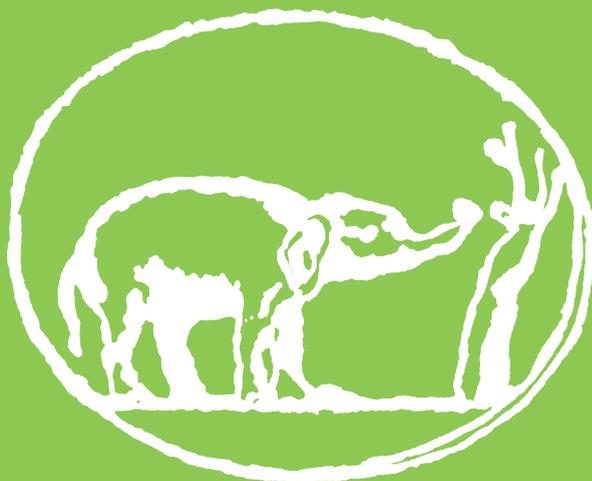


Camilla Albini Bravo
Stefania Baldassari
Catia Bufacchi
Maura Catucci
Livia Crozzoli
Pier Claudio Devescovi
Gilda Malinconico
Nicola Malorni
Francesco Montecchi
Nadia Neri
Gloria Soavi
Adriana Viotti

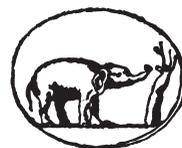
a cura di
Nicola Malorni

Inizi difficili



casa editrice
astrolabio

rivista di psicologia analitica
nuova serie



rivista
di psicologia
analitica
Nuova serie n. 47
Volume 99/2019

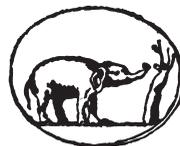
casa editrice astrolabio

Rivista di Psicologia Analitica

nuova serie

A cura di
Nicola Malorni

Lucia Aite
Camilla Albini Bravo
Stefania Baldassari
Catia Bufacchi
Maura Catucci
Livia Crozzoli
Pier Claudio Devescovi
Gilda Malinconico
Nicola Malorni
Francesco Montecchi
Nadia Neri
Gloria Soavi
Adriana Viotti



Inizi difficili

Redazione

Paolo Aite, Stefano Carrara, Stefano Carta, Pier Claudio Devescovi, Pina Galeazzi, Romano Màdera, Alessandro Macrillò, Angelo Malinconico, Nicola Malorni, Barbara Massimilla, Daniela Palliccia, Clementina Pavoni, Lella Ravasi Bellocchio.

Direzione

Paolo Aite (Responsabile)
Stefano Carta
Angelo Malinconico
Barbara Massimilla

Segreteria di redazione

Roberta Canton

Comitato Scientifico Internazionale

Eugenio Borgna (Novara), Ricardo Carretero Gramage (Palma di Maiorca), Domenico Chianese (Roma), Christian Gaillard (Parigi), René Kaës (Lione), Donald Kalshed (New York), Renos Papadopoulos (Londra), Andrea Sabbadini (Londra).

La Rivista di Psicologia Analitica è riconosciuta come pubblicazione di elevato valore culturale dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

©2019 Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma

redazione@rivistapsicologianalitica.it
www.rivistapsicologianalitica.it
https://www.facebook.com/rivistapsicologianalitica

N° iscrizione ROC: 16139

ISSN 0392-9787

Registrazione Tribunale di Roma n. 210 in data 3 maggio 1996

Periodicità semestrale

INDICE

Gli inizi difficili e i tentativi di cura	di Nicola Malorni	>>	9
Gli inizi difficili della vita	di Lucia Aite	>>	19
Fecondazione assistita e dinamiche familiari. Teatri interni di un'adozione particolare	di Camilla Albini Bravo e Pier Claudio Devescovi	>>	29
Prendersi cura dei genitori	di Nadia Neri	>>	39
Il lutto e i bambini. Il lutto protegge dalla sofferenza?	di Livia Crozzoli	>>	45

Incontrando l'insostenibile pesantezza dell'esserci di Stefania Baldassari	>>	67
Come aiutare i bambini a superare il trauma della violenza intrafamigliare di Gloria Soavi	>>	89
Gioco della sabbia e le eresie creative: oltre l'individuo di Catia Bufacchi, Maura Catucci, Francesco Montecchi	>>	105
L'importanza del padre nel processo di individuazione di un bambino di Nicola Malorni	>>	125
L'infanzia difficile: Giulia e il Centro VATMA di Adriana Viotti	>>	141
Sostegno alla genitorialità e violenza di genere di Gilda Malinconico	>>	157

recensioni

Giulio Gasca, Carola Palazzi Trivelli,
La schizofrenia nel test di Rorschach. Un'analisi di 124 protocolli,
FrancoAngeli, Milano, 2018
Ilaria Anecchini >> 171

Ivan Paterlini,
Scenari interiori. Il gioco della sabbia tra psicosi e creatività
Mimesis, Milano, 2018.
Andrea Arrighi >> 179

Silvano Tagliagambe e Angelo Malinconico,
Tempo e sincronicità. Tessere il Tempo
Mimesis, Milano, 2018
Stefano Carta >> 183

Giuseppe Zanda,
Luci e ombre. Protagonisti (noti e meno noti) della storia della psicoanalisi
Edizioni ETS, Pisa, 2018
Pier Claudio Devescovi >> 187

gli autori >> 193

Gli inizi difficili e i tentativi di cura

Nicola Malorni

... e io ho visto che le radici della psiche e del destino si spingono più a fondo del “romanzo familiare”, e che non solo i figli, ma anche i genitori non sono che rami di un grande albero.

C.G. Jung,
L'importanza del padre nel destino dell'individuo

Le parole di Jung spesso risuonano come monito a una responsabilizzazione individuale e collettiva verso il genere umano. Non siamo che “rami di un grande albero”: riconoscere l'importanza delle *relazioni* nel destino dell'essere umano è stata una delle più importanti conquiste della nostra cultura e, certamente, la condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, sempre difficile da avvicinare, comprendere e tutelare adeguatamente, è tra i temi che maggiormente dovrebbero essere attenzionati dalle scienze psicologiche e sociali, nonché dalle politiche di *welfare* e di promozione della salute. Mentre l'interesse per la psiche del bambino e dell'adolescente si va via via espandendo e approfondendo nell'ambito delle cure psicologiche, grazie alla varietà di situazioni cliniche che quotidianamente incontriamo nel nostro lavoro, la condizione di tanti giovani

nel nostro Paese ci appare costellata spesso di “inizi difficili”: si tratta di percorsi evolutivi che risentono profondamente dei mutamenti della società e delle varie crisi che la riguardano, fra cui certamente risalta quella delle funzioni della madre e del padre, degli educatori, come anche dei servizi territoriali di tutela e promozione della salute in genere. Penso alla fragilità dei legami familiari e del sentimento di coesione sociale legata alla sempre più alta incidenza di separazioni coniugali con esiti spesso conflittuali, all’isolamento intergenerazionale indotto dalla massiva diffusione delle nuove tecnologie, alla marcata incidenza di violenza nell’ambito delle relazioni familiari, alla diffusione emergenziale delle dipendenze patologiche tra i giovani e i giovanissimi che non riguardano ormai più soltanto le “droghe” o l’alcol, ma finanche il “gioco”, che fino a qualche decennio fa eravamo abituati a narrare primariamente in riferimento alla creatività, alla vita simbolica, alla trasformazione. Registriamo in questi ultimi decenni nei nostri studi privati o negli ambulatori di psicologia, di neuropsichiatria infantile e psichiatria del Servizio Pubblico, un numero sempre maggiore di condizioni di marginalità o *borderline*, di disturbi di personalità di tipo narcisistico, disturbi della condotta in senso oppositivo o di discontrollo degli impulsi, anche in bambini dei primi anni della Scuola dell’Infanzia.

Assistiamo ad “inizi difficili” oscurati spesso dalle eclissi delle funzioni genitoriali ed educative e attenzionati da servizi pubblici di cui registriamo impreparazione, carenza di risorse finanziarie e di personale, assenza di programmazione nel lungo termine a valenza soprattutto preventiva: così, mentre il confronto con il “limite” è spesso in grado di scatenare reazioni di aggressività incontrollata etero- e auto-diretta nei giovani o nelle famiglie, o l’assenza e la carenza di confini generazionali stabili determina talvolta un’accelerazione dei processi di identificazione con figure adulte, con conseguente assimilazione di tratti “adultomorfi” deleteri per la salute psichica e per lo sviluppo della personalità, allo stesso modo anche i servizi territoriali si confrontano drammaticamente con altre esperienze “limite”, tendendo ad “agire” spesso in emergenza, replicando prassi obsolete per nuovi bisogni emergenti, rispondendo prevalentemente all’esigenza di contenimento della spesa

sanitaria piuttosto che a politiche di promozione della salute, prospettiche e ad ampio raggio.

Molteplici sono gli “inizi difficili” di bambini e adolescenti che costringono le scienze psicologiche a un confronto continuo e necessario tra la tradizione e l’evoluzione, tra le “buone prassi” consolidate e le sperimentazioni necessarie, tra le concettualizzazioni sempre vacillanti dell’ortodossia e le attitudini “visionarie” dell’eterodossia. Emergono nuovi bisogni, si affrontano nuove crisi, tutto sembra mutare con una velocità impressionante: la psicologia deve quindi adattarsi al cambiamento, interrogandosi continuamente, mutando a sua volta. Non è un caso che, tra i diversi ambiti di intervento della psicologia, il nostro Paese abbia recentemente varato una specifica norma nazionale (inserita nel Disegno di Legge n. 1315/2019, cosiddetto “Decreto Calabria”, approvato il 30 maggio 2019) che stabilisce che nell’*équipe* che opera insieme al medico di medicina generale nel *sistema territoriale delle cure primarie* vi sia anche lo psicologo che potrà implementare i servizi di promozione della salute accanto al medico di famiglia.

Ricordo le parole di Antonio Vitolo all’VIII seminario residenziale dell’Associazione Italiana di Psicologia Analitica (AIPA) tenutosi a Pistoia nel novembre 2007, che riporto: “Basti qui l’accento sul *piccolo* inteso quale concetto poliedrico, che implica sia la biologia, sia l’antropologia, e, del pari, un orizzonte metaforico, poiché *piccolo* è per Jung ciò che nell’alchimia, nella storia delle religioni, nella mitologia, introduce la *realtà della trasformazione* [...]”.

Il “piccolo” implica un approccio alle cure interrogante, dialettico, autenticamente simbolico nel senso riconosciuto da Jung al Simbolo e perciò disposto ad accogliere l’intrinseca incompiutezza del senso presente (1). Le psicologie del profondo condividono ormai diffusamente l’assunto che ogni individuo, a qualunque età, vive immerso nella relazione col mondo, e hanno dovuto superare, per dirla con Dina Vallino, quelle idee grossolane che avevano rischiato di assurgere a dogmatica convinzione “sullo stato intrapsichico infantile, come se fosse appeso nel vuoto e non collegato al rapporto con i genitori” (2) e con la collettività.

La Psicologia Analitica, in verità, non ha mai ceduto, nei diversi ambiti teorico-clinici esplorati, alla fascinazione di

1) U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano, 1996.

2) D. Vallino, *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*, Borla, Roma, 2009, p. 68.

paradigmi statici e rassicuranti, a discorsi conclusivi “sulla” psiche, risultando invece più incline ad innestare laboratori “visionari” di nuove “considerazioni psicologiche” (3) e sperimentazioni cliniche. Diverse esperienze narrate in questo numero da autori junghiani sono la diretta testimonianza del fermento creativo del “crogiuolo junghiano”. *L'imprinting* (per usare un termine etologico) a tale approccio, insieme “pluralistico” e prospettico alla psiche, fu dato dallo stesso Jung che, teorizzando a partire dallo studio dei sogni infantili un bambino dotato di un proprio progetto di sviluppo individuale sin dalla nascita (4, 5, 6, 7), aveva anche anticipato importanti teorizzazioni sull'influenza dei genitori e delle relazioni sociali sullo sviluppo della psiche infantile, fino all'ipotesi di un primitivo psichismo fetale originariamente relazionale e fondato su basi archetipiche. Era il 17 ottobre del lontano 1911 quando, da Caserma San Gallo ove svolgeva il servizio militare, scriveva in risposta a una lettera di Sigmund Freud:

Caro professore, [...] Sono felicissimo per questo contributo, poiché quadra molto bene con certe altre osservazioni che mi spingono a ipotizzare che i cosiddetti «ricordi precoci d'infanzia» non sono affatto individuali, ma filogenetici. Mi riferisco naturalmente alle primissime reminiscenze come la nascita, il poppare, ecc. Vi sono cose che si possono spiegare solo in senso *intrauterino*: buona parte della simbologia dell'acqua, poi gli attorcigliamenti e gli avviticchiamenti, che sembrano legati a singolari sensazioni epidermiche (cordone ombelicale e avviluppamento amniotico) [...] Credo che si arriverà a vedere in futuro che un'incredibile quantità di cose, molte più di quante immaginiamo ora, sono reminiscenze filogenetiche. (8)

Intuizioni che oggi, più che mai, tornano a dominare la riflessione corale e interdisciplinare sullo psichismo infantile e adolescenziale, come se – riprendendo le parole di Mauro Manica e Maria Grazia Oldoini in *Fearful Symmetry. Spaventose simmetrie – Psicoanalisi e stati primitivi/creativi della mente* (9), il crogiuolo alchimistico junghiano avesse non solo “ispirato in un modo preconsapevolmente diffuso la riflessione bioniana, dove diversi elementi germinali del pensiero di Jung si sono innestati, si sono innicchiati e sono

3) M. Trevi, *Per uno junghismo critico*, Bompiani, Milano, 1987.

4) C.G. Jung (1926-46), “Psicologia analitica ed educazione”, *Opere*, Vol. XVII, Boringhieri, Torino, 1981.

5) C.G. Jung (1927-31), Prefazione a F.G. Wickes, “Il mondo psichico dell'infanzia”, *Opere*, Vol. XVII, Boringhieri, Torino, 1981.

6) C.G. Jung (1928), “Sviluppo ed educazione del bambino”, *Opere*, Vol. XVII, Boringhieri, Torino, 1981.

7) C.G. Jung (1934), “Il divenire della personalità”, *Opere*, Vol. XVII, Boringhieri, Torino, 1981.

8) W. McGuire, *Lettere tra Freud e Jung*, Princeton University Press, New Jersey, 1974, lettera 275 J.

9) M. Manica e M.G. Oldoini, *Fearful Symmetry. Spaventose simmetrie – Psicoanalisi e stati primitivi/creativi della mente*, Celid, Torino, 2018, p. 53.

evoluti”, ma avesse disseminato un po’ ovunque recipienti, *vas*, capaci di accogliere intuizioni embrionali di cui ancora oggi tentiamo di dispiegarne il senso.

Evitando, infatti, la costruzione di un modello teorico “forte” sulla *prima metà della vita* incentrato sulla dimensione esclusivamente intrapsichica e personale, e preferendo diversamente la cautela metodologica insita nel dialogo aperto con altre “psicologie” (a partire, con il giovane Jung, da quella freudiana e adleriana soprattutto) e discipline attigue (dalla biologia alla mitologia, allo studio delle religioni, all’antropologia), Jung ha inaugurato di fatto il modello relazionale oggi egemone nel panorama culturale interdisciplinare: facendo riferimento non soltanto all’ambiente di vita attuale e alla dimensione personale del bambino, ma anche alla dimensione collettiva inconscia, transgenerazionale, ove spesso vediamo radicare l’organizzazione delle manifestazioni patologiche nei bambini e negli adolescenti, il modello junghiano si rivela oggi un modello – per dirla con Daniel J. Siegel – “*consigliante*”, ossia capace di far convergere conoscenze provenienti da differenti campi del sapere (10).

10) D.J. Siegel (2012), *La mente relazionale – Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2013, p. 1.

Jung propose un approccio analitico tratto dallo studio delle immagini del *Rosarium Philosophorum* riconoscendo all’essere umano notevoli capacità innate di relazione con gli altri, a partire dalla vita intrauterina, e giungendo ad estremizzazioni come la nota convinzione secondo cui il modo migliore per trattare un bambino fosse quello di intervenire sul suo nucleo familiare, e in particolare sui genitori:

La concezione della psiche implicita in questa raffigurazione vede dunque in essa una sostanza per metà corporea e per metà spirituale, un’anima di media natura, come la definiscono gli alchimisti, un essere ermafrodito unificatore degli opposti, essere che nell’individuo non è mai completo se non v’è relazione con gli altri individui. L’uomo senza relazioni non possiede la totalità, perché la totalità è raggiungibile solo attraverso l’anima, la quale dal canto suo non può esistere senza la controparte che si trova sempre nel Tu. La totalità consiste nella combinazione di Io e Tu, che appaiono come parti di un’unità trascendente la cui essenza non può essere affermata che simbolicamente (11).

11) C.G. Jung (1946), “La Psicologia della traslazione”, *Opere*, Vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981, p. 250.

Compito primario e inderogabile nella *prima parte della vita*, era infatti per Jung il processo di adattamento che comprende prevalentemente infanzia e adolescenza (pur non estinguendosi in esse), cui contribuiscono in modo significativo le vicende che hanno segnato il trans-generazionale familiare, lo stato di salute dei genitori, lo stato mentale della madre in gravidanza, i complessi psichici dei genitori, la qualità affettiva della loro relazione col figlio o la figlia, la qualità affettiva della loro relazione di coppia, il loro stesso processo di individuazione.

Con l'apporto delle neuroscienze, abbiamo appreso nelle ultime decadi come i bambini vengano al mondo con un bagaglio di informazioni genetiche che regolano l'organizzazione generale delle strutture cerebrali, ma le loro esperienze di vita possono decidere quali geni vengano attivati ed espressi, come e quando. Se, infatti, l'espressione genica porta alla sintesi di proteine che consentono la crescita neuronale e la creazione di nuove sinapsi, saranno le esperienze ad influenzare direttamente le modalità espressive dei geni (*epigenesi*), ovvero a modificare le molecole che controllano la loro espressione fino a trasmetterle, potenzialmente, di generazione in generazione attraverso alterazioni regolatorie negli spermatozoi e nelle cellule uovo (12). La pratica analitica con bambini e adolescenti costringe a dinamizzare continuamente le nostre rappresentazioni della psiche; esse, per loro natura, tendono, a stabilizzarsi in strutture più o meno coerenti ma tendono anche a destrutturarsi di fronte al mutamento inarrestabile del mondo, della società, della famiglia, dell'Altro da sé cui l'infanzia e l'adolescenza, in particolare, sono esposte in modo peculiare. Originariamente collocato nel pensiero junghiano tra la dimensione transgenerazionale e la dimensione familiare o ambientale, il Bambino ha sollecitato soprattutto nei post-junghiani, dato il preminente interesse di Jung per la *seconda metà della vita*, la costruzione di un sistema di modelli diversificati, basato su un grosso impegno di ricerca e di scambio a livello internazionale: le iniziali formulazioni teoriche di Jung hanno permesso, infatti, la realizzazione di un modello teorico complesso della psiche che si è avvalso anche di contributi provenienti da altre scuole di psicologia del profondo.

12) D.J. Siegel (2012), *op. cit.*, p. 21.

Così, a partire dalle ipotesi junghiane di una struttura archetipica della mente che hanno continuato ad esercitare un notevole influsso sulla produzione teorica dei post-junghiani (da Neumann ad Hillman per citare i rappresentanti più noti), si è approdati a modelli di integrazione feconda fra la teoria archetipica, la teoria psicoanalitica, le scoperte derivate dall'osservazione infantile e le recenti scoperte nell'ambito neonatale e neuroscientifico. Particolarmente fertile è risultata, infatti, l'influenza dell'*Infant e Young Child Observation*, secondo l'impostazione di Esther Bick della Tavistock Clinic di Londra: non è un caso se proprio sull'osservazione del neonato e del bambino si incardina in Italia una delle articolazioni della formazione analitica istituita nel training infantile dell'AIPA dal 1987, riconoscendo a questa specifica metodologia un'importanza fondamentale per la cura del bambino e della triade familiare sin dalle prime fasi di vita, tematiche che sono state approfondite anche in questo numero della Rivista con riferimento in particolare ai neonati prematuri, ai lutti nell'infanzia, alla procreazione assistita, alla terapia della diade o triade genitori-bambino/a.

Attualmente, con il riconoscimento delle predisposizioni innate e delle capacità del bambino nella strutturazione della relazione con la madre avvenuto anche in altre scuole di psicologia infantile (13), l'interesse comune alle diverse scuole analitiche si è andato spostando sullo studio dell'intersoggettività.

A testimoniare la creatività del pensiero junghiano, vi è soprattutto il percorso dello strumento terapeutico del Gioco, diffusamente studiato dai post-freudiani ma approfondito in modo originale dalla junghiana Dora Kalff e da numerosi analisti junghiani nella peculiare variante del *Gioco della Sabbia* che, com'è noto, si è andato diffondendo, a partire dall'originario campo di applicazione ai bambini e agli adolescenti, anche nell'ambito delle cure rivolte agli adulti, alle famiglie, ai gruppi (14, 15, 16, 17, 18, 19).

L'ampia produzione teorica degli ultimi decenni sulla meto- dica analitica del Gioco della Sabbia, come testimoniano diversi autori di questo stesso numero, ha posto al centro dell'interesse teorico-clinico e di ricerca la possibilità di facilitare la capacità di rappresentazione dei vissuti emozio- nali profondi dei pazienti nell'intersoggettività dell'incontro

13) D.N. Stern (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

14) P. Aite, *Paesaggi della psiche. Il Gioco della Sabbia nell'analisi junghiana*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002.

15) A. Malinconico, M. Peciccia, *Al di là della parola- vie nuove per la terapia analitica delle psicosi*, Magi, Roma, 2006.

16) A. Malinconico, "Sognare, giocare, come risognare. Nuovi scenari per l'analisi junghiana", in Donfrancesco A. e Venier M.A., a cura di, *Il gesto che racconta. Setting analitico e Gioco della Sabbia*, Magi, Roma, 2007.

17) A. Malinconico e N. Malorni, *Psiche mafiosa-immagini dal carcere*. Edizioni Magi, Roma, 2013.

18) A. Malinconico, *Psicologia Analitica e Mito dell'Immagine - Dialogando con Paolo Aite*, La Biblioteca di Vivarium, Milano, 2017.

19) F. Montecchi, "Famiglia reale e archetipo familiare", in F. Montecchi (a cura di), *Il "gioco della sabbia" nella pratica analitica*, FrancoAngeli, Milano, 1997.

terapeutico tra analista e analizzando/i mediato dal gioco, apportando ulteriori dati a supporto della teorizzazione junghiana del ruolo fondamentale dell'immagine in analisi e dell'intersoggettività nella cura analitica: è noto, infatti, come Jung abbia inaugurato l'interesse per il processo immaginativo che già lui collocava nella corporeità e all'interno della relazione primaria come nel campo dinamico dell'incontro analitico (20, 21, 22, 23, 24, 25).

Proprio come avviene nell'incontro in adolescenza tra la generazione dei genitori e quella dei figli, o nella primissima infanzia tra la puerpera e il neonato, anche la Psicologia è chiamata a confrontarsi continuamente con le proprie rappresentazioni di sviluppo e di cure possibili: un equilibrio difficile, da cercarsi continuamente tra l'eccitante bramosia della vita che si autoafferma e la necessità del legame con le radici di un passato, prossimo o più remoto, stabilizzate e rassicuranti; vi è il richiamo ancora forte dello stato fusionale della psiche gravida, da una parte, e la spinta in avanti, dall'altra, di una realtà che si rivela continuamente "Altra", attrattiva e al contempo perturbante.

Gli scritti contenuti in questo volume hanno l'indubbio merito di testimoniare, da prospettive teoriche e metodologiche diverse e al contempo affini, questo processo continuo di incontro/confronto con la complessità del bambino e dell'adolescente, delle famiglie e delle coppie genitoriali, in una società che è in continuo mutamento. Parlano gli Autori, ognuno dalla propria prospettiva, dei diversificati "inizi difficili" della vita come la nascita, l'ingresso a scuola, l'incontro amoroso, la costruzione dell'autonomia economica, e poi le mille separazioni, le violenze, la malattia, la morte.

Gli "inizi difficili" costellano le nostre vite (e al contempo i nostri percorsi professionali) declinando l'esperienza simbolica dell'incontro con l'Alterità in forme mai estinguibili, in tensione continua tra le relazioni intersoggettive e la coesione del Sé. Sono ambiti che ci sollecitano ad essere tutti in una certa misura nomadi, cercando un possibile equilibrio tra la natura stantia dei nostri accomodamenti e la continua attrattività di un pensiero migrante e divergente. L'infanzia e l'adolescenza ci hanno costretti ad abbandonare l'illusione di un pensiero unico e di una teoria "forte"; ci sollecitano a rivedere continuamente la teoria della tecnica facendoci

20) C.G. Jung (1935), "Principi di psicoterapia pratica", *Opere*, Vol. XVI, Torino, Boringhieri, 1981, p.7.

21) C.G. Jung (1929), "I problemi della psicoterapia moderna", *Opere*, Vol. XVI, Torino, Boringhieri, 1981, pp. 79-80.

22) *Ibidem*, p.80.

23) *Ibidem*

24) *Ibidem*, p. 70.

25) C.G. Jung (1946), *op. cit.*

comprendere come tutto ciò che appare come rottura del setting, acting in o “eresia”, è espressione di un bisogno di trasformazione, è un atto comunicativo che richiede la capacità di interrogarsi e di leggere simbolicamente, unica via per la soggettivazione vitale e quindi per l’Individuazione.

La domanda di aiuto che le famiglie e i giovani portano alla Psicologia è innanzitutto quella di poter essere accolti, potendo essa restare aperta e insatura. Essi ci pongono di fronte alla necessità di accogliere i mutamenti antropologici, sociali e psichici che la nostra società implica e questo numero della Rivista è la nostra risposta ad un appuntamento non più rinviabile con una riflessione, che resta certamente non esaustiva e consapevolmente insatura, sullo “stato dell’arte” delle scienze psicologiche in questo particolare ambito, beneficiando del dialogo tra visioni teoriche e pratiche cliniche differenti, le cui radici stabilmente affondano nei contesti specifici che le hanno accolte e fatte declinare nei diversi ambiti educativo, sanitario, giuridico, sociale. Così che ogni “inizio difficile”, ogni crisi, possa essere anche un tempo unico e irripetibile, organizzatore del nostro funzionamento psichico e dei nostri “laboratori auspicabilmente visionari” di possibili – ricordando le parole dense di Paolo Aite - “tentativi di cura analitica”.

Gli inizi difficili della vita

Lucia Aite

Cercherò di condurvi nella realtà particolare della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) facendo riferimento alla mia esperienza a contatto con il neonato affetto da malattia inguaribile o potenzialmente mortale e con i suoi genitori.

La TIN è una terra di confine e l'ultima barricata prima della morte o passaggio verso la vita; un luogo dominato dal fare, in cui vita e morte sono palpabili e concrete. Il fare degli operatori e dei genitori in TIN è fortemente contaminato dall'angoscia di morte che circola nel campo, angoscia che in genere non ci si sofferma ad ascoltare, delimitare, condividere e riconoscere.

I progressi scientifici e tecnologici degli ultimi cinquant'anni hanno profondamente cambiato la realtà delle TIN determinando sia un notevole miglioramento della probabilità di sopravvivenza dei neonati con gravi patologie che un approccio diverso al neonato e alla sua famiglia. In particolare, l'avvento della procreazione medicalmente assistita, della diagnosi prenatale e la possibilità di diagnosticare in epoche sempre più precoci della gravidanza molte anomalie congenite ha creato nuovi scenari sia per i curanti che per i genitori. Anche l'avvento negli ultimi venti anni delle cure palliative perinatali ha determinato il passaggio da un approccio volto esclusivamente al mantenimento in vita a un altro volto alla cura della vita anche a discapito della sua durata. Si è passati da una filosofia assistenziale orientata

alla malattia in cui la sopravvivenza “*tout court*” è ciò che più conta ad una orientata alla persona, che prende in considerazione la qualità della vita e vede alcuni tipi di sopravvivenza gravemente compromessa come più negativi della morte stessa.

In virtù di questo cambiamento, è considerevolmente aumentata in TIN la percentuale di decessi conseguenti all’attenuazione delle cure intensive e al non inizio delle stesse. Di conseguenza sempre più spesso genitori e curanti si trovano a riflettere e a confrontarsi insieme per cercare di comprendere che cosa significa fare il bene di quel neonato e in base a quale criterio - sopravvivenza o qualità della vita - determinare l’appropriatezza delle cure, visto che fare tutto ciò che è tecnicamente possibile non sempre significa fare il bene del neonato (1).

Scoprire in gravidanza che il feto ha una anomalia congenita

La comunicazione della diagnosi rappresenta per i genitori un evento traumatico, un vero e proprio terremoto che modifica in modo drastico il processo di preparazione mentale, affettivo e materiale che in genere caratterizza la gravidanza. “È come se il mondo mi fosse crollato addosso, non sapevo più dove ero e in che direzione andare”. Il futuro non è più denso di promesse e progetti ma diventa minaccioso, carico d’incognite che fanno bruscamente evaporare la gioia e la speranza.

L’incontro inatteso con la patologia di un figlio, non ancora nato, fa sperimentare ai futuri genitori la perdita del bambino atteso e immaginato fino ad allora e nello stesso tempo attiva angosce di perdita: “Il mio bambino vivrà? Riuscirà a sopravvivere?”; “Quel giorno tutto è cambiato. Ho smesso di parlargli, di accarezzare la mia pancia, di pensare alla futura vita insieme” (2).

Il processo di elaborazione emotiva che i genitori sono chiamati a compiere per affrontare il dolore psichico legato alla perdita richiede tempo, così come l’incontro con il bambino che i curanti presentano alla coppia. Un bambino reso molto reale dalle ecografie e dai controlli serrati a cui viene sottoposto e dall’altra un figlio e una vita insieme difficili da imma-

1) L. Aite, *Il dolore alle soglie della vita: dilemmi etici e necessità del dialogo in TIN*, Bollati Boringhieri, Torino, 2017.

2) L. Aite, *Culla di parole*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

ginare. Ecco le parole di una madre: “Speravo con tutta me stessa che potesse farcela, a tratti ci credevo, ma ho scelto di non comprare nulla per mia figlia, non volevo trovarmi nella condizione d’averne una stanza, dei vestiti, dei giochi per una bimba che forse non avrei mai portato a casa”.

Di fatto i genitori a seguito della comunicazione della diagnosi si trovano spesso confrontati con molteplici scelte: fare o meno indagini genetiche, proseguire o meno la gravidanza, decidere a chi rivolgersi sia per essere aiutati a comprendere il problema che per concordare un piano di cura da mettere in atto in epoca neonatale (3).

Da un lato la coppia sotto shock vive emozioni intense, graffianti, travolgenti che possono almeno temporaneamente mettere fuori uso il pensiero dall’altra si trova a dover pensare, a interrogarsi, ad ascoltarsi per comprendere cosa sente di poter e voler fare. Ecco il lacerante conflitto espresso da alcune mamme: “Non posso fare altro che portare avanti la gravidanza, penso che non sia la cosa giusta da fare ma non riesco a togliergli la vita”, oppure “sono già irrimediabilmente legata a lei, non potrei mai, per nessuna ragione al mondo, decidere di non farla venire alla luce”.

Secondo la letteratura internazionale i fattori che portano la coppia a proseguire la gravidanza sono: la scoperta tardiva della diagnosi, l’incertezza diagnostica, sentire la vita del proprio figlio un bene non disponibile e l’intensità del legame stabilito con il nascituro.

Lo psicanalista M. Soulè (4) suggerisce che l’èquipe che segue la coppia durante la gravidanza può essere vissuta dalla donna in attesa come una madre onnipotente e castratrice poiché è l’unica che le può dire come sta il suo bambino e che può assicurarne la sopravvivenza. I genitori che sperimentano una qualità e quantità di emozioni caratterizzate da un “troppo”, non suscettibile di elaborazione mentale, in alcuni momenti sembrano vivere quelli che Shirley Hoxter (5) chiama stati di “sapere e non sapere”, che impediscono una piena integrazione di sentimenti e pensieri riguardo le condizioni del figlio.

Sappiamo che la diagnosi prenatale aumenta la sopravvivenza e la qualità delle cure offerte al neonato, non sappiamo ancora quali siano le implicazioni sulla qualità del legame nascente con il bambino. Quali tracce lasciano il lutto

3) S. Sparaco, *Nessuno sa di noi*, Giunti, Milano, 2013.

4) M. Soulè, *Le Grossesse, L’enfant virtuel e la parentalità*, Presses Universitaires de France, Paris 2004.

5) S. Hoxter, “The significance of trauma in the difficulties encountered by physically disabled children”, *Journal of Child Psychiatry*, 1986: 12, pp. 87-102.

anticipatorio, la rabbia sia verso la vita che aggredisce proprio chi nell'immaginario collettivo andrebbe protetto che verso il bambino malato che altera irreversibilmente i progetti della coppia e l'immagine ideale di sé del genitore? A questo riguardo mi viene in mente una madre che a distanza di anni dalla nascita della propria bambina mi disse: "Nonostante lei adesso stia bene continuo a sentirmi in colpa per non averla generata sana e in salute, per aver dubitato di proseguire la gravidanza. Verso di lei mi sento in qualche modo sempre in debito".

Vi narro brevemente la storia di una coppia seguita in gravidanza presso l'ambulatorio di diagnosi prenatale dell'Ospedale Bambino Gesù: si tratta di una coppia alla seconda gravidanza proveniente dalla Calabria. Quando si presentano all'équipe multidisciplinare che gestisce l'ambulatorio colpisce la bellezza della madre, il suo essere schietta e diretta e l'apparente durezza e freddezza del padre. A parlare con i curanti è la mamma, sono arrivati per sua scelta fino a Roma per avere un secondo parere, visto che il suo ginecologo gli ha già consigliato d'interrompere la gravidanza. La madre ci comunica subito che l'idea d'interrompere la gravidanza la distrugge, spera con tutta se stessa che noi gli diremo cose diverse. Al termine dell'ecografia si conferma la presenza di una voluminosa malformazione polmonare che se dovesse aumentare potrebbe generare uno scompenso fetale con il rischio di morte intrauterina. L'équipe spiega alla coppia il percorso naturale della patologia e i possibili scenari di cura in utero e in epoca neonatale. Il marito è contrario a portare avanti la gravidanza, si fida del suo ginecologo e ha meno fiducia nell'équipe che incontra per la prima volta che gli sta prospettando cose diverse. L'idea di avere una figlia malata che dovrà essere curata a Roma per chissà quanto tempo e con chissà quali risultati lo spaventa. La madre una volta scoperto che il quadro polmonare potrebbe anche regredire e che la sua bimba potrebbe sopravvivere non sente ragioni e decide di portare avanti la gravidanza contro il parere del marito. La gestazione continua sotto stretta sorveglianza, il pericolo è che la cisti diventi così voluminosa da determinare lo scompenso fetale e la morte. Nonostante il marito sia spaventato e non condivida la scelta della moglie è sempre accanto a lei

ai controlli e lascia il lavoro in Germania. La bimba nasce a termine di gravidanza con parto cesareo programmato e viene operata in 4° giornata di vita. Dopo circa 40 giorni di ricovero la coppia torna finalmente a casa con Benedetta. Dal momento della nascita le parti dei genitori si modificano inaspettatamente, il padre diventa molto presente e accudente verso la bimba, come a voler riparare alla sua decisione di non portare avanti la gravidanza, la mamma fa fatica ad entrare in rapporto con Benedetta, ha paura a prenderla in braccio, non si sente felice e sollevata. Sembra fare fatica a prendere atto che la vita della bimba non è più in pericolo e non le bastano le rassicurazioni dei medici.

A tre mesi dalla dimissione la madre riferisce attacchi di panico, quando sta sola con la bambina ha paura che possa stare male e morire improvvisamente, vuole quindi avere sempre accanto qualcuno. Ama Benedetta e allo stesso tempo le fa paura.

Diagnosi alla nascita e separazione inattesa

La comunicazione della diagnosi alla nascita si configura per la coppia come una frattura esistenziale, esiste un prima denso di promesse e un dopo carico d'incognite. È come uno tsunami che distrugge in un attimo le attese, le speranze, i sogni elaborati durante la gestazione. Come ha detto una mamma: “È come se improvvisamente arrivasse un'onda anomala, tu sei travolta, soffocata dall'acqua, cerchi un appiglio, qualcosa a cui ancorarti per non essere trascinata via”.

La mamma che ha atteso di vedere il proprio figlio per nove lunghissimi mesi, vive una doppia separazione, visto che il bambino non è più dentro di lei né tra le sue braccia perché in genere viene portato via senza che lei riesca ad incontrarlo, carezzarlo, conoscerlo, accoglierlo. Questa separazione traumatica e violenta genera un dolore profondo e fantasie di rottura irreparabile del rapporto con il figlio: “Mi riconoscerà ancora? Come farà a capire che sono sua madre? Mi potrà perdonare per non essergli stata accanto, per non averlo generato sano?”.

Questi sono i pensieri con cui le madri si avvicineranno alla culla e in base ai quali interpreteranno i segnali del loro

bambino, come ci testimoniano queste considerazioni rispetto al loro primo incontro con il figlio: “Devo ammettere che non fui felice di vederlo, in me prevaleva ancora il senso di colpa, il pensiero che lui era lì in quelle condizioni, per colpa mia”; “La prima volta che la vidi in TIN, lei era seduta, immobile, io la chiamavo e lei non rispondeva, non aprì gli occhietti, non reagì ai miei ripetuti tentativi di svegliarla. Immaginai che non mi avesse riconosciuta, che qualcosa tra noi si fosse rotto per sempre”.

I padri anche loro sotto shock sono chiamati a svolgere funzioni paterne e materne: parlare con i medici, firmare i consensi, spiegare alla propria compagna la situazione clinica del bambino e avere un primo contatto con il bambino. Ecco come un padre descrive l’impatto inaspettato con il figlio: “Avvertivo una sensazione di profonda impotenza, c’era rabbia, paura, scoramento, ero come attonito e soprattutto ricordo che non ero lucido, non riuscivo proprio a pensare, a capacitarmi di ciò che mi stava capitando.”

Lo stato di angoscia in cui versano i padri rende spesso estremamente difficile questi primi contatti. Ecco come un papà descrive questo primo incontro: “Mi tenevo a distanza dall’incubatrice anche se avevo bisogno di stare lì in quella stanza. Non tolleravo di vederlo ricoperto di tubi, flebo, sondini, era troppo per me. Gli unici momenti in cui riuscivo ad avvicinarmi era quando un medico mi veniva a parlare e a spiegarmi come stava”.

Quando la diagnosi viene fatta al momento della nascita i genitori vengono catapultati in un mondo a loro ignoto e sconosciuto, all’inizio non c’è tempo e modo di scegliere a chi affidarsi, di capire che cosa ha il bambino, tutto avviene velocemente e spesso in urgenza.

L’esperienza del neonato malato e il valore del legame

Al momento della nascita il neonato sano sperimenta per la prima volta la sensazione della mancanza e vive un’esperienza di non integrazione, direbbe la Bick (6), causata dalla perdita improvvisa di tutti quegli elementi che nella vita intrauterina gli avevano permesso almeno a livello fisico un’esperienza di contenimento. Il neonato che viene ricoverato in TIN non è accolto dalle braccia dei suoi genitori ma

6) E. Bick, “The experience of the skin in early object relations”, *International Journal of Psychoanalysis*, 1968: 49, pp. 484-486.

7) R. Negri, *Il neonato in terapia intensiva. Un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.

è sottoposto a stimoli eccessivi, intrusivi, dolorosi, improvvisi e inadeguati al suo stato evolutivo, specie se nato prematuramente.

Ecco come H. Williams nel libro di Romana Negri (7) descrive quest'esperienza:

Il mattino che seguì la notte in cui venni scacciato prematuramente dal ventre materno nel corso di una violenta tempesta, all'età gestazionale di 32 settimane e 4 giorni, mi svegliai a pezzi, immobilizzato sul fondo dell'incubatrice, con tutti i miei sensi sottoposti a diverse forme di tortura: gli occhi serrati per contrastare una luce insopportabile, la bocca arsa dalla sete, la cute graffiata dalla ruvidezza, le sensibili mucose del mio naso crudelmente forate da strani tubi duri... Peggio ancora le mie orecchie... invase da suoni forti, acuti, sconosciuti così diversi dalla voce della mia mamma... improvvisamente non potevo più danzare come nel liquido amniotico, i miei arti erano pesanti.

Come ci suggeriscono queste righe, quando siamo in presenza di un neonato, siamo costretti a cercare di raffigurarci il suo mondo interiore, di fronte al sorriso ci viene da dire "Ah ti piace eh?", in risposta ad una smorfia di disappunto potremmo dire "Va bene, ho capito, vuoi assolutamente essere preso in braccio". Gli adulti regolano le loro interazioni con il neonato su tali supposizioni. In TIN i genitori sotto shock e disorientati vanno aiutati a svolgere questa funzione visto che hanno a che fare con un neonato particolare "che ha più centimetri di tubi che di corpo" (8). Immaginare cosa sente il neonato è una necessità sia per i genitori che per noi operatori: l'osservazione e l'immaginazione ci suggeriscono un'interpretazione del suo mondo interno che serve da guida nella relazione e aiuta a dare un senso a sensazioni, emozioni e impulsi che ci immaginiamo essere particolarmente intensi e perturbanti per il piccolo paziente. Secondo Bion (9) il neonato è dotato di una coscienza primordiale, ha esperienze sensoriali ed emozionali non ancora pensabili e quindi destinate ad essere evacuate dentro la madre per trovare in lei un pensiero che le contenga, le esprima e le renda rappresentabili. Solo così, secondo l'autore, il bambino arriverà a poter "pensare i propri pensieri".

8) S. Latmiral, C. Lombardo, *Pensieri prematuri*, Borla, Roma, 2001.

9) W.R. Bion (1967), *Una teoria del pensiero, in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando Ed., Roma, 2009.

Gli studi più recenti sottolineano il ruolo essenziale dell'attaccamento nella regolazione degli affetti e sottolineano la necessità di promuovere e facilitare la co-regolazione affettiva genitori-neonato: le interazioni gratificanti servono ai genitori per aumentare l'autostima e il senso di competenza e al neonato a ridurre la sua avversione al contatto che nasce dall'isolamento e dal dolore legato alle procedure mediche.

Presumibilmente un'esperienza diventa traumatica, cioè lesiva dell'integrità-continuità psichica, non solo e non tanto per la presenza di fattori di paura e dolore ma per l'assenza simultanea di relazioni che ci si aspetta per via innata intervengano ad offrire protezione o almeno a mitigare e riparare il dolore (10). I genitori in TIN vanno quindi aiutati a riappropriarsi del loro ruolo, a passare dall'impotenza e dalla paura che paralizzano, alla consapevolezza del valore inestimabile del loro essergli accanto.

Noi operatori ci chiediamo se questi neonati dopo tanta intrusione e violenza potranno credere che quello che entra attraverso i sensi dagli occhi, dalla bocca, dalle orecchie e attraverso le mani possa far loro del bene e non del male. Di queste prime esperienze oggettuali cosa verrà memorizzato e poi mentalizzato dal neonato che vive una prima fase della sua vita in TIN?

Se il dolore e l'angoscia sperimentata rimarranno un trauma indelebile dipenderà da molteplici fattori: grado di sviluppo del suo SNC, gravità delle difficoltà affrontate nel percorso ospedaliero, durata del ricovero, qualità della vita psichica dei suoi care-givers e del contesto in cui sono stati accolti e curati (11). Quello che osserviamo durante il ricovero è che il neonato traumatizzato è immobile, spaventato di qualsiasi cambiamento, con gli arti superiori e inferiori flessi, le manine chiuse, il pollice abdotto, con difficoltà ad agganciare e seguire il volto della madre specie se posto seduto dopo mesi in cui è stato supino. Il neonato traumatizzato diventerà un lattante che a tre mesi avrà difficoltà ad allungare la mano verso l'oggetto e ad esplorare l'ambiente e le persone che si prendono cura di lui, invece di giocare sembra controllare il mondo.

Studi recenti suggeriscono che anche le memorie dolorose precoci non sono accessibili a una rievocazione conscia,

10) F. Alberton, *Bambini in ospedale: un approccio psicoanalitico*, Franco Angeli, Milano, 2018.

11) A. Imbasciati, L. Cena, *Psicologia clinica Perinatale*, FrancoAngeli, Milano, 2017.

12) K.J.S. Anand, F.M. Scalzo, "Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?", *Neonatology*, 77, 2000, pp. 69-82.

possono essere codificate nella memoria procedurale che porta a modelli di comportamento o attività sensoriali alterate nella vita successiva (12). La possibilità di seguire questi bambini nel tempo e di osservare il loro iter evolutivo mi spinge a dire che il neonato ha maggiori capacità di recupero rispetto all'adulto, se accompagnato e sostenuto più facilmente ritrova la fiducia necessaria per riaprirsi al mondo e al gioco. Come ci ricorda Spitz: "Una cosa meravigliosa, con i bambini è il fatto che essi tendono a voler star meglio, per quanto malati possano essere". La speranza è che il lavoro degli operatori svolto con la coppia dei genitori, molto spesso già durante la gravidanza e poi in TIN dopo la nascita del figlio, faciliti la possibilità per la triade genitori-neonato di stabilire una relazione profonda capace di favorire la pensabilità dell'esperienza.

Sommario

Molte sono le problematiche psicologiche incontrate dai genitori quando, alla nascita o in epoca prenatale, viene diagnosticata al bambino che sta per venire alla luce, una anomalia congenita che richiede un intervento chirurgico alla nascita. La comunicazione della diagnosi si configura come un evento traumatico capace di incidere sul benessere psichico della coppia e sulla relazione nascente con il bambino. Studi recenti indicano la stretta e profonda relazione tra stato psichico dei genitori e sviluppo mentale del bambino. Si manifesta allora la necessità di un approccio multidisciplinare che, accanto alle risorse della chirurgia e delle tecniche rianimatorie e diagnostiche, dia ampio spazio agli aspetti umani e relazionali del prendersi cura aiutando i neonati e le loro famiglie a vivere il faticoso percorso della malattia.

Summary

When parents during pregnancy or at birth, discover their child to be, has a congenital anomaly requiring surgery at birth, they usually experience strong emotional reactions: fear, anger, sadness, anxiety, helplessness, sense of guilty and loss. Communication of diagnosis represents a traumatic experience for the parents to be that can have long

term implications on parents psychological well being as well as on their relationship with their child. In particular a growing body of literature suggest that parents' psychological well being may have tremendous effect on child's developmental trajectory. The article underlines the importance of a multidisciplinary team able to take care of the newborn baby and his family when their relationship begins in the Neonatal Intensive Care Unit.

Fecondazione assistita e dinamiche familiari Teatri interni di un'adozione particolare

Camilla Albini Bravo
Pier Claudio Devescovi

Quarant'anni fa, il 25 luglio 1978, in un ospedale inglese, nasceva Louise Brown, la prima bambina “nata in provetta”. Louise era nata da una fecondazione in vitro. Da quella data i bambini nati in provetta sono circa otto milioni in tutto il mondo.

Secondo i dati presentati a Barcellona dall'Eshre, il congresso della Società Europea di riproduzione umana e di embriologia [...] nascono più di mezzo milione di bambini l'anno da oltre due milioni di trattamenti di fecondazione in vitro (Fivet) e Icsi, anche se i numeri si stanno spostando sempre più velocemente verso l'abbandono della prima tecnica a favore dell'Icsi che prevede – invece dell'incontro fra gameti in una provetta – l'iniezione del singolo spermatozoo in un'ovocita, e il trasferimento dell'embrione in utero (1).

1) Naselli E. (2018), *Mamma, papà e la provetta. Ecco il futuro*, La Repubblica, 24.7.2018, p. 24.

Rispetto all'affinamento delle tecniche e alla maggiore esperienza degli operatori, non si osservano corrispondenti miglioramenti dei risultati, soprattutto a causa dello spostamento in avanti dell'età nella quale viene richiesta una fecondazione assistita, tale spostamento comporta una

peggiore qualità dei gameti. “Così le percentuali di gravidanza sono più basse, essendo strettamente correlate all’età [...] La natura non si supera e non ci sono terapie che aggiustino uova o spermatozoi. Se non la donazione di spermatozoi oppure di ovociti, e quindi la fecondazione eterologa” (2), afferma la dottoressa Laura Rienzi, embriologa e Past President della Sierr, la Società Italiana di Embriologia, Riproduzione, Ricerca.

2) *Ibidem.*

I motivi dello spostamento in avanti dell’età sono legati prevalentemente a fattori economici come la difficoltà, per i giovani, di avere un lavoro stabile e adeguatamente retribuito che ostacola il progetto di avere dei figli, e a fattori sociali come la carenza, almeno nel nostro paese, di servizi per i bambini e di tutela e facilitazioni per le neomamme, al di là della retorica, tutta italiana, della Mamma e del Bambino.

Oltre a questi aspetti, che costituiscono delle difficoltà oggettive al progetto riproduttivo, sembra esserci anche uno scarso desiderio di affrontare la gravidanza e l’allevamento di un bambino, almeno durante gli anni che vanno dai 20 ai 30-35, quando l’organismo si troverebbe nelle condizioni più favorevoli per la riproduzione. A questo proposito giocano un ruolo importante fattori come scarsa maturità, difficoltà ad assumersi responsabilità, atteggiamenti psicologici tipici del tempo che stiamo attraversando. La nostra attenzione, pur tenendo presenti questi fattori, vuole concentrarsi sugli aspetti psicologici della coppia che richiede la fecondazione assistita, durante la gravidanza, nel rapporto col figlio e sugli effetti di queste dinamiche sui processi di separazione-individuazione di quest’ultimo e nel suo rapporto col mondo esterno.

Ci ha molto colpito il fatto che questi aspetti non siano presi in considerazione nella letteratura che abbiamo consultato. Essa presenta, infatti, aspetti esclusivamente tecnici, economici e giuridici, senza considerare il mondo interno e i fantasmi dei protagonisti di questa che può essere definita come una particolare forma di adozione, specialmente nel caso di fecondazione eterologa. Non vengono neppure affrontate le conseguenze sociali che abbiamo potuto osservare, pur nella limitata casistica clinica incontrata nel nostro lavoro di analisti.

Un percorso sufficientemente sano, che può garantire al

figlio un equilibrio psichico sufficientemente buono, prevede un progetto condiviso di una nuova vita, espressione di una unione dei due genitori in cui il sorriso dell'uno e quello dell'altro saranno mescolati. Durante il primo periodo di vita del bambino la madre, pur nel rapporto stretto con lui, terrà a mente la presenza del padre, il cui ruolo sarà anche quello di aiutare lo scioglimento dell'unione narcisistica primaria e di preparare la strada alla triangolazione edipica. Nella fecondazione assistita non sempre vi è, invece, una sincronicità del desiderio. Nelle coppie che abbiamo incontrato nel nostro lavoro più spesso è la donna, il cui orologio biologico ha dato l'allarme, a chiedere al suo compagno un figlio e se questo non accade si sentirà tradita da un uomo che, pur mostrandosi potente, si è rivelato incapace di fecondarla. E questo lo abbiamo osservato anche nel caso in cui l'infertilità era nella donna. La potenza del fallo paterno viene, in questi casi, a spostarsi sul medico: il padre dà a lui il seme e non direttamente alla compagna.

Simbolicamente questo gesto sembra rappresentare una sorta di passaggio di consegne della potenza dal padre al medico e una totale sparizione della tensione erotica che fa emergere dal corpo dell'uomo l'onda del suo desiderio per quella donna. Il seme è il frutto di un compito solitario che il futuro padre deve svolgere in una data ora e in un dato giorno che non decide lui ma che gli vengono imposti. Difficile per lui sarà non sentirsi usato, difficile per la donna vederlo attraverso gli occhi del desiderio, desiderare lui tutto e non solo una sua parte, il seme.

Infatti abbiamo spesso osservato in queste situazioni una quasi completa scomparsa della sessualità nella coppia; il desiderio dell'uomo e quello della donna non è più reciproco, ma diretto al figlio che non appare più l'effetto del loro desiderarsi, ma diventa esso stesso l'oggetto del desiderio, alterando così quel percorso sufficientemente sano che può garantire un'evoluzione sufficientemente equilibrata al bambino.

Nella fecondazione assistita la nascita del figlio avviene dopo una serie di prove di tipo medico, spesso molto pesanti, che la donna subisce sul suo corpo, prove che all'uomo non sono richieste, e che la confermano che il

figlio nato è solo frutto della sua fatica, “immeritato” dal padre. Non si deve dimenticare che il percorso che la donna deve compiere dura a volte degli anni e comporta una serie di protocolli per la futura madre veramente molto pesanti, a fronte di quello che viene richiesto al padre, un’enormità.

Possiamo immaginare che, inconsciamente, si creino rancori, invidie ma certamente non si può negare che l’alleanza della coppia venga messa a dura prova da questo viaggio condiviso i cui bagagli più pesanti sono portati solo dalla donna.

A ciò si aggiunge anche un altro fatto: il padre fecondatore, nella mente della madre, è il medico con la struttura che hanno fatto il “miracolo”. Una volta nato il bambino, il “padre procreatore” si defila e sulla scena rimane il padre naturale, ben accetto nel suo ruolo di accudente, ma non riconosciuto nel suo ruolo potente, di colui che, orgoglioso, può dire: questo è il mio figlio.

Il paradosso che abbiamo osservato è che il depotenziamento del padre avveniva anche nei casi di ovodonazione, quando cioè l’uomo era fertile e la donna no. Ricade su di lui, comunque, il contrario dell’onore: tu hai la colpa di non aver fatto il miracolo! E sappiamo bene quanto siano particolari le strade della colpa.

È all’interno di questo scenario che si svolge la necessaria seduzione narcisistica primaria fra madre e bambino. Paul Claude Racamier descrive le tre dimensioni che abitano la seduzione narcisistica primaria, esse hanno a che fare col bisogno, con la potenza e con la morte e possono essere descritte così: assieme non abbiamo bisogno di null’altro, insieme siamo onnipotenti, se ci separano sarà la morte (3). Date queste caratteristiche della seduzione narcisistica primaria, momento del resto necessario, sarà difficile per un padre così depotenziato inserirsi per porre un limite a questo rapporto primario e iniziare una sana triangolazione. Il triangolo edipico sarà alterato: invece di esserci la scena primaria dove padre e madre sono una coppia e dove il figlio si rispecchia in loro, la coppia sarà spesso quella di una “regina madre” in un regime incestuale con la propria figlia o figlio e il padre in una posizione di servitore accudente.

3) Racamier P.C. (1995), *Incesto e incestuale*, Franco Angeli, Milano, 2003, p. 37.

Ci è capitato di accogliere il dolore di questi padri depotenziati a cui viene tolta la fiducia e l'autorevolezza del loro ruolo e ci siamo posti il problema di quali forme potrà prendere l'edipo in questa deriva, se non incestuosa, quanto meno incestuale.

Una madre racconta in seduta che dorme col figlio mentre il padre è dovuto andare a dormire nella camera del bambino: "Perché dovrei privarmi della tenerezza e del profumo del corpo di mio figlio che sta crescendo e poi lo perderò per sempre? Lui è il miracolo della mia vita e non ne voglio perdere neppure un attimo". Il bambino in questione ha 6 anni e si rivolge alla madre parlando del padre come di "quello lì" e crea non pochi problemi in classe perché non riconosce e non rispetta alcun tipo di autorità.

In questa coppia sembra mancare totalmente, nella madre, un sentimento di gratitudine e di tenerezza per l'uomo che l'ha resa madre, anche se con una fecondazione assistita. Il bambino, pur essendo figlio di quel padre e di quella madre, è vissuto da quest'ultima come figlio solo suo. Ella aggiunge, riferendo un commento del marito sul fatto che il figlio gli sembrava poco vestito per andare a scuola, "Mi intralcia, mi fa perdere tempo. Perché deve mettere becco su queste cose?" non riconoscendogli, evidentemente, la sua stessa funzione genitoriale ma vivendolo, piuttosto, come un ostacolo nel rapporto fra lei e il figlio.

Talvolta abbiamo osservato un assetto rovesciato, dove il ruolo di servitore accudente è svolto dalla madre mentre il padre mantiene un rapporto incestuale, in questo caso con la figlia, anche nella situazione paradossale di essere lui l'elemento sterile, o comunque scarsamente fecondo della coppia. Il marito, smascherato nella sua impotenza, sembra quasi vendicarsi della moglie, relegandola al ruolo di servitrice della coppia padre-figlia e delegandole il compito di vivere il sentimento penoso dell'inadeguatezza che lui stesso non tollera di sopportare. In questo caso è la figlia che dorme col padre nel letto matrimoniale fino all'adolescenza mentre la madre dorme da sola nella stanza della figlia.

Possiamo pensare la fecondazione assistita, in particolare quella eterologa, come ad una forma criptica di adozione dove ad essere adottato non è un figlio nato ma un ovulo, uno spermatozoo o un embrione. Spesso in questi casi

viene consigliato ai genitori di non svelare al figlio il segreto del concepimento per una sorta di imbarazzo o paura che il figlio non si riconosca come frutto amato di quella coppia.

Non possiamo sostenere che su questa scena non esistano fantasmi e spesso esisteranno nella forma più pericolosa, cioè defantasmati. Racamier ne parla come di vissuti che non hanno lo statuto di ricordi né di immagini, dato che il silenzio che li copre non permette la costruzione di una storia e che, come tali, creeranno atmosfere e sensazioni difficilmente verbalizzabili ma intensamente inquietanti (4). Soprattutto la mente del figlio sarà abitata da questo tipo di fantasma.

I bambini chiedono la loro storia e, in particolare nella fecondazione eterologa, incontrano un “non detto”. Sulla scena c’è un gioco di colpe, come descrivevamo in precedenza, e il figlio sarà osservato come il possibile portatore delle tracce di un’altra donna o di un altro uomo, non assomigliante ai due genitori o solo a uno di loro, evidenziando la verità segreta del suo concepimento. Crescerà sentendosi osservato e temuto “traditore” senza neppure sapere perché.

Per questi aspetti la situazione del bambino adottato appare “più semplice” perché la storia delle sue origini può essere raccontata e ci sono documenti che ne mantengono la memoria, mentre nel caso dell’ovocita o dello spermatozoo o, ancora, dell’embrione “adottati” non ci sono “carte” da poter consultare. È possibile comunque che si vengano a creare fantasmi defantasmati anche nella normale adozione, se il bambino adottato viene separato dalla sua storia. Un recente libro di Paola Terrile affronta proprio questi aspetti (5).

Un altro fantasma presente sulla scena è quello del “Miracolo”, termine che spesso affiora nelle coppie che abbiamo incontrato nei nostri studi. Il bambino è vissuto come figlio del miracolo, non assoggettabile alle normali leggi psicologiche. La nostra impressione è che sia molto difficile per lui, così come per la madre (ma anche per i padri che sviluppano un atteggiamento incestuale, come abbiamo descritto in un caso, poco sopra) abbandonare completamente lo statuto che abita la seduzione narcisistica del primo periodo della vita. In queste situazioni tutto

4) Racamier P.C. (1992), *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993, p. 152, 213.

5) P. Terrile (2017), *Ma io una famiglia ce l’avevo. Viaggio nella mente dei bambini adottati*, Le Comete, Franco Angeli, Milano.

ciò che porta il segno del paterno avrà scarsa importanza mostrando la traccia di un edipo mai raggiunto o mai superato completamente.

Noi intendiamo con “edipo” non tanto la classica originaria concezione freudiana, quanto quel registro psichico che permette di accettare la coppia genitoriale come autorità e il limite che essa pone. Stiamo parlando del riconoscimento della differenza generazionale e della capacità di stare dentro dei confini, dimensioni che garantiscono di evitare la deriva borderline. Stiamo parlando dei fondamenti di una psiche sufficientemente sana.

Crediamo che tutto questo abbia a che fare con i fenomeni che stiamo sempre più osservando nella scuola dove, ragazzi insultano e umiliano i professori; tali episodi non possono essere considerati casi isolati, ma piuttosto espressione di una generazione in cui l’edipo non completamente raggiunto fa credere a questi figli di poter impunemente sfidare la legge dei padri, con la protezione dell’essere figli/amanti delle madri o di padri che si comportano in questo modo “materno”.

Non intendiamo, ovviamente, affermare che i casi che osserviamo nelle scuole siano tutti legati alle nascite da fecondazione assistita, ma che, accanto a queste, vi sono molte nascite di bambini con genitori di età più avanzata rispetto al passato, spesso figli unici, idolatrati come un miracolo. Queste dinamiche ricalcano in buona misura quanto abbiamo descritto per la fecondazione assistita.

Già nel lontano 1979 Masud Khan nel saggio *Le figure della perversione*, parlava di bambino idoleggiato e raccontava di aver messo a fuoco nel suo lavoro intensivo con pazienti perversi, un preciso modello della primaria relazione madre-bambino come origine della scelta di pratiche sessuali perverse “Tutti questi pazienti – raccontava – erano stati neonati e bambini molto amati dalle loro madri. È importante il fatto che, pur essendo il padre [...] vivente e prossimo all’esperienza del bambino, egli non venisse tuttavia indicato come una presenza o una persona significativa” (6).

Il bambino, considerato dalla madre come una cosa di propria creazione, non veniva tanto idealizzato quanto idoleggiato. Per l’Autore “L’idoleggiamento è un esplicito super investimento di un oggetto esterno reale ed è rinforzato da

6) R. Masud, M. Khan (1979), *Le figure della perversione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991, p. 15.

complessi atteggiamenti e funzioni dell'Io che includono investimenti dell'Es" (7). In tale contesto il bambino comincia molto precocemente a percepire che ciò che la madre investe pulsionalmente e carica di tutto il proprio affetto, mentre è qualcosa di molto particolare in lui, non è ancora lui come persona globale. Il bambino impara a tollerare questa dissociazione nell'esperienza del Sé e pian piano trasforma la madre nel proprio complice per la conservazione di questo straordinario oggetto prodotto" (8).

7) *Ibidem.*

La domanda che noi ci poniamo è quale possa essere il senso del proprio valore in un bambino idoleggiato, vero feticcio della potenza materna, carico di preziosità se aderisce a questo ruolo, svuotato di senso se se ne allontana. Ma ancora più preoccupa la perversione dei ruoli: il bambino feticcio è deputato a proteggere la madre dal suo fallimento, ma chi proteggerà lui?

8) *Ibidem.*

Anche Paul Claude Racamier nel suo *Incesto e incestuale*, già citato, parla di idolo tutto fare.

L'oggetto incestuale è investito come un idolo. E questo investimento è vantaggioso: l'idolo riveste la necessaria funzione di illuminare di riflesso l'idolatra [...]. L'oggetto incestuale è abbagliato e affascinato, prima di essere finalmente (in tutte le accezioni del termine) confuso. Incarna un ideale assoluto. Concentra tutti i poteri [...] è prigioniero di una proiezione narcisistica invasiva: ha per missione profonda e imperativa quella di incarnare da solo gli oggetti interni che mancano all'autore dell'idolatria narcisistica (9).

9) P.C. Racamier (1995), *op. cit.*, pp. 64, 65.

Tutto ciò si inserisce e trova spazio nel clima più generale di scomparsa, di "evaporazione" della figura e della funzione paterna a cui sembra si stia affiancando una nuova forma di alleanza fra donne. In un articolo su "La Repubblica" di venerdì 29 giugno di quest'anno si può leggere un'intervista a una giovane donna italiana, una delle rarissime donatrici di ovociti. Il titolo è molto significativo: *Dono i miei ovociti così regalo ad altre la maternità.*

Non è un figlio donato ad altre coppie ma è una maternità regalata ad altre donne. Lei stessa racconta che la decisione per la donazione è stata presa vedendo la sofferenza di una cara amica che non riusciva ad avere figli:

"L'ho vista tentare ogni tipo di terapia, tre fecondazioni assistite,

10) M.N. De Luca (2018), *Dono i miei ovociti così regalo ad altre la maternità*, La Repubblica, 29.6.2018.

tre fallimenti, tre tragedie. Ho condiviso il suo dolore. Per lei, hanno detto i medici, non c'era altra scelta che l'eterologa, ossia la gravidanza grazie all'ovocita di un'altra donna [...] così ho deciso di donare i miei ovociti" (10).

Un'alleanza fra donne quindi, ma il figlio che nascerà saprà che l'amica della madre è la sua madre biologica? Questo fatto, nella mente dei genitori c'è. Gli verrà detto? O rimarrà un segreto sospeso nell'aria, qualcosa di inquietante ma impalpabile come un fantasma?

Sommario

L'articolo si concentra sugli aspetti psicologici della coppia che richiede la fecondazione assistita soffermandosi sul mondo interno e sui fantasmi dei protagonisti di questa che può essere considerata come una particolare forma di adozione, specialmente nel caso di fecondazione eterologa. Gli Autori ritengono che su questa scena possano esistere fantasmi, in particolare nella loro forma più pericolosa, cioè defantasmati. L'analisi si sposta poi sui processi di separazione-individuazione del bambino, vissuto spesso come "figlio del miracolo", e sulle modalità del suo essere nel mondo. Tali processi sembrano impedire un accesso sufficientemente sano all'edipo e creare in questi bambini una particolare incapacità a riconoscere le regole del mondo.

Summary

The focus of this paper is on the psychological sides of the couple who requires the helped insemination and dwells upon the inner world and the phantoms of the protagonists of this matter considerable as a particular type of adoption, particularly in case of heterologous insemination. The Authors holds that in this scene can exist phantoms, particularly in their more dangerous form, to say de-phantom. The analysis then moves on the movements of separation-individualization of the child, who is often considered as "son of miracle" and on his manner to be in the world. Such things seem prevent children from a good enough approach to the Oedipus and produce in them a peculiar incapacity for recognizing the rules of the world.

Prendersi cura dei genitori

Nadia Neri

Nel 2007 ho curato con Serena Latmiral un volume dei Quaderni di psicoterapia infantile dal titolo *Uno spazio per i genitori* con l'intenzione di aprire uno spazio di consapevolezza sulla centralità dei genitori in tanti ambiti, anche nella psicoterapia dei figli, ma anche per sottolineare la mancanza di un vero spazio per i genitori. A distanza di tanti anni non mi sembra molto migliorata la situazione. Negli ultimi anni si è parlato molto delle funzioni genitoriali, sia a livello psicoanalitico che sociale e/o culturale in genere, ma paradossalmente è risultato estremamente difficile costruire, nei vari campi, uno spazio che fosse realmente per i genitori. Anche nelle situazioni nate con l'intento esplicito di aiutare i genitori, questi ultimi sono spesso vissuti come una controparte da attaccare, dalla quale difendersi, da criticare o da investire con una serie infinita di consigli, codici di comportamento, riflessioni, critiche e così via. Nelle scuole, nei reparti pediatrici degli ospedali, risulta molto più facile e naturale per gli operatori sentirsi vicini ai bambini, ai figli, che non ai genitori verso cui è, invece, spesso presente un'ostilità sotterranea ed inconscia. Ci si accosta ai genitori perché è necessario, ma raramente si riesce a restare con loro su un piano psichico profondo. Il risultato è che i geni-

tori si sentono lontani da tutti, soli nel loro dolore ed in più in colpa perché non sufficientemente competenti ed all'altezza dei loro compiti. Bisogna chiedersi perché sia così difficile mettersi dalla parte dei genitori, riuscire a stabilire e a mantenere con loro quella condivisione emotiva e profonda che sola consente un lavoro di cambiamento e di trasformazione.

Raramente gli analisti propongono una psicoterapia ai genitori, altrettanto raramente i genitori l'accettano o si mostrano disponibili. La psicoterapia con i genitori ad indirizzo analitico non deve essere un counseling o un sostegno, con i cosiddetti compiti a casa, un lavoro quindi che si ferma alla superficie. Invece l'obiettivo deve essere quello di lavorare sulle dinamiche profonde di figli verso i propri genitori reali e sulle immagini interne genitoriali, che non sono ovviamente una interiorizzazione tout court dei genitori reali (1).

Questo lungo e delicato lavoro va poi ad intersecarsi con le dinamiche di coppia e con l'interferenza intrapsichica ma anche intersichica che hanno le immagini interne genitoriali delle due coppie di genitori sul padre e la madre che sono in terapia. Cogliere come i propri conflitti irrisolti di figli oscurino la capacità di essere genitori adeguati ed impediscano nei primi anni di vita del figlio di avere quella capacità di rêverie che Bion ci ha mostrato come fondamentale, fa fare ai genitori-pazienti l'esperienza delle proprie carenze, ma anche delle possibilità riparative insite in una psicoterapia analitica. Nella cornice emotiva della seduta è importante tendere a creare nei genitori la consapevolezza che noi siamo disponibili, a livello controtransferale, a prendere su di noi la loro sofferenza e le loro angosce per sostenere innanzitutto loro e solo indirettamente i loro figli. Questa è ovviamente una questione qualitativa, ma secondo me essenziale, che cambia profondamente la tonalità affettiva di ciò che avviene in seduta. Se i genitori avvertono che l'esprimere i loro dolori più profondi viene accolto da parte dell'analista restando dalla loro parte e non identificandosi internamente con il figlio-vittima, questa esperienza diventa cruciale per un successivo lento lavoro di elaborazione delle proprie parti distruttive.

Un esempio clinico: due genitori sono in terapia con me per i problemi che hanno con la prima figlia di otto anni. All'età

1) C.G. Jung (1951), "Aion", *Opere*, Vol. IX/2, Boringhieri, Torino, 1982, p.18.

di tre anni questa bambina, L., si è rovesciata una pentola d'acqua bollente addosso procurandosi gravi ustioni al viso e al collo, mentre la madre, anche lei presente in cucina, stava facendo mangiare la sorellina più piccola. Da allora L. aveva subito molti interventi di chirurgia plastica. Mi risultò evidente, nel corso della terapia, come questi genitori non riuscissero ad affrontare, nemmeno a livelli minimi, la situazione ed il terrore di contattare il loro dolore interno che, soprattutto nella madre, portava ad assumere un atteggiamento duro, severo, freddo, a volte addirittura violento nei confronti di L. Emerse, nel corso delle sedute, che la madre, al momento dell'incidente, era rimasta immobile ed incapace di soccorrere la figlia, lo fecero altri: non era riuscita nemmeno ad andare poi in ospedale; questa donna riuscì soltanto, nella cornice contenente della seduta, a raccontare questi fatti e tutto ciò che aveva provato e a permettersi di piangere disperata dopo tanto tempo. In questo caso la madre non riusciva a reggere i sensi di colpa e l'immagine di mostruosità sicuramente presente in lei. Per interrompere questo impulso distruttivo verso la figlia, impulso che peggiorava le cose in modo preoccupante e rafforzava il vissuto che la ferita inferta alla figlia fosse in tutti i sensi irrimediabile, fu necessario che lei sentisse che io ero pronta a restare con lei, senza essere sopraffatta da queste sue parti distruttive e senza considerarla solo 'cattiva' e 'mostruosa'.

2) N. Neri, "Importanza di un approccio psicoterapeutico con i genitori", in *Modelli teorici e tecnici della psicoterapia infantile junghiana*, F. Montecchi (a cura di), Borla, Roma, 1991, p. 306.

In un articolo del 1991 (2), riporto questo esempio clinico, si tratta di una madre mandatemi dal suo medico per una depressione seria e che non riesce a far fronte alla sua prima figlia di due anni. Inizia una terapia come madre di G. con una frequenza di una volta a settimana, le chiarisco i limiti ed il senso del nostro lavoro. Dopo un anno di lavoro vengono messe a fuoco le sue difficoltà nelle funzioni materne, ma anche i grumi di dolore irrisolti di lei come figlia: da piccolissima era infatti costretta a stare buona e silenziosa per interminabili ore accanto alla madre che lavorava come sarta e riceveva i clienti. Nessuno si occupava di lei ed un giorno, sopraffatta dal dolore dell'isolamento, è scappata via, si è accoccolata in bilico su un cornicione e stava per buttarsi, ma aspettava anche che qualcuno la trovasse, questo avvenne, ma dopo molto tempo. Questo epi-

sodio, più di altri, esemplificava bene come la carenza di cure ricevute rendesse impossibile a questa donna di prendersi cura della figlia.

Si accendeva in lei un'aggressività pericolosa ed una competizione invidiosa verso la bambina che aveva una madre a completa disposizione (in quel momento lei non lavorava per scelta). Di fronte ai normali capricci di G., la signora veniva presa da accessi di rabbia ed una volta in seduta, mi confidò che le aveva dato un morso sulla mano. Tuttavia, siccome io non mi ero scandalizzata, come una parte di lei voleva, mi precisò con angoscia che non era un morso normale, ma un morso che aveva lasciato i segni per giorni. Abbiamo lavorato su questi suoi vissuti profondi di madre insufficiente e pericolosa e sui suoi vissuti transferali verso di me, sui suoi desideri di essere condannata e non capita emotivamente. Una volta, però, alzò il tiro, mi riportò più direttamente la rabbia che provava verso G. e mi disse che la sentiva così incontenibile da temere di perdere il controllo e di volerla uccidere. A quel punto per alcuni momenti io barcollai, sentii che lei mi metteva dentro il suo spaesamento tra una parte buona a cui non riusciva ad aggrapparsi ed una parte estremamente distruttiva. Quanto dovevo prenderla sul serio e allarmarmi? Come aiutarla? Dovevo prediligere la via di un'elaborazione interna o dare ascolto alle sue paure catastrofiche ed 'agire'? Lentamente mi accorsi che dentro la mia mente io restavo con lei, oscillando tra lei, madre così inadeguata e disperata, e lei bambina, altrettanto disperata ma dolorosamente e irrimediabilmente muta e isolata. Mi spinsi naturalmente a cercare un contatto, a dialogare con questa parte bambina e piano piano la situazione è migliorata. A posteriori ho capito che il non avere pensato solo a G., la figlia reale, nonostante avessi paura e provassi un momento profondo d'incertezza, ha rappresentato un importante fattore di aiuto e di svolta nella terapia. Se mi fossi fatta coinvolgere solo dalla pena e dalla preoccupazione per la figlia avrei perso di vista l'identificazione più profonda con la disperazione della madre e quella parte bambina sofferente, che era stata costretta a fuggire pericolosamente su un cornicione per dire 'io esisto', si sarebbe sentita irrimediabilmente abbandonata.

Questi esempi mostrano la qualità del coinvolgimento a

3) Per i concetti di contenimento e di rêverie il riferimento è a Bion ed in particolare alle seguenti opere: W. Bion (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando Ed., Roma, 1970, pp.143-166 e 167-182; W. Bion (1970), *Attenzione e interpretazione*, Armando Ed. Roma, 1973. Per il concetto di "holding": D. Winnicott (1971), *Gioco e realtà*, Armando Ed., Roma 1974, pp.189-200; D. Winnicott, *Sviluppo affettivo ed ambiente*, Armando ED., Roma, 1970, pp. 41-65.

4) *Ibidem*, pp. 309-310.

livello controtransferale nelle psicoterapie con i genitori e quindi l'esigenza che lo psicoanalista abbia un assetto forte e abbia introiettato la capacità contenitiva nel senso di Bion. Spesso non solo i genitori non hanno questa funzione essenziale di contenimento insieme con quella di rêverie (3), entrambe centrali della funzione genitoriale, ma anche i terapeuti frequentemente non hanno queste capacità e quindi spesso si crea un cortocircuito terapeuta-genitori per cui si collude nelle difficoltà senza affrontarle; perciò purtroppo oggi vanno privilegiati molto spesso interventi che restano sulla superficie e quindi si limitano a dare consigli o indicazioni generiche. Condivido ancora oggi la conclusione del mio articolