

# Psicoanalisi infantile e problemi di formazione

*Mariella Loriga, Milano*

Quando si parla di analisi dei bambini, e si cerca di capire i motivi per cui alcune persone ne sono interessate professionalmente e altre no, la spiegazione più corrente — e più banale — che viene data è che si tratti di persone che hanno evidentemente ancora dei loro tratti infantili non risolti su cui lavorare. Spiegazione invero assai discutibile, dato che problemi di questo tipo possono riscontrarsi anche in terapeuti che non si occupano di analisi infantile — e viceversa. Un'altra ipotesi — che mi sembra più attendibile — è quella che la scelta di lavorare psicologicamente con bambini nasca dall'idea che si tratti di un lavoro più facile e meno impegnativo di quello con gli adulti — bambini e psicotici, si sa, non hanno le capacità critiche di un buon nevrotico! Capita così di frequente che la giovane neo-analista pensi di poter utilizzare delle generiche capacità pedagogiche e affettive dedicandosi all'analisi dei bambini (uso non a caso il femminile, dato che di terapia infantile si occupano soprattutto le donne — un'analogia con l'insegnamento?).

Ben presto però la giovane analista o aspirante tale si troverà di fronte a degli interrogativi forse più complessi e drammatici di quelli che deve affrontare chi si occupa di terapie di adulti; e soprattutto a una serie di particolari problemi di controtransfert.

L'analisi dei bambini è in realtà assai complessa. In primo luogo c'è un paziente ufficiale, « designato » (per usare un termine caro alle terapie familiari), e dietro di lui tutta una serie di pazienti potenziali: padre, madre, sorelle, fratelli, l'intera famiglia, insomma. Portare il bambino in terapia è spesso l'ultima assurda speranza di soluzione di un dramma familiare; la famiglia vorrebbe così imporci le sue richieste, dettare le condizioni della cura; verso il bambino, anche nei confronti dell'analisi, è sempre portatrice di messaggi contraddittori e colpevolizzanti (« Vedi come ti amiamo e quanti sacrifici siamo disposti a fare per tè — Vedi come sei insopportabile e quanti sacrifici ci tocca fare per tè »).

Di recente, ho visto a distanza di qualche mese due coppie di genitori che mi chiedevano la psicoterapia per un loro figlio e tutt'e due le volte l'ho rifiutata. Era chiaro, in entrambi i casi, il tentativo di strumentalizzare sia il figlio che l'eventuale analista per cercare una soluzione di problemi personali. In uno dei due casi la madre, donna molto disturbata ma intelligente, ammise apertamente di capire che i problemi erano suoi e del marito; ma questi rifiutava ogni ipotesi di psicoterapia, personale o di coppia, mentre lei aveva tentato per alcune sedute e poi si era annoiata e aveva smesso; la responsabilità dell'inevitabile malessere del bambino veniva palleggiata tra i due coniugi come un ulteriore reciproco motivo di aggressione e colpevolizzazione; e la madre dichiarava apertamente che, dato che qualcuno del nucleo familiare doveva curarsi e ne lei ne il marito erano disposti a farlo, io avrei potuto fare un trattamento psicoanalitico del figlio... La stessa richiesta fu quella che, grosso modo, mi fece l'altra coppia, forse ancor più disturbata della precedente; se ne andarono molto seccati, e non so se avessero capito un concetto così semplice come quello che avevo cercato di spiegare,

