo una intensa ferita narcisistica, ma una minaccia alla loro stessa identità. Anche loro avevano bisogno di aiuto.

Tenendo in mente questi pensieri, ciascuna di noi, incontrò i genitori nel proprio setting. Piano piano, riuscirono ad accostarsi ai bisogni della bambina ed accettarono la proposta della psicoterapia a 3 volte a settimana, la proposta della pedagoga di seguire il percorso scolastico e la possibilità di farsi aiutare parallelamente come coppia genitoriale.

La psicoterapia³ di Olivia iniziò con un gioco nel quale lei si nascondeva ed io rimanevo nella stanza senza più sentirla né vederla, per poi chiamarla e cercarla mettendo in parole la paura che non ci fosse più nessuno con me, di essere rimasta sola. Olivia si aprì a nuovi giochi nei quali lei interpretava personaggi maschili e a me chiedeva di vestire i panni di una piccola bambina. Il mio dare voce alle emozioni di questa piccola bambina, all'interno di uno spazio di gioco condiviso, sembrò lentamente aiutarla ad aprire il mondo della sua fantasia. Via via la stanza cominciò a trasformarsi come in un

³ La psicoterapia che si svolgeva il Lunedì, Martedì e Mercoledì, è stata regolarmente supervisionata per 6 anni, da Giovanni Hautmann ogni Venerdì per 2 ore settimanali, in modo da poter supervisionare l'intero corso della settimana. Le riflessioni elaborate in questo scritto sono frutto dei pensieri sviluppati durante i nostri incontri.

palcoscenico dove Olivia riusciva giocando, a rappresentare scenari del suo mondo interno, a patto che io recitassi la bambina piccola. A lei l'interpretazione di ruoli di maschi forti, potenti, che potevano fare quello che volevano: entrare, uscire, divertirsi, e che lasciavano me "bambina piccola e brutta" sola, piangente, abbandonata, impotente.

La fantasia che esprimeva sembrava essere quella che uno o più maschi potevano invadere, distruggendo tutte le cose buone: casetta, scatola, stanza, (Olivia si infilava concretamente dentro alla sua scatola calciandola distruttivamente) lasciando la bambina sola ed impotente. I maschi erano vissuti come coloro che possono portare via l'oggetto primario, la madre, la casa; un padre-maschio-cattivo che entrava dentro la madre stuprandola, facendola ammalare e morire; ed allora Olivia sembrava identificarsi con l'aggressore scindendo e proiettando in me la piccola-neonata-femmina abbandonata. Io nel gioco cercavo di dare voce a quello che la bambina stava provando: l'angoscia di rimanere sola, senza casa, abbandonata; il terrore di morire.

Ho sempre giocato molto recitando il copione che lei costruiva, perché quella sembrava essere la strada che lei mi offriva per mettere in parole la sua esperienza emotiva, cercando di uscire dalla situazione di gioco per fare brevi commenti su ciò che lei sembrava sentire in quel momento nella relazione con me. Spesso mi interrompeva, con un "Gioca! Gioca!" e il maschio diventava ancora più violento o iniziava a parlare "inglese" in un modo per me incomprensibile: "stincherwesrli!". Sembrava che il mio uscire dal giocare insieme, per parlare a lei direttamente dei suoi pensieri e delle sue emozioni, fosse sentito concretamente come un abbandonarla, un andarmene, sottraendomi al contatto emotivo. Sembrava che non fossi più sentita come una buona terapeuta-mamma vicina a lei emotivamente, desiderosa di comprenderla, e che diventassi una mamma-cattiva che abbandona, per andarsene via con qualcun altro: un padre-pensiero-analitico, altro, straniero. In coppia con lui sembravo diventare una mamma da cui non si sentiva più compresa, che parlava un'altra lingua. Alcuni scritti di Ronald Britton mi aiutarono a comprendere questo scenario interno (Britton 1989, 1992, 1998). Sembrava che, nel momento in cui offrivo la mia mente al gioco con lei, venisse recuperata una condizione di fusionalità primaria, forse quella con la madre biologica di cui era stata privata. Sentivo necessario in questa prima fase, creare uno scenario dove ci fosse una terapeuta-mamma che desiderasse tenere, stare, pensare,

alla neonata messicana che Olivia grande "che parla italiano" avrebbe voluto eliminare, come le caccole che si toglieva dal naso fino a farsi sanguinare. La parte neonata poteva così venire scissa e proiettata dentro di me in modo che io la comprendessi e le dessi voce, narrando le angosce impensabili e fino ad ora inenarrabili che aveva vissuto.

L'esperienza su cui maggiormente Olivia aveva bisogno di essere aiutata era la separazione. Ogni separazione suscitava una grande angoscia abbandonica. Nei giochi veniva rappresentata una casa dove i maschi potevano entrare, chiudere la porta e divertirsi, bevendo succhi buonissimi, ballando ecc... in una sorta di festino omosessuale. Io, piccola bambina, venivo lasciata fuori, sola, a guardare e soffrire; espulsa, senza succo-latte, impotente. L'idea sembrava essere che si viene abbandonati perché "femmine e piccole", mentre si preferiscono i maschi grandi, ad essi si spalancano le porte e si lascia che entrino e si cibino di tutte le cose buone che ci sono dentro alla casa. Forse era così che Olivia aveva vissuto l'esperienza dell'abbandono: come se un maschio-padre-cattivo avesse portato via la buona-mamma della pancia, che a lui aveva spalancato le porte della sua casa-pancia-mente, lasciando cadere la piccola neonata.

Recitando la bambina nel gioco, potevo dare voce a queste angosce. Poi, cercavo di interpretare come attraverso questi giochi, lei cercasse di raccontarmi come si sentiva in quel momento nella relazione con me, la paura che la terapeuta-mamma-buona lasciasse entrare dentro di sé, nella sua casa-cuore, una terapeuta padre-maschio-cattivo e che insieme la avremmo abbandonata⁴.

Via via i giochi si ampliavano, creando uno scenario immaginario dove io potevo provare a mettere in parole la sua esperienza emotiva neonatale per iniziare a raccontare la sua storia. Allora davo voce ad angosce primarie impensabili, inenarrabili, come l'angoscia di essere una bambina da buttare, fecale, che nella profondità della sua mente generava un "terrore senza nome" (Bion, 1967). Quando recitavo la bambina piccola, spesso venivo chiusa,

⁴ Ad esempio, dicevo "Tu Olivia sai che adesso noi ci dobbiamo salutare perché il nostro tempo è finito e che ci rivedremo domani, ma alla piccola Olivia dentro di te viene tanta paura che invece io sia come una mamma che adesso vuole far entrare dentro al suo cuore, solo un maschio, solo una dottoressa-babbo-cattiva, perché non gli piace stare con te, perché pensa che sei una brutta femmina piccola." Sentivo che era necessario dare voce anche al piano della realtà, cogliendolo e distinguendolo da quello della fantasia, per aiutare la sua mente che ancora veniva invasa da angosce primarie, a differenziare la realtà interna da quella esterna.

legata con lacci e coperte o rimaneva incastrata in un burrone; mi veniva data “acqua cattiva che fa ammalare”, ero denigrata da maschi che prendevano la casa tutta per loro dicendomi “Fea”, che in spagnolo significa “brutta e sporca”. Iniziarono a comparire parole spagnole come “Buonas dias” e “Aborito” – che, mi disse, significa “Sveglia” – e “Adios”, ma soprattutto “Las ninias” che, disse, significa “La piccola”.

Così, con delicatezza ho potuto provare a parlare della “Las ninias-Olivia” che aveva perso la sua mamma della pancia ed era stata nella “casa dei bimbi” in Messico, dove le veniva parlato in spagnolo; che aveva dovuto stare in un lettino per tanto tempo, dove forse, si era sentita incastrata, legata; a cui era stato dato un latte cattivo, non buono come quello che le aveva poi dato la sua mamma adottiva. Adesso questa piccola Olivia era qua, in Italia, con un babbo e una mamma, e una casa, e la dottoressa, ed allora cercava di raccontarmi quello che le era accaduto, quanto era stata male. Quanta paura aveva avuto di morire; ed adesso, ogni volta che la dottoressa la salutava, ancora aveva paura che potesse risucedere così, come era successo con la mamma della pancia, che anche la dottoressa avrebbe potuto ammalarsi e morire, e lasciarla sola, e allora sarebbe potuta morire anche lei.

Poter avvicinare le angosce primarie nella sicurezza del contenimento analitico, sembrava poter aprire a poco a poco la strada all’espressione di altre fantasie in cui la sua esperienza emotiva veniva rappresentata. Nei giochi è comparsa sempre più direttamente la paura della malattia e della morte dell’oggetto primario, la madre buona, a cui seguiva inevitabilmente la morte della bambina.⁵ Così ho potuto parlare della sua esperienza reale fatta con la madre biologica. Lei sapeva che si era ammalata, per questo non aveva potuto tenerla, ma la piccola Olivia aveva avuto paura che invece avesse voluto ammalarsi e forse morire, perché non voleva stare con lei. Per questo adesso, ogni volta che io andavo via, la las ninias-Olivia nel suo cuore, aveva paura che fosse perché io non volevo stare con lei; che preferissi morire⁶. Piano piano la paura della morte dell’oggetto primario dal quale dipende la vita del

⁵ Ad esempio, Olivia interpretava un uomo o una donna, che sembrava ammalarsi volontariamente, bevendo “acqua che fa ammalare”, e morire andando da Gesù, preferendo questo allo stare con lei. Io, piccola bambina, dovevo disperarmi e cercare di riportarla dalla tomba. “No! Non voglio stare con te, vado da Gesù! Vado nella tomba... Adios!” lei mi diceva.

⁶ Che preferissi andare da una dottoressa-babbo-Gesù nel cielo, stare con lui, anzi che stare insieme a lei, piccola bambina fea.

bambino, che lei aveva attraversato da sola, in Messico, e che aveva rivissuto quando il padre adottivo si era ammalato, ha potuto riemergere intensamente nella relazione transferale; potevamo dare parole ad angosce fin ad allora impensabili, perché contenute in un setting analitico stabile.

Nel lavoro terapeutico, la parte neonata sembrava poter fare l’esperienza dell’essere tenuta nella mente da una terapeuta-mamma; sentirsi tenuta nella mente poteva aiutarla a vivere l’esperienza originaria dell’essere tenuta nella pancia, al seno, nella mente della madre, che Olivia non aveva vissuto da neonata.

Gradatamente Olivia ha potuto iniziare ad integrare questa sua parte e a costruire una sua identità femminile. Nei giochi ha iniziato sempre più ad interpretare parti femminili. È comparso anche un maschio buono, che aiutava, cercando di insegnare alla bambina.

I personaggi di una tele-novelas sud-americana “*Il mondo di Patty*” hanno preso la scena nella stanza di terapia. Spesso io dovevo interpretare la piccola Patty che non veniva invitata ai compleanni o che veniva lasciata fuori dalla casa-scuola, fuori dal gruppo delle ragazzine più belle che sapevano cantare e ballare e che prendevano tutto il palcoscenico. Olivia sembrava cercare ancora di rappresentare il suo mondo interno dove c’era una Olivia-ragazzina-preadolescente che voleva eliminare la piccola Olivia-Patty, estrometterla dalla sua vita. Questa storia, raccontata in tanti vari episodi, sembrava adesso essere come un sogno che, ad un livello simbolico più elevato, dava configurazione alle sue fantasie. Patty, che sempre più spesso anche Olivia interpretava, cantava una canzone melodica, le cui parole sono:

“Tutto si può conquistar, anche se è lungo il cammino,
c’è una stella che illuminerà il percorso che devi far
Tutto si può ritrovar, niente è perduto per sempre.”

Forse, la piccola Patty-Olivia-neonata sentiva di essere stata ritrovata, recuperata da una terapeuta-mamma che voleva ascoltare proprio lei; così anche Olivia poteva provare a integrarla.

Piano piano, attraverso questi personaggi e le loro storie, da lei inventate e recitate insieme, Olivia ha potuto continuare ad elaborare le sue emozioni. Il “Mondo di Patty” è stato lasciato ed è entrato nel gioco un gruppo di bambini, i suoi compagni di classe, dove lei interpretava se stessa, femmina, Olivia di 10 anni, alle prese con il desiderio di avere un fidanzatino, la paura

di essere brutta e di non trovarlo, la gelosia verso le coetanee più attraenti, la paura di essere rifiutata dal gruppo dei pari. Potevano ancora essere espresse le diverse parti di sé e le emozioni sperimentate verso gli oggetti primari ma nella relazione con il gruppo dei pari, in una situazione dove erano affrontabili e tollerabili. Si era affacciata l'adolescenza e adesso sembrava possibile per Olivia attraversarla nei propri panni, senza bisogno di scindere e proiettare in me la sua parte piccola femminile. Olivia ora si sentiva abbastanza forte da provare a scendere nell'arena della competizione tra pari.

Nel gioco comparve Andrea, un ragazzino, che di Olivia diceva che aveva "gli occhi belli da quando era nata". Attraverso un'identificazione introiettiva con una terapeuta-mamma che teneva nella mente la piccola neonata femmina pensandola "con gli occhi belli", Olivia poteva iniziare a pensare alla sé-piccola-neonata-femmina, come "bella", e a immaginare di essere amata. Con questi aspetti materni interiorizzati, poteva iniziare a costruirsi un'identità femminile, a sentirsi più forte e sicura, e a integrare la piccola Olivia. Come aveva sentito di avere un posto nel mondo interno della madre-terapeuta, adesso poteva pensare di averlo nel mondo.

Estratto da una seduta recente:

Olivia dice: "Giochiamo che tu sei Andrea ed io sono Olivia. Dico che ora vuole interpretare se stessa, perché pensa di essere una bella ragazzina che cresce. Si sdraia sul divano e dice "Andrea ti amo e tu mi ami... vorrei dormire con la mia testa appoggiata sulle tue mani." Dico: "Sì Olivia, ci amiamo." Poi, uscendo dal gioco, aggiungo che mi vuol dire che anche quando non ci vediamo lei sa che io tengo la sua mente, i suoi pensieri dentro di me. Olivia dice "È mattina! Andiamo a scuola Andrea. C'è lezione di geografia." Dico di sì e commento che geografia la studiamo anche noi, del mondo al suo interno. "E ora rispondi a queste domande," dice lei, "Chi è il babbo di Gesù?" Poi aggiunge sottovoce: "La sapevi, Dio! E chi è la mamma di Gesù? Anche questa la sapevi... Maria!"

