

Osservazione del bambino e analisi dell'adulto

Federica Menaldo, Aversa (VR)

Nel 1911, nell'opera *Simboli della trasformazione*, Jung parla del processo di regressione della libido allo stadio presessuale: «Di norma esso cade tra il 1° e il 4° anno di vita, è paragonabile allo stadio di crisalide della farfalla ed è contraddistinto dalla mescolanza alternata di elementi della fase nutritiva e di quella sessuale. Certe regressioni possono risalire a codesto stadio presessuale: questa sembra essere, argomentando per lo meno dalle esperienze fatte fino ad oggi, la regola per le regressioni nella schizofrenia e nella epilessia... Questi fenomeni mostrano come le fasi più antiche della libido sono capaci di riattivazione regressiva» (1). Jung descrive dunque le patologie più gravi come un ritorno a modalità di relazione e pensiero tipici della prima infanzia. Sempre nella stessa opera sono continui i riferimenti alla fase nutritiva di relazione, cioè alla relazione precoce con la madre, laddove viene trattato diffusamente l'archetipo della grande madre, il restare prigionieri dell'archetipo o il liberarsene ed il suo significato nell'individuazione della persona; e tutta la descrizione della lotta dell'Eroe può essere letta anche come una metafora sui processi di differenziazione, separazione, individuazione nella relazione precoce con la madre teorizzata dalla ricerca analitica sul bambino. Nel 1957, nello scritto *La schizofrenia*, Jung dice: «Fu il frequente ricorso a forme associative e strutture arcaiche

(1) C.G. Jung, «Simboli e Trasformazioni», *Opere*, vol. 5, Torino, Boringhieri, 1965, pp. 247-248.

che osserviamo nella schizofrenia, a darmi la prima idea di un inconscio formato non solo da contenuti di coscienza originari andati perduti, ma anche da uno strato in certo modo più profondo, dello stesso carattere universale dei motivi mitici che caratterizzano la fantasia umana in generale. Questi motivi non sono affatto inventati, ma piuttosto trovati, come forme tipiche che compaiono spontaneamente e più o meno universalmente, indipendentemente dalla tradizione, in miti, fiabe, fantasie, sogni, visioni e sistemi deliranti... Il termine da me scelto per designare ciò e cioè 'archetipo' coincide quindi con il concetto noto in biologia di *'pattern of behaviour'*» (2). Jung dunque aveva, nelle prime opere, intuito e descritto la schizofrenia come una regressione lungo le fasi di sviluppo dall'infanzia all'età adulta e aveva ancorato gli archetipi al somato-psichico originario (protomentale). Ma dopo aver posto nei primi scritti la premessa di una ricerca nel campo di indagine delle prime relazioni umane (l'arcaicità dell'uomo) che aveva individuato come fondamentali per creare «le basi della sicurezza» (3), se ne allontanò nella ricerca e negli scritti successivi sulla schizofrenia per cercare e testimoniare la presenza di queste strutture arcaiche di pensiero nelle varie espressioni della cultura umana.

Fu Fordham, in ambito junghiano, con i suoi studi sullo sviluppo infantile e sulle gravi patologie del bambino, a riprendere questo filone di ricerca aperto da Jung, sia dal primo Jung degli studi psichiatrici che da quello dei seminari alla Tavistock del 1935, nei quali, parlando sul tema della terapia infantile, alludeva allo strutturarsi del mondo interno del bambino nella relazione coi genitori e con il loro mondo interno.

La Scuola junghiana di Londra, in questa ricerca, si muoveva in parallelo e si confrontava con la Scuola kleiniana, la quale oltre ad estendere il suo campo di ricerca alla patologia grave dell'adulto, metteva a punto nuovi strumenti di indagine analitica come l'osservazione del bambino in famiglia di E. Bick, che ben presto venne utilizzata dalla Scuola junghiana di Londra come strumento di formazione per analisti infantili, ed in seguito anche dell'adulto.