cioè che per un analista è impossibile tentare di curare un bambino che vive immerso in un mondo « infetto », alleandosi ai genitori nel mettere sulle sue spalle la responsabilità della nevrosi familiare. Ma casi come questi sono in fondo i più semplici per chi abbia una certa esperienza di lavoro. Mentre più complesso è sempre il rapporto con la famiglia del piccolo paziente per tutta la durata della terapia; una terapia che sembra un rapporto duale, ma nella quale almeno una persona del nucleo familiare — di solito la madre — è comunque presente. I casi migliori sono quelli in cui la famiglia sa e può restare nell'ombra, accettando che il rapporto si svolga solo tra paziente e analista, e interferendo il meno possibile; 'e questo è quanto generalmente si verifica nelle psicoterapie degli adolescenti. Per i bambini, invece, ancora dipendenti dai genitori anche per certi dati di realtà (come gli orari! degli accompagnamenti alle sedute, il pagamento, etc.) le cose sono più complicate; spesso gli « acting » dei genitori interferiscono nel rapporto, e saper mantenere un atteggiamento fermo e sereno, senza cadere in certe trappole di « cortesia » non è sempre facile per chi è alle prime esperienze di lavoro. Perché non è ovviamente di cortesia che si tratta. Nei rapporti con i familiari del piccolo paziente (rapporti che a livello inconscio esistono in ogni caso) l'analista si trova esposto a rivivere e a rivedere tutto il proprio rapporto con i genitori, e soprattutto con la propria madre, e una sua identificazione con il bambino può renderlo particolarmente critico e polemico; infatti, diversamente che nelle analisi degli adulti, nelle terapie infantili ai genitori fantasmatici del paziente si sovrappone la realtà dei suoi genitori concreti, che può costellare certi nostri problemi; può così nascere la tentazione di sconfiggere la nostra madre « interna » entrando in competizione con quella madre non nostra che ci è di fronte. Questo problema si fa particolarmente sentire quando si tratta di un giovane analista, che può anche incontrare qualche difficoltà a stabilire con fermezza le regole del setting analitico con chi magari anche anagraficamente gli ri-

porta davanti un'immagine materna... Solo col tempo, attraverso anni di lavoro e di esperienze personali, l'analista giungerà a capire tutta la profonda sofferenza che sta dietro certe figure parentali rigide, difese nel ruolo, angosciate dall'idea del « fallimento » come genitori e del peso che esso comporta a livello personale e sociale; e potrà quindi abbandonare un atteggiamento talora giudicante per accostarsi a loro con vera « compassione », cioè con compartecipazione della loro sofferenza, accettando i limiti di cui essi stessi pagano il prezzo. Tuttavia l'analista, anche se può capire le difficoltà dei genitori, non deve allearsi a loro, ma tener sempre presente che il compito che egli si è assunto è quello di curare il bambino.

Da parte loro le madri, soprattutto se hanno attribuito al ruolo materno la significatività della loro vita, entrano facilmente in competizione con la terapeuta del figlio; e se il rapporto tra questa e il bambino procede bene, se si instaura cioè un immediato transfert positivo (cosa che accade nella maggior parte dei casi, perché il bambino percepisce subito il beneficio di essere accettato per come lui realmente è, senza che gli vengano fatte pressanti richieste di essere diverso) questo fatto può facilmente costellare nella madre un'immagine di madre « cattiva », e aumentare a tal punto i suoi sensi di colpa che talora non sa reggerli e ritira piuttosto il bambino dalla terapia. Credo che tutti gli analisti di bambini abbiano avuto all'inizio del loro lavoro frustranti esperienze di questo tipo. D'altro lato, è interessante notare come i bambini spesso stabiliscano con il terapeuta una immediata complicità, proteggendo il rapporto dalle interferenze familiari.

Qui si innesta un altro problema: le madri o i familiari di un bambino in terapia analitica devono avere o no un sostegno psicologico, e in che misura? Non credo che esista una risposta unica per questo interrogativo. In primo luogo, c'è differenza tra i casi trattati privatamente e quelli che si vedono in un servizio pubblico. In questo caso le famiglie sono già abituate ad avere dei rapporti con i diversi settori, l'assistente sociale, il neuropsichiatra, la psicomotricista, etc.; di