Prende l'orsetto, apre la zip di un cuscino e vi mette dentro l'orsetto. "Tieni Andrea," dice, "questo è un regalo per te." Apro la zip e esclamo: "Un orsetto! Per me!" Aggiungo che forse vuole dirmi che adesso lei sente, sa, che la dottoressa è come un babbo e una mamma che la vogliono

tenere nel cuore e nella mente, così come sa di avere un babbo e una mamma che la vogliono. Allora pensa che troverà anche un ragazzino che la vorrà, e troverà un marito a cui potrà aprire la sua pancia perché lui ci metta dentro i suoi semi e possa nascere un bambino; un bambino nella pancia." Olivia mi ascolta tenendo l'orsetto in mano; poi prende le costruzioni, le sistema sul tavolo. Le chiedo cosa stia facendo. "Una casa per l'orsetto" dice. Poi prende un cappello e una coperta e con cura li mette all'orsetto, adagiandolo dentro la casa.

L'esperienza dell'essere tenuta nella mente da una madre-terapeuta in coppia con un padre-pensiero-analitico, sono stati vissuti come avere una seconda possibilità di nascere; come se la neonata che aveva subito l'esperienza traumatica dell'abbandono potesse nuovamente nascere da una madre-utero-mente-terapeuta che vuole darle il suo latte-analitico, perché pensa che la bambina abbia "occhi belli". Forse, la neonata nella profondità della sua mente ha potuto vivere l'esperienza di ritrovare la madre biologica; del sentirsi tenuta nella mente, come tra le braccia di una madre che voleva stare e dare voce proprio a lei. Forse ha potuto raccontare la sua esperienza emotiva fino ad allora non narrata. Attraverso un'identificazione introiettiva, adesso Olivia poteva iniziare ad immaginare di poter diventare anche lei "una mamma della pancia" che vuole tenere e stare con la sua bambina.

Negli anni, questo lavoro psicoterapeutico ha dovuto affrontare minacce e possibilità di disintegrazione provenienti da scuola e famiglia, a causa della complessità, lunghezza e non linearità del percorso. Il costante lavoro di gruppo mi ha consentito di tenere nella mente il mondo esterno di Olivia, soprattutto la fatica dei genitori a cui era chiesto di accompagnare un lungo processo a porte chiuse, e poi le preoccupazioni delle insegnanti per il percorso scolastico. Tutto questo, anziché ostacolare la comprensione del mondo interno di Olivia, ha permesso alla mia mente di pensare, e quindi contenere, la possibilità di entrare in dinamiche conflittuali, promuovendo un processo di integrazione di aspetti diversi provenienti dagli altri contesti. Dopo ogni incontro di gruppo, sentivo di tornare al lavoro con Olivia con la mente non inquinata ma al contrario ampliata dal contatto con il "gruppo al lavoro".

Il percorso genitoriale

*Erano vere le visioni di cui parliamo?
O abbiamo noi assaggiato la fatal radice che abbuia l'intelletto?
W. Shakespeare. Macbeth, atto I, scena III*

Incontrare i genitori di Olivia, i signori D., fu per me un'esperienza particolare: la coppia non era affatto come le poche informazioni che avevo ricevuto mi avevano fatto ipotizzare. In realtà, fin dal nostro primo appuntamento, i genitori di Olivia si presentarono come una coppia perfetta per una bambina adottata. Intelligenti, ironici, sensibili, riuscivano a comprendere gli stati emotivi della figlia, anche i più difficili, anche quelli diretti contro di loro, senza che tale comprensione facesse venir meno la capacità di essere equilibrati nella relazione con lei. I signori D. mostravano durante le sedute di comprendere bene ogni mia interpretazione degli episodi difficili che si verificavano con la bambina, talvolta facendomi sentire che le spiegazioni erano superflue. È stata la loro perfezione a rendermi a lungo difficile lavorare con questi genitori.

Perché dunque, continuavo a chiedermi, una coppia così accetta l'indicazione data loro di un aiuto psicologico?

Durante gli incontri, infatti, percepivo una contraddizione costante: da una parte l'esame di realtà mi mostrava una coppia alle prese con una situazione difficile relativa alle loro bambine, che veniva volentieri alle sedute, disposta a fare spazio per esse in un calendario fittissimo di impegni; dall'altra, seduta di fronte a loro nella mia stanza di consultazione, dovevo ogni volta fare i conti con sentimenti relativi a una fantasia di perfezione e autosufficienza, che la coppia suscitava in me. Durante le sedute, mi ritrovavo spesso piena di ammirazione per loro, per le modalità con cui gestivano le relazioni con le bambine, sentimento che mi rendeva difficile però trovare nel lavoro con la coppia una dimensione di autentica richiesta di aiuto.

Il lavoro costante di confronto con le colleghe, che, entrambe a contatto con la bambina, mi portavano una realtà terza rispetto alla mia contraddizione, mi ha aiutato a continuare a lavorare accettando e tollerando il sentimento di non capire, o di capire cose sbagliate.

Il signor D. era nato da una famiglia modesta, molto unita e laboriosa. Era

il primo di tre figli e fin dall'inizio si era dimostrato attento e responsabile, tanto che i genitori gli affidavano il controllo dei fratelli minori. Poiché vivevano nello stesso quartiere, la signora D. ricorda quando, da bambina, vedeva quel bambino che, a differenza di lei e degli altri ragazzi del quartiere che passavano i pomeriggi a giocare nei cortili, si affannava tra l'andare a riprendere i fratellini a scuola e le varie commissioni che la famiglia gli affidava. Il signor D. manteneva ancora questo tratto di responsabilità e affidabilità, che gli aveva permesso di avere incarichi importanti nell'azienda in cui lavorava.

La signora D. era invece la seconda di due figli. Vivace ed estroversa, fin da piccola si era sempre sentita l'unica capace di tenere testa ad una nonna autoritaria che dominava la sua famiglia e di cui tutti, compreso i suoi genitori, soffrivano l'invadenza. Della nonna le veniva attribuito lo stesso carattere "peperino", attribuzione familiare al limite tra la critica e l'apprezzamento.

Tornando dal paese in cui avevano adottato Susi, il padre ebbe il grave problema cardiaco che abbiamo descritto, scoperto appena in tempo da permettere un intervento d'urgenza a rischio di vita (gli avevano prognosticato il 70% di possibilità di morte), che per fortuna l'uomo superò e che si dimostrò risolutivo del problema. Il signor D. affrontò con grande coraggio tutto questo, mostrando fiducia nei medici e nelle proprie possibilità di ripresa. Per tutto il periodo durante l'episodio cardiaco e quello successivo, mise sempre a tacere le voci più angosciate, in certi momenti disperate, provenienti dalla moglie, da Olivia, e dai suoi genitori.

Quando iniziarono il percorso psicologico con me, i signori D. stavano attraversando un momento difficile: il padre aveva da poco superato l'episodio che l'aveva messo a rischio di vita; Olivia non stava bene e aveva iniziato una psicoterapia da qualche mese. Susi, infine, che a quel tempo aveva 4 anni, era una bambina difficile, estremamente intelligente e abile, ma ribelle e impertinente. Il suo comportamento iperattivo, oppositivo e rifiutante, metteva a dura prova i genitori.

La piccola Susi era rimasta un anno e mezzo in istituto, dove, per sopravvivere alla totale mancanza di cure, sembrava aver sviluppato una "seconda pelle" (Bick, 1984), costituita da un iperattivismo, che la portava ad avere grandi abilità motorie, e da un atteggiamento di pseudo-maturità, per cui cercava di cavarsela sempre da sola rifiutando ogni aiuto dei genitori, approfittando dell'intelligenza pronta e acuta di cui era dotata.

Le due sorelle, così, provenienti entrambe da una storia di rifiuto ed abbandono, sembravano aver sviluppato modalità difensive opposte, che le rendevano talmente diverse da essere l'una il contrario dell'altra.

I signori D. portavano il disagio delle bambine nelle loro sedute: i risvegli notturni di Olivia, le sue difficoltà nel fare i compiti della scuola, il suo isolamento rispetto ai compagni. E poi, l'atteggiamento di autosufficienza di Susi, il suo fare sempre di testa sua, la sua incapacità di stare dentro le regole scolastiche e familiari. Nei loro racconti non si trovavano però i sentimenti di disorientamento e preoccupazione che mi sarei aspettata di trovare. Le difficoltà, anziché suscitare scollamenti, dubbi, incomprensioni, davano luogo a reazioni composte e adeguate. I signori D. capivano le ragioni del disagio delle loro bambine, ma non mostravano nessuna curiosità verso le ipotesi interpretative che introducevo nelle sedute, pur accogliendole con gentilezza e comprensione intellettuale. Così, alla fine della seduta, spesso mi ritrovavo piena di ammirazione per le loro capacità genitoriali, ma con un sentimento di inutilità rispetto a loro, come se si trattasse di genitori che sapevano già tutto. Cominciai a pensare, nei termini del controtransfert, che la relazione terapeutica anziché sollevare direttamente una reazione negativa, facesse emergere la loro difficoltà a stare in una posizione di dipendenza da una figura con qualità genitoriali, quale potevo rappresentare nel mio ruolo psicoterapeutico.

Avvertivo un elemento costante che caratterizzava la dinamica familiare: la complementarità del padre e della madre. I due non si contraddicevano mai, erano sempre d'accordo su quello che andava fatto con Olivia e con Susi. Per quanto riguarda le modalità, la razionalità del padre era il presupposto e la conseguenza del comportamento istintivo ed emotivo della madre, e viceversa. A fronte di questo, Olivia e Susi nella loro simmetrica diversità, erano l'una il complemento dell'altra, fino a costituire, nei giochi come nell'affrontare la quotidianità, un duo inseparabile.

Mi sembrava che ci fosse una difesa *interdipendente* della coppia di tipo narcisistico (Fisher, 1999), ovvero una struttura della relazione permeata di qualità difensiva, che mostrava una perfezione, proprio quella che io ammiravo, là dove c'era una ferita.

La mamma sta parlando del fatto che loro stanno sempre insieme, tutti e quattro. È critica rispetto a quei genitori che per andare a cena fuori lasciano i bambini dai nonni. Oppure verso quei genitori che prima fanno mangiare i bambini, poi mangiano loro. Loro ci tengono molto invece a cenare tutti e quattro insieme. Faccio un commento sull'idea di famiglia che sembrano avere dentro di loro, un'idea molto forte. Il padre dice che è da quando si sono messi insieme che condividono questa idea di famiglia. Già quando erano fidanzati, molto prima di sapere come sarebbero andate le cose, volevano una famiglia con figli, e si erano detti che se non fossero venuti, avrebbero adottato. Entrambi continuano a parlare, intervenendo a turno e raccontando la loro storia: fanno un racconto complementare, da cui risulta che sono fidanzati dai tempi delle superiori. Si sono sposati nel '94. Non venivano figli e così hanno deciso per l'adozione. Penso a questo racconto fatto come in un duo, in cui la voce dell'uno è complementare alla voce dell'altra, alla perfezione del racconto. Con fatica faccio spazio nella mente al pensiero di come venga descritta solo una parte della realtà, quella dei fatti. Svegliandomi un po' da questa atmosfera di perfezione, mi decido a chiedere qual è il motivo della sterilità, mai sfiorato nelle sedute. È il padre che parla: c'è una scarsa motilità degli spermatozoi. La mamma dice che hanno anche sentito un centro per la fecondazione assistita, ma non era cosa per loro. Riprende la critica, questa volta verso la scelta della fecondazione assistita. "Per fortuna", continua la madre, si sono trovati subito d'accordo sulla scelta di adottare; invece ci sono coppie che conoscono in cui questo ha messo in crisi uno dei due. Loro no, erano d'accordo. "Per fortuna", ancora la madre, anche i nonni non li hanno ostacolati, come è successo a certe coppie. Tutto è andato così bene che, quando sono arrivati ad adottare, erano i più giovani. Dico loro che mi hanno parlato delle grandi fortune che hanno avuto, il loro accordo, il sentire di non essere stati ostacolati. "Forse, proseguo, volete farmi capire come questo sentirsi fortunati ha reso tollerabile il sentimento di grande sfortuna per non aver potuto aver figli naturali?". Cala il silenzio. La madre dice che in effetti quello prima dell'adozione è stato un momento molto duro.

La complementarità del racconto della loro storia mette dentro di me quel sentimento controtransferale di ammirazione, che rende difficile pensare. La descrizione degli eventi, inoltre, ha un ritmo rapido, elimina le pause, contribuendo a ostacolare la possibilità di cercare significato ai fatti. Nel racconto complementare una cosa ne genera un'altra, in un ritmo pressante.

In un suo articolo, James Fisher, occupandosi di una coppia ben più famosa, i coniugi Macbeth di Shakespeare, parla di un ritmo prolettico, la cui velocità è funzionale al prendere forma e al realizzarsi di un'idea inconscia, condivisa dalla coppia. *L'Immaginazione prolettica condivisa* è "una fantasia su cui si agisce come se fosse un dato di fatto". Da essa, spiega Fisher, si origina "un'azione intrapresa non tanto sulla base di un'emozione elaborata, quanto un'azione che nasce (e che quindi fa parte di) uno stato mentale di *assunto di base*" (Fisher, 2006).

La sterilità e l'adozione sembrano essere state presenti nella mente dei genitori molto prima della loro realizzazione. Ma nessuno dei due è riuscito a sviluppare il significato di questi elementi inconsci e condivisi, gettandosi nel rapido incalzare degli eventi che dall'ipotesi di sterilità ha portato a quella dell'adozione. La rapidità del racconto complementare che avviene in seduta è probabilmente una rappresentazione del processo per cui l'immaginazione prolettica condivisa è diventata realtà. A fronte di questa rapidità, la rarefazione degli incontri era un altro elemento di difficoltà. Incontravo i signori D. una volta al mese e, visto il tempo che passava tra un incontro e l'altro, la seduta veniva quasi interamente occupata dal racconto degli episodi legati alle bambine. Le cose che comprendevo tra gli incontri erano maggiori di quelle che potevo interpretare durante le sedute con la coppia.

Fu dopo diverso tempo che la complementarità iniziò a disgregarsi. I genitori non erano più d'accordo su tutto, le bambine neanche. Paradossalmente, mentre i genitori iniziarono a discutere in seduta, io cominciavo a sentire di poter portare pensieri là dove prima c'erano azioni.

Emerse in seguito un conflitto con la psicoterapeuta della bambina. Prima per gli orari delle sedute con Olivia, in seguito, più difficile, per la riduzione delle sedute settimanali. La naturale resistenza della psicoterapeuta, che cercava di proteggere il setting della terapia di Olivia, e che di conseguenza faceva fatica ad accogliere le loro richieste, suscitava nei genitori una reazione di rifiuto e opposizione. La resistenza della dottoressa veniva infatti interpre-

tata come una colpevolizzazione, che faceva sentire loro di non essere buoni genitori per Olivia. Sarà ormai evidente come questo fosse il punto dolente per i signori D.. All'interno delle mura della mia stanza di consultazione le loro ferite, talvolta, potevano ora essere mostrate. Al di fuori di queste, essi si scontravano per affermare la "titolarità" del ruolo genitoriale, che non tolleravano di sentire messa in discussione da nessuno, rischiando spesso di passare dalle parole ai fatti.

Successivamente ci sono state difficoltà, oltre che con la psicoterapeuta della bambina, con la psicopedagogista, con le insegnanti, con la neuropsichiatra. Ho dovuto stare sempre dalla loro parte, tutte le volte che mi mostravano quanto la psicoterapeuta o la psicopedagogista non li capissero. Da una parte perché era vero, dall'altra perché era particolarmente importante proteggere la loro sensibilità, ora che il piano con cui avevano cercato di affrontare le loro difficoltà si era sgretolato, e la consistenza delle stesse difficoltà era ancora notevole per permettere loro di vivere abbassando le difese.

L'abilità che questo lavoro mi ha richiesto è stata quella di stare dalla loro parte senza aderire ai loro attacchi e alle denigrazioni della terapia e del progetto scolastico della bambina. Il confine tra le due cose spesso era sottile e facile da travalicare.

In questo lavoro di confine sono stata aiutata negli anni da ciò che ricavo dagli incontri con le colleghe: la comprensione della realtà esterna e interna di Olivia. Tale comprensione era fondamentale perché mi forniva un altro punto di vista, che nel conflitto mi aiutava a trovare una posizione della mente in cui non dovevo scegliere se identificarmi con i genitori o con la bambina. Tenere in mente Olivia mi ha dato la possibilità di costruire nella mente uno "spazio triangolare": Ronald Britton usa questa definizione per riferirsi alla "capacità di vedere noi stessi in interazione con altri e di concepire un altro punto di vista pur mantenendo anche il nostro, di riflettere su noi stessi mentre continuiamo ad essere noi stessi" (Britton, 1989).

Olivia, una bambina conosciuta soltanto nelle parole della sua psicoterapeuta e della sua psicopedagogista negli incontri del "gruppo al lavoro", è stata per tutti questi anni il mio punto di vista "terzo", che, anziché inquinare la relazione terapeutica, ha amplificato lo spazio mentale e reso possibile la comprensione di una complessità familiare.

Conclusioni

In questo lavoro abbiamo cercato di mostrare come profonde difficoltà legate all'apprendimento possano richiedere un intervento allargato agli aspetti emotivi del bambino e della sua famiglia. Abbiamo descritto come un regolare e stabile "lavoro di gruppo" – portato avanti da tre diverse figure professionali che si occupano dello stesso caso prendendo in carico aspetti diversi – possa essere utile rispetto al lavoro che ciascun operatore individualmente può portare avanti nel proprio setting. Il pensiero di Giovanni Hautmann ci ha accompagnato in questo lavoro, aiutandoci a comprendere come il "gruppo al lavoro" costituito dalle tre professioniste si configuri come una forma di lavoro analitico ad un altro livello, poiché in ogni individuo vi è una parte del Sé che è "grupale", una "mente grupale inconscia", che nel lavoro di gruppo viene sollecitata, sviluppata ed interiorizzata da ciascun membro del gruppo.

In questo modo le spinte dissociative, anti-pensiero, anti-cambiamento psichico, che ciascun terapeuta incontra nel proprio lavoro, vengono maggiormente contenute dalla "mente grupale inconscia" – presente nella mente di ciascun operatore – che il "lavoro del gruppo" ha attivato.

BIBLIOGRAFIA

- Bick, E. (1984), *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, In Isaacs S., Freud A., Bick E., Boston M., Freud W.E., Brafman A.H. *L'Osservazione diretta del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.
- Bion, W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando Editore, 1972.
- Bion W.R. (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Roma, Armando ed., 1970.
- Brignone A. (a cura di) (1999), *I seminari psicoanalitici di gruppo di Giovanni Hautmann*, Pisa, ed. ETS.
- Britton R. (1989), *The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex*, pp. 83-101, In Britton R., Feldman, M; O'Shaughnessy, E; Segal, H; Steiner, J. "The Oedipus Complex today: clinical implication", Karnac Books, 1989.
- Britton R. (1998), *Subjectivity, Objectivity, and triangular space*, In *Belief and Imagination* Routledge, London & New York 1998.
- Britton R. (1992), *The Oedipus situation and the Depressive Position* *New Library of Psychoanalysis*, January 1, 1992.
- Fraiberg S. (1974), *I fantasmi nella stanza dei bambini*, In *Il sostegno allo sviluppo*, Milano, ed Cortina, 1999.
- Fisher, J. (1999), Tr. it. *L'ospite inatteso*, Milano, R. Cortina, 2001.
- Fisher, J. (2006), *The Marriage of the Macbeths*, Journal of The British Association of Psychotherapists, 44: 19-35; reprinted in *Couple Attachments: theoretical and Clinical Studies*; ed. By M. Ludlam and V. Nyberg, pp. 23-40, Karnac Books, 2006.
- Fisher, J. (2006), *The Emotional experience of K*, International Journal of Psychoanalysis, 87: 121.123; first presented at the UCL Conference Bion Today, June 2005, and reprinted in *Bion Today*, Routledge, 2011, ed. by Chris Mauzon, pp. 43-63.
- Isaacs, S., (1948), *L'infanzia e dopo. Saggi e studi clinici*, La Nuova Italia Scientifica, Firenze 1975.
- Hautmann, G. (1999), *Pellicola di pensiero: sensorialità, emozione, gruppalità, relazione nella veglia e nel sonno*, In *Il mio debito con Bion*, Roma, ed. Borla, 1999.

- Klein M. (1923), Tr. it *Analisi Infantile*, in *Scritti, 1921-1958*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein M. (1928), Tr. it *I primi stadi del conflitto edipico*, In *Scritti 1921-1958* Torino Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein M. (1930), *L'importanza della formazione del simbolo nello sviluppo dell'Io*, in *Scritti 1921-1958*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein M. (1931), *Contributo alla teoria dell'inibizione intellettuale*, In *Scritti 1921-1958*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein M. (1935), *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*, In *Scritti* Torino Bollati Boringhieri, 1978.
- Miller L., Rustin M., Rustin M., Shuttleworth J. (1989), *Neonati visti da vicino, L'osservazione secondo il modello Tavistock*. Astrolabio, Roma 1993.
- Strackey J. (1930) *Some unconscious factors in reading*, in *International Journal of Psycho-Analysis*, II, pp. 322-331.
- Waddell M. (2000), *Mondi Interni - Psicoanalisi e sviluppo della personalità*. Milano: Bruno Mondadori, 2000.

Congressi e convegni

LA SUPERVISIONE - GIORNATA DI STUDIO DELLA SEZIONE ITALIANA E.F.P.P.

Torino, 22 febbraio 2014

Il 22 febbraio del 2014 si è tenuta a Torino una Giornata di Studio organizzata dalla Sezione Italiana dell'E.F.P.P., sul tema "La supervisione". Maria Grazia Pini ha introdotto il tema del convegno con una relazione in cui ha ripercorso la storia della supervisione e i problemi concernenti i suoi contenuti. Di seguito riportiamo integralmente l'introduzione di Maria Grazia Pini e, a seguire, il report della giornata redatto da Maria Antonietta Fenu.

PERCORSO STORICO DELLA SUPERVISIONE NEL PERCORSO FORMATIVO

*Maria Grazia Pini **

La giornata di oggi, dedicata alla supervisione, individuale, di gruppo, nella scuola di appartenenza, nel tirocinio e nelle work discussions, ha come punto centrale l'esperienza di formazione dal punto di vista degli allievi.

Le relazioni che verranno presentate ci parleranno dunque della esperienza di nostri allievi durante le supervisioni di formazione, individuali o di gruppo, e dei loro rapporti all'interno delle istituzioni di cui fanno parte.

* Psicologa Psicoterapeuta, Didatta C.S.M.H., Socio fondatore A.M.H.P.P.I.A..

Vorrei prima però fare una brevissima e tutt'altro che esaustiva introduzione al tema generale della supervisione, della trasmissione dell'esperienza e della formazione.

Il problema della trasmissione del pensiero psicoanalitico fu già preso in considerazione da Freud, nel 1912 in “Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico”, e più tardi in “Analisi terminabile e interminabile” (1937), nell'intento di costruire un processo tendente a suscitare la capacità di acquisire lo status interiore e tecnico dello psicoanalista e a promuovere lo “strumento analitico nella personalità dell'analista, come specifico apprendimento psicoanalitico” (Tagliacozzo, 1989).

La formazione per Freud era affidata all'analisi personale, e egli consigliava gli psicoanalisti di sottoporsi periodicamente a tranches di analisi personale.

La questione della necessità di uno strumento formativo specifico fu ampiamente dibattuto nel primo dopoguerra e questo venne istituzionalizzato negli anni '20.

Ma nasceva il problema della sua distinzione dall'analisi personale e del rapporto con essa. Alcuni, fra cui Ferenczi, proponevano che la supervisione fosse condotta dall'analista personale, come una continuità della cura. Abraham ed altri pensavano che dovesse essere affidata a un supervisore esterno.

Prevalse la seconda posizione, ma si aprirono temi di discussioni che si protrassero per anni e ancora oggi:

Di cosa deve occuparsi la supervisione?

Quale è il suo specifico campo?

Quale il suo scopo?

Si deve occupare esclusivamente del materiale portato dall'allievo?

Deve fornire approfondimenti teorici?

Si tratta di un processo didattico riguardante la tecnica, la conoscenza dei disturbi mentali, il processo analitico?

È uno strumento di valutazione dell'allievo in formazione?

Deve tenere conto di aspetti emotivi, delle reazioni emotive dell'allievo di fronte al suo paziente?

Quali aspetti restano esclusivo compito dell'analisi personale?

In che rapporto sta la supervisione con l'analisi personale?

Con l'approfondimento dello studio del controtransfert, nacque il problema se esso dovesse far parte integrante della supervisione. Ancora nel 1969, Grinberg sosteneva che il controtransfert non doveva essere considerato nella supervisione, anche se egli lasciava aperta la questione.

Nel *Trattato di Psicoanalisi* (1989), Tagliacozzo ricorda innumerevoli definizioni date alla supervisione negli anni da vari Autori. Esse ne prendono in considerazione una funzione esclusivamente didattica, come insegnamento di una tecnica, o la considerano un mezzo per la trasmissione del pensiero psicoanalitico, o ne individuano la funzione precipua nello sviluppare la capacità di utilizzo dell'empatia da parte dell'allievo (Greenson, 1960).

Si sottolinea la difficoltà del mettere insieme da parte del supervisore varie funzioni: di insegnamento, di attenzione all'empatia e al controtransfert e contemporaneamente di valutazione dell'allievo.

Si sottolinea anche la molteplicità dei rapporti che il supervisore si trova ad affrontare: quello tra l'allievo e il suo paziente, tra lui stesso e l'allievo, tra la supervisione e l'analisi personale, tra lui ed il paziente descritto dall'allievo e infine quello con l'istituzione.

Nel 1984 Manfredi Turillazzi e Nissim Momigliano pongono la questione se la supervisione analitica sia soprattutto un'esperienza didattica o se sia anche terapeutica e promuova crescita sul piano emozionale. Favorendo la formazione di uno stile di pensiero personale nell'allievo con un apprendimento che sia terapeutico e trasformativo, la supervisione si troverebbe ad affrontare problemi emozionali del controtransfert. Le autrici propongono che essa comunque debba incentrarsi sulla relazione di coppia tra allievo e analizzando, lasciandoci incerti se questa loro definizione includa gli aspetti controtransferali.

In questo quadro, Grinberg nel 1976 descrive una controidentificazione proiettiva distinguendola dal controtransfert. Egli considera il controtransfert come un elemento da affrontare nell'analisi personale perché ha a che fare con macchie cieche dell'analista, parti non sufficientemente analizzate.

Nel caso della controidentificazione proiettiva invece si tratterebbe di situazioni emotive legate a violente identificazioni proiettive del paziente, difficilmente metabolizzabili dall'analista. In questo caso, l'analista si può trovare a vivere una relazione col supervisore improntata a un'imitazione difensiva del suo paziente, e a portare quindi manifestazioni simili a quelle

del suo paziente nei suoi confronti. Il supervisore così avrebbe comunque a che fare anche con proprie manifestazioni controtransferali, oltre che con quelle della coppia analista-paziente. E tutto questo diventa materiale di supervisione.

Per quanto riguarda l'aspetto più squisitamente didattico, generalmente la supervisione è fatta all'interno di una scuola di specializzazione, dove vengono riservati alla teoria psicoanalitica momenti specifici. Alcuni, però, come per esempio Kenberg (2010), ritengono necessario che all'interno del rapporto di supervisione, il supervisore si avvalga di riferimenti teorici ampi collegati alla clinica. Egli ritiene che sia necessario e utile far comprendere all'allievo la visione teorica del supervisore e che quindi anche la discussione e esposizione della teoria costituiscano momento di approfondimento caratteristico della supervisione e da porre in discussione.

Rimane comunque centrale il rapporto tra insegnamento di una tecnica e un insegnamento basato sull'esperienza, che sia trasformativa, e favorisca la creazione di funzioni psicoanalitiche della mente.

La natura bipolare del lavoro del supervisore è sottolineata da Virginia Hungar, (2001) che citando Helen Ross, Fleming e Benedeck degli anni '60, lo definisce una specie di lavoro di Giano Bifronte, costretto a guardare da due parti contemporaneamente. Egli, contemporaneamente insegnante e terapeuta, ha a che fare con ansie e emozioni, come nella stessa analisi, da elaborare e contenere, mentre promuove un tipo di apprendimento, che si basi sull'esperienza e sulla identificazione introiettiva.

Ciò può essere fatto creando una alleanza tra allievo e didatta che sia insieme terapeutica e di apprendimento. Un insegnamento direttivo, che non tenga conto degli aspetti emotivi dell'allievo, rischia di incrementare ansie paranoiche a scapito di una situazione di contenimento. Invece, in un'esperienza di insegnamento contenitiva, il supervisore promuove lo sviluppo dell'analista e contemporaneamente, sia pure in modo indiretto, del paziente in analisi, condividendo i dubbi e sostenendo lo sviluppo del pensiero autonomo dell'allievo. Canestri (2001) ci parla in qualche modo di una *analisi di una analisi*, luogo in cui si collegano teoria e pratica, che non può esimersi dal prendere in considerazione l'inconscio dell'analista attraverso il suo paziente, e che comprende fenomeni di transfert, controtransfert e di controidentificazione proiettiva.

