

PIER LUIGI PAGANI *

CORREZIONE PSICOTERAPEUTICA DEL COMPORTAMENTO MATERNO NEL TRATTAMENTO DELLE NEVROSI DELLA PRIMA INFANZIA

Secondo la Psicologia Individuale, sino dalle prime fasi della vita, il bambino avverte, a vari livelli di consapevolezza, la sua fisiologica condizione d'inferiorità nei confronti del mondo esterno e degli adulti, che sono in grado di affrontarlo con maggiore sicurezza ed efficienza. Egli, sotto lo stimolo della volontà di potenza, tenta di porre rimedio alla sua situazione deficitaria, elaborando delle compensazioni di caso in caso affermative, passive od elusive. Quali siano gli artifici elaborati, è sempre possibile avvertire in essi l'intento di dominare, a volte direttamente significato e a volte invece mascherato dietro un'apparente debolezza, in cui si può scorgere un mezzo di pressione indiretta per ottenere determinati risultati.

Il primo filtro protettivo fra l'individuo e l'ambiente è abitualmente rappresentato dalla madre o, in casi particolari, da chi ne fa le veci. La madre impronta i suoi criteri d'intervento in base alle proprie convinzioni, influenzate dalla cultura e dal vissuto personale, ma anche largamente reattive al comportamento del bambino. Così se il piccolo comunica, ad esempio con il pianto, con l'agitazione o con un disturbo funzionale, un segnale di pericolo o di sofferenza, finisce quasi sempre per ottenere un'azione affettiva o pragmaticamente d'aiuto. L'astensionismo o il rifiuto materno si prospettano come fenomeni abnormi ed eccezionali. In tali casi, il bambino si sente costretto a radicalizzare i suoi richiami, entrando nella patologia comportamentale e maturando comunque una visione interiore distorta e frustrata di quanto lo circonda. Un'altra occasione deviante, generatrice di compensazioni qualitativamente o quantitativamente abnormi,

* Segretario della Società Italiana di Psicologia Individuale.

prende corpo se la madre supera l'astensionismo entrando addirittura nella durezza o ancora se alterna, in rapporto a stati emozionali puramente soggettivi, modalità comportamentali opposte e non prevedibili. Quando infine la madre eccede nella protezione, si verifica un danno psicologico paradossale, legato all'acquisizione della protezione costante come un diritto e alla conseguente origine di frustrazioni quando questa decade e soprattutto quando l'individuo collauda il suo rapporto con un ambiente esterno non certo iperprotettore come la figura materna.

I conflitti fra bambino e ambiente non nascono sempre direttamente dal contegno materno. E' questo ad esempio il caso dell'inferiorità d'organo, in cui il sentimento d'inferiorità tende a trasformarsi in complesso d'inferiorità attraverso la presa di coscienza di una situazione soggettiva particolarmente debole e soccombente nei confronti interpersonali. Anche qui, però, il divenire della deviazione è tanto largamente condizionato da co-fattori riguardanti la madre che, proprio in relazione a questi, ci è dato di osservare variazioni di gravità nel danno psicologico da inferiorità d'organo non collegabili all'intensità del danno stesso, ma al modo con cui questo è recepito da chi alleva il bambino.

Da quanto ho sinteticamente esposto è facile desumere che la correzione delle nevrosi della prima infanzia non può avvenire con efficienza senza un intervento psicoterapeutico multipersonale e di ampia portata. Il terapeuta può infatti agire sul bambino entro limiti alquanto ristretti, poiché il bambino è un essere dalla ridotta autonomia e dalla ridotta comprensione critica. La modifica del suo comportamento nevrotico può essere strutturata assai difficilmente agendo solo su di lui. La situazione dinamica psicoterapeutica è certo, anche nell'infanzia, un modello esemplificatore di azioni e rapporti ad esso estranei. I risultati conseguibili nelle sedute sono però largamente neutralizzati in un'alta percentuale di casi dalla persistenza di un comportamento materno deviante. Così il fanciullo, che ravvisa positivamente nel terapeuta una figura umana direttivamente equilibrata, non riesce a trasferire e a generalizzare tale modello, necessariamente limitato nel tempo, se le circostanze di vita più prolungate lo costringono a scontrarsi d'abitudine con una ma-

dre iperprotettiva o astensionista o troppo dura o alternante. Di qui l'esigenza inalienabile di un intervento terapeutico applicato anche alla madre.

