

Capitolo terzo

L'unità madre-bambino e la modalità di intervento ad orientamento psicoanalitico

(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)

3.1 L'osservazione dei bambini e delle loro madri

In psicologia clinica dello sviluppo si è verificato progressivamente uno spostamento dell'attenzione dalla comprensione del mondo interno del bambino, alla osservazione della relazione: le modalità di osservazione relazionale bambino-caregiver, utilizzate in ambito clinico, si diversificano a seconda della teoria di riferimento, pur avendo come obiettivo comune la focalizzazione sulla diade, come unità.

Nella clinica psicoanalitica Winnicott (1971b) osserva direttamente l'«unità madre-bambino» e dedica espressamente un suo testo a «I bambini e le loro madri» (1987), in cui riprende in modo specifico i temi fondamentali della complessità della relazione primaria, sviluppati durante tutta la sua attività scientifica. Il suo intervento, nel caso di disturbi della relazione, consiste in una «consultazione terapeutica», che è una metodologia di intervento strutturata attraverso diversi incontri: il terapeuta tiene in considerazione la relazione e il contributo dei genitori alla problematica del figlio, ma dirige il proprio intervento prevalentemente sul bimbo.

La Bick utilizza l'osservazione diretta: la sua attenzione è rivolta alla esperienza interiore del bimbo, alla descrizione di ciò che accade nell'interazione madre-bimbo e alle emozioni dell'osservatore; il funzionamento psichico dell'analista-osservatore è fondamentale per l'intervento clinico. Come Winnicott, considera la madre e il terapeuta «contenitori» dell'attività psichica del bimbo. Nella sua specifica metodologia dell'Infant Observation (Bick, 1964) il bambino e la madre sono oggetto dell'osservazione e riflessione da parte di un osservatore: il fulcro dell'osservazione è il comportamento e l'interazione del bambino e del-

la madre, che in questo modo può sperimentare se stessa in una relazione in cui è prevalente l'attenzione e l'alleanza terapeutica positiva.

Anche la Mahler (Mahler et al., 1975), descrive modalità di interazione e configurazioni patologiche madre-bambino attraverso l'osservazione diretta della diade e sviluppa interventi psicoterapeutici rivolti ai due membri, trattati però separatamente.

L'osservazione clinica condotta da Fraiberg (1980), Fraiberg et al., (1975), Seligman (1994, 1999), Liebermann (1991, 2006) e Pawl (Liebermann, Pawl, 1988, 1990) fa principalmente riferimento a modelli psicoanalitici postfreudiani, che si avvicinano a quelli relazionali della scuola inglese. È presente tuttavia un cambiamento nelle modalità di intervento clinico, rispetto a quelli classici: si opera sulla relazione con un trattamento congiunto bambino-caregiver.

Il modello ad orientamento psicoanalitico individua nelle rappresentazioni che i genitori hanno del bambino il focus teorico su cui rivolgere l'attenzione clinica: si possono strutturare modalità terapeutiche diverse, che tuttavia hanno come obiettivo finale comune il cambiamento delle rappresentazioni dei genitori nei confronti del loro bambino. Le rappresentazioni che interessano la clinica fanno riferimento al passato del genitore, alla rappresentazione attuale del genitore, alla rappresentazione del bambino e alla rappresentazione della relazione con lui: la finalità è raggiungere una modificazione di queste rappresentazioni attraverso una relazione terapeutica breve, che dovrebbe attivare nel caregiver un processo di cambiamento. Tale cambiamento dovrebbe avvenire in due fasi: prima è necessaria una modificazione della rappresentazione che la madre ha di se stessa nella relazione con il terapeuta (realizzata attraverso un'esperienza emotiva di attaccamento correttiva, che si basa sulla relazione terapeutica). Successivamente la rappresentazione modificata del proprio sé dovrebbe consentirle di entrare in relazione più positiva con il bambino. La possibilità offerta alla madre da questa comprensione è quella di utilizzare la responsività verso il bambino in modo più positivo, modificare le rappresentazioni delle relazioni interne conflittuali e aprirsi a nuove opportunità, in quanto questo consente un miglioramento nella relazione. Lo sviluppo del bambino può essere osservato anche dal terapeuta che può dare così un rimando positi-

vo alla madre e ciò conferisce una spinta ulteriore alla terapia materna stessa.

Le fantasie e i ricordi genitoriali occupano un posto centrale nei disturbi del legame genitore-bambino: i genitori trasferiscono nella relazione con il proprio bambino pattern di attaccamento vissuti nella prima infanzia. Questo modello può essere considerato trigerazionale in quanto vengono considerati i conflitti e le aspettative del genitore nei confronti dei propri genitori, che possono interferire nei rapporti con il bambino. Per raggiungere l'obiettivo della psicoterapia è necessario favorire una comprensione dei conflitti passati del genitore con i propri genitori e dei suoi sentimenti, nel presente, con il bambino: se i conflitti perdurano nel tempo possono collegarsi alle pratiche di cattivo accudimento, rivolte al bambino stesso. La modificazione delle rappresentazioni che i genitori hanno di se stessi e del loro figlio sono orientate a liberare i genitori dalle distorsioni di relazioni passate e dagli affetti rimossi, che coinvolgono in modo conflittuale la relazione attuale col bambino. Secondo l'autrice la maggior parte dei genitori vuole disperatamente comportarsi bene con i propri bambini e questo è fondamentale in quanto favorisce lo sviluppo positivo del lavoro terapeutico, in tempi ristretti, sia nella prima, sia nella seconda infanzia.

3.2 I fantasmi della nursery e l'intervento clinico

L'intervento terapeutico cerca di stabilire connessioni tra il passato e il presente, svincolando le rappresentazioni attuali da quelle del passato, liberando così «la stanza del bambino» dai fantasmi del passato del genitore, i cosiddetti «fantasmi della nursery» (Fraiberg, 1980). L'osservazione clinica è diretta, condotta in ambiente naturale, spesso a casa della diade. L'intervento, che si applica dalla nascita ai tre anni di vita del bambino, si propone di favorire una migliore espressione affettiva e risposte adeguate allo sviluppo del bambino, con modalità terapeutiche che partono dalle difficoltà attuali nella relazione e richiamano le esperienze relazionali infantili del genitore. Si utilizzano tecniche come i consigli diretti, l'aiuto concreto e le visite a casa: la Fraiberg propone una «terapia della cucina», utilizzando come setting l'ambiente di vita naturale

della famiglia, dove il terapeuta sviluppa il suo intervento, con una scansione temporale in genere settimanale. Le tecniche adottate dal terapeuta sono diverse: osserva e utilizza i comportamenti manifesti del bambino e dei genitori, oppure adotta la tecnica di «parlare» con la voce del bambino, per spiegare ai genitori quanto sta accadendo (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975; Fraiberg, 1980).

Nel processo di cambiamento ha molta importanza l'alleanza terapeutica col caregiver. L'attenzione è rivolta principalmente a liberare il rapporto con il bambino dalle fantasie e proiezioni dei genitori attraverso l'alleanza terapeutica: la relazione genitore-bambino viene considerata come un sistema interdipendente in cui i membri esercitano una influenza reciproca. La popolazione trattata dalla Fraiberg si trova in condizioni particolarmente svantaggiate e l'ostacolo maggiore al successo del trattamento terapeutico è in genere una relazione transferale negativa, che non consenta quella alleanza terapeutica fondamentale per il successo.

I processi di transfert e controtransfert sono fondamentali per la riuscita positiva del trattamento. L'approccio psicoterapeutico psicodinamico si propone di intervenire sul modello mentale genitoriale della relazione con il bambino: è possibile che nella relazione con lui, attraverso le rappresentazioni, vengano ripetuti i modelli delle prime relazioni con i propri genitori; con il terapeuta questi si manifestano attraverso il transfert. Il terapeuta ha la possibilità di utilizzare il proprio controtransfert per capire la percezione distorta che un genitore può avere del proprio bambino e pertanto può, nel momento più opportuno, interpretarla e rimandargliela, collegandola alle esperienze del passato del caregiver.