Si parla quindi di un tipo di apprendimento che si basa su una buona identificazione introiettiva, capace di sviluppare il pensiero dell'allievo e la sua creatività. Quando le cose funzionano bene, l'allievo gradualmente sviluppa un suo modo di essere analista attraverso un processo di identificazione introiettiva con il suo supervisore, che deve essere in grado di accogliere, contenere e restituire modificate le ansie e le istanze dell'allievo, nel rispetto della sua individualità. Talvolta però accade che il candidato cada nella trappola della imitazione piuttosto che avviare un processo di identificazione. Quinodoz (1994), facendo riferimento alla controidentificazione proiettiva, che vede come causa importante dei fenomeni imitativi nella relazione col supervisore, ritiene necessario coglierla e analizzarla da parte del supervisore stesso. Essa sarebbe un elemento che, mentre indica una non sufficiente analisi del transfert del paziente da parte dell'allievo, diventerebbe fonte di fenomeni imitativi dell'allievo nei confronti del suo supervisore. Si può dire dunque che si può fare supervisione in modi diversi (Fink, 2007): centrandosi sul materiale del paziente, o centrandosi su problemi di transfert e controtransfert o, ancora, in un approccio che combini ambedue i modi. È comunque necessario tenere in mente che il supervisore non conosce il paziente, ma ne riceve un'immagine colorata dal controtransfert dell'allievo, a sua volta colorata dal proprio controtransfert.

Vorrei terminare con un augurio ai giovani in formazione e un pensiero per i supervisori, che lo sono diventati grazie all'età, all'esperienza e alle loro supervisioni probabilmente mai definitivamente terminate, e che affrontano insieme ai loro allievi un compito difficilissimo. A questo scopo vorrei riportare una frase di Tagliacozzo (1989): "L'allievo prosegue una sua costruzione interna per essere in grado di ascoltare, elaborare e trasformare il materiale del paziente al di là delle conoscenze acquisite e degli schemi stereotipati e il supervisore deve comprendere, aiutare, e guidare l'allievo, ma anche accettarne le diverse modalità di pensiero e saperne distinguere l'autenticità dalla falsificazione. È compito della supervisione favorire la continua rivitalizzazione affinché si rafforzi nell'allievo la funzione analitica, l'ascolto, la creazione di uno stile personale e la comprensione empatica e la comunicazione creativa e trasformativa."

BIBLIOGRAFIA

- Canestri J. (2001), *Alcune considerazioni sulla supervisione nel training psicoanalitico*, "Psicoanalisi" 5, 61-78.
- Fink K. (2007), *Supervision, Transference and Countertransference*, In "J. Psycho. Anal", 88, 1263-1273.
- Freud S. (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, O.S.F., vol 6.
- Freud S. (1937), *Analisi terminabile e interminabile*, O.S.F., vol.11.
- Greenson R.R. (1960), Tr. it. *Esplorazioni in psicoanalisi*, Torino 1984.
- Grinberg L. (1969), Tr. it. *Problemi della supervisione nella funzione psicoanalitica*, Psiche 2, 69.
- Grinberg L. (1976), Tr. it. *Teoria dell'identificazione*, Torino 1982.
- Hungar V.R. (2001), *Supervision: A Container-Contained Approach*, "International Journal of Psycho-Analysis", v. 82, 71.
- Kernberg O.F. (2010), *A New Organization of Psychoanalytic Education*, "Psychoanal. Rev.", 97, 1997-1020.
- Manfredi Turillazzi S. e Nissim Momigliano L. (1984), *Il supervisore al lavoro*, "Riv. Psicoanal." 4, 587.
- Quinodoz, J.M. (1994), *Transference of the Transference in Supervisions: Transference and Countertransference Between the Candidate-Analyst and Analysand when Acted out in the Supervision*, "Journal of Clinical Psychoanalysis", v. 3, 593.
- Tagliacozzo, R. (1989), *La supervisione*, in a cura di A.A. Semi, *Trattato Psicoanalisi*, Milano, 925-956.

RESOCONTO SULLA GIORNATA DI STUDIO DELLA SEZIONE ITALIANA E.F.P.P.

Un clima da precoce primavera, mite e luminoso, ha accolto i partecipanti dell'evento S.I.E.F.P.P. 2014, centrato sul tema: *La supervisione nel percorso formativo nella psicoterapia psicoanalitica*.

L'organizzazione della giornata, realizzata a Torino, è stata curata da Elena Bonassi (A.S.A.R.N.I.A. - A.P.P.I.A.) e si è articolata nella bellissima sala Congressi (Intesa S. Paolo di Torino), adiacente ad una Piazza San Carlo più che mai festosa e soleggiata.

L'argomento della giornata era stato definito dall'Esecutivo S.I.E.F.P.P., che ha anche assunto le funzioni di Comitato Scientifico, grazie all'impegno dei delegati delle dieci scuole di Psicoterapia Psicoanalitica che costituiscono la federazione italiana.

La giornata era prevista sin dallo scorso anno per il 22 febbraio – quarta settimana del mese – come era già avvenuto nel 2013, per la giornata di Roma.

I lavori di Torino, hanno mantenuto una serrata coerenza sull'area di fondo, ossia l'obiettivo di una riflessione scambievolmente innovativa – tra le dieci scuole italiane S.I.E.F.P.P. – riguardo alle nuove esigenze della formazione da parte di chi si specializza, oggi, in Psicoterapia Psicoanalitica. "Torino" è la seconda giornata di un programma scientifico che ne prevede una serie, da tenersi ogni anno in una città diversa, e che dovrà rispondere all'obiettivo di approfondire su vari fronti il tema generale: *La nuova domanda di Formazione e di Cura nell'area della Psicoterapia Psicoanalitica*.

Nel convegno di febbraio le vecchie e nuove esigenze formative sono state esplorate partendo dai lavori originali, esposti dagli allievi delle nostre scuole; i lavori sono stati di volta in volta inquadrati e commentati sia dai discussant sia dal folto pubblico in sala.

L'area centrale quest'anno riguardava la Supervisione Istituzionale, considerata sia dal punto di vista generale della formazione, come strumento imprescindibile, sia dal punto di vista delle specificità, nel suo articolarsi variegato all'interno dell'iter istituzionale, che porterà poi al conseguimento del diploma e alla idoneità di Psicoterapeuta.

I lavori sono stati raggruppati sulla base delle affinità, in quattro diverse sessioni condotte ciascuna da un discussant di diversa associazione. La distinzione in sessioni ha evidenziato alcuni punti di convergenza, con il ricorrere di modelli che accomunano gli standard formativi nelle scuole di formazione S.I.E.F.P.P.; sono emerse tuttavia anche alcune differenze avvincenti, dovute ad iniziative originali, realizzate in scuole diverse, o dovute anche a margini di creatività contingente, per esigenze nate in uno specifico gruppo o momento specifico, o per come il gruppo si è configurato in una particolare annata della Scuola di Specializzazione.

I lavori sono iniziati presto, dopo una breve sintesi da parte del Presidente S.I.E.F.P.P., Eugenia Marzano (A.I.P.P.I.) che ha relazionato sugli ultimi passi compiuti dalla S.I.E.F.P.P. sia nella progettualità di crescita anche scientifica, sia nella sua attuale ricerca di nuovi e soddisfacenti equilibri rispetto al fronte europeo della E.F.P.P..

Perfettamente fedele agli obiettivi prescelti per la giornata, il Presidente Marzano ha presto lasciato la parola agli allievi che hanno curato, con le loro relazioni originali, l'approfondimento "dal vivo" del tema scientifico prescelto.

La prima sessione prevedeva tre relazioni accumulate tra loro dal taglio introduttivo. Per un inquadramento teorico generale, è intervenuta Maria Grazia Pini (Socio fondatore C.S.M.H.-A.M.H.P.P.I.A.) che ha fornito un excursus a volo d'uccello, sull'ampio dibattito concernente la Supervisione avvenuto all'interno delle società psicoanalitiche, a partire da Freud.

Freud considerava l'analisi personale come lo strumento principe ed esaustivo delle esigenze formative. Via, via che l'esercizio della psicoanalisi si diffondeva in Europa era però sempre più condivisa tra gli psicoanalisti l'esigenza di una ricca esperienza di Supervisione Clinica che comportasse anche la esplicitazione degli strumenti tecnici (Ferenczi, Abraham, Greemberg, Tagliacozzo, etc.). La tecnica si è evoluta, affinata e differenziata secondo i vari possibili setting, e secondo le varie fasce d'età dei pazienti, sino a porsi come strumento articolabile e riflettente circa i coinvolgimenti controtransferali, o identificatori e proiettivi, nei confronti del/i paziente/i. Il crinale tra le funzioni di una analisi personale e quelle delle supervisioni si fa a volte troppo sottile ed è necessaria, per non varcare la giusta soglia formativa, una competenza molto avanzata da parte del Supervisore, il quale, a sua volta, è esposto a movimenti transferali e controtransferali, a risonanze utilizzabili *versus* il lavoro didattico.

La prima relazione, di Anelinda Fasano (C.S.M.H.), è risultata molto emozio-

nante: *La supervisione psicoanalitica, qualcuno con cui correre* (D. Grossmann 2001). Un lavoro intenso, quello d'apertura, che ha consentito agli ascoltatori di immedesimarsi empaticamente nelle anse tecniche ed emotive del trattamento di un bambino psicotico, una esperienza clinica che non tutti gli specializzandi necessariamente fanno.

L'elaborato evidenziava il vissuto forte di esposizione personale di fronte a una patologia infantile di estrema gravità, insieme al ricorso verso risorse creative interne, finalizzato a configurare una prima holding per uno stato mentale senza regole. In tutto questo emergeva l'evidenza di una figura di Supervisore-Partner, rassicurante compagno di percorso, adulto orientante e fermo al suo solido posto di Maestro. Di qui la riflessione spontaneamente diretta verso il frequente profilarsi, nella formazione, di una tentazione idealizzante e affettivizzante da parte dell'allievo che si affida e apprende dal suo Supervisore mettendo in gioco anche suoi aspetti privati.

Il secondo lavoro è stato presentato da Stefania d'Ambrosio e Federica Tarullo per l'A.I.P.P.I.. Partendo dai vari tipi di confronto con la clinica – *Infant Observation, Child Observation, supervisione nel grande gruppo, supervisione nel piccolo gruppo, primi casi clinici a tre sedute in psicoterapia con supervisione individuale, cambiamenti di setting* – l'elaborato ha valorizzato la presenza del Supervisore come elemento *terzo* nella diade terapeuta-paziente e nella funzione oggettivante di *terzo sguardo* con due fronti principali di azione: il primo come fonte di nuovi *luoghi* per pensare, e il secondo nella tutela dell'intreccio sottile tra analisi personale e supervisione. L'esito di tale figura terza consente fruttuose e progressive *trasformazioni* del pensiero *Psi* nel percorso formativo dell'allievo.

Coraggiosa infine la terza relazione della sessione, – *Le supervisioni per la specializzazione come percorso e rito di iniziazione alla Seelsorge moderna* – di Liliana Cocumelli (S.I.P.S.I.A.), che per sfortunati fattori contingenti si è trovata relatrice al convegno, ma senza consistenti supporti locali della propria scuola. Con determinazione e passione tuttavia l'allieva ha offerto un lavoro denso di citazioni e di riferimenti teorici in cui la supervisione è assimilata alla *malattia di iniziazione* come da rito tribale, che si espande nel lavoro formativo sino alla *Seelsorge* moderna, segnando il passaggio dalla dipendenza culturale dell'allievo sino al suo ingresso, favorito dalla stessa Supervisione, in *spazi potenziali* di grande respiro evolutivo.

A metà mattinata l'apertura degli interventi di sala è stata avviata da Alessan-

dra Chinaglia già delegato S.I.E.F.P.P. e coordinatrice dei gruppi di studio sulle Supervisioni della sua associazione (S.I.P.P.). Numerosi gli interventi a seguire in cui l'evidenza mostrava come gli esperti, grazie ai lavori genuini degli allievi, avessero con l'occasione rinverdito e riscoperto le personali memorie di formazione, riattualizzandole alla luce della esperienza professionale successiva, oltre che dei cambiamenti in atto nella storia della società. Il movimento emozionale intenso della sala ha, di rimbalzo, prodotto un clima acceso e carico di originali collegamenti con l'attualità.

La seconda sessione annoverava due lavori centrati sulla Supervisione di gruppo; la funzione di discussant è stata sostenuta dal Presidente I.I.P.G., Barbara Notarbartolo, volata da Catania all'ultimo momento, non solo per partecipare all'evento scientifico, ma anche per sostituire il collega Comelli, impossibilitato da ragioni di salute.

La prima relazione era a cura di ben sette allievi A.R.P.A.D. (A. Bonaminio, D. Buratti, R. Gori, M. Manilia, S. Mattioli, G. Spagna, A. Valerii) i quali hanno narrato le proprie vicissitudini come *gruppo di formazione* in relazione alla precoce rinuncia traumatica di un elemento del gruppo stesso e anche ad alcuni aspetti normativi della realtà istituzionale della Scuola. Per venire a capo di divertenti quanto catastrofici *agiti* è sgorgata nel gruppo una tensione interna spontanea – *accolta* dalla Scuola – verso la ricerca di senso centrata sul funzionamento grupale. A tale scopo le supervisioni, *Baby Observation* prima – con i relativi stimoli di regressione ai livelli infantili – e, dopo, la supervisione sul *Funzionamento adolescenziale nel gruppo* (particolare formazione non presente in tutte le scuole), sono state esperienze di forte *Insight* trasformativo.

La possibilità di analizzare se stessi come gruppo ha sicuramente costituito un *valore aggiunto* speciale per gli allievi di una scuola che non forma specificamente in psicoterapia di gruppo, questo aspetto ha infatti potuto contribuire alle rispettive analisi individuali che non si sarebbero avventurate sino al cuore di tale dinamica collettiva.

Di qui, forse, una possibile risposta al dibattito sulle specificità: analisi personale - supervisione.

Di grande suggestione anche la successiva relazione a cura di Giuseppa Cinquemani (I.I.P.G.) che si è riferita al concetto di *gruppo di trasformazione*, – curato in particolare da Giorgio Corrente (I.I.P.G. e delegato S.I.E.F.P.P.) – esemplificandone la sostanza profonda in due chiavi metaforiche: da un lato la tradizione

contadina siciliana che nella raccolta del grano sfrutta anche la forza ineffabile del vento e dall'altro la tecnologia *social* di internet, che viaggia ineffabile nell'etere. Il principio è che *il vero raccolto* ha un senso pieno nel momento in cui l'esperienza è evento grupale.