(2) C.G. Jung, «Psicogene-5 delle malattie menta: re», vol. 3, Torino, Boringhion. 1971.

(3) *Ibidem*, p. 247.

Questa la premessa per illustrare quale è stato il cammino che, partendo dal pensiero di Jung e dell'esperienza di lavoro con pazienti adulti di una certa gravità, (vorrei ricordare che Jung nello scritto «La schizofrenia», parla di quante psicosi latenti si trovo a dover affrontare nella sua attività di psicoterapeuta privato), mi ha portato a fare l'esperienza di Osservazione del bambino in famiglia secondo E. Bick e ad utilizzarla nel mio lavoro di analista dell'adulto.

Nel lavoro con pazienti fortemente regrediti l'analista si trova di fronte a fenomeni emotivi intensi e ad un linguaggio comportamentale più tipico del preverbale e del processo primario. L'analista deve poter essere in grado di comprendere questo linguaggio, spesso così lontano dal linguaggio verbale e dai processi del pensiero secondario, e di tollerare, mantenendo il contatto mentale col paziente, queste intense atmosfere emotive spesso personificate in personaggi e figure mostruose; i mostri dei quali già parlava Jung ricercandoli nei miti e nelle fiabe e coi quali si confronta l'Eroe uomo e contro i quali ci chiedono di lottare con loro i nostri pazienti. Ma noi sappiamo che i mostri popolano la fantasia dei bambini e sono il frutto delle loro proiezioni; la lotta dell'analista insieme al suo paziente sarà dunque rivolta ad indagare questi terrori infantili, il bambino piccolo che sono stati che ha vissuto gli adulti e il mondo che gli facevano conoscere come negativo e/o mostruoso, costruendosi un'immagine di se altrettanto negativa e/o mostruosa. L'analista può entrare in contatto con questi stati mentali e a mantenerli se nel lavoro analitico personale giunge alla elaborazione dei processi primari, soprattutto, come dice Searles negli *Scritti sulla schizofrenia*, gli aspetti del narcisismo e se si dota di strumenti formativi che lo aiutino nella conoscenza e nella elaborazione emotiva di questi stadi precoci della mente. Uno di questi strumenti può essere, a mio avviso, l'Osservazione del bambino in famiglia secondo E. Bick, che consiste nel seguire settimanalmente nella famiglia la crescita di un bambino nei primi anni di vita. L'Osservatore partecipa al campo di osservazione perchè è presente e coinvolto, anche intensamente, attra-

verso il gioco delle identificazioni con la madre e con il bambino; deve però astenersi dall'agire, per mantenere quello spazio di riflessione che permette di elaborare l'esperienza emotiva che avviene nel campo osservato. Viene sostenuto dal setting dell'Osservazione e dal gruppo di supervisione in questo difficile compito dell'essere partecipe, essere dentro, e contemporaneamente osservare gli altri componenti della relazione e se stesso nella relazione. L'Osservatore deve imparare ad osservare senza intervenire, sapendo attendere che in quella coppia madre-bambino si pongano le richieste e si elaborino le risposte emotive. Ne ottiene una maggiore consapevolezza di quanto complesso e difficile è il contesto delle prime relazioni umane, sia per il bambino, che per la madre; ne consegue un maggior rispetto ed una minore tendenza a giudicare nei confronti dei membri della relazione. L'Osservazione consente di osservare il farsi della mente del bambino e della sua identità nella relazione con la madre e con l'ambiente, cercando di cogliere quali sono i fattori dell'ambiente, della madre e del bambino che favoriscono la crescita armonica (fisica e mentale) del bambino o che possono ostacolarla o renderla parziale. Permette di osservare una madre ed il suo piccolo che, in un dato contesto, imparano dapprima ad entrare in comunicazione attraverso un linguaggio che è prevalentemente quello del corpo e delle emozioni, e successivamente a trasformarle (integrazione delle pulsioni) e ad esprimerle attraverso la mediazione del pensiero e delle parole (emozioni che si fanno pensiero). Si può osservare cioè il processo attraverso il quale la madre, accudendo e pensando il bambino (la reverie di Bion), promuove con la crescita fisica il pensiero nel bambino (introiezione ed internalizzazione dell'oggetto e della capacità di pensarlo). L'analista si trova in una situazione simile con i pazienti adulti più gravi che vengono a chiedere di essere riportati o portati ad un mondo fatto di relazioni più reali e gratificanti di quelle illusorie o spaventose del vuoto depressivo, del riferimento paranoico o del delirio. Spesso inoltre questa sofferenza viene portata in un linguaggio non verbale, fisico e comportamentale. L'analista, ponendosi nella relazione con il suo paziente, se vuole aiutarlo,