Particolare attenzione viene posta all'insight del genitore e alla sua capacità di acquisire una maggiore sensibilità e responsabilità, attraverso una differenziazione dal bambino, rispondendo ai suoi bisogni. La psicoterapia con la madre in presenza del bambino può favorire, attraverso l'insight del genitore, lo sviluppo della relazione, ma è molto importante che l'intervento possa essere applicato prima che il bimbo impari a parlare, cioè prima che possa intervenire nel discorso materno (Fraiberg et al., 1975), in quanto la madre si esprime più liberamente in presenza di un bambino piccolo. I sentimenti negativi di rabbia e disperazio-

ne del caregiver, verso il bambino, devono poter essere ricondotti a esperienze della propria infanzia: il bambino interiorizzato, da oggetto di transfert negativo, dovrebbe venire sostituito dal bambino reale, dipendente e bisognoso di accudimento.

Anche Seligman (1994, 1999a, 1999b), Liebermann (1991), Pawl (Liebermann, Pawl, 1988, 1990, 1993) e Zeanah (Liebermann, Zeanah, 1995) utilizzano una osservazione clinica diretta e un intervento caregiver-bambino, dai tre ai sei anni: questa modalità insieme a quella della Fraiberg, copre il periodo dello sviluppo evolutivo nei primi sei anni di vita.

La psicoterapia genitore-bambino si fonda su tre considerazioni fondamentali: le problematiche dei neonati e dei bambini vanno considerate nell'ambito delle relazioni, poiché il senso del sé del bambino si forma entro tali contesti; i fattori di rischio nei primi sei anni di vita si identificano entro le interazioni che il bimbo intrattiene con il contesto sociale; i valori culturali sull'accudimento dei figli vengono trasmessi transgenerazionalmente e sono spesso inconsci.

Il fine è raggiungere una modificazione nelle cure inadeguate che il genitore rivolge al bimbo, focalizzando l'attenzione sulle rappresentazioni mentali del genitore e sulla percezione che egli ha di sé e degli altri. L'obiettivo è costruire una serie di significati condivisi dal caregiver e dal bambino e focalizzare l'attenzione sull'esperienza che il bambino ha della relazione con il genitore e sulla sua fiducia nei suoi confronti, come fonte di protezione e sicurezza.

Anche Alicia Liebermann (2006) si basa su un approccio alla relazione del genitore con bambini in età prescolare: il bimbo e le sue emozioni sono il fulcro centrale del trattamento e l'obiettivo della psicoterapia è quello di integrare gli affetti negativi dei membri della diade, entro la relazione. La madre e il bambino vengono osservati insieme: il terapeuta prende in considerazione le esperienze soggettive che la madre ha di se stessa, attualmente e quelle del suo passato. Si fa riferimento anche alle prospettive della teoria dell'attaccamento: una funzione genitoriale positiva necessita di avere alla base una positiva relazione di attaccamento con le proprie figure genitoriali; questo è possibile se tale relazione inizia a svilupparsi col terapeuta.

L'intervento si concretizza attraverso un sostegno offerto al genitore, in particolare alla madre, che si trova in uno stato di disagio: la metodologia è quella delle sedute con-

giunte caregiver-bambino, in genere con cadenza settimanale, e le tecniche e gli strumenti utilizzati sono il gioco, gli interventi comportamentali, l'interpretazione verbale, per consentire al genitore una comprensione e una percezione dell'esperienza emotiva del bimbo. Il genitore, giocando con il bimbo, viene invitato ad attribuire un significato a ciò che entrambi stanno facendo insieme, interpretando dunque anche le necessità del bimbo, mentre il terapeuta rivolgendosi al bimbo gli fornisce spiegazioni del comportamento genitoriale.

Le interazioni vengono videoregistrate e poi riproposte ai genitori: rivedere le interazioni con il proprio bimbo, attraverso le videoregistrazioni, consente alla madre di poter riflettere sulle proprie esperienze affettive, mentre il terapeuta può aiutarla a esperire se stessa come persona e come madre buona attraverso l'interpretazione delle attribuzioni negative che lei ha su di sé e sul suo bimbo, e può sostenerla nel modificare le relative percezioni e rappresentazioni. Le modificazioni delle rappresentazioni sono un passaggio fondamentale perché la madre possa accedere a modificazioni significative dei suoi comportamenti.

