

LUIGI FASCE

## INTERVENTO PSICOLOGICO BREVE RIVOLTO ALLA DIADE MADRE-BAMBINO

L'intervento psicologico breve che presento a questo Convegno mi sembra particolarmente indicato per le strutture pubbliche e in specie per un servizio con caratteristiche prevenzionistiche dei disturbi della personalità quale il servizio materno infantile.

La popolazione a cui si rivolge il servizio è quella che presenta problemi di apprendimento scolastico, disturbi del comportamento. Problematiche valutate in genere dallo psicologo come disturbi relazionali di lieve entità, a differenza di coloro, madre o insegnante, che denunciando al servizio consultoriale le difficoltà del bambino mostrano un grado di apprensione notevole.

È la popolazione della quale si erano già interessati gli Istituti psicopedagogici di Adler nel primo Novecento e che veniva indicata con termini come «bambini difficili», «bambini viziati», per sottolinearne il particolare stile di vita.

Occorre dire che ancora oggi in Italia questo tipo di utenti sono valutati con criteri diversi a seconda della teoria scientifica a cui si ispirano i singoli operatori sanitari, neuropsichiatri infantili, psicologi ma anche pediatri e medici scolastici. È evidente che questi ultimi mantengono il punto di vista nosologico senza sbocco psicoterapeutico. L'intervento sia psicologico che pratico, rifacendosi in buona parte all'orientamento adleriano, invece, salda perfettamente il momento psicodiagnostico a quello psicoterapeutico. Permette altresì una unificazione di fondo della complessità della personalità e di incidervi più in profondità in quanto intervento focale.

L'intervento psicologico consiste, in pratica, in una serie di sedute in cui i colloqui, l'osservazione e le prove psicodiagnostiche si susseguono, alternando la presenza dei genitori e del bambino. Il numero delle sedute in linea di massima varia da 4 a 7.

Si tratta in primo luogo di individuare quale immagine si è fatta la persona (in genere la madre) che viene a lamentarsi e chiede dei rimedi. Evidenziare quali figure nell'ambito della costellazione familiare, madre, padre, nonni, hanno dato origine all'immagine corporea disturbata del bambino e che tuttora l'alimentano.

Sul versante bambino invece si tratta di individuare direttamente la sua immagine corporea e i sentimenti di sé per mezzo di colloqui, del-

l'osservazione del comportamento e di test proiettivi. Segnalo che ho messo a punto uno specifico test che è in fase di sperimentazione e verifica.

L'influenza della costellazione familiare sul vissuto individuale del bambino e conseguente strutturazione dello stile di vita personale del bambino è acquisizione adleriana indubbia; l'introduzione della nozione di immagine corporea mi pare una integrazione felice del concetto adleriano di stile di vita, particolarmente utile anche sul piano operativo. Infatti sembra più aderente alla realtà corporea: vissuti e fantasmaticizzazioni del corpo in relazione al vissuto (desiderio, fantasma) dell'altro. Al rilevamento dei fattori che mantengono de-forme l'immagine del bambino consegue il «riaggiustamento» della stessa su basi più realistiche.

Per chiarire meglio l'intervento è meglio seguire un ordine cronologico.

Durante il primo colloquio l'indicatore più significativo della deformazione in atto dell'immagine corporea del bambino è l'atteggiamento materno. Ambivalenza, rifiuto netto, ansia per aspetti inaccettati ed inaccettabili del bambino, desiderio, a volte fino all'allucinazione, di realizzare l'immagine idealizzata del bambino. Questo è il punto focale su cui va posta la massima attenzione. È su questi aspetti che si basano e l'inquadramento del caso e il successivo intervento psicoterapeutico breve.

Tuttavia ci sono altri elementi da acquisire che possono essere determinati, seppure in via indiretta, al permanere dell'immagine falsata del bambino.