Se da un punto di vista teorico la prospettiva d'intervento è chiarissima, non mancano sul piano pratico difficoltà e remore per una sua effettiva applicazione. Si tenga presente che il comportamento scorretto della madre nasce di solito da fattori complessi e di origine svariata. Ricorderò, per esemplificare e senza pretendere di esaurire il tema, le impronte culturali e le conseguenti convinzioni radicalizzate che avvincono gli schemi di educazione materna a influenze difficilmente alienabili e talora derivate a loro volta da personalità genitoriali. Rammenterò ancora che la madre esprime spesso nelle sue deviazioni educative il bisogno sofferto di compensare un vissuto per molti aspetti negativo. Resta infine da considerare il grado di disponibilità della madre alla terapia, a volte rifiutata poiché essa si sente « normale » e tende, per autodifesa, ad attribuire soltanto a fattori intrinseci esistenti nel figlio i sintomi nevrotici di quest'ultimo.

Paziente e delicato dovrà essere dunque l'intervento del terapeuta sulla madre, che dovrà far leva sulla conquista, non sempre rapida, di un'ottimale situazione di transfert. L'esibizione dei risultati contingenti ottenuti dal curante sul bambino e la loro spiegazione con il tipo di rapporto realizzato nelle sedute è spesso un fattore dimostrativo determinante. Altre volte agisce positivamente l'illustrazione preliminare dei vantaggi che la madre potrà ottenere per se stessa, tanto da prospettarle una necessità trascendente l'educazione. Non sono da trascurarsi poi le altre figure del nucleo familiare e le loro influenze, positive o negative, direttamente constatabili o almeno presumibili. Il marito, i genitori e i suoceri svolgono spesso un ruolo essenziale che, nelle prime fasi della vita del bambino, si manifesta di solito indirettamente condizionando il comportamento educativo materno e strutturando una gamma non semplicisticamente riassumibile di accettazioni, rifiuti, dipendenze e alternanze anche contraddittorie.

Analisi dimostrativa di tre casi

CASO N. 1

A. M. è un bambino di venti mesi, figlio unico, nato a termine da parto eutocico. Allattato al seno nei primi tre mesi e poi artificialmente, ha presentato uno sviluppo psicofisico normale e un comportamento tranquillo sino a due mesi prima dell'osservazione. Da allora, il piccolo ha cominciato a rifiutare il cibo e, se forzato a nutrirsi, a manifestare accessi di vomito. Di qui un notevole deperimento. Tutti gli accertamenti clinici sono risultati negativi sul piano dell'organicità.

La presa di rapporto del terapeuta con il bambino si apre con notevoli difficoltà. Ogni tentativo di approccio scatena nel piccolo paziente un pianto aggressivo e un comportamento di rifiuto, con un'impronta di caparbia resistenza più che di timore. E' comunque possibile stabilire con lui, in un certo numero di sedute, una relazione lucida sempre più gradita, utilizzando del materiale di gioco assai vivace e inconsueto. Tali tentativi sono effettuati all'inizio in presenza della madre e proseguono poi in sua assenza. Da questo momento, il bambino mostra di gradire la compagnia dello psicologo che, a un certo punto, utilizza il transfert positivo per presentare il « problema cibo ». Egli pone dei biscotti fra i giocattoli e ne mangia alcuni. In quella seduta, il piccolo ignora lo stimolo, ma continua a giocare. Nella seduta seguente, di sua iniziativa, afferra i biscotti e li divora con avidità. Non compaiono manifestazioni di vomito. La situazione si ripete nei successivi incontri. La madre riferisce però che, a casa, il bambino continua a rifiutare il cibo e a vomitare. L'origine psicosomatica del quadro e il suo collegamento con la relazione madre-bambino sono pertanto dimostrati.

In questa fase, il terapeuta propone d'iniziare una serie di sedute con la madre, che accetta di buon grado. La signora affronta i colloqui con una disponibilità passiva e un po' distaccata. Si dice preoccupata per i disturbi del figlio, ma non presenta nessuna emozione nell'affermarlo. Aggiunge che in famiglia non vi sono tensioni. Su invito del terapeuta, espone molto sinteticamente il proprio vissuto.