deve poter comprendere e decifrare quel linguaggio e fornire risposte adeguate, stabilendo una comunicazione, proprio come una madre con il suo piccolo ed una comunicazione che promuove pensiero per una crescita e trasformazione psicologica.

Vorrei indicare, attraverso alcuni esempi clinici esplicativi, alcune tra le varie aree dell'esperienza di osservazione utili anche per l'analista dell'adulto. Il neonato sente e si esprime prevalentemente attraverso il corpo; la prima comunicazione tra la madre e bambino si instaura se la madre è attenta a raccogliere ed a dar significato ai messaggi che attraverso il corpo il neonato invia.

Nella Osservazione del neonato queste aree di esperienza e comunicazione corporea si mostrano più chiaramente in relazione con un contatto favorevole o sfavorevole con l'ambiente, che per il neonato è soprattutto la madre e questo può aiutare l'analista ad avvicinarsi maggiormente al linguaggio del corpo nella relazione primaria, al suo significato ed al senso di una relazione «che si fa corpo». Paolo, un giovane sui 30 anni, riporta in seduta l'atteggiamento che ha sempre caratterizzato il suo relazionarsi con gli altri. Arriva, saluta poi se ne sta zitto per ore, per intere sedute e per cicli di sedute, standosene immobile e irrigidito, sembra una statua sul lettino, né seduto né sdraiato in una posizione per mantenere la quale è sempre contratto. La sua posizione posturale richiama all'analista, che la giudica faticosissima, gli atteggiamenti posturali del neonato che esprime col tono muscolare lo stato di benessere, di fiducia o sfiducia: abbandonandosi rilassato tra le braccia della madre quando è soddisfatto e fiducioso, oppure contraendosi ed irrigidendosi all'indietro, nel rifiuto del contatto, se l'esperienza al seno o col corpo della madre non è gratificante. Questo atteggiamento comportamentale e posturale si chiarirà poi come un meccanismo attraverso al quale Paolo si richiude e si isola, una specie di corazza. Quando si trova in questo stato gli altri non esistono più, è come se non ci fossero. Dopo anni di analisi verbalizzerà e motiverà immobile e silenzioso sul lettino sibilando a bassa voce un: «non mi fido ancora».

Una sequenza tratta dall'osservazione di Anna, bimba di 4 mesi e mezzo, mostra come il corpo della bambina esprime il disagio nella relazione con la madre e mi ha aiutato a capire meglio il caso di Maria, una paziente adulta in analisi.

Anna è stata allattata al seno per i primi 3 mesi dalla madre, molto contenta di allattarla e attenta a prestarle tutte le cure necessarie. La madre è costretta a svezzarla per motivi di salute e dopo lo svezzamento tende a occuparsi meno della bimba, a delegare ad altri, ad uscire spesso di casa. Si assenta spesso anche durante l'osservazione che in quel periodo diventa difficile e carica di tensione per l'Osservatore.

La bimba viene lasciata spesso nella culla, dopo poco tempo compare una allergia alla pelle di cui peraltro soffre anche la madre, che viene imputata al latte artificiale. Quando la madre riesce a verbalizzare il suo sentirsi sola e trascurata in quel modo, ad esprimere la sua rabbia, può tornare ad occuparsi della bambina e si accorge che la bimba, pur sempre tranquilla, presenta un lieve ritardo motorio.