Ricchissimo ed elegante commento del Presidente I.I.P.G., che ha rilanciato le valenze grupali delle supervisioni istituzionali e la pienezza del pensiero nella condivisione riflessiva. D'altro canto è pur vero che ciascuno di noi appartiene a una scuola – o più scuole –, che a sua volta ha una genealogia di referenti teorici alle spalle e dunque sottende un funzionamento grupale, sia in senso sincronico che in senso diacronico, producendo trasformazioni che rendono vitale e sempre attuale lo stile specifico del gruppo.

L'atmosfera in sala, a fine mattinata, era oramai calda al punto giusto e gli interventi sono stati ricchissimi: Il Presidente S.I.P.P., Vincenza Laurora, presente nonostante un infortunio, Antonella Lumachi (Segretario Scientifico e docente A.F.P.P.), il Presidente della associazione ospitante (A.S.A.R.N.I.A.-A.P.P.I.A.), Pia Massaglia, Roberta Pisa (A.F.P.P.), e tantissimi altri partecipanti, hanno sapientemente animato il dibattito scambiando idee e esperienze.

Dopo la pausa per un breve spuntino, i lavori sono ripresi con la terza sessione pomeridiana, monitorata da Marialaura Zuccarino (didatta A.I.P.P.I., psicoanalista S.P.I., dirigente neuropsichiatra dell'ospedale Niguarda a Milano).

Il primo lavoro (A.F.P.P.) rappresentava una configurazione di supervisione non obbligatoria nel corso istituzionale di formazione quadriennale. Era, infatti, la supervisione di un gruppo di studio aggregatosi sul tema dell'Identità di Genere (supervisione curata da Luigia Cresti, membro didatta della scuola e delegato storico S.I.E.F.P.P.). Da tale ricca esperienza gli allievi hanno voluto trarre un loro lavoro da presentare a Torino. Molti colleghi della loro scuola erano presenti a sostenerli.

La relazione aveva il seguente titolo (F. Fiorese, C. Librandi, F. Romanini, B. Santoni): *Questioni di genere: osservazioni di un gruppo di studio e supervisione sullo sviluppo della identità di sessuale*.

Molto sentito dai due relatori al microfono, il lavoro ha avuto, oltre a quello della profondità, anche il merito di oltrepassare l'area specificata per proporre alla sala una riflessione su cui dovremmo costantemente reinterrogarci: quanto delle nostre diagnosi e quanto delle nostre valutazioni cliniche rischia la zavorra di preconcetti non rivisti costantemente alla luce di un essere “senza memoria e

senza desiderio”, di bioniana memoria? I concetti di positivo e negativo, o i criteri del normale e del patologico, comportano variabili infinite che vanno rielaborate di volta in volta per approdare ad un tipo di lavoro davvero efficace e di libero respiro nella pratica clinica quotidiana. Questo il corposo messaggio del gruppo.

Lo spettro già più volte affacciato, di un rischio castrante e normativo da parte del *Maestro* si è configurato più nettamente nella relazione a seguire di Patrizia Cappelli (A.S.A.R.N.I.A.-A.P.P.I.A.): *Chi cura chi? Riflessioni cliniche e teoriche sull'esperienza di supervisione all'interno del training psicoanalitico. Aspetti critici e evolutivi.*

Il bisogno di rappresentare se stessi nelle migliori vesti creative e riparative a volte espone l'apprendista psicoterapeuta a delle ferite e questa ricorrenza mette in campo il dubbio di quanto il metodo del Supervisore possa anche prevedere dei divieti espliciti, il cui senso può talvolta non essere condiviso dall'allievo.

In attesa che lo specializzando prenda dimestichezza con certi criteri fondamentali – ad esempio quello della neutralità o dell'*Hic et Nunc*, o della proprietà negativa, strumenti sempre così delicati da acquisire – quanto il maestro deve limitarsi a ventilare regole alternative e a sollecitare in maniera neutrale, interlocutoria, la riflessione su di sé? In una parola ci si chiede quanto effettivamente il concetto lacaniano di *Fallo*, nella sua funzione castrante ma proprio per questo, orientativo-strutturante (M.A. Fenu, A.R.P.A.D.), non possa essere compresa e vissuta nell'esperienza di supervisione istituzionale dove la Scuola si assume la responsabilità di curare la preparazione clinica alla psicoterapia psicoanalitica, legittimandola con un diploma. Ci si domanda anche quanto i mutamenti della società, negli usi e costumi di un salto generazionale oggi abissale, – i tempi sono velocizzati dalla tecnologia – non possano essere ragioni valide di ammodernamento continuo nelle prassi cliniche e didattiche.

L'ultima sessione pomeridiana metteva in campo un primo lavoro di tre allieve de “Lo Spazio”, che hanno esemplificato con ben tre casi clinici. L'abbondanza di stimoli dell'elaborato è andata a detrimento di un focus unitario facilmente individuabile e che forse si potrebbe riassumere con la riflessione circa la qualità del materiale portato dall'allievo nella stanza di supervisione: come il sogno, la narrazione dell'allievo comporta una trasformazione verbale non di tutto quanto accade nella stanza di analisi, ma di quanto l'allievo coglie in risonanza. Il Supervisore a sua volta trasforma ulteriormente come “terzo orecchio” che restituisce elementi specifici in cui si configura una particolare modalità di relazione. L'al-

lievo dunque è trainato dalla supervisione in direzione di una visione in cui egli si stacca dall'attrattiva delle apparenti certezze dei dati di realtà per entrare in un movimento dinamico che consente il lavoro della rêverie. La supervisione inoltre è una esperienza di lavoro analitico, ma vissuta dalla parte del terapeuta e non più da quella del paziente: è un *apprendere dall'esperienza*.

Potente, serrato e perfettamente simmetrico al lavoro di apertura della Fasano – “la vita finisce, dove comincia”, scriveva Sofocle –, si è posto il bel lavoro di Silvia Casanova (S.I.P.P.): *Sulla frontiera*.

Con una nuova esperienza di esposizione estrema da parte del diplomando alle prese con la clinica, stavolta non per la spettacolarità della patologia ma, al contrario, per la sua subdola sottigliezza, il lavoro descrive un rapporto iniziato nell'illusione dell'idillio che, parola dopo parola, col proseguire del rapporto, è minato, smantellato, e quasi annichilito dall'ingratitudine mortifera di una paziente narcisista. La perversione psicologica, caratteristica di tale personalità, proprio dove la giovane terapeuta va costruendo la propria identità professionale, punta a sgretolarla con una efficacia fronteggiabile solo grazie alla presenza ritmica del supervisore. Sta al Maestro riprospettare l'attacco distruttivo – agli occhi dell'allievo – come una drammatica rappresentazione, nell'*hic et nunc*, di ciò che, a livello di esperienza indicibile, il paziente ha vissuto.

“Non so dire cosa mi accade, ma posso solo fare a te quanto è stato fatto me”. È la coazione a ripetere: c'è forse migliore modo di farsi conoscere? Distruggere l'oggetto comporta restare solo. Dopo tutto è incenerito: un inferno. Di qui la metafora del supervisore come moschettone che ti “tiene” – nella arrampicata – e che ti garantisce di non precipitare nel vuoto.

Applausi fragorosi sono stati regalati dalla sala a un così gran finale, vivacizzante nonostante l'emergente stanchezza di una giornata intensissima. Dopodiché sono arrivate le conclusioni generose di Antonella Lumachi che sono apparse come il buon caffè, concentrato ma forte, a perfetto completamento di un banchetto eccellente.

In sintesi minimalista riporto anche i bilanci e le prospettive previste dal programma della giornata, come note finali sul futuro: Paola Borsari (docente S.I.P.P.) ha sottolineato un tema cruciale come l'addensarsi concentrato, nel corso della formazione, di analisi personale, acquisizione di basi culturali, molteplici supervisioni con setting variegati, e così via. Non è troppo carico tutto questo per una mente giovane in formazione? Si può modificare qualcosa nella concezione delle scuole?

Maria Antonietta Fenu (A.R.P.A.D., Esecutivo S.I.E.F.P.P.), ha rilevato il valore dei numerosi interrogativi già formulati ricordando la funzione principale della Supervisione: la co-costruzione, attraverso l'addestramento guidato sul campo, dell'identità professionale. Altro il compito dell'analisi personale. La dott.ssa Fenu, in veste di Esecutivo S.I.E.F.P.P., ha formulato inoltre l'auspicio di una prosecuzione di lavoro sul tema della Supervisione, che presenta ancora tanti aspetti da approfondire e da sviluppare – il tema tre/due sedute del caso clinico supervisionato, per citare un esempio – nell'appuntamento previsto a Firenze il 23 febbraio 2015. In tale occasione l'organizzazione sarà principalmente a cura della A.F.P.P., l'Associazione fiorentina che fungerà da padrona di casa.

Il presidente Marzano a sua volta ha ringraziato commossa tutti i partecipanti ricordando i programmi istituzionali S.I.E.F.P.P. per il futuro.

Dulcis in fundo a sorpresa, l'ultima parola riservata alla padrona di casa, Elena Bonassi, che ha voluto porgere il suo contributo di pensiero, recitando una sua poesia:

Supervisione

La luce del faro che viene dall'alto penetra nei buchi sviscera ogni cosa e non lascia segreti. Ogni cosa è illuminata ogni cosa è denudata Corpi tremanti di freddo e di vergogna addossati al muro gli occhi accecati dalla luce abbagliante	No Non è questo capire Spengiamo il faro e scendiamo tra le forme danzanti nella penombra e nel buio Camminiamo insieme Ascoltiamo insieme La musica e le note Ritroviamo insieme Il nome delle cose.
---	---

No
Non è questo vedere

Maria Antonietta Fenu

“CON VOCE DI SIRENA”, MARIE-CRISTINE LAZNIK

Pisa, 5 ottobre 2013

Il libro di Marie-Christine Laznik, dal titolo “Con voce di sirena” è stato presentato a Pisa il 5 ottobre 2013. Questo evento ha fatto parte del Programma Scientifico del Centro Psicoanalitico di Firenze ed è stato promosso da Raffaella Tancredi che da lungo tempo si cimenta quotidianamente nel lavoro con bambini autistici (I.R.C.C.S. Fondazione Stella Maris) e che continua a interrogarsi “di fronte alla realtà di un cervello che funziona diversamente, su come ci si sente ad essere *quel* cervello”.

Benedetta Guerrini Degli Innocenti, Marco Mastella, Sandra Maestro, analisti interessati al tema dell'autismo, e Fabio Apicella, psicologo presso l'I.R.C.C.S. Stella Maris, che conduce da molti anni ricerche in questo campo, hanno sviluppato un dialogo, veicolato dal libro, che ha avuto come interlocutrice la stessa Laznik. La dimensione clinica è stata viva e presente, anche attraverso interessanti filmati, così come c'è stato spazio per la concettualizzazione e la teoria, che sono andate al cuore del problema. Una dimensione di grande profondità, espressa in modo semplice, che ha favorito un ascolto partecipe da parte del pubblico.

Marie-Christine Laznik è membro dell'Associazione Lacaniana Internazionale, vive a Parigi e lavora come psicoanalista, nel suo studio con bambini e adulti, e presso il Centro Alfred Binet – centro di psichiatria infantile di Parigi – con bambini molto piccoli, con bambini a rischio di autismo e con bambini autistici. Ha promosso la ricerca PréAut, che raccoglie pediatri, psichiatri, psicoanalisti interessati alla prevenzione e alla diagnosi precoce dell'autismo.

L'esperienza di terapie psicoanalitiche con madri e bebè (iniziata nei primi anni '90) e l'incontro con Sandra Maestro e Filippo Muratori (I.R.C.C.S. Fondazione Stella Maris), che le hanno consentito di visionare i filmati familiari di bambini che avrebbero sviluppato un disturbo autistico e di bambini di controllo, sono state esperienze che hanno profondamente modificato la sua concezione dell'autismo.

Il libro di Marie-Christine è una testimonianza preziosa di un uso innovativo degli strumenti psicoanalitici: teoria psicoanalitica e clinica si coniugano in un rapporto mutuamente fecondo che scaturisce dalla passione per la psicoanalisi. Una passione “conoscitiva” che spinge ad interrogarsi su come la mente umana nasce e funziona, e porta in territori lontani e indicibili, dove il corpo “si fa” mente.

Nel suo intervento, Benedetta Guerrini ha sottolineato come la capacità della funzione analitica della mente di Marie-Christine Laznik si riveli nel suo saper sostare nei territori più sperduti, sconosciuti e impervi della psiche umana. Un sostare senza sapere, talvolta senza capire, nei territori dove il volto della madre non funziona come specchio, dove la percezione può prendere il posto della appercezione e della rappresentazione, e la sensorialità può diventare l'unica esperienza del mondo. Una sensorialità “incarnata”, che forse aspetta, senza saperlo, un oggetto capace di trasformare la percezione in rappresentazione, la rappresentazione di cosa in rappresentazione di parola. L'autismo è un enigma e gli psicoanalisti possono ancora dare il loro contributo, e, mantenendo la mente aperta e la teoria permeabile, portare senso laddove il senso sembra smarrito, continua Benedetta, richiamando il lavoro solitario e tenace di Einstein e di Freud come esempio di faticoso travaglio e fonte di speranza.

“Noi psicoanalisti”, ha affermato Raffaella Tancredi, “che spesso siamo tentati dal vedere il mondo come un pallido riflesso delle nostre vicissitudini interne, siamo costretti a confrontarci nell'autismo con situazioni in cui il mondo esterno irrompe senza filtri, senza trasformazioni di senso. Insomma per estremizzare: se una luce al neon dà fastidio a un bambino autistico, noi psicoanalisti saremmo portati a interrogarci su questo e a interpretarlo, ma, sapendo che quel che dà noia è la sua intermittenza da noi non percepibile, la prima cosa da fare a questo proposito (l'unica?) è cambiare la lampadina”. Questo è quello di cui il bambino autistico ha bisogno. Cambiare una lampadina equivale a usare gli strumenti psicoanalitici in modo nuovo e il libro di Marie-Christine ne è una testimonianza preziosa.

Marco Mastella e Sandra Maestro hanno condiviso la convinzione che l'alleanza e il lavoro in profondità, sia con i genitori che con i logopedisti, gli educatori, i pediatri, nella ricerca di una visione integrata del funzionamento del bambino, rappresenti un terreno fertile per la comprensione e lo sviluppo della mente di un bambino con autismo.