Questo trattamento sembra avere maggiore efficacia per quelle diadi in cui il caregiver ha una capacità di insight maggiore e riesce ad accedere ai ricordi degli eventi passati: le esplorazioni delle rappresentazioni, durante il trattamento terapeutico, aiutano la madre a trovare nuove risorse in se stessa, come genitore e come adulto responsabile, oltre ad accedere a ulteriori scoperte sulle risorse del suo bimbo. Le modificazioni delle percezioni creano le condizioni per nuovi adattamenti e interazioni più positive nella diade. Intervenendo contemporaneamente sui due membri della coppia, il terapeuta si prefigge di favorire una condivisione delle esperienze affettive ed emotive e il cambiamento di comportamenti non adeguatamente regolati in entrambi i membri della diade. Il bimbo è partner attivo e la sua esperienza emotiva viene utilizzata nella relazione con il caregiver, con l'obiettivo di favorire una maggiore capacità di modulare e integrare i suoi stati affettivi, sostenuto dalla protezione dell'adulto che si prende cura di lui: i conflitti irrisolti dei genitori che hanno origine nella loro infanzia e gli attuali sentimenti verso il bimbo reale possono venire affrontati più facilmente entro l'anno di età

del bimbo, in quanto durante la seduta psicoterapeutica il genitore può esprimersi più liberamente in presenza di un bimbo piccolo.

Complessivamente in questo modello psicoanalitico, sviluppatosi a San Francisco, i fattori di cambiamento psicoterapeutico individuati dai diversi autori sono orientati prevalentemente sull'insight del caregiver rispetto ai propri conflitti e sulla loro modalità ambivalente di espressione nei confronti del bimbo (Fraiberg, 1980), sulle esperienze correttive di attaccamento che si trasmettono attraverso la relazione terapeutica e sulla possibilità di realizzare legami positivi tra i membri della diade (Liebermann, 1991).

3.3 Psicoterapia delle disarmonie interattive nei lattanti

Le modalità osservative e terapeutiche della Fraiberg e della Liebermann si diffondono in Francia tra gli psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico (Lebovici, 1983, 1989; Kreisler, Cramer, 1981).

Uno tra i primi ad introdurre la metodologia dell'osservazione diretta delle patologie somatiche dei lattanti in una prospettiva psicoanalitica è René Spitz (1946); successivamente Kreisler si occupa delle disarmonie interattive che possono evolvere negativamente in disturbi psicosomatici nei lattanti e rileva che il funzionamento interattivo è il regolatore dell'equilibrio psicosomatico (Kreisler, 1989). Le modalità di osservazione e terapeutiche di Kreisler si rifanno a quelle utilizzate sia da Spitz e poi da Winnicott, secondo i quali nello sviluppo del neonato è possibile individuare tre fasi in cui i disturbi psicosomatici possono manifestarsi: una prima fase alla nascita o nel primo trimestre di vita, una nel secondo semestre fino ai 12-15 mesi, durante il periodo dell'attaccamento e poi una terza che può protrarsi fino ai trenta mesi. Ogni fase è caratterizzata da disturbi peculiari: le coliche compaiono verso il dodicesimo, quindicesimo giorno, se le prime interazioni dopo la nascita non funzionano; possono cessare intorno al terzo mese quando compare nell'interazione con il caregiver il primo organizzatore psichico, il sorriso (Spitz, 1965). L'insonnia può presentarsi precocemente nel primo trimestre di vita, oppure essere tardiva, mentre nel secondo se-

mestre si possono presentare disturbi alimentari, con lo svezzamento e la conclusione dell'allattamento. Anche il secondo organizzatore psichico, l'angoscia per l'estraneo a 8 mesi, che ha una funzione di allertare per l'assenza della figura affettiva di riferimento e il terzo organizzatore psichico, intorno ai due anni, indicato da Spitz, come il «no», che il bambino utilizza per contrapporsi all'adulto e affermare la conquista della propria autonomia, sono indicatori di delicati momenti dello sviluppo psicologico e relazionale in cui possono manifestarsi disturbi psicosomatici, se insorgono problematiche interattive con il caregiver.

