

L'osservazione del bambino: uno strumento per la terapia

Cristina Bascetta, Roma

«...ieri mentre passeggiavo mi è venuto in mente che questi miei momenti di essere sono l'impalcatura su cui tutto si reggeva: erano le parti invisibili e silenziose della mia vita di bambina».

Virginia Woolf

L'esperienza acquisita osservando l'interazione tra il bambino e la madre e discutendo i protocolli di osservazione in un gruppo di training ha costituito spesso il punto di partenza per contenere ed eventualmente interpretare il materiale che il paziente porta nell'incontro analitico. La persona esprime sia verbalmente che attraverso il comportamento-gestualità, postura, sguardo ecc. fantasie di contenimento, di rifiuto, di aggressività nei confronti del terapeuta che possono essere considerate simili ai comportamenti che il bambino rivolge alla madre. Eugenio Gaddini sottolineava che «la fantasia sembra originariamente associata all'immagine, e soprattutto all'immagine visiva, e molte fantasie si possono trovare espresse nei sogni. Freud notò che l'immagine visiva precede, nello sviluppo della mente, il pensiero verbale, e che rispetto a questo il pensiero visivo è più vicino alle cose. Ancora più vicino alle cose si possono porre, mi sembra, le esperienze mentali primitive del corpo...» (1). Isca Wittemberg nota che quando, come nella *baby observation* si è in contatto con un neonato o un bambino

1) E. Gaddini, «Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico», *Riv. di Psicoanalisi*, XXVIII, 1, 1982.

piccolo, le cui esperienze si producono tutte contemporaneamente nel corpo e nella psiche, la realtà delle emozioni primitive si evidenzia immediatamente (2). Questo mi ha permesso di affinare la sensibilità ricettiva e di accostarmi ai livelli più precoci e profondi dell'esperienza emotiva nel lavoro psicoterapeutico con bambini e con adulti. Sostiene a proposito Ferrara Mori che «il rendersi conto attraverso le osservazioni dei bisogni del bambino delle difficoltà da parte della madre ad individuarli, porta a pensare ai bisogni dei pazienti e a quello che viene offerto loro con l'interpretazione ed anche a situazioni nelle quali il paziente può non beneficiare di questa, così come un bambino a volte non vuole il latte e manifesta di aver bisogno di altro, come di essere preso in braccio, di essere tenuto e non di avere qualcosa in bocca» (3). Può accadere che l'interpretazione sia come il succhiotto messo in bocca al bambino che piange, il cui effetto è certamente dirompente: il bambino tace, ma non è detto che ciò sia efficace a contenere l'angoscia che causava il pianto. Il silenzio analitico, inteso come interpretazione silenziosa e non quando è espressione di disorientamento e di confusione nell'analista, può costituire la risposta controtransferale adeguata. L'analista non *agisce* attraverso le parole dell'interpretazione la propria ansia di mettere tutto a posto e di passare oltre; bensì tollera il momento dell'incertezza, dell'impasse del paziente e pensa, utilizza il proprio pensiero come contenitore del disagio psichico. Egli mentalizza in senso bioniano, la sofferenza del paziente e predispone ad una trasformazione.

In situazioni difficili: il neonato per non essere sopraffatto, deve basarsi sulle proprie risorse, contenendosi da solo con l'immobilità o il movimento continuo del corpo, con la contrazione della muscolatura o con l'aggrappamento ad elementi inanimati dell'ambiente, focalizzandosi su uno stimolo visivo o tattile. I pazienti agiscono la loro sofferenza: i ritardi, le sedute saltate, l'aggressività verbale.

Un giovane durante tutto il periodo delle sedute preliminari venne in seduta con uno zainetto, quando iniziò il lavoro analitico lo zainetto scomparve, mentre un altro

(2) I. Wittenberg, *Contrapunto*, 0, 1987.

(3) G. Ferrara Mori, *Contrapunto*, 5, 1989, p. 58.

(4) D. Stern, 1985 trad. it. // *mondo interpersonale del bambino*, Torino, Boringhieri, 1987; D. Stern, 1990 trad. it. *Diario di un bambino*, Milano, Mondadori, 1991.

paziente nei momenti di forte tensione, non essendo consentito fumare nella stanza, sminuzzava in tasca le sigarette, rovesciando a volte il tabacco sul pavimento. L'esperienza analitica non può evitare la sofferenza ma fornisce gli strumenti per affrontarla, così come la madre offre al bambino quel «guscio protettivo» di cui parla Daniel Stern (4), fatto di esperienze tattili, suoni, movimenti dove ritrovare aspetti buoni della realtà e dove poter metabolizzare le esperienze sgradevoli. Vorrei ora soffermarmi su alcuni esempi tratti sia da protocolli di osservazione che da sedute analitiche per confrontarli tra loro ove possibile e riflettere sulle modalità di reazione dei pazienti alla terapia. Le due sequenze di osservazione che seguono mostrano cosa succede quando al bambino manca il contenimento materno e quando invece la madre è in grado di rispondere positivamente ai segnali che il bambino le invia.