Con l'anamnesi si possono avere notizie sulla gravidanza, sul parto, e sui primi anni di vita e si possono mettere in evidenza non solo i «dati» ma anche e soprattutto i vissuti collegati a questi. Per esempio, è probabile che la neutra informazione di «asfissia neonatale» nasconda attivi vissuti angoscianti di bambino deforme, leso internamente, di cui la madre continuamente scruta i segni rivelatori con celato sgomento. È la spinta latente, costante, che porta a reiterate richieste di visite mediche, di esami e analisi. Anche le richieste di riabilitazione fisica, di linguaggio, scrittura e lettura, ivi comprese, in certi casi, le lezioni private, hanno questo senso. Tutti sappiamo quanto sono accettate e gradite da queste madri (o maestre) le prestazioni logopediche, fisioterapiche. Ma poi alla fine dell'intervento non ne traggono mai il risultato sperato. Questo può contribuire a spiegare come alcune madri agiscano le angosce profonde collegate alla loro immagine inconscia di bambino anormale, malato, diverso dagli altri «normali». Queste madri sono costantemente in stato di allerta. Proprio come quando ciò era necessario durante il primo periodo di vita del bambino oppure all'epoca dell'uomo primitivo. È possibile che siano i vissuti corporei arcaici, di smembramento, di spezzettamento e ancora angosce originarie vissute dalla madre stessa nel suo primo periodo di vita, a svolgere il ruolo di camera di risonanza. In questi casi la regressione materna e la reviviscenza dei vissuti angoscianti vengono trasferiti empaticamente al bambino che diventa il ricettacolo di tutti i mali.

La madre, in carenza di una chiave interpretativa relazionale — siamo in una cultura di massa organogenetica — non può che darsi una ragione organica dei supposti danni del bambino. In questa direzione è interes-

sante fare una verifica delle convinzioni personali della madre sulle «cause» del disturbo del bambino. È stata per me fonte di sorpresa constatare la fissità dello schema seguito e l'impossibilità di uscirne. Le diagnosi nosologiche sono in buona parte responsabili di questo incistamento maligno.

Rompere questo schema e sostituirlo con quello relazionale è il passo propedeutico per il successivo intervento. Talvolta soltanto questo chiarimento è in grado di risolvere il caso.

Il colloquio con entrambi i genitori non è sempre possibile. Normalmente è la madre che solleva il problema. La finalità di sentire contemporaneamente i genitori è quella di mettere a confronto rispettive immagini in questi del loro bambino. Difficile dire quale dei due genitori ha una visione più realistica del bambino. Di fronte allo stesso «male» in genere il padre formula una vaga prognosi fausta (tutto si aggiusta con lo sviluppo, anch'io ero così, non ci saranno conseguenze una volta che sarà grande), mentre invece per la madre si tratta di una vaga prognosi negativa, prima o poi spunteranno le prove.

Questi rispettivi atteggiamenti fanno sì che la madre, pur contribuendo maggiormente a distorcere l'immagine corporea del bambino facendolo vivere fragile interiormente oltre il reale, prenda l'iniziativa per cercare di fare qualcosa e quindi si apra alla possibilità di un cambiamento. Il padre, invece, seppure sempre implicato, ma in maniera meno appariscente, non ritiene che valga la pena di affrontare problemi psicologici. In genere i padri sono più materialisti delle madri. Per loro lo psicologo è sinonimo di parolaio. In essi la cultura organicistica è ancora più radicata. Dietro la richiesta della madre di aiuto per il bambino si nasconde spesso una domanda di aiuto per i suoi problemi di coppia. Se entrambi i genitori si presentano, allora è più facile fare qualcosa anche per questa domanda non espressa ma presente. In ogni caso un «riequilibrio» del potere all'interno della relazione di coppia va sempre tentato perché di per sé agisce sul bambino. L'esempio di una madre completamente svaloriata dal padre è evidente. Ovviamente il risultato è diverso a seconda se il bambino è maschio o femmina. Nel caso del maschio può succedere che strutturi un'immagine di superiorità a discapito della donna che tende a perpetuare un rapporto inadeguato con l'altro sesso; mentre la femmina può sentirsi anch'essa svalutata nell'intimo o può rifiutare l'identità di genere, acquisita comunque inconsciamente, con tutte le conseguenze che questo implica.