In questi approcci è prevalente l'osservazione diretta e naturalistica della relazione bambino-caregiver, e l'attenzione clinico-terapeutica viene focalizzata prevalentemente sulle rappresentazioni genitoriali e l'utilizzo del transfert: il transfert della madre implica l'individuazione delle sue rappresentazioni verso i propri genitori e verso il bambino che attraverso l'interpretazione possono evolvere e modificarsi.

Lebovici (1983) sottolinea come in gravidanza avvenga una «triadificazione» delle rappresentazioni del genitore come marito, partner e padre: si introduce il termine di «trasmissione generazionale» per indicare come nella madre si formano degli schermi di rappresentazione della propria madre, che hanno un ruolo fondamentale sul modo in cui una donna a sua volta sarà madre (Lebovici 1989).

L'osservazione delle interazioni bambino-caregiver avviene durante i colloqui: in presenza di disturbi o disarmonie interattive il terapeuta interviene e conduce l'intervento con la madre, mentre questa tiene in braccio il suo bimbo; la madre può parlare di sé, del suo passato e «del posto che nella sua vita occupa il bambino» mentre il terapeuta può seguire ciò che accade al lattante e vedere i suoi comportamenti, «che variano a seconda di quel che dice la madre»; si possono osservare direttamente i cambiamenti affettivi del neonato, a seconda del contenuto e delle modalità con cui la madre comunica e di come si sta svolgendo la psicoterapia. Lebovici sostiene che in queste terapie molto precoci si possono osservare cambiamenti sorprendenti che fanno ipotizzare che i «lattanti di pochi mesi comprendano il linguaggio della madre» (Lebovici, 1989, p. 8). Queste osservazioni possono venire videoregistrate e analizzate attentamente: attraverso i filmati e le tecniche del fermo-immagine è possibile seguire lo sviluppo complesso

degli scambi interattivi che non sempre sono percettibili. In presenza di disarmonie interattive nella diade, o di patologie psichiatriche della madre, in cui è manifesto un comportamento incoerente, la presenza di un terapeuta attento permette di dare un senso alle interazioni tra madre e neonato e di mantenere tra loro un contatto importante; il terapeuta si identifica con i due partner dell'interazione e può seguirli ed aiutarli entrambi contemporaneamente. Altri autori come la Françoise Dolto (1977) utilizzano tecniche analoghe: il terapeuta «assume» metaforicamente la voce del bambino e si rivolge alla madre comunicando con lei, «come se» il bimbo le stesse parlando. Con queste modalità, attraverso questa voce immaginaria, il terapeuta interpreta la situazione ai genitori, e poi si rivolge contemporaneamente anche al bimbo, utilizzando con lui aspetti paraverbali della comunicazione.

3.4 Gli «scenari della genitorialità» e la consultazione terapeutica

L'osservazione diretta della relazione madre-bambino piccolo in contesti naturalistici è la metodologia adottata anche da Palacio-Espasa e Cramer (1993): tale metodologia si inserisce all'interno di un modello psicoanalitico vicino a quello classico e si fonda su un intervento psicoterapeutico definito breve, focalizzato sulle rappresentazioni, sulle identificazioni e proiezioni dei genitori e sulla interpretazione dei conflitti infantili rimasti irrisolti nei genitori. Manzano, Palacio-Espasa, Zilkha (1999) utilizzano lo stesso termine winnicottiano di «consultazione terapeutica» anche se le modalità di trattamento sono diverse.

L'intervento terapeutico breve genitore-bambino si sviluppa a partire dagli anni '80 e ha ampia divulgazione soprattutto in Francia (Berger, 1986, 1987; Golse, 1990; Houzel et al., 1986; Sanchez-Cardenas, 1994; Cramer, Palacio-Espasa, 1993). La terapia si rivolge prevalentemente alle rappresentazioni che la madre ha di se stessa e del suo bambino (Cramer, Stern, 1988) e il lavoro del terapeuta parte da queste rappresentazioni per intervenire sulla interazione. L'intervento è definito breve per il numero limitato di incontri (da 3 a 12) con un periodo di trattamento che va da alcune settimane a diversi mesi.