Uno dei punti di forte richiamo è stato il capitolo 6° del libro, il resoconto del caso di Marina. Si tratta della “ricaduta” autistica di una bambina di quindici mesi, già trattata da Marie-Christine nel primo anno di vita perché considerata a rischio di autismo. In questo resoconto clinico Laznik racconta con grande finezza i suoi tentativi di agganciare lo sguardo e il sorriso della bambina fino a quando, forte di quello che sa sull'effetto “voce di sirena”, che una prosodia ricca di luce e stupore può avere sui bambini autistici, riesce a creare dentro di sé un'immagine ricca di tale prosodia. Ci racconta quindi come si forma l'immagine evocata dal profumo di vaniglia di uno yogurt. “Così,” la Laznik ha continuato la lettura del resoconto affiancandola anche al video della seduta registrata, “in un tempo infinitamente minore a quello che mi occorre per raccontarlo, io mi sento proiettata in un mondo magico di sorpresa e piacere. Mi sento dire a Marina, mentre le offro il cucchiaino di yogurt da annusare: «Guarda l'odore!» La mia frase non manca di entusiasmo e i picchi prosodici della mia voce [i risultati dell'analisi spettrografica a cui è stata sottoposta la registrazione della sua voce in questa seduta lo segnalano], devono essere giusti perché la piccola mi guarda sorridendo... Non è di yogurt che può nutrirsi la sua voglia di vedere e di ascoltare, è di una particolare prosodia nelle voci, portatrice di picchi alterni di sorpresa e di piacere. Le produzioni vocali in grado di attirare l'attenzione della bambina sono quelle sostenute da autentico stato di piacere e sorpresa e presentano il profilo sonoro tipico del motherese, cioè della lingua che tutti i genitori parlano con i loro bebè, che è alimentata e sostenuta dalle risposte sonore, gestuali e mimiche del bebè stesso. Il bebè, che risponde con una grande avidità orale alla prosodia materna, lega ad essa il viso, che corrisponde a questa voce particolare. La cercherà attivamente e cercherà anche di farsi oggetto dello sguardo della madre, dove leggerà l'investimento di cui lui è oggetto: l'Altro primordiale che lo vede già soggetto”. Nel bambino autistico il piacere dell'Altro primordiale non c'è, i momenti di autoerotismo sono privi di piacere e i bambini si trovano nello stato di autismo privi di motivazione a diventare esperti in voce e volti umani. Marie-Christine raggiunge Marina con un'immagine che si forma dentro di lei e che dà forza alla voce, e Marina le risponde guardandola e sorridendole. Le ricerche psicolinguistiche confermano – e qui si evidenzia il dialogare di M.C. Laznik da psicoanalista con altre discipline – che nella voce dell'Altro, c'è un elemento incantatorio il quale, come nel caso delle sirene, non può essere percepito sen-

za suscitare un'irresistibile attrazione in chi lo ascolta.

“In che senso possiamo considerare specificatamente psicoanalitico l'intervento di Marie Christine quando, offrendo alla piccola Marina un cucchiaino di yogurt dice: «Guarda l'odore!»?» si è chiesta, ed ha chiesto, Raffaella Tancredi una volta terminata la lettura del resoconto. Sandra Maestro ha sottolineato che, mentre ci mostra come utilizza la sua rêverie, Laznick mette in luce quanto l'attività immaginifica dell'analista sia un potente strumento di lavoro e un'anticamera del contro-transfert, influenzata da elementi inconsci dell'analista e del paziente. Questo suggerisce come campo da esplorare una ricerca su che cosa ostacoli le madri nell'accedere al proprio immaginario interno quando si relazionano ai loro bebè.

Facendo riferimento al video, Marco Mastella (al quale si deve anche un'analisi precisa e approfondita dell'elaborazione del controtransfert), ha osservato che il volto e la voce della madre di Marina gli sono apparsi come “un *rumore bianco*, un fondo/viso da cui stentano a emergere tratti del volto vivi”. Accanto al comportamento autistico della bambina, che causa la frustrazione profonda, Mastella ha portato l'attenzione dei presenti su un nucleo depressivo materno di gran lunga precedente alla nascita della figlia, che sembra sostenere e mantenere lo schema rigido di azione della madre verso Marina. Questo nucleo depressivo potrebbe esprimere la mancanza di una rappresentazione interna di qualcosa di sufficientemente buono e vivo che viene da dentro di sé, da offrire a una bambina viva, che ha qualcosa di sufficientemente buono e vivo dentro di sé (tanto che ad un certo punto Marie-Christine prende l'iniziativa per ravvivare la scena).

Il caso di Marina e i casi clinici descritti nel libro e commentati dai relatori hanno evidenziato l'operare psicoanaliticamente di una terapeuta che trova in sé la possibilità di credere che il bambino comprenda molto di più di quanto l'adulto possa immaginare e che riesce a raggiungerlo in contatto con una comprensione profonda degli stati che ha attraversato e che sta attraversando. Dal materiale clinico si è andata sviluppando una riflessione teorica, di cui il pubblico ha potuto fruire. Si è rivisitato il pensiero di Freud nel confronto con il pensiero di Lacan, che aggiunge voce e sguardo agli oggetti pulsionali freudiani. Richiamando il caso di Ludivin, Sandra Maestro ha citato il pensiero di Laznik: l'analista deve avere fede nel determinismo psichico e fiducia che ogni azione del bambino, anche la più reiterata e impoverita possa avere una sua motivazione nella “rete di rappresentazioni prodotta nel rapporto con l'Altro”.

Sandra Maestro ha aggiunto una riflessione sulla necessità che l'analista sia sostenuta anche dalla passione, ovvero dalla possibilità di trasformare al suo interno gli affetti depressivi circolanti nel transfert e nel contro-transfert, per reinvestire di desiderio e di pulsionalità la relazione terapeutica, oltre che di fiducia, speranza, pazienza. Ipotizzando che nel gioco del bambino autistico “la rappresentazione non peschi nella pulsione”, Sandra Maestro si è chiesta se la rêverie non possa essere definita un incontro tra visuo-percettivo e pulsione.

Un altro concetto discusso è stato quello di *rappresentazione della rappresentazione della pulsione*, che ha a che fare, ha sottolineato Mastella, con la possibilità per il soggetto di anticipare mentalmente il piacere legato al soddisfacimento della pulsione, distinguendosi i due livelli, quello più istintuale biologico e quello più rappresentativo mentale. E ancora si è parlato del *terzo tempo del circuito pulsionale*, del momento cioè in cui ci si fa oggetto di un nuovo soggetto, che il bambino autistico non conosce. È perché non lo suscita? È la madre incapace di rispondergli? Comunque sia il risultato è lo stesso e il circuito pulsionale non si chiude.

Una nota di apprezzamento merita la presentazione di Fabio Apicella, psicologo, che ha illustrato con chiarezza, i risultati sulle ricerche condotte da molti anni, presso l'IRCCS Stella Maris, sull'autismo nei primi due anni di vita, utilizzando gli home video, i filmati del bambino ripresi dai genitori prima della diagnosi. Lo studio della reciprocità madre-bambino con i mezzi della psicologia sperimentale permette di evidenziare come i bambini che svilupperanno un disturbo autistico, mostrino nei primi mesi di vita una ridotta capacità di coinvolgere, rispondere e mantenere il caregiver nell'interazione e come vadano modificandosi nel tempo le iniziative e gli stili interattivi dei genitori nel tentativo di ottenere risposte dal bambino. La presentazione si è avvalsa della proiezione di micro sequenze di filmati, sapientemente scelte per mostrare in modo puntuale e affettivamente coinvolgente quanto poteva essere inferito dai numeri dai grafici proiettati.

Il grande interesse suscitato dagli interventi dei relatori è stato sottolineato dalla viva discussione da parte del pubblico, che a sua volta alimentata dagli interventi della Laznik, sempre più appassionata nell'articolare il suo pensiero ed arricchirlo di nuovi elementi. Curiosità e vivacità mentale sono state le qualità che hanno caratterizzato la discussione, che è terminata solo per i limiti di tempo, ma sicuramente ha lasciato pensieri in divenire nella mente di ciascuno di noi.

Gabriela Gabbriellini

Recensioni

Paola Farneti, Linda Savelli

La mente imitativa

Come e perché il nostro comportamento è influenzato dagli altri

Franco Angeli, 2013

In genere l'imitazione non gode di buona fama.

“Mentire alla propria maniera è quasi meglio che dire una verità che appartiene ad altri; nel primo caso tu sei una persona, ma nel secondo sei solo un pappagallo!”

Con questa frase Dostoevskij in *Delitto e Castigo* esalta l'individuo, l'eroe solitario, e sottende il concetto di una imitazione negativa, riproduttiva e pappagallesca.

Perché cominciare con una citazione? Forse per esprimere lo spirito di questo piacevole e prezioso libro, ricco di citazioni considerate come debiti nei confronti del passato, come richiamo alla modestia e contro l'illusione dell'assoluta originalità e autenticità dei propri pensieri.

La citazione è come “lo specchio delle Finzioni di Borges”; non solo riflette un significato ma lo moltiplica e, come è noto, lo specchio e la finzione sono concetti ormai fondamentali della psicologia. La vita stessa, ci dicono le autrici, è una ragnatela di citazioni, una testimonianza che non siamo soli, siamo imitatori

Il libro rivaluta il ruolo dell'imitazione, o meglio della “vera imitazione” come fonte di apprendimento e socialità. Siamo fondamentalmente unici, intelligenti e parlanti perché siamo capaci di imitare, cioè di apprendere, in modo immediato e diretto attraverso la semplice osservazione, i gesti, il comportamento, gli atteggiamenti dei nostri simili. Il neonato nasce già come essere sociale, sensibile al rapporto con gli esseri umani che lo circondano,

predisposto fin dalle origini ad interagire con le figure significative attraverso l'imitazione. Ma, ci avvertono le autrici, se l'imitazione è un fenomeno presente nell'uomo in tutte le sue fasi evolutive – e ben noto anche a livello della psicologia di senso comune – la sua definizione scientifica si rivela complessa in considerazione delle diverse prospettive teoriche e tenendo presente il forte impatto che la scoperta dei neuroni specchio ha avuto sulla psicologia dell'imitazione.

L'opera è divisa in quattro parti; la prima parte si occupa di definire che cosa sia la vera imitazione con una grande ricchezza di contributi e ricerche.

L'imitazione di cui principalmente si tratta è un fenomeno complesso, espressione di quella attrazione sociale che sta alla base della nostra natura umana, distinta dunque dal semplice conformismo o stereotipia e dal contagio emotivo. La vera imitazione ha a che fare con un soggetto che compie le stesse azioni di un altro soggetto che funge da modello per raggiungere gli stessi o simili risultati, e ciò ci permette di apprendere molte cose ed abitudini del mondo che ci circonda, ben diversa dunque dalla ripetizione passiva ed automatica alla base dell'atto di scimmiettare o fare il verso a qualcuno.

L'abilità imitativa di riprodurre gesti, movimenti, modi di comportamento altrui, trova le sue radici in una sorta di isomorfismo tra con-specifici: il modello è il proprio simile ed imitarlo non serve solo a imparare e a conoscere i comportamenti ma aiuta a capire le intenzioni degli altri e apre la strada verso l'empatia.

Fino a pochi decenni fa il neonato era considerato una tabula rasa, poco competente a livello percettivo, del tutto incapace di memorizzazione e comunicazione con l'esterno e neppure capace d'imitare, poiché privi di adeguata competenza percettivo-rappresentativa e di coordinazione motoria, ma questa ipotesi della psicologia tradizionale di impronta piagetiana è oggi ampiamente superata, e numerosi dati sperimentali hanno confermato le scoperte di Meltzoff e Moore che per primi hanno dimostrato che i neonati, fin dalle prime ore di vita, riescono a riprodurre accuratamente gesti come l'apertura della bocca e la protrusione della lingua, e che sono capaci di vere e proprie imitazioni perché possiedono fin dalla nascita una capacità rappresentativa di tipo amodale che permette loro di trasferire una informazione visiva in una informazione propriocettiva e di collegare quello che percepiscono con la sua esecuzione motoria.

In questa parte del volume, di grande interesse è l'attenzione dedicata alle ricerche condotte da Susan J. Pawlby – fuori da un setting sperimentale in un contesto ecologico – sul ruolo ricoperto dall'imitazione nelle interazioni quotidiane tra madre e bambino. L'ipotesi di base di questa ricercatrice, confermata dall'osservazione, è che la madre ed il figlio nella loro interazione siano coinvolti in una sorta di gioco reciproco di imitazione di gesti e suoni, attraverso il quale cercano di raggiungere una conoscenza condivisa degli eventi. Si tratterebbe di una proto conversazione a cui la madre dà avvio perché considera atti intenzionali i gesti e i suoni del figlio. All'interno di tale alternanza intersoggettiva viene notato l'aspetto ludico, addirittura gioioso degli scambi imitativi con un progressivo perfezionamento del dialogo madre-figlio e al di là delle varie ipotesi non c'è dubbio che l'imitazione reciproca si presenti come un elemento fondamentale anche per l'apprendimento del linguaggio.

Per concludere questa prima parte, le autrici considerano, in opposizione agli stereotipi correnti, come l'imitazione tra coetanei sia una modalità di comunicazione e di scambio frequente anche in bambini molto piccoli e che da questo si può dedurre quanto sia importante per un bambino la presenza di fratelli e soprattutto di fratelli maggiori per accelerare lo sviluppo cognitivo. Oltre gli aspetti cognitivi sembra che l'opportunità di identificazione con una figura fraterna abbia un ruolo importante nell'acquisizione di abilità sociali come la capacità di cooperazione, nello sviluppo dell'identità di genere e perfino nella percezione di sé. L'imitazione svolge un ruolo fondamentale anche nel gioco simbolico o di finzione che prevede l'uso dell'immaginazione e della fantasia. Nel gioco i bambini possono interpretare più ruoli e imitare più modelli, e in questo modo fare pratica del mondo dell'altro e del mondo in generale.

La seconda parte del libro è dedicata alla scoperta, ad opera degli scienziati dell'Università di Parma, dei neuroni specchio e alla rivoluzionarie implicazioni per la teoria della mente. La teoria della mente del cognitivismo classico enucleava le strutture di funzionamento del nostro apparato mentale iscrivendolo in una realtà formale e solipsistica, dimenticando l'influenza della corporeità e dell'intersoggettività. I neuroni specchio hanno offerto una nuova prospettiva chiamata cognizione incorporata, poiché implicano l'esistenza di un meccanismo che consente di comprendere immediatamente il significato delle azioni altrui e persino delle intenzioni ad esse sottese. Quando

osserviamo un nostro simile compiere una certa azione si attivano, nel nostro cervello, gli stessi neuroni che entrano in gioco quando siamo noi a compiere quella stessa azione. Per questo possiamo comprendere con facilità le azioni degli altri.