Preoccupata le rivolge nuovamente cure attente e stimoli adeguati ed il lieve ritardo motorio recede velocemente. Maria è invece una donna di più di 30 anni venuta in analisi per una grave dipendenza sado-masochistica (in precedenza nei confronti della madre, ora nei confronti del marito) che nell'adolescenza la spinse a tentare il suicidio. Durante l'analisi ha un bambino che, pur allattato al seno, presenta eczema cutaneo già al terzo mese, malattia di cui periodicamente Maria soffre sin da piccola in occasione di eventi per lei traumatici. In uno dei primi sogni di analisi Maria teneva in braccio se stessa molto piccola, bagnata di pipì, sapeva che doveva cambiare la bambina ma non lo faceva perchè distratta dai parenti presenti nella sua casa.

Riflette in analisi sulla sua tendenza a dare subito e sempre il seno al bambino, prima ancora di aver capito perchè piange e sulla difficoltà a trovare altri modi per tranquillizzarlo; si pone il problema perchè non riesce col passare dei mesi a ridurre le poppate, si sente stanca e molto limitata dal bambino e in queste condizioni vede

lontano e difficile un inizio di svezzamento che per problemi di lavoro potrebbe essere necessario. Riflette anche sulla difficoltà a stare lì a giocare e coccolare il bambino se non deve accudirlo; associa, a questo riguardo, una lettura del passato di una ricerca fatta su delle carcerate, condannate per atti violenti, e divenute madri e della tendenza in esse riscontrata a ridurre il contatto fisico coi loro bambini neonati.

Il rapporto di Maria col suo bambino sembra rispondere, così come quello della madre con Anna, a una specie di regola «tutto» o «niente», cioè l'attenzione ed il contatto mentale col bambino non è mantenuta costante, ma è intermittente e l'accudimento corrisponde a modalità molto concrete (la madre fa, accudisce, organizza ma sembra avere più difficoltà a stare lì a pensare al suo bambino forse perché disturbata da problematiche interne o esterne) e questo, possiamo ipotizzare, può provocare, insieme ad altri fattori, nel bambino, come già evidentemente nella bambina che le madri sono state, un disagio espresso somaticamente con un eventuale ritardo di crescita, perché le cure materne contengono, proteggono ma sembrano essere momentaneamente di una qualità non del tutto adeguata a promuovere le varie tappe di una crescita armonica fisica e mentale. Questi fenomeni furono studiati da Winnicott e da lui teorizzati nel concetto della madre «*good enough*».

L'Osservazione ci permette inoltre di osservare l'intensa sensibilità percettiva ed emotiva del neonato, con la sua ricerca di comunicazione ricca e silenziosa attraverso i sensi, la pelle, lo sguardo; la sua reattività al comportamento della madre tale che prende vita, si vitalizza e si devitalizza (si integra si deintegra o si disintegra nel linguaggio di Fordham) se il contatto è più o meno favorevole. Una sequenza di osservazione di un altro neonato Valerio, in famiglia, nei primi mesi di vita ci può illuminare sulla difficoltà di alcuni pazienti adulti a vivere la separazione dall'analista.

A un mese e mezzo Valerio segue con lo sguardo la madre che si sposta, si eccita quando la madre ricompare alla sua vista; a due mesi è tutto un sorriso con la madre... Quando Valerio ha tre mesi una sera la madre esce col