Questo orientamento psicoterapeutico attribuisce molta

importanza all'influenza delle fantasie dei genitori nella vita psichica del bambino e all'influenza delle fantasie del bambino sui genitori e si propone di intervenire in età precoce, per evitare che una situazione difficile tra genitore e bambino si trasformi in una relazione conflittuale. Gli autori assumono il concetto di fantasie inconsce, dalla concettualizzazione della Klein (1932), e le considerano fondamentali nella formazione dell'identità del bambino; la psicoterapia è volta ad una trasformazione delle rappresentazioni inconsce materne, che possono favorire o no una modificazione dei comportamenti interattivi.

Manzano, Palacio-Espasa e Zilkha (1999) parlano di «scenari della genitorialità», modalità relazionali che si presentano differenti di volta in volta per i diversi figli e le diverse età. La genitorialità prima di essere reale è fantasmaticizzata nello sviluppo dell'individuo e viene elaborata fin dai primi anni della propria vita come componente psichica fondamentale.

L'obiettivo terapeutico è il cambiamento delle interazioni genitoriali: vengono prese in considerazione le rappresentazioni e i ricordi del passato della madre, non gli attuali comportamenti nell'interazione. L'azione terapeutica si focalizza sulle riflessioni di come la madre si sente rispetto agli eventi e di come li interpreta: l'osservazione diretta può essere videoregistrata; vengono osservate le sequenze comportamentali interattive tra la madre e il bambino, in cui possono essere rilevate tematiche conflittuali che sono espresse con modalità comportamentali e la sequenza interattiva conflittuale viene poi trattata come un sintomo (Manzano, Palacio-Espasa, 1982, 1989, 1998).

Con i genitori si effettuano colloqui clinici in cui le reazioni del bambino sono il fulcro su cui si orienta la riflessione e la discussione con i genitori durante gli interventi; dal comportamento del bambino si passa alla individuazione delle rappresentazioni dei genitori. Le interpretazioni delle rappresentazioni dovrebbero consentire un cambiamento nelle rappresentazioni stesse della madre e aiutarla a reagire meno negativamente al comportamento del bambino. Le rappresentazioni patologiche sono focalizzate generalmente su conflitti irrisolti che risalgono all'infanzia del genitore: questi conflitti costituiscono i temi centrali che vengono attivati all'interno della relazione genitore-bambino.

Le rappresentazioni materne subiscono modificazioni in concomitanza con l'evoluzione dello sviluppo del bambino: alla nascita del bimbo si ha una ristrutturazione delle rappresentazioni della propria vita passata e il genitore, soprattutto la madre, deve confrontarsi anche con un senso di perdita di questo passato, per poter assumere le dimensioni future. Questo stato affettivo è connotato spesso da profonda tristezza, che secondo gli autori può rendere più vulnerabile la donna alla depressione post-partum (Manzano, Palacio-Espasa, 1981). La psicoterapia si può utilizzare nel periodo del puerperio, in cui è possibile che si verifichino due principali cambiamenti psichici nella donna: uno relativo all'attribuzione di senso al neonato e l'altro che comporta una introiezione delle rappresentazioni proiettate sul bimbo che danno origine a una nuova nascita del bambino stesso. Le madri che ricercano una psicoterapia in questo periodo sono quelle che maggiormente hanno risentito della nascita del proprio figlio e hanno necessità di attivare un investimento affettivo su di lui: sono esemplificativi gli stati di depressione nel puerperio in cui si verifica la necessità per la madre di includere nel proprio funzionamento psichico la rappresentazione mentale del bimbo.

Per poter assumere pienamente il ruolo genitoriale la madre e il padre devono poter attribuire significati e investire emotivamente ed affettivamente il proprio bimbo, attraverso quelle rappresentazioni preconsce e inconsce, a cui possono attingere. Il figlio diventa il ricettacolo delle proiezioni delle immagini della loro infanzia e un esito positivo o patologico dello sviluppo di questa relazione primaria dipende dalle modalità di incontro tra il bimbo e l'infanzia dei suoi genitori. L'intervento viene attuato in un particolare momento, di cambiamento di ruolo, in cui le difese dei genitori sono messe in discussione e prevalgono sentimenti di disorientamento e di ansia, che possono maggiormente motivare al cambiamento.