Il bambino ha 15 giorni, succhia con tenacia, gli occhi sono chiusi, la mano destra stesa lungo il corpo, la mano sinistra appena appoggiata al seno. La madre guarda l'orologio e dice con apprensione «ancora tre minuti» e aggiunge che se non si regolasse con l'orologio il bambino non si fermerebbe mai. Poco dopo stacca il bambino dal seno e lo tiene seduto in grembo, la schiena del bambino appoggiata a se. Al piccolo viene il singhiozzo, ha gli occhi aperti e guarda nel vuoto. La madre che non sa cosa fare che nulla calma il bambino, appare angosciata e infastidita. Nel frattempo il bambino ha spalancato gli occhi e ha fissato lo sguardo sul lume acceso, è molto attratto dalla luce. Poco dopo sbadiglia e il singhiozzo passa.

In questa situazione il bambino appare tutt'uno con il seno, finché la madre non lo stacca, forse sotto la spinta di fantasie persecutorie di avidità orale. Il bambino non sentendosi più contenuto e nutrito, esprime la sua ansia con il singhiozzo.

Questo messaggio propositivo verso la madre non viene accolto. Il bambino ricorre alla tensione muscolare del corpo e dello sguardo verso la luce per tenersi insieme. Essere immobile e fissarsi alla luce gli consente di rimanere integro, come se riuscisse a sospendere l'esperienza negativa. Il seno-madre lo respinge, la madre lo allontana anche fisicamente e il bambino che non può ancora fare ricorso ad un oggetto interno buono usa il proprio corpo e la luce esterna. Con gli occhi il bambino *succhia*

dalla luce, secondo quanto sostiene Bick (5) che tutti gli organi vengono usati dal bambino per tenersi insieme in questa fase in cui le funzioni non sono differenziate.

Quindici giorni dopo il bambino, ora ha un mese, si sveglia piangendo dopo mezz'ora dalla poppata. La madre dice che forse ha mal di pancia, lo prende in braccio, poi lo mette prono sul letto. Gli accarezza la schiena, ma il piccolo continua a piangere. La madre decide di cambiarlo. Il bambino ha fatto la caeca e non appena è denudato si calma. Smette di piangere, allarga le braccia, rilassandole lungo il corpo e comincia a sgambettare. Sembra tirare calci con forza, spalanca gli occhi e si guarda intorno. Incontra gli occhi della madre. Si guardano intensamente. La madre parla dolcemente, gli accarezza le gambe, poi lo lava delicatamente e lo riveste. Quando lo prende in braccio, tenendolo appoggiato alla spalla e parlandogli, il bambino si guarda intorno rasserenato e incuriosito.

Mentre nell'episodio precedente lo sguardo veniva utilizzato dal bambino per *tenersi insieme*, per *aggrapparsi e restare immobile*, in questo caso la funzione visiva evolve verso modalità di *prendere dentro*. Lo sguardo si configura come esperienza introiettiva piuttosto che come tenersi insieme in una situazione di sofferenza (6). Attraverso lo scambio di sguardi la madre coglie la sofferenza del bambino e la condivide con lui, così come in altre situazioni proprio seguendo la direzione dello sguardo del bambino la madre può condividere con lui l'interesse per la realtà esterna. L'attenzione condivisa è il primo e necessario passo verso ulteriori scambi: commenti, descrizioni, giochi comuni ecc; pur rimanendo la madre l'artefice principale di queste interazioni, è da esse che il bambino prenderà l'avvio per conoscere il mondo circostante e mettersi in relazione con esso. La madre tollera l'esperienza angosciosa del pianto, si preoccupa e si interroga, pensa e poi agisce. È importante che la madre possa rimanere inattiva ferma a pensare, centrata sull'emozione del bambino (7). La madre aiuta il bambino a crescere anche attraverso le esperienze negative, condividendole con lui. Il bambino riesce a comunicare con la madre; si dà da fare per attivare la madre esterna che a sua volta attiva l'immagine interna di madre contenente e protettiva.