marito e lascia Valerio con il fratello più grande e con la baby-sitter per due ore. Il bambino che ha appena mangiato non dorme, piange per tutte le due ore di assenza della madre, inconsolabile rifiuta il ciuccio e al suo arrivo - dice la madre - «azzanna il seno» e vi resta attaccato per un'ora, poi si addormenta finalmente tranquillo. Questa sequenza di Osservazione ci mostra la funzione del seno-presenza della madre a cui aggrapparsi per contenersi e riempire il vuoto; il terrore, la sofferenza, la rabbia poderosa del bambino che è inconsapevole in assenza della madre, con l'attesa spasmodica del seno e della madre. Infine il restare attaccato a lungo e la rassicurazione. Elena, una donna di 25 anni che qualche anno fa ha avuto uno scompenso psicotico con allucinazioni uditive e visive, in occasione della prima vacanza in terapia, verbalizza, riferito al ritardo involontario del marito che torna da un viaggio di lavoro, di stare malissimo, di essere molto gelosa e di non sapere perchè. Salterà l'ultima seduta prima delle vacanze che è anche quella del pagamento senza dare notizie di se. Paolo invece, il paziente silenzioso di cui parlavo prima, per i primi anni di analisi non riesce ad accettare il fine settimana con la sospensione delle sedute; dice che sospende di pensare e di vivere durante il week-end fino alla seduta di inizio della settimana, alla quale peraltro arriva muto e arrabbiato. Può rilassarsi nelle sedute successive ma poi si avvicina il distacco e ricomincia il tormento. Le vacanze poi sono il suo grande terrore, vive l'analista come la sadica che vuol farlo soffrire andandosene, perchè lui per quel periodo non potrà più vivere, dovrà aspettare la ripresa della terapia. Non può fare per i primi anni trasferte di lavoro, vive fenomeni di «perdita di se» quando si allontana da casa e dall'analista. In seguito potrà affrontare le trasferte di lavoro perchè il pensare che c'è l'analista o il fare la fantasia di una ragazza che gli vuole bene lo tiene unito letteralmente, nel senso di evitare il fenomeno di sentirsi cadere e disintegrare. Un altro paziente, Giuseppe, dopo anni di terapia per una grave depressione seguita a due episodi deliranti per i quali venne ricoverato, ora cade in depressione prevalentemente il sabato e la domenica, quando sospende le

sedute. E' senza vitalità, non ha voglia di fare niente, è confuso, va a letto e non riesce ad alzarsi; se gli parlano è irritabile e intollerante. In questo periodo entra in seduta con un sorriso smagliante rivolto all'analista e spiega che ride quando è lì perché è contento, perché la stanza di analisi è un luogo dove può condividere i suoi problemi con una persona che lo ascolta e si occupa di lui e questo gli dà molto piacere; per questo teme le vicine prossime vacanze.

Trovo che la sequenza di osservazione ci rende più comprensibile la difficoltà o incapacità di questi pazienti a sopportare il distacco dell'analista nelle diverse fasi di terapia; ci fa comprendere il piacere intenso legato alla presenza dell'analista ed i terrori profondi di annientamento o di svuotamento che la separazione in una certa fase di terapia suscita (transfert psicotico). Questi sono momenti molto delicati della terapia perché il paziente può arrivare ad agire queste emozioni saltando sedute, interrompendo l'analisi o mettendo in atto qualcosa di più grave. Può accadere d'altra parte che l'analista, soprattutto nei primi anni di lavoro, viva come bizzarri o incredibili o fortemente aggressivi questi comportamenti proprio perché può trovare una certa difficoltà a comprendere e ad identificarsi con stati emotivi così lontani dai livelli di pensiero ed affettività «normali». Per concludere, vorrei ricordare che sono queste difese da rapporti negativi o terrificanti, conseguenti a relazioni precoci insoddisfacenti, perché svalutanti o invadenti o mutilanti il sé e la crescita individuate del sé bambino, magari riattualizzate dalle relazioni successive, che i nostri pazienti adulti più gravi ci portano nelle stanze di terapia. Ci chiedono di aiutarli a superare quelle esperienze attraverso l'esperienza di relazioni più soddisfacenti che ridiano fiducia e spazio al sé, nella speranza che possano se non chiudere, almeno riparare in parte quelle ferite. Paolo dice in seduta: «io non perdonerò mai» e si richiude nel silenzio e nel suo guscio; ma ora è più consapevole di come si comporta e del perché si comporta così e di quanto sia ormai assurdo permanere in certi comportamenti difensivi del passato che nuocciono alla sua realtà attuale di uomo adulto.