Nel caso si possa parlare solo con la madre è possibile chiederle di riportare quello che, secondo lei, è l'idea del padre al riguardo del problema del bambino. Dall'interpretazione materna su quanto pensa il marito, è possibile rilevare e la lotta per il potere sul figlio e il tipo di contrasto esistente all'interno della coppia. La madre chiede spesso alleanza contro il marito. Nei confronti del bambino esiste spesso una sorda contesa. I genitori sembrano dirsi: io sono migliore di te, mio figlio deve essere come me. E nei confronti del figlio si mettono in atto minacce e seduzioni. L'immagine corporea e i sentimenti di sé del figlio non possono

trarre grande vantaggio da due atteggiamenti divaricanti e in strenua lotta per averla vinta, specie quando nessuno dei due contendenti rispetta la realtà del bambino.

Una volta fatto il quadro d'insieme si segue il bambino per una o due sedute con l'obiettivo di operare per la modifica dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé inadeguati del bambino. Non si tratta di provocare una rottura traumatica della camicia nel quale il bambino — soffrendo — si sente costretto, ma anche protetto; si tratta invece di farlo vivere, seppure brevemente, in panni diversi dall'abituale. Atteggiamento, aspettative, gesto e parola dello psicologo sono il nuovo specchio umano in cui rimodellarsi. I risultati più fulminei si hanno quando ci si trova davanti un bambino che si sente accettato completamente, per quello che è, per la prima volta. Questo è il presupposto fondamentale perché possa definirsi la propria individualità. Questo intervento non è molto lontano dall'intervento adleriano teso a dare fiducia al bambino. È nella relazione con l'altro che ci definiamo. Normalmente dal confronto di altre figure, adulti, coetanei e più piccoli si struttura e ristrutturata incessantemente la nostra immagine corporea. L'immagine distorta e fissata permanentemente da un corpo familiare patologico può essere accettata perché sentita comunque come l'unica assicurazione. L'intervento psicoterapeutico è decisamente teso a rimettere in movimento l'immagine corporea nella linea evolutiva. Ho trovato di estrema utilità i riferimenti alla fase simbiotica normale e il processo separazione-individuazione della Mahler.

In certi casi di bambini psicotici è stata segnalata la caratteristica simbiotica del rapporto madre/bambino. Ritengo che, seppure in grado minore, questo aspetto del rapporto sia il fattore di fondo su cui operare, anche nel caso di disturbi relazionali di minore gravità quali quelli indicati. La presa di coscienza da parte della madre della presenza del cordone ombelicale psicologico, invisibile ma tenace oltre modo, che lega e a volte soffoca il figlio, è spesso risolutiva.

Naturalmente nessun intervento, neppure questo, può avere successo se non si riesce a far sentire questa madre apprensiva, una buona madre.

Il colloquio, da me definito il consiglio di famiglia allargato allo psicologo, conclude l'intervento. Si verifica in primo luogo se i genitori hanno colto dei cambiamenti nel bambino. Se la risposta è affermativa si cerca di spiegare in quale modo lo psicologo ha influito sul bambino; in ogni caso si danno tutte le spiegazioni possibili e si indica quale è l'atteggiamento che dovranno tenere in futuro. Non si tratta di dare solamente consigli su comportamenti pratici, di dettaglio (richiesti frequentemente da genitori e insegnanti) ma viene chiarito quali siano stati gli atteggiamenti che, in passato, hanno portato ai risultati insoddisfacenti. È anche il momento di verificare se il riequilibrio all'interno della coppia è avvenuto.

Riassumendo, le tappe dell'intervento possono essere così elencate:

- 1) colloquio d'approccio al caso rivolto all'adulto che chiede la visita psicologica;
- 2) approfondimento del primo colloquio con la presenza dei due genitori o altri componenti del nucleo familiare;

- 3) colloquio col bambino;
- 4) approfondimento del quadro di personalità del bambino nell'ottica dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé;
- 5) intervento focale di modificazione dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé del bambino (1 o 2 sedute);
- 6) colloquio conclusivo con entrambi i genitori.

È evidente che in pratica non tutto si svolge così. È importante in ogni caso mantenere ben presenti gli obiettivi. Per esempio a volte capita che durante l'anamnesi la madre possa prendere coscienza di un suo vissuto angosciante che sta all'origine della sua richiesta di aiuto. È anche possibile che l'intervento non dia esiti immediati. Aver la possibilità di seguire il bambino nell'ambito scolastico e per diversi anni è garanzia di successo se l'impostazione in questione fosse condivisa da tutta l'équipe psicopedagogica. In questa ottica la collaborazione dell'insegnante, altra significativa figura dell'identificazione del bambino, può essere determinante.

Ritengo che quanto più il bambino è piccolo tanto più si debba lavorare sui genitori e viceversa. Ovviamente più ci si avvicina alla psicosi infantile il discorso si complica e per quanto riguarda l'approccio all'adulto e per il trattamento del bambino.

Per concludere, ritengo che la teorizzazione e l'utilizzo del concetto di immagine corporea permetta di gettare un ponte tra la dottrina adleriana e quella psicoanalitica. Non credo che si possa ancora parlare di sintesi ma di un avvio, seppur lungo, in questa direzione. Mi sono stati di fondamentale aiuto il contributo, oramai classico, di P. Schilder e le opere, più recenti, di G. Pankow. È stato allora possibile tradurre una serie di concettualizzazioni adleriane in altre più integrate e rispondenti al corpo. Diventa allora più agevole parlare di vissuto corporeo e dare voce ai fantasmi, perché nascono dal corpo, ma anche situarli nell'anatomia corporea. Anche la relazione con l'altro viene ad essere riconsiderata in una rispondenza corporea di cui il «metabolismo libidico» trova convenientemente posto. Si va sempre più chiarendo l'importanza del ruolo del dialogo tonico della relazione madre-bambino per lo sviluppo di quest'ultimo. Anche l'oggetto transazionale individuato da Winnicott alla luce dell'immagine corporea diventa più corposo.

Un altro punto di riferimento sono stati gli studi di Lacan, particolarmente per quanto riguarda lo stadio dell'immagine allo specchio. In questo contesto diventa evidente che l'immagine corporea e i sentimenti di sé si formano allo specchio dell'altro, specchio vivo, corporeo; nel caso di bambino sano, specchio contenente e rassicurante, quindi strutturante, ma, anche, specchio di desiderio in cui ci si confonde con l'altro nel piacere di vivere. Nel caso di bambino disturbato, invece, questo specchio è incontenente perché luogo in cui si agitano le angosce profonde materne; queste ultime, confondendosi con quelle originarie del bambino, le alimentano e non può avvenire il contenimento necessario. Ma il bambino, non avendo alternative, comunque si adatta. Dalla sanità all'autismo. Di qui la facilità di un influsso patologico da parte della madre e la strana compia-

cenza del bambino. Una madre che, per le sue problematiche non risolte, gravi o meno gravi, induce, proprio come in ipnosi e con la massima potenza, l'immagine di bambino fragile, cattivo, diverso, può essere docilmente corrisposta dal bambino che a sua volta le rimanda questa stessa immagine e i comportamenti conseguenti. In un gioco di scambio di immagini, costellate da fraintendimenti, si possono perpetuare intere esistenze sofferenti. Il bambino paga e ripaga con malattie e sofferenze il riconoscimento materno. Sono come tu mi vuoi. È difficile per il bambino ricercare l'alternativa anche se il sintomo è già in parte dissenso. L'immagine che la madre ha del suo bambino è il primo contenitore psicologico in cui si collocherà necessariamente il bambino appena nato; è secondario che questo contenitore sia luogo di piacere oppure di dolore. Il principio di sicurezza ha la meglio su quello di piacere. L'immagine corporea del bambino è già predisposta ancora prima della sua nascita. Questa immagine di bambino è già stata frutto di fantasie materne e non sono solo quelle del periodo di gravidanza. Questa immagine di bambino corre anch'essa lungo l'albero genealogico, nel senso di immagini tramandate, di attributi narrati che poi saranno reificati nelle «constatazioni» come «ha lo stesso carattere di sua madre» - «è pigro come suo zio» - «tutto suo nonno». L'esperienza di ognuno può confermare la presenza di questi modelli indotti in cui sono «contenuti» bambini e adulti. Ma stando al vissuto materno più immediato alla gravidanza c'è da mettere in evidenza l'esistenza di un meccanismo che fa temere di avere un bambino deforme, mancante di qualche parte del corpo, che risale presumibilmente agli originari vissuti di tipo psicotico rimessi in movimento con la gravidanza; così come è presente il desiderio di avere un bambino perfetto. Questa immagine di bambino perfetto può essere dovuta a diversi motivi. Ne riesco a ipotizzare tre:

- a) pensiero magico, onnipotente, narcisismo, tutte caratteristiche del mondo infantile;
- b) manovre arcaiche che tentano di respingere angosce primarie: schiacciamento, soffocamento, lacerazione, spezzettamento;
- c) compensare mancanze a livello del corpo vissuto.

L'insieme di tutti questi fattori può portare al desiderio inconscio di avere un figlio mostro, diverso da tutti: Dio o diavolo che sia. Il meccanismo dell'idealizzazione continua anche dopo la nascita ed è uno degli aspetti su cui agire. È risaputo che la nascita di un bambino handicappato sul piano fisico, ma il meccanismo è analogo per gli aspetti di personalità, è vissuta come una grave ferita narcisistica da parte dei genitori e che questa, soprattutto, non è mai vissuta entro i termini del reale. Cioè non sono posti i termini bambino normale (reale) e bambino handicappato (reale), ma bensì, in base alla legge del tutto/nulla, di bambino perfetto/imperfetto. È per questo che i bambini ritenuti «normali» dallo psicologo non lo sono per le madri. Ma né l'ansia né l'idealizzazione della madre sono di per sé patologiche. In questi casi si tratta di ricondurre ansie e idealizzazioni nell'ambito della realtà bambino attuale.

Sento di aver lasciato un po' a margine gli aspetti libidici collegati all'immagine corporea. Due sole riflessioni al riguardo. Lo spostamento dell'investimento libidico è una necessità evolutiva del bambino anche se l'originale stato fusionale col corpo materno avrà per tutta la vita delle ripercussioni sulle nuove scelte. In certi casi è possibile che il bambino come essere sessuale venga negato da parte della madre o da parte del padre. È di tutta evidenza che questo contribuisce notevolmente alla distorsione dell'immagine corporea e dei sentimenti di sé nel bambino.

\* \* \*

*Accogliamo, come interessante termine di confronto, le tesi dell'Autore. Facciamo però rilevare che il pensiero adleriano supera la riduttività del concetto del bambino inteso come «essere sessuale». La psicologia individuale amplia il significato del rapporto fra la madre e il bambino, inquadrando quest'ultimo come una complessa «entità psicofisica» e consentendo così un'analisi assai più ricca di sfumature. (N.d.R.)*

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Astrolabio, Roma, 1971
- 2) ADLER A.: « Il bambino difficile », Gherardo Casini, Roma, 1968.
- 3) AJURIAGUERRA J., DE: « Le corps comme relation », Revue suisse de psychologie pure et appliquée, 21, 1962, 137-157.
- 4) BENEDETTI P., GALLETI F.: « Il rapporto madre-bambino nelle encefalopatie precoci », Riv. Gaslini, 12, Suppl. 1, 68, 1980.
- 5) FREUD S.: « L'Io e l'Es », Boringhieri, Torino, 1976.
- 6) GRODDECK G.: « Il libro dell'Es », Adelphi, Milano, 1966.
- 7) LACAN J.: « Scritti », Einaudi, Torino, 1975.
- 8) LAING R.D.: « La politica della famiglia », Einaudi, Torino, 1976.
- 9) LAPIERRE A., AUCOUTURIER B.: « La simbologia del movimento », Edipsicologiche, Cremona.
- 10) MAHLER M.S.: « La nascita psicologica del bambino », Boringhieri, Torino, 1978.
- 11) MERLEAU-PONTY M.: « Il corpo vissuto », Il Saggiatore, Milano, 1979.
- 12) PANKOW G.: « Struttura familiare e psicosi », Feltrinelli, Milano, 1979.
- 13) PARENTI F.: « Manuale di psicoterapia su base adleriana », Hoepli, Milano, 1969.
- 14) REICH W.: « Analisi del carattere », Sugar, Milano, 1978.
- 15) RESNIK S.: « Persone e psicosi », Einaudi, Torino, 1976.
- 16) SAPIR M.: « Soignant-soigné: le corps à corps », Payot, Paris, 1980.
- 17) SCHILDER P.: « Immagine di sé e schema corporeo », F. Angeli, Milano, 1973.
- 18) TUSTIN F.: « Autismo e psicosi infantile », Armando, Roma, 1972.
- 19) WINNICOTT D.W.: « Gioco e realtà », Armando, Roma, 1974.