Ritroviamo la funzione dello sguardo, e dell'immagine come *focus* di attenzione comune tra paziente e terapeuta

(5) E. Bick, «Notes on infant observation in psychoanalytic training», *Int. J. Psyc.*, 45, 1964, pp. 559-564; E. Bick, «The experience of the skin in early object relations», *Int. J. Psyc.*, 49, 1968, pp. 484-486.

(6) J. Magagna, «Tre anni di osservazione di un bambino», *J. of Ch. Psychotherapy*, 1987.

(7) Maffei sottolinea che l'analista deve avere la capacità di rimanere senza agire di fronte all'enigma e fa proprio il concetto di *pensosità* di Italo Calvino: mantenersi nel gioco dell'indugio, pausa tra movimento e stasi luogo dell'ascolto; cfr. G. Maffei, D. Carboni, *Pluralità delle teorie analitiche: diversi ascolti possibili*, in F. Montecchi, a cura di, *Modelli teorici e tecnici della psicoterapia infantile junghiana* Roma, Borla, 1991.

nell'esempio che segue relativo al lavoro clinico con una giovane di venti anni.

B. racconta questo sogno:

Sono seduta su una duna ricca di vegetazione, che domina un'insenatura molto profonda. Vedo sulla spiaggia un'altra me stessa. L'altra B. è seduta accovacciata sulla sabbia, nuda, rivolta verso il mare, assorta. Il mare è calmo, la baia è grande e profonda. Ci sono scogli, degli argini che delimitano il mare, forse e un lago, un lago che si apre nel mare.

L'immagine che arriva alla terapeuta è di un grande cerchio che comprende la spiaggia e il mare sul cui diametro si situano al centro la figura nuda, all'estremità destra la figura della duna, all'estremità sinistra il punto dell'orizzonte. Non ci sono associazioni immediate al sogno, B. ne parla con emozione e si sofferma sull'atmosfera del sogno, «un'atmosfera magica di solitudine e raccoglimento». Rimane in silenzio e poi ricorda due precedenti immagini oniriche: ancora una spiaggia e il mare e lei che si immerge nell'acqua di un fiume dove incontra uno squalo che, nel momento della possibile aggressione, si trasforma in delfino.

Questo sogno che è rimasto senza associazioni ed è stato accolto senza interpretazioni si pone come un'immagine condivisa nel rapporto tra B. e la terapeuta. L'immagine è un *focus* verso cui si dirige l'attenzione di B. e della terapeuta che possono essere insieme per guardare prima di pensare e di elaborare i contenuti di quell'immagine e le emozioni da essa suscitate. Tra B. e la terapeuta c'è un accenno, un cenno dello sguardo; ancora tutto da esplicitare. L'atmosfera intensa creata dal sogno sembra suggerire che la persona esprima attraverso l'esperienza onirica aspetti del proprio Sé che forse non possono mai offrirsi in forma comprensibile alla sua introspezione (8). Anche il bambino esprime se stesso in modo che può essere compreso prima dalla madre che da se stesso.

Nell'incontro successivo B., ancora sulla soglia, tenendo una mano sull'occhio chiede di andare in bagno perchè l'occhio le fa molto male e ha bisogno di uno specchio. B. entra in bagno lasciando la porta socchiusa, la terapeuta aspetta nella stanza di consultazione dove, pochi istanti

(8) M. Khan, 1983 trad. it. / *Sè nascosti*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990.

dopo, B. la raggiunge con l'occhio apparentemente guarito, la guarda e sorride. L'impossibilità a guardare sembra esprimere il disagio di B. che arrivando non guarda la terapeuta, ma a testa china chiede del bagno. Come un bambino che, inquieto, prima distoglie lo sguardo dalla madre, e poi ne ricerca il contatto profondo, B. ricerca il suo viso prima nello specchio e poi *cerca* negli occhi la terapeuta per trovare conferma e conforto. Forse la volta precedente avevano visto troppo ed ora si verificava una particolare cecità? Per guarirla B. è dovuta entrare nell'intimità della terapeuta, si è specchiata nel suo specchio. Guardandosi nella terapeuta-specchio ha potuto riprendersi la propria immagine intera, ha provato a riunificare la donna sulla duna e la donna sulla spiaggia. Il sogno ha indicato una possibilità di riunificazione, un desiderio di conoscenza, che per attuarsi ha bisogno di uno specchio contenuto in uno spazio protetto. L'intensità dello scambio di sguardi della coppia madre bambino ritorna in questo contatto di B. con lo specchio e con la terapeuta su un'*immagine-oggetto condiviso*, da cui prendere le mosse per conoscere la realtà psichica (9). Vedremo ora un bambino di quattro mesi e mezzo alle prese con una situazione difficile al momento del bagnetto e come lo stesso bambino a sette mesi reagisce quando viene lasciato solo dalla madre.