solito è chi dirige il servizio a fissare le condizioni della terapia del bambino, dicendo anche ai familiari che cosa devono fare: cioè se sono necessari degli incontri anche con loro, e di che tipo, e con che frequenza. Ben diverso e più complicato è il caso delle terapie private, e direi che ancora una volta la scelta della linea da seguire è legata all'esperienza personale dell'analista. Per me ci sono casi, come quelli già citati, in cui sento il bambino talmente ignorato nei suoi veri bisogni e strumentalizzato per quelli altrui che ne rifiuto la cura, consigliando piuttosto una terapia di tutto il gruppo familiare; ce ne sono altri, in cui ritengo che un contemporaneo rapporto di sostegno (non con me, naturalmente) possa dare buoni frutti; ce ne sono altri ancora in cui mi rendo conto che la fragilità dei componenti della famiglia non potrebbe sopportare la messa in crisi di una situazione che in qualche modo regge, in cui mi rendo conto che certe difese — per quanto nevrotiche — vanno rispettate per non frantumare un nucleo che ha tutta una serie di responsabilità anche nei confronti di altri suoi componenti; in tal caso, se capisco che la famiglia non interferirà troppo nei miei rapporti con il bambino, intraprendo la terapia, limitandomi ad avere con i genitori dei contatti più o meno frequenti, che di solito poi si diradano nel tempo, man mano che si instaura un rapporto di fiducia. Mi sembra in fondo necessario capire anche i fantasmi che la terapia di un figlio evoca nei genitori: competitività, senso di fallimento, timore di un giudizio... Comprendere questi dati e stabilire con i genitori un rapporto né polemico né complice non può che essere utile al buon esito della terapia del bambino. Si tratta tuttavia di scelte molto delicate. E vorrei in proposito citare un caso di pochi anni fa: una coppia di genitori, su consiglio del neuropsichiatra, venne a parlarmi per una psicoterapia alla loro bambina psicotica che aveva allora sei anni, figlia unica. Ebbi con loro un primo colloquio piuttosto generico, dato che sul momento non avevo la possibilità di occuparmi del caso, rinviandoli di un certo tempo. Alla data fissata giunsero puntualmente per avere con me

due o tre colloqui che mi consentissero di decidere se avrei o no intrapreso la cura. Erano una coppia giovane, molto sorridente e disponibile, desiderosa di fare qualsiasi cosa per il bene della loro bambina; era lei, come disse il padre, l'unica ragione della loro vita. Ebbene, quei tre colloqui misero a fuoco una situazione di tali tensioni, equivoci, rancori reciproci che poco dopo mi telefonarono per dirmi che avevano deciso di separarsi; e così rapidamente avvenne. In realtà, dalla scoperta della malattia della bambina fino all'incontro con me, quei due non si erano mai parlati fino in fondo, non si erano mai dette le loro angosce, i loro risentimenti, le loro esigenze vitali, calandosi entrambi nel ruolo di genitori perfetti che rinunziano ad ogni personale interesse; e in questa perfezione il loro rapporto si era sclerotizzato. (Forse potrà interessare sapere che cosa è poi successo. C'è stato un tentativo della coppia di riversare tutti i problemi su di me, di affidarmi un compito di chiarimento e di arbitraggio; tentativo che ho ovviamente eluso, spiegando che per proteggere l'eventuale terapia della figlia dovevo restare fuori dei loro problemi. Li ho quindi rinviati a un centro di terapia della coppia, dicendo che ci saremmo rivisti quando loro fossero giunti a un certo chiarimento, di qualsiasi tipo. È quello che è più o meno accaduto. Ora i due vivono separati, e si occupano entrambi alternativamente e con un certo accordo della bambina; hanno capito il danno che il trincerarsi dietro il ruolo rigido di perfetti genitori recava a ognuno di loro due, e di conseguenza alla figlia, e sono riusciti a dare spazio anche ad alcune necessità ed esigenze personali fin allora negate. Attualmente la bambina è in terapia, e i loro sorrisi non sono più così stereotipi, le loro sofferenze non sono più così rimosse).