Nata da genitori piccolo-borghesi, entrambi impiegati, è secondogenita con una sorella maggiore di tre anni. Nella sua vita il rapporto interpersonale ha sempre avuto un notevole rilievo. Ha frequentato l'asilo dall'età di tre anni, integrandosi molto bene. E' stata educata con equilibrio, poiché i genitori erano affettuosi senza essere iperprotettivi e dedicavano alle figlie solo le ore serali, mostrandosi disponibili al gioco e alla conversazione su ogni tema. Ha sempre cercato di imitare, senza riuscirvi appieno, la sorella primogenita, da lei ritenuta molto intelligente e sicura. Le sue relazioni di amicizia con il sesso maschile sono state precoci e sempre centrate su individui o minori di età o comunque di carattere più debole. Negli studi ha offerto risultati stabili, a livello medio. Diplomatasi in ragioneria, si è subito impiegata nell'ufficio personale di una grande azienda. L'ambiente di lavoro era cordiale, disinibito e prevalentemente maschile, il che le procurava attenzioni da parte di tutti i colleghi. Dopo due legami amorosi presto interrotti per mancanza di stima nei confronti dei partners, si è legata affettivamente in modo più profondo a un collega più anziano di dieci anni, l'attuale marito.

Il coniuge è un uomo dal temperamento sicuro, incisivo e assieme molto possessivo, con qualche tendenza alla gelosia. E' comunque assai tenero e appaga ogni suo desiderio. Ha preteso però drasticamente che la moglie lasciasse il lavoro appena sposata. Il matrimonio ha comportato inoltre, per la signora, una minor frequenza delle precedenti amicizie. La gravidanza, intervenuta dopo sei mesi dalle nozze, e il parto sono stati del tutto normali e bene accettati.

Il terapeuta fa osservare alla paziente che il suo atteggiamento e la sua esposizione sono estremamente freddi e non sembrano coincidere con la facile integrazione interpersonale da lei comunicata. La signora ribatte che, in effetti, ha presentato da qualche mese un cambiamento di carattere, diventando più tranquilla e, a suo dire, più matura. L'operatore chiede ancora se ciò abbia comportato una diversa modalità di rapporto con il bambino. La donna risponde di essere cambiata in meglio, poiché prima aveva l'impressione di viziare il piccolo e di soffocarlo esageratamente con il proprio affetto. Ora, invece, ritiene di essere più equilibrata.

A questo punto il terapeuta cerca di appurare le cause che hanno determinato il mutamento nello stile di vita della signora. Dopo qualche resistenza, appena celata dietro risposte evasive, questa finalmente si apre. Racconta che, quando il bambino aveva compiuto i sedici mesi, era tornato in lei il desiderio di riprendere il lavoro al più presto. Ne era nata una discussione, per la verità molto pacata, con il marito. L'uomo l'aveva persuasa senza difficoltà che il suo atteggiamento era infantile, aggiungendo che, anzi, tutto il suo comportamento era infantile. Le osservazioni le erano parse sensate e aveva cercato di conseguenza, gradualmente, d'impersonare in ogni occasione un personaggio più maturo.

Questi elementi hanno consentito l'interpretazione attendibile dei disturbi psicosomatici del bambino. Il piccolo, con ogni probabilità, aveva reagito alla nuova censura dell'affettività esteriore materna mediante artifici inconsci diretti a riguadagnare la sua attenzione e la sua protezione.

Iniziava allora la fase di recupero, necessariamente impostata su una terapia di coppia, così riassumibile.

Il curante spiega ai coniugi che i bambini possono reagire con sintomi nevrotici sia all'accesso che alla carenza di affettività e di protezione. Aggiunge poi che il passaggio brusco dall'iper-affettività all'astensionismo assume un valore traumatico e induce compensazioni negative, in quanto la precedente iperprotezione è stata assorbita come un diritto. Consiglia infine un orientamento veramente equilibrato, in grado di abbinare la persistenza dell'affettività esteriore con un « incoraggiamento » atto ad incrementare l'autonomia e la sicurezza. Restano da risolvere i problemi della signora. Dopo notevoli difficoltà e prolungate discussioni a tre si concorda la prospettiva di una futura ripresa del lavoro per la donna, da rinviarsi ai tre, quattro anni del bambino, età adatta per il suo inserimento nella scuola materna.

CASO N. 2

B. G. è una bambina di ventidue mesi, ultimogenita con un fratello di otto anni e una sorella di cinque, nata a termine da parto eutocico, allattata artificialmente e con uno sviluppo somatico normale. La piccola è stata allevata dalla nonna materna

sino all'età di un anno, rientrando poi presso i genitori. Ha sempre dimostrato un notevole eretismo neuro-psichico e una tendenza al pianto, più accentuata nelle ore notturne. Anche oggi persiste in lei la facilità a piangere e un'insonnia con agitazione che costringe il padre e la madre ad intervenire prendendola in braccio, il che provoca una tranquillizzazione solo temporanea. Questo quadro, la cui origine psicosomatica è sostenuta dalla negatività degli accertamenti clinici, ha determinato il ricorso allo psicologo.

Tutti i tentativi dello psicoterapeuta con la piccola falliscono per il suo pianto ostinato, aggressivo e negativista. L'operatore chiede allora una serie di colloqui con la madre.

La signora è una donna ansiosa e palesemente insicura, che esordisce lamentando con eccitazione l'insostenibilità della sua vita attuale e parlando delle sue notti insonni per il pianto della bambina. Il terapeuta chiede informazioni sulla personalità della nonna, cui è stata affidata la bambina nel primo anno, e delucidazioni sulle cause di tale affidamento. La madre risponde che il ricorso alla nonna è stato motivato da ragioni economiche e da un suo « esaurimento nervoso ». Aggiunge che l'ultimogenita non era stata desiderata ed era nata per un incidente anticoncezionale (rottura di un profilattico). Descrive sua madre come una donna piuttosto dura e molto controllata. Essa tuttora la rimprovera, invitandola a lasciar piangere la bambina come faceva lei. Conclude dicendo che ciò non è possibile, perchè quando sente la figlia piangere entra in uno stato d'angoscia.

In una successiva seduta, il curante raccoglie notizie sul carattere degli altri familiari. Il padre è acquisito come un uomo molto buono ma debole, che non ha saputo mai imporsi a nessuno. Egli esercita l'attività di artigiano mobiliere. In questo clima i due figli maggiori sono cresciuti insofferenti di ogni disciplina, ma decisamente autonomi e con la costante propensione a conquistarsi le proprie libertà senza chiedere alcun permesso. Né l'uno né l'altra hanno presentato problemi d'insonnia.

La signora, parlando di sé, racconta che aveva completamente superato la resistenza verso l'ultimogenita e che l'aveva ripresa in casa con il desiderio di darle molto affetto. Il comportamento della piccola, però, ha distrutto il suo entusiasmo e ha determinato in lei un'alternanza fra le esplosioni di tenerezza e manifestazioni

di rabbia impotente. Dice che, a volte, si apparta piangendo in preda alla disperazione. Su invito dell'operatore inizia un'esposizione della propria vita.

Figlia unica, aveva sempre vissuto in un piccolo centro con i genitori, che collaboravano entrambi alla gestione di un negozio di generi alimentari. Sua madre sopportava male le attività casalinghe, anche perchè il padre « doveva essere controllato nel suo lavoro al negozio perchè altrimenti lo avrebbe fatto fallire ». La tendenza della madre a dominare e a correggere l'aveva resa insicura e bisognosa di conferma e di aiuto in ogni circostanza. Totalmente soggetta alla madre sino all'adolescenza, era divenuta poi improvvisamente ribelle. Il matrimonio con un amico di infanzia, non sostenuto da un entusiasmo amoroso, ma condizionato da una lunga consuetudine di affetto, le era parso una via di liberazione.

In seguito la vita matrimoniale, invece che una fonte di libertà, si era dimostrata una catena d'obblighi e d'impegni, perchè il marito « bravissimo nel suo lavoro », si affidava per tutto il resto alla moglie. L'educazione dei due primi figli era stata molto gravosa, soprattutto per il loro rifiuto tenace, anche se non violento, ad obbedire. I due coniugi avevano deciso di non avere altri figli e parlavano spesso dei viaggi e delle distrazioni che si sarebbero concessi fra qualche anno. Ho già accennato al rifiuto e poi all'accettazione tardiva dell'ultima figlia.

L'analisi prosegue con un esame più dettagliato dell'orientamento educativo della madre. La signora riconosce di essere rimasta subito sconcertata dal comportamento dell'ultimogenita, insistente, capricciosa e per di più non indipendente come i due figli maggiori. La donna descrive in tono lamentoso le sue giornate, la sua passiva condiscendenza ai capricci della bambina che disturbano i suoi lavori domestici e infine le improvvise crisi di rabbia e di rifiuto. Precisa che anche di notte, assieme al marito, per due o tre volte abbraccia e culla la bambina piangente e alla fine, esasperata, la scuote gridando. Sulla base di questi dati è possibile interpretare il pianto isterico della bambina come compensazione da principio rivolta punitivamente contro l'indifferenza affettiva della nonna e in seguito indirizzata quale protesta verso la madre per le sue alternanze di remissività abulica e di aggressività incontrollata.

L'orientamento di recupero della madre non è facile. Il terapeuta cerca di avviare la signora a un comportamento educativo più stabile e pacato, che eviti tanto l'acquiescenza paradossalmente lesiva perchè priva di sicurezza, quanto le esplosioni d'ira. Egli illustra i vantaggi pedagogici di un'affettività fondata sulla sicurezza almeno esibita. Consiglia così, durante il pianto notturno della piccola, che la madre intervenga diradando progressivamente le sue concessioni e limitandosi a qualche carezza e a qualche parola rassicurante, senza prendere in braccio la bambina. Preavvisa la madre che queste nuove modalità sembreranno all'inizio assolutamente prive di risultati, ma che la loro tranquilla continuazione produrrà infine l'effetto desiderato. Ciò infatti si verifica sul tempo, se pure dopo alternanze di collaborazione e di scoraggiamento da parte della signora.

CASO N. 3

T. L. è un bambino di ventiquattro mesi, figlio unico, nato a termine da parto pilotato. Ha avuto uno sviluppo somatico normale e psicomotorio assai precoce, mostrando subito una vivace intelligenza. Da circa due mesi presenta un disturbo veramente inconsueto: si rifiuta di defecare e trattiene le feci sino a prodursi coliche dolorose e ad emetterle con sofferenza. Anche qui i controlli clinici sono risultati negativi.

Il rapporto fra il terapeuta e il bambino è subito molto facile. Il piccolo mostra un particolare interesse per i giochi didattici, si impadronisce spontaneamente del materiale e impara da solo ad usarlo in modo appropriato. E' del tutto esente sia dal timore che dall'instabilità.

Nel primo colloquio con lo psicoterapeuta, la madre, una donna dal comportamento studiato e dall'espressione seria e molto attenta, si dichiara convinta che la diagnosi di affezione psicosomatica per i disturbi del figliolo sia errata. Afferma di essere sicura che si tratti di una malattia organica che i medici non hanno saputo individuare. Non le sembra infatti possibile che il bambino soffra di sintomi nevrotici poiché è stato allevato, con una stretta collaborazione fra lei e suo marito, seguendo accuratamente e in tutti i dettagli precise norme psicopedagogiche suggerite da alcuni manuali, che mostra con orgoglio. Esemplifica

dicendo che, proprio per quanto riguarda la defecazione, il piccolo è stato abituato prestissimo a sedersi sul vasino ogni giorno e sempre alle stesse ore. Tale metodo aveva dato ottimi risultati sino alla comparsa delle attuali, inspiegabili manifestazioni morbose. Aggiunge diversi altri esempi di regole educative da lei seguite con assoluta precisione.

A questo punto il curante, sollecitato dall'evidente ossessività della signora, esprime il desiderio di visitare la sua casa e in particolare la camera del bambino. Giunto in luogo, si trova di fronte a un locale dall'eccezionale pulizia, nel quale i giocattoli e gli oggetti sono disposti in ordine rigoroso. Stupito di non trovare quel tanto di disordine vitale che distingue una presenza infantile, il terapeuta chiede delucidazioni in merito. La madre, a sua volta stupita, afferma che suo figlio è molto intelligente e si è rapidamente adattato, dopo brevi contrasti e indispensabili piccole punizioni, a osservare le regole di pulizia e di efficienza che gli erano spiegate.

In una delle successive sedute, lo psicologo si informa sui rapporti interpersonali del bambino con i coetanei. La madre risponde che suo figlio aveva un solo amichetto (un vicino di casa) poi allontanato perchè sporco e disordinato.

I dati raccolti sono sufficienti per una limpida interpretazione dei fenomeni. Il bambino, ferito nelle sue esigenze sociali e già soffocato dalle troppe costrizioni, ha inconsciamente punito la madre proprio nel settore che aveva acquisito per lei di maggiore importanza: la defecazione ad orario prestabilito.

Meno facile si presenta il recupero, poiché le resistenze della madre, tenacissime, richiedono un'accurata analisi del suo vissuto, che qui ometto perchè non pertinente. Il trattamento ha esito positivo solo dopo un periodo di allontanamento del bambino, ospitato in un kinderheim per un mese. In questa sede i disturbi scompaiono abbastanza rapidamente e ciò persuade la madre della validità dell'interpretazione proposta. Aggiungo che, per prevenire una ricomparsa della sintomatologia al rientro del piccolo in casa, lo psicologo predispone alcuni indispensabili cambiamenti nella camera del bambino.