Il padre immerge il bambino nell'acqua e lo sostiene, la madre lo lava. Il bambino ha un'espressione sorpresa e la muscolatura è piuttosto rigida, sembra che abbia paura. I genitori commentano e sono consapevoli delle difficoltà del bambino. Il bambino fissa intensamente due animali di plastica che galleggiano nell'acqua, la madre gliene porge uno, che il bambino afferra stringendolo forte. Lo mette in bocca, lo leva, lo mette in bocca di nuovo e poi tenendolo sempre stretto nella mano comincia a sgambettare con forza facendo schizzare molta acqua. Ciò suscita l'ilarità dei genitori e anche il bambino si abbandona ad una sonora risata.

I genitori sono consapevoli del timore che prova il bambino, il padre lo sostiene fisicamente e la madre si muove e gli offre un oggetto, essi contengono l'ansia e fanno qualcosa per il bambino. Il bambino sperimenta modi diversi di reagire, non piange ma il disagio viene espresso dall'irrigidimento muscolare e dallo sguardo che si ferma sull'oggetto. Si verifica un cambiamento allorché la

(9) Winnicott definisce il viso della madre il primo specchio del figlio; Kohut descrive la madre come «specchio gioioso» del bambino. Secondo Neumann la madre funge da specchio all'idea di Sè del bambino, quello che diventerà il Sè del bambino sembra derivare da sensazioni corporee e dall'interazione con la madre. Fordham ritiene che i contenuti del Se primario entrano in contatto con le risposte della madre e vengono reintegrati.

madre non impone la propria volontà, continuando a lavare il bambino, ma segue la sua attenzione e gli offre l'oggetto che desidera. L'oggetto assume le funzioni di sostituto materno che il bambino succhia e a cui si aggrappa per potersi muovere. Il bambino non solo ha ottenuto l'oggetto, ma ha condiviso con la madre la propria esperienza sul mondo esterno.

Il bambino è seduto sull'infant-seat, posato sul tavolo, e gioca con la madre con alcuni anelli colorati di differenti dimensioni che devono essere infilati in un supporto rigido in ordine di grandezza. La madre dice che è ora della merenda, porge al bambino un sonaglio di gomma molto colorato e si avvia in cucina per preparare il biberon di latte. Dalla sua posizione il bambino può vedere gran parte della cucina e segue la madre con lo sguardo, agita il sonaglio come per richiamarla, vocalizza piii forte e quando la madre scompare dal suo campo visivo comincia a lamentarsi e infine piange: la madre lo rassicura con la voce, poi si affaccia sulla porta, gli mostra il biberon ancora vuoto, il bambino continua a piangere. Il pianto da sommesso si fa acuto e penetrante. Finalmente la madre torna vicino porgendo il biberon, il bambino non lo prende, lo scosta con la mano e continua a piangere. La madre posa il biberon sul tavolo e prende in braccio il bambino. Immediatamente il bambino si calma e si abbandona con espressione soddisfatta. La madre gli accarezza la schiena e la testa e gli parla. Il bambino solleva la testa, guarda la madre, si sorridono: il bambino dice «momma, momma» la madre ripete con tono gutturale «momma, momma». Il bambino tocca il viso della madre con la mano destra, poi prende e tira un lembo del colletto della camicia della madre e gioca con i suoi capelli, di nuovo tuffa la faccia nella spalla della madre. La madre prende il biberon, si siede sul divano e offre il biberon, il bambino lo prende e succhia tranquillo.

In questo episodio assistiamo alla ricerca di un contatto profondo da parte del bambino dopo l'esperienza non gradita dell'allontanamento; appoggiandosi sulla spalla della madre il bambino vuole quasi penetrare dentro di lei, sentirla il più possibile. La madre segue il desiderio del bambino, rimanda il momento della merenda e si abbandona al contatto corporeo, tocca il bambino e lascia che il bambino la tocchi. Il bambino si è sentito frustrato da questo allontanamento che sembra abbia danneggiato anche la madre interna; non è sufficiente che la madre reale ricompaia, è necessario un intervento esterno prolungato che ridia speranza nella possibilità della riparazione. Il bambino è in ansia verso se stesso ma sembra preoccuparsi e mostrare interesse verso l'oggetto tanto da sollevare la testa e guardare la madre: lo

sguardo può essere indice del ritrovato stato mentale di amicizia verso la madre.