Il racconto di questo caso mi porta a puntualizzare un altro aspetto peculiare delle terapie infantili, e cioè il pericolo di sentirsi onnipotenti. Se quella dell' onnipotenza è, come noto, una delle tentazioni più frequenti di ogni analista, direi che essa può essere ancora più viva nelle terapie infantili; la famiglia, oltre tutto, spesso ci attribuisce questa on-

nipotenza, nel tentativo di sollevarsi da ogni sua responsabilità. Si vorrebbe quindi coinvolgerci in ogni scelta e decisione, la scuola, le vacanze, gli sport, il tempo libero... per poi magari addossare a noi ogni fallimento. Molto spesso mi accade di osservare come per i giovani analisti sia difficile resistere a queste gratificanti richieste. Ma se nel caso di bambini psicotici siamo spesso costretti ad interventi più attivi (data anche la carenza italiana di strutture adeguate), quando si tratta di semplici nevrosi e non esistono dati macroscopicamente patologici nella situazione familiare dobbiamo saper rinunciare alla nostra onnipotenza, rinviando sempre — nel bene e nel male — alla famiglia ogni scelta sul piano di realtà. Ognuno insomma deve fare la sua parte di lavoro, ed è nostro dovere proteggere il setting analitico da equivoci e contaminazioni.

C'è ancora un punto cui vorrei accennare a proposito di psicoterapia infantile: ed è il problema delle tecniche. « E ora che cosa faccio? » è quanto si chiede il giovane terapeuta alle sue prime sedute; perché in realtà non sa che cosa fare, come comportarsi, che cosa dire o non dire di fronte a questo piccolo sconosciuto, disponibile e attento, che gli sta davanti.

Nelle analisi degli adulti il problema quasi non si pone. All'inizio della professione ognuno ha ben preciso davanti a sé il modello del comportamento del proprio maestro, cui rifarsi, il ricordo della propria analisi, delle proprie aspettative, delle proprie fatiche. Di fronte al bambino invece non ci sono modelli, e oltre tutto le situazioni possono essere molto diverse secondo l'età del piccolo paziente e le problematiche conseguenti. Un bambino ci propone dei rapporti più diretti ed espliciti, cui noi siamo tenuti a corrispondere; con un bambino, secondo il caso, ci si può toccare e abbracciare, fare la lotta, mangiare del cibo insieme... un bambino inoltre può porci senza timori quella domanda che agli adulti non è consentita: « mi vuoi bene? ». E noi gli rispondiamo. Tutto questo però non è facile come può sembrare, perché si deve saper corrispondere a queste situazioni transferali calibrando tuttavia la propria affettività, fa-

condone cioè un uso corretto e terapeutico; mentre i pericoli sempre presenti sono quelli di assumere un atteggiamento o di tipo pedagogico, o di puro maternage, oppure di trincerarsi dietro martellanti interpretazioni che certamente servono a tranquillizzare il terapeuta. Non è facile, per esempio, saper partecipare a un gioco giocando davvero, cioè con vera partecipazione, e insieme controllare la propria parte infantile che potrebbe diventare aggressiva o distruttiva. Naturalmente nelle terapie dei bambini, ancor più che in quelle degli adulti, esistono delle precise tecniche cui far riferimento, che spesso sono diverse da scuola a scuola; ma io credo che altrettanto importante delle tecniche sia l'equazione personale dell'analista, cioè quello che lui è davvero, il rapporto che lui ha con il suo inconscio, la sua capacità di far funzionare intuizione e fantasia.