Le ricerche sui neuroni specchio sono ancora agli inizi, ma è probabile, pur non volendo correre il rischio di trascurare la complessità che ci caratterizza come esseri pensanti, che si tratti di una delle più importanti scoperte degli ultimi decenni. I meccanismi di simulazione incarnata individuati dai neuroni specchio ci forniscono uno strumento per condividere a livello esperienziale gli stati mentali altrui. Quindi, ci fanno notare le autrici, ciò che gli altri fanno o sentono viene colto immediatamente ed empaticamente senza il bisogno di alcuna mediazione intellettuale o di artificiosi processi mentali. Anche il riconoscimento delle emozioni sembra poggiare su un insieme di circuiti neurali che, per quanto differenti, condividono quella proprietà “specchio” già rilevata nel caso della comprensione delle azioni. Vi sono infine alcune evidenze sperimentali che sembrano indicare che anche la comprensione del linguaggio faccia riferimento, almeno per certi aspetti, a meccanismi di “risonanza” che coinvolgono il sistema motorio. Comprendere una frase che esprime un'azione provoca probabilmente un'attivazione degli stessi circuiti motori chiamati in causa durante l'effettiva esecuzione di quell'azione. Le strutture neurobiologiche alla base di questo vitale meccanismo per la sopravvivenza e la trasmissione della cultura, sono i neuroni specchio che ci permettono di catturare immediatamente, proprio attraverso questa simulazione interna, cosa sta facendo un nostro simile, la natura delle sue azioni e intenzioni, attivando modelli motori simili e facilitando la possibilità di interagire empaticamente.

Sul tema dell'empatia nei suoi rapporti con il fenomeno imitativo le autrici segnalano la tesi di Carol Gilligan, tesi di cui sottolineano la vicinanza con i concetti di preoccupazione materna primaria (Winnicott), di sensibilità materna (Bowlby), di sintonizzazione materna (Stern). La psicologa americana, opponendosi all'omologazione del modello maschile del primo femminismo, si è ispirata al paradigma materno per sviluppare il concetto di etica della cura nell'empatia, nella capacità di ascolto e di accudimento che contraddistingue il carattere femminile rispetto al maschile, centrato sull'etica astratta del diritto e della giustizia.

Questa seconda parte del volume si conclude riportando una serie di nuovi studi che sembrano indicare come i meccanismi imitativi e il sistema specchio appaiano deficitari nell'autismo infantile. Siamo ancora molto lontani dal poter affermare che i neuroni specchio consentano di spiegare l'autismo infantile ed il suo polimorfismo clinico ma è evidente che si sta aprendo una nuova prospettiva in cui l'imitazione può essere una chiave per schiudere qualche spiraglio sull'autismo. In questo senso depone il caso del giovane Gabriel, affetto da gravi disturbi autistici, con il quale l'uso dell'imitazione come forma di intervento ha prodotto un cambiamento nella responsività sociale.

Riguardo a questi primi due argomenti trattati nel volume è da notare il grande sforzo di sintesi operato dalle autrici per riportare i numerosi studi e contributi di ricerca sperimentale, non dimenticando le ricerche ecologiche e cliniche. Nonostante la difficoltà della materia, le autrici riescono ad esporla con chiarezza anche a noi clinici, che tendiamo a lasciar da parte i dati della ricerca sperimentale. A questo proposito vorrei sottolineare come le autrici suggeriscano la possibile importanza del ricorso al metodo dell'*infant observation*: l'osservazione di una “mancanza” o scarsa frequenza degli scambi imitativi nella diade madre-bambino potrebbe essere un indicatore importante per la diagnosi precoce e la cura dell'autismo, che, come sappiamo, viene scoperto di solito solo dopo i due anni di età.

Anche sul terreno dei modelli di psicoterapia psicoanalitica i dati forniti da questo scritto offrono indicazioni preziose o conferme interessanti. Viene sostanzialmente confermata la validità dello spostamento dalle dinamiche intrapsichiche all'importanza delle dinamiche relazionali e intersoggettive, che si è scoperto operative fin dall'inizio della vita. In questa ottica sembra venir meno la centralità dell'interpretazione e viene conferito un grande rilievo alla relazione psicoterapeutica, all'*etica della cura* in cui assumono un ruolo centrale l'empatia e le modalità di sintonizzazione e condivisione affettiva, allo sviluppo della capacità di mentalizzazione e della funzione riflessiva, alle modalità di rapportarsi del terapeuta come oggetto-Sé.

La terza parte del volume è dedicata all'influenza negativa, per imitazione, che i modelli televisivi e virtuali possono avere sulla mente dei più giovani in considerazione della loro prolungata esposizione e dipendenza da tali modelli.

Per far comprendere i termini della questione vengono riportati gli esperimenti di Albert Bandura condotti tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso che hanno mostrato come i comportamenti violenti non siano necessariamente legati a situazioni di stress o a dinamiche pulsionali ma possano essere appresi per semplice imitazione di modelli aggressivi osservati sia nei contesti degli altri reali (soprattutto genitori e adulti) sia nelle immagini televisive, suggerendo così il nostro carico di responsabilità verso l'infanzia ed i giovani.

Farneti e Savelli ci ricordano che anche Karl Popper, studiando i contenuti dei programmi e gli effetti sugli spettatori televisivi, considera la televisione una "cattiva maestra", diventata ormai un potere incontrollato in grado di far penetrare nella società forti dosi di violenza.

Fatte salve le determinanti individuali, sembra che le immagini violente siano in grado di influenzare risposte aggressive a breve termine mentre poco sappiamo sugli effetti a lungo termine. I media influiscono anche sul tasso di suicidi in una società, per il semplice fatto di annunciarli. Si tratta di un tragico e inquietante fenomeno di emulazione, noto come "effetto Werther", che nella letteratura scientifica è detto *copycat effect*: ad esempio vi fu un'impennata nel numero di suicidi dopo la morte di Marilyn Monroe che aveva avuto una forte risonanza.

L'ultima parte del testo accenna, in breve, al problema degli aspetti imitativi nella letteratura e nell'arte e alla difficoltà di trovare dei confini precisi fra imitazione creativa, copia e plagio; da segnalare un capitolo dal titolo espressivo "imitare per essere diversi". Di particolare piacevolezza ho trovato la lettura dei capitoli sulle citazioni di cui ho fatto cenno all'inizio e sull'imitazione nelle arti figurative con un riferimento più dettagliato al Manierismo.

Il volume non è solo prezioso per la grande quantità di ricerche e contributi sul tema dell'imitazione ma è anche un libro colto che offre lo spunto a molte suggestioni e intuizioni.

Proprio dalla riflessione sull'apprendimento per imitazione nelle arti figurative e nel campo musicale (metodo Suzuki) può nascere il pensiero che non ci sia nulla di male se il nostro mestiere di psicoterapeuti lo impariamo, come ebbe a dire Kernberg spesso da altri ripetuto con inflessione negativa, come in una scuola professionale andando a bottega dal nostro analista e supervisore.

Laura Scarpellini

Alessandra Lemma

Sotto la pelle Psicoanalisi delle modificazioni corporee

Raffaello Cortina Editore, Milano 2011

“Sotto la pelle [...] considera da una prospettiva psicoanalitica le motivazioni sottostanti alle pratiche del tatuaggio, del piercing, dei miglioramenti estetici o di altre trasformazioni del corpo. E prova a raccontarci come il terapeuta possa capire e aiutare chi avverte la manipolazione corporea come psicologicamente necessaria nonostante il dolore provocato dal processo di modificazione. Perché ciò che avviene in superficie proviene da sotto, dalla profondità”. Così scrive Vittorio Lingiardi nella sua puntuale e lucida prefazione al libro, un testo ricco nella presentazione dei molteplici aspetti psichici legati al corpo in quelle modificazioni corporee che attualmente vengono per lo più scelte dalle persone che desiderano cambiare il proprio aspetto e non solo. Diverso dai testi che lo hanno preceduto in tema di corporeità, ne ripercorre gli inizi costituiti dall'osservazione delle dismorfofobie, le sensazioni dell'arto fantasma nelle mutilazioni dei soldati in guerra, al passaggio concettuale fra schema corporeo e immagine corporea. Al centro vi è la nostra storia, come storia di ciascuno, che è quella narrata dal nostro corpo, un corpo che ci è prima “dato” (dall'altro) poi “trovato” (da me); un corpo che non può quindi trascurare la realtà della corporeità condivisa fra madre e bambino, da cui noi tutti dobbiamo emergere e che costituisce il prototipo fisico della dipendenza psichica; un corpo come incarnazione dell'identità e delle possibilità del Sé; un corpo come mappa relazionale e prova dell'ineluttabile interconnessione con gli altri.

Attraverso un'ampia casistica di persone-pazienti che giungono a concepire la manipolazione del corpo come psicologicamente necessaria, l'autrice 1) analizza queste “storie” partendo dall'importanza della relazione precoce madre-bambino e delle vicissitudini di tale relazione, come essere incorporati ed essere soggetti allo sguardo dell'altro; 2) si sofferma sul grado di

desiderabilità dello sguardo ed il grado di una possibile separazione dalla madre, attraverso il sentirsi belli o brutti, a casa propria o estranei in un corpo odiato o idealizzato.

Nel cercare di comprendere queste persone che si sentono attratte dalle modificazioni corporee, emerge chiaramente come le forme più compulsive ed estreme di modificazione corporea riflettono una difficoltà ad integrare questo basilare fatto della vita: *non possiamo far nascere noi stessi*. L'individuo che crede di poter dare vita a se stesso, o che in qualche modo può reclamare il proprio corpo alterando la sua superficie e la sua forma, lo fa al fine di troncargli il suo legame con l'oggetto. La comprensione della fantasia inconscia prevalente e sottostante la modificazione corporea è quindi centrale nel tentativo di aiutare questi pazienti, l'autrice ne elenca tre: 1) la fantasia di rivendicazione, 2) la fantasia di autocreazione; 3) la fantasia di corrispondenza perfetta.

Nell'esplorazione di tali fantasie la letteratura offre un buon sostegno alla clinica: il romanzo di Mary Shelley *Frankenstein*, ovvero il sintomo della bruttezza, riceve una rilettura psicoanalitica in chiave autobiografica, dove le vicende familiari ed i numerosi lutti che hanno contraddistinto la vita di Mary Shelley, a partire dalla morte della propria madre dopo averla partorita, sono alla base dell'idea su cui è costruito il romanzo. Lemma nota come Mary Shelley si sia soffermata sulla dolorosa deprivazione della creatura dovuta alla sua bruttezza, più che sull'omicida bruto e pieno di rabbia, per non essere stato guardato da uno sguardo amorevole e amoroso. Anche *La mosca* di Cronenberg, come *Frankenstein*, riguardano il desiderio dell'uomo di dare la vita eludendo la madre, sempre con risultati orrendi e mostruosi.

Ma l'appropriazione della funzione materna non è una questione che riguarda gli uomini. La Klein (1932) aveva già osservato, sia nei bambini che nelle bambine, il sadismo infantile basato sull'invidia e diretto contro il corpo interno della madre; sosteneva inoltre l'esistenza di una fase precoce in cui entrambi i sessi si identificano con la madre e traggono piacere al femminile. In coloro che hanno ricevuto un ipoinvestimento del Sé corporeo da parte della madre possiamo ritrovare un'invidia del corpo materno e la sua qualità sarà più o meno distruttiva a seconda dei casi.

La separazione dei corpi "psichici" avviene quindi attraverso tutti questi movimenti agiti, mediati, simbolizzati nella corporeità, con sorti e prospetti-

ve qualitativamente differenti.

"La capacità di ricevere il corpo che ci viene dato implica il riconoscimento della nostra dipendenza da qualcuno che ce lo ha dato (non possiamo darcelo), e implica trovare un modo per fare nostro quello che sappiamo esserci stato dato dall'oggetto" (p.142).

L'esperienza dell'autrice, chiamata a selezionare le persone per quegli show televisivi che invitano i partecipanti a scegliere l'intervento chirurgico basandolo sull'aspetto di una particolare "star" dello spettacolo, la porta a sostenere che il "format" di quegli show televisivi è costruito proprio sull'imitazione e sull'identificazione, quali componenti fondamentali di quel processo di costruzione del Sé, ma le identificazioni imitative nascondono profondi sentimenti di invidia in quanto appropriazione dell'altro attraverso l'imitazione. Una cosa è voler assomigliare all'oggetto, altra cosa è invece voler diventare una replica esatta dell'altro; appropriarsi dell'altro, dice Gaddini, porta *il marchio di fabbrica dell'invidia*.

La chirurgia estetica è descritta in questo libro come una storia interiore, la cui ricerca della bellezza mette a nudo l'esperienza interna che il corpo dato, cioè il corpo della madre, non è sentito come sufficientemente buono e diviene la messa in pratica del reclamo verso la madre. Ma è importante dire che la funzione delle pratiche di modificazione corporea sia quella di ricreare un'esperienza corporea che serva sia come difesa dall'angoscia, sia come occasione evolutiva per il Sé.

Nel capitolo intitolato "Inchiostro, buchi e cicatrici", l'autrice si addentra su la superficie della pelle come guscio protettivo su cui sono incise "...voci di diario... pezzi di conversazione, totem contro-culturali, biglietti di san Valentino agli amanti e memoriali per i morti" (M. Mifflin, 1997).

Lemma ci ricorda che la Bick ci ha spiegato la funzione organizzatrice delle sensazioni cutanee e che tali sensazioni possono agire come contenitore corporeo primario, mentre il disturbo della funzione primaria della pelle può condurre a sviluppare una "seconda pelle" attraverso la quale la dipendenza dall'oggetto è sostituita da un tipo di pseudo indipendenza. Alessandra Lemma ci mostra come per certi pazienti, fra i tanti che ha avuto modo di osservare durante periodi di crisi, il tatuaggio o il piercing sono sentiti come un imperativo, come l'unico mezzo per tenersi insieme, quindi questi particolari segni sulla pelle possono funzionare come seconde pelli potenziali; cita a

proposito il caso di Z. (pp. 191-192) un giovane paziente che si rivolgeva al tatuaggio durante le pause della psicoterapia come un modo di tenersi insieme, "...nel primo anno di trattamento le nostre interruzioni furono letteralmente *segnate* sul suo corpo".

Nella sua esperienza le persone che modificano la superficie della pelle si differenziano da coloro che modificano il corpo attraverso la chirurgia estetica, per i primi la funzione psichica della marcatura del corpo sembra costituire principalmente una difesa contro la fusione con l'oggetto; per i secondi la chirurgia estetica darebbe vita alla fantasia di una versione idealizzata del Sé fuso con un oggetto idealizzato.

Antonella Lumachi

Alberta Basaglia

Le nuvole di Picasso

Edizione Feltrinelli, febbraio, 2014

Un libro notevole scritto da Alberta Basaglia figlia di Franco Basaglia.

Due righe per i più giovani lettori di Contrappunto: Franco Basaglia, è l'antesignano della riforma psichiatrica che negli anni '70 aprì i primi cancelli dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, quando i movimenti autoritari si ribellarono compattamente alle forme di internamento violento delle Istituzioni quali i manicomi, gli orfanotrofi e altre forme di chiusura al mondo.

Alberta, con questo libro, percorre ricordi e impressioni personali di tipo biografico che toccano però la grande avventura di Basaglia padre, gli spostamenti logistici, la vita a Venezia – città lasciata con sofferenza dalla famiglia per tentare l'esperienza manicomiale a Gorizia – i rapporti con i bambini abbandonati che spesso diventeranno i matti del manicomio nel vuoto di una vita perduta.

Alberta Basaglia, psicologa, è responsabile del Servizio partecipazione giovanile e Cultura di pace del Comune di Venezia, dove, dal 1980, ha guidato il Centro donna e il Centro antiviolenza, una lunga esperienza professionale messa al servizio di un sociale estremo.

Ha scritto questo testo con Giulietta Raccanelli, giornalista veneziana che scrive di cultura e attualità e da anni cura laboratori di scrittura e si occupa di un progetto di giornalismo nelle scuole veneziane, "Iceberg-Gazzettino junior".

Mi sembrano acuti e interessanti le memorie e le osservazioni che Alberta descrive dell'esperienza basagliana che riporto integralmente.

Alberta vive così i suoi genitori: "La vita dei due genitori che mi erano capitati in sorte era talmente identificata nella loro scelta che tutto rientrava nello stesso calderone. L'idea era che tutti, proprio tutti, maschi, femmine, matti, malati, dovevano avere la possibilità per poter vivere la loro vita" (p. 11).

Alberta descrive il manicomio: “Gorizia era come Berlino. Il muro la attraversava, mi pare fosse rosso, una staccionata di metallo che tagliava in due la Piazza Ttransalpina e che divideva anche il parco dell’Ospedale psichiatrico dove andava a lavorare papà. Franco risultava troppo ingombrante per la sua clinica universitaria di Padova: il suo era un lavoro di studioso che intrecciava in modo sacrilego la filosofia alla psichiatria. Più che gli inventori della scienza psichiatrica gli interessavano i filosofi della scuola di Francoforte. Più che la malattia gli interessava il malato, fu così che l’Università riuscì a sbarazzarsi di lui esiliandolo in Friuli e Gorizia acquistò in blocco tutta la nostra famiglia” (p. 15).

Alberta descrive in questo modo l’incontro di Franco Basaglia e un suo paziente cronico, mi ha colpito la semplicità e secondo me la validità di un rapporto del genere: “Era il momento del loro caffè. Non c’era settimana che lo saltassero. Anche il Signor Toni era reduce da un viaggio di un centinaio di chilometri; lui però, in perfetta e sorprendente sincronia con noi, arrivava dalle montagne del bellunese. Accompagnato dalla sua signora che stava sempre ad aspettarlo in macchina. Giacca, panciotto e cravatta, distinto nei modi. Appena ci vedeva ci salutava con un sorriso mesto e gli occhi tormentati di chi convive con la sofferenza mentale e con le sue numerose crisi. Quelle sedute al tavolino del bar evidentemente funzionavano e sono andate avanti per anni. E per anni lui è riuscito a non smarrirsi, grazie al sostegno complice di una moglie che non ha mai mancato una volta di accompagnarlo e grazie al suo appiglio a Franco che gli bastava incontrare nei fini settimana. Quelle conversazioni davanti al caffè riuscivano a non farlo perdere nei suoi fantasmi” (p. 19).

Un ultimo passaggio storico che illustra la fatica e l’impegno di un movimento “rivoluzionario”: “Incominciò agli inizi degli anni Sessanta in una piccola città di provincia: Gorizia, in un manicomio di 650 malati. L’ospedale costruito nei primi anni del ‘900 aveva padiglioni sparsi in un parco grande, pieno di fiori e di alberi. Ma ai malati servivano poco perché quando li portavano in giardino, li legavano a un tronco d’albero o a una panchina.”

Il gruppo dei medici che incominciò il lavoro, si trovò di fronte al problema di ridare dignità al malato, qualunque fosse la sua malattia, attraverso la graduale conquista della libertà di cui era stato privato ma anche della responsabilità perduta. Il gruppo si trovò anche di fronte anche al problema

di ridare dignità alla propria professione e a quella dell’infermiere che, limitatisi fino ad allora alla custodia del malato, avevano ora un’altra responsabilità, la cura. “I reparti, gradualmente aperti, furono arredati utilizzando in parte quello che già c’era, ma tentando di creare un ambiente gradevole e familiare” (p. 35).

Un libro semplice ma importante: sono gli anni delle prospettive sociali e della speranza di un mondo migliore, ma “nessun sogno è mai soltanto un sogno” (Arthur Schnitzler).

Roberta Pisa

Segnalazioni bibliografiche

Laura Mori (a cura di)

Scenari dei legami fraterni

Casa Editrice Le Lettere - Firenze, 2012

Questo libro si aggiunge alla vasta letteratura già presente nel campo della dimensione fraterna offrendo nuovi contributi e apporti al crescente interesse che psicologia e psicoanalisi attribuiscono a questa tematica. Il riferimento è a fratelli e/o sorelle appartenenti alla famiglia tradizionale, biologica (i siblings), anche se nelle società occidentali post-moderne molto è cambiato per quanto riguarda gli scenari familiari.

Il libro è suddiviso in due parti e tocca momenti di vita diversi, tracciando un percorso evolutivo che va dalla prima infanzia all'età adulta e oltre. La suddivisione in due parti rispecchia anche i diversi approcci metodologici con cui sono stati "guardati" i legami fraterni: attraverso la ricerca e la clinica nella prima parte e attraverso la rappresentazione artistica nella seconda parte.

Dopo un capitolo introduttivo su alcuni snodi centrali della complessità dei legami fraterni, nella prima parte, composta di quattro densi capitoli, vengono presentati e discussi attraverso ricerche, studi ed esperienze cliniche originali, aspetti e momenti (*scenari*) importanti dei legami fraterni

Elisabetta Fattirolli, Linda Root Fortini e Laura Mori esplorano, nel primo capitolo, il cambiamento di identità e di posizione all'interno della famiglia all'arrivo di ogni nuovo bambino, attraverso l'*Infant Observation* secondo la metodologia di Esther Bick. Vengono riportate tre "storie osservative" longitudinali che illustrano il valore della metodologia nell'individuare aspetti particolari del modificarsi nel tempo delle relazioni all'interno della famiglia. Nel capitolo successivo Giuliana Pinto e Serena Lecce esaminano la

dimensione psicologica dell'essere fratelli attraverso il *Disegno tematico* effettuando un confronto tra le rappresentazioni grafiche infantili circa l'essere fratelli e l'essere gemelli. Nel terzo capitolo Lucia Caligiani, utilizzando l'esperienza maturata dal gruppo di psicoterapeuti psicoanalitici del Progetto A.L.B.A. (Assistenza al Lutto dei Bambini e degli Adolescenti), si interroga sulla funzione che può svolgere il gruppo fraterno nel vivere ed elaborare la perdita di un genitore nell'infanzia ed esplora i nuovi legami che si possono formare tra genitore superstite e figli nonché all'interno della fratria. L'esperienza fraterna in quella complessa età della vita che è l'adolescenza è esplorata da Valeria Coppola focalizzando il tema particolare dell'impatto di un *sibling* con bisogni speciali, attraverso la propria esperienza di psicologa facilitatrice nei gruppi terapeutici omogenei.

Nella seconda parte sono raggruppati tre brevi saggi che si avvalgono dell'apporto della pittura, della letteratura e del cinema per illustrare momenti e situazioni particolari dell'esperienza fraterna. Viene così ribadita la verità delle intuizioni freudiane sul fatto che gli artisti sono "alleati preziosi" nella "descrizione della vita interiore dell'uomo"¹ ricollegandosi a quella tradizione psicoanalitica che interroga l'opera artistica per illustrare fatti psichici che via via si sono presentati all'esperienza e l'osservazione clinica. Allo stesso tempo viene sottolineata ancora una volta l'estensione della presenza della dimensione fraterna, con i suoi complessi intrecci relazionali, nel mondo immaginativo e affettivo di ogni essere umano e anche nella realtà di moltissimi di noi. Linda Root Fortini presenta una serie di immagini pittoriche che tracciano una sorta di percorso su come una madre può far posto dentro di sé ad uno ed eventualmente a più figli e come questo si può riflettere nel rapporto tra i figli. Laura Mori, utilizzando una serie di film e di romanzi, descrive alcune possibili evoluzioni dei rapporti fraterni nell'età adulta e nella vecchiaia. Nell'ultimo saggio Linda Root Fortini illustra, attraverso un romanzo – *Pierre e Jean*, di Guy de Maupassant –, il riaccendersi di tematiche legate alla rivalità fraterna e alla conflittualità edipica in due fratelli "giovani adulti" (trentenni) in procinto di lasciare la casa dei genitori.

¹ L'artista "nelle conoscenze dello spirito sorpassa di gran lunga noi comuni mortali, poiché attinge a fonti che non sono state ancora aperte alla scienza" scriveva S. Freud ne *Il delirio e i sogni nella Gradiva di Wilhelm Jensen*, 1906.

Notiziario dell'associazione

Attività scientifica

Seminari e Convegni svolti da Gennaio a Giugno 2014

15 febbraio 2014

Intersoggettività e processo di soggettivazione in adolescenza

Seminario Autogestito Gruppo Adolescenza A.F.P.P.

Ida Binchi, Giada Mariani, Linda Root Fortini

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

22 febbraio 2014

La supervisione nel percorso formativo nella psicoterapia psicoanalitica

Giornata di Studio S.I.E.F.P.P.

Sala Congressi Intesa San Paolo in Via Santa Teresa 1/g, Torino.

29 marzo 2014

Il DSM V°

Gianfranco Buonfiglio, Corrado D'Agostini

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

5 aprile 2014

La componente materno-paterna nella cura del neonato

Chair: Fiorella Monti

Maria Pagliarani

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

24 maggio 2014

Materiale del Gruppo di Studio A.F.P.P. su l'Identità di Genere

L'identità di genere

Introduce: Luigia Cresti

Conduce: Luigia Cresti

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

7 giugno 2014

Divenire Soggetti fra traumi e riparazioni

Seminario Interassociazioni (S.P.I., A.F.P.P., A.M.H.P.P.I.A., S.I.P.P.)

Chair: Benedetta Guerrini degl'Innocenti

Intervengono: Jorge Martin Cabré, Vigna Taglianti

Discutono: Antonella Lumachi e Miriam Monticelli

Sede Auditorium Stensen, Viale Don Minzoni 25, Firenze.

Seminari e Convegni previsti da Settembre 2014 a Dicembre 2014

27 settembre 2014

Divenire soggetti fra traumi e riparazioni

Seminario Interassociazioni (S.P.I., A.F.P.P., A.M.H.P.P.I.A., S.I.P.P.)

Chair: Anna Molli

Intervengono: Alessandra Lemma, Vincenzo Bonaminio

Discutono: Gianluca Biggio e Sandra Maestro

Sede Auditorium Stensen, Viale Don Minzoni 25, Firenze.

11 ottobre 2014

La disforia di genere in età evolutiva

Domenico Di Ceglie

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

15 Novembre 2014

Dopo la specializzazione: lavoro? E oltre...

Seminario autogestito sulle esperienze di applicazione del modello psicodinamico A.F.P.P. da parte dei diplomati

Sede A.F.P.P., Via Ricasoli 7, Firenze.

Attività Formativa

Nel settembre 2013 sono riprese le lezioni e i seminari del secondo e del quarto anno del corso di specializzazione già avviato.

Gruppi di lavoro tematico

L'Adolescenza

Referenti: Linda Root Fortini, Maria Privitera, Diana Lo Bianco

Cure palliative

Gruppo di studio sugli interventi psicoanaliticamente orientati nelle malattie potenzialmente mortali

Referente: Cristina Pratesi

Gruppo di studio sulla costruzione della paternità interiore

Referenti: Laura Mori, Isabella Lapi

L'attesa e l'incontro

Gruppo di lavoro su le emozioni ed i pensieri dell'attesa del primo colloquio.

Referente: Isabella Lapi

L'Identità di genere e il transessualismo

Referente: Luigia Cresti

COLLABORARE A CONTRAPPUNTO

Per la pubblicazione degli articoli è essenziale l'originalità dei contributi. L'accettazione è subordinata alla revisione critica della Redazione. I lavori pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria dei saggi appartiene alla rivista. La pubblicazione è gratuita.

I contributi vanno redatti in Microsoft Word e inviati in forma elettronica in file: .doc .docx .rtf al seguente indirizzo e-mail:

contrappuntoredazione@gmail.com

Il nome del file word deve contenere il titolo dell'articolo seguito dal cognome dell'autore.

Gli articoli non devono superare le 20 cartelle di 2000 caratteri ciascuna spazi inclusi (40000 caratteri in tutto o 7000 parole circa). Si raccomanda agli Autori , prima della spedizione, di rivedere accuratamente il testo.

Si richiede agli Autori di inviare insieme all'articolo, nello stesso file che contiene il testo: un *abstract* dell'articolo che non superi i 1000 caratteri spazi inclusi, il proprio indirizzo e-mail, l'indirizzo di posta ordinaria al quale si desidera ricevere copia della rivista, i recapiti telefonici e la qualifica professionale con l'eventuale afferenza istituzionale.

Comunicando l'accettazione dell'articolo, la Redazione invierà all'Autore le correzioni ritenute necessarie e le norme redazionali della rivista affinché l'Autore possa revisionare opportunamente il testo.

MODALITÀ DI ABBONAMENTO

Per ricevere un numero singolo di Contrappunto, abbonarsi alla rivista o richiedere numeri arretrati, inviare una richiesta via e-mail alla segreteria dell'A.F.P.P. all'indirizzo assfiopp@gmail.com, specificando il proprio nome, cognome e l'indirizzo di posta ordinaria cui si vuol ricevere Contrappunto, e allegando la copia della ricevuta di bonifico.

Numero singolo 18 €, abbonamento annuale (due numeri) 31 €.

IBAN IT24X0103002800000009194069

(Specificare la causale di versamento)