Sia Meltzer che Bion ritengono che già prima dei 6 mesi siano presenti nel bambino gesti riparatori verso l'oggetto.

Il desiderio del contatto e della pienezza fornita dal corpo della madre è individuabile nei rituali che precedono e accompagnano le sedute.

Vorrei ora discutere di come un paziente ha reagito ad una assenza non prevista della terapeuta. Prima della pausa estiva una malattia improvvisa costringe la terapeuta a chiudere con un mese di anticipo lo studio e a riprendere le sedute con quindici giorni di ritardo rispetto a quanto a suo tempo concordato. A., in terapia da otto mesi, viene avvisato telefonicamente, non fa nessun commento e accetta, sembra di buon grado, la nuova situazione. Alcuni giorni dopo si ammalerà di una malattia infettiva tipicamente infantile che lo costringerà a casa per un mese. Anche A. è stato costretto ad anticipare la fine delle sedute di un mese. Quando riprenderanno gli incontri dirà che ha pensato che anche la terapeuta avesse avuto la stessa malattia e che lui si fosse infettato nello studio, che la terapeuta lo avesse contagiato.

Il neonato in preda ad angosce di non integrazione mette in atto difese mentali di aggressione corporea con un attaccamento autoaggressivo alla propria pelle: pustoline, rigurgiti, evacuazione. Il seno vuoto, assente diventa l'oggetto cattivo dentro di sé che deve essere buttato fuori. Sembra che anche A. abbia messo in atto un meccanismo di identificazione proiettiva con l'analista che lo ha lasciato senza protezione, senza nutrimento. Alla ripresa nel corso della prima seduta A. si mostrerà *molto risentito soprattutto di quest'ulteriore dilazione di quindici giorni*: « ..già forse dopo la convalescenza sarà andata in vacanza. All'inizio pensavo che gli analisti non andassero in vacanza» e poi comunicherà che sarà assente.

Ne! periodo che segue sono frequenti i ritardi, A. non paga le sedute regolarmente e precisa che se l'analista sarà assente nel periodo convenuto per le vacanze di

Natale, lui mancherà successivamente. A. contrappone le proprie regole a quelle della terapia. Vuole essere lui a decidere, immerso in una sorta di onnipotenza pre-edipica che nega l'assenza della madre-analista, presente ogni volta lui lo decida. Un altro aspetto che caratterizza queste sedute sono i prolungati silenzi, tesi, colmi di rabbia - «Perché anche lei sta zitta? Dica qualcosa.» - in cui A. si richiude in se stesso, «mi sento passivo, ininfluente». A. ripercorre l'esperienza infantile con una madre depressa, con cui era difficile comunicare, con cui non ricorda contatto fisico e con cui mancava la possibilità di condividere. A. si rivede buono, bravo e silenzioso perfettamente adeguato per una madre che non si era occupata di lui e che lui, pur preoccupato, non poteva disturbare. Anche l'analista si era comportata come la madre di A.: preoccupata per la propria integrità fisica, aveva smesso di occuparsi dei pazienti. A. che non sapeva che cosa effettivamente era accaduto e quali potevano essere le conseguenze, se e quando l'analista sarebbe tornata, si è comportato come il bambino piccolo che non sa che cosa ha, sente qualcosa che può essere esplicitato soltanto grazie alla reverie materna, al pensiero della madre che pensa l'esperienza per il bambino. La situazione all'interno del rapporto, è mutata nel momento in cui la terapeuta, al di là delle interpretazioni dei singoli fatti osservati, ha preso su di sé la responsabilità di quell'assenza, ha pensato quell'assenza che la riguardava direttamente e l'ha messa nel campo, riconducendola nel rapporto e condividendone le emozioni con il paziente. A. ha potuto allora smettere di preoccuparsi anche per la terapeuta. Per A. sembra ora possibile provare ad accostarsi alle emozioni, lasciarsi andare, forse, in un silenzio comune con la terapeuta tornata presente sia esternamente che internamente. La capacità di essere solo nasce nel bambino dall'esperienza di una madre presente. Masud Khan ritiene che la solitudine, in una condizione di tranquillo benessere, fornisce lo spazio e il tempo che consentono alle innate capacità biologiche del bambino di maturare, portandolo ad una condizione di persona.