Quasi per avere una conferma alle mie ipotesi, ho svolto una piccola inchiesta tra una trentina di giovani colleghi che lavorano psicologicamente con bambini da alcuni anni, ed ho avuto questi risultati: tutti, in modo unanime, hanno sottolineato le difficoltà della terapia infantile, insistendo sul problema del rapporto con i familiari (un dieci per cento degli intervistati anzi ha detto di aver abbandonato l'idea di lavorare con bambini durante il training); molti hanno dichiarato di aver iniziato la loro vita professionale lavorando esclusivamente con bambini, e di aver poi, nel corso del tempo, allargato il loro interesse anche a terapie di adulti (talora al punto di privilegiare poi queste); tutti però nello stesso tempo hanno valutato positivamente certi aspetti dell'analisi infantile, come per esempio la maggior disponibilità dell'inconscio dei bambini a paragone di quello degli adulti, il modo più immediato con cui può stabilirsi il rapporto, la possibilità di esprimere in modo diretto, attraverso il gioco simbolico, il disegno, e altre attività creative, le problematiche interne. Tutti comunque hanno denunciato la mancanza di strutture adatte alla formazione, che è avvenuta per ognuno secondo iniziative personali.

Sarà dunque il caso di riprendere il nostro tema di partenza: cioè come ci si può formare per diventare analisti di bambini. Col passare degli anni, l'analisi dei bambini si è sempre più diffusa, le richieste sono diventate sempre più pressanti; e se sono forse diminuite lievemente quelle che si riferiscono a casi non gravi (che oggi trovano accogliamento nei diversi servizi sociali, consultori, etc.) sono invece enormemente aumentate le richieste di terapie di bambini psicotici, che fino a pochi anni fa venivano trattati con psicofarmaci e spesso istituzionalizzati (1). Questo dato di realtà aggrava le difficoltà cui va incontro il giovane analista, che ignora con quante complesse situazioni dovrà misurarsi, con quali frustrazioni alla sua onnipotenza dovrà fare i conti; e ancora di più, quindi, il problema della formazione si fa sentire.

(1) Si veda C. Brutti e F. Scotti, « Introduzione alla psicosi », *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 2, 1980.

In sostanza, che cosa si propone l'analisi di un bambino? Non certo l'individuazione, l'integrazione tra conscio e inconscio, che è la finalità dell'analisi di un adulto; ma piuttosto la possibilità per il bambino di uscire dal rapporto inconscio e simbiotico con i genitori, in cui è immerso alla nascita, fortificando il suo Io e portando alla luce le sue componenti individuali, le sue potenzialità. È proprio questa diversità di scopi dall'analisi di un adulto — e di mezzi — che rende necessario un particolare addestramento.

Nell'attesa che venga istituzionalizzato un training di base (l'Associazione Italiana per lo studio della Psicologia Analitica, per esempio, ha allo studio un progetto in proposito) vediamo dunque che cosa si può e deve fare.

Alla base della formazione, deve essere! naturalmente l'analisi personale, terminata o in avanzata fase finale, dato indispensabile per poter lavorare sui propri aspetti controtransferali; insieme, una preparazione culturale adeguata che metta l'aspirante analista in grado di conoscere le diverse tappe dello sviluppo psicofisico dei bambini e degli adolescenti e le esigenze a ciò collegate (penso in proposito al titolo significativo di un celebre scritto di Anna Freud:

« Normalità e patologia nell'età infantile »); inoltre,

è utile anche una conoscenza delle dinamiche familiari, per poter capire meglio quello che accade nel gruppo in cui il bambino vive (senza con ciò trasformarsi in terapeuti della famiglia, che è cosa diversa e che richiede un diverso training). Accanto alle conoscenze teoriche sono però indispensabili numerosi anni di controlli di analisi, sia singoli che di gruppo. A mio parere, entrambi sono necessari; perché se il controllo singolo offre gli evidenti vantaggi di un rapporto a due, il gruppo di supervisione — condotto da un analista dell'infanzia — consente di mettere a confronto diversi modi di approccio terapeutico al bambino, e di misurare nello stesso tempo i propri vissuti emotivi con quelli degli altri partecipanti al gruppo; si può così talora giungere anche a elaborare insieme nuovi modi di affrontare certe situazioni patologiche.

Se tutta la psicoanalisi è una scienza giovane e continuamente in divenire, tanto più lo è la psicoanalisi dei bambini, che sono particolarmente esposti, negli anni della loro crescita, ai mutamenti sociali e culturali del mondo in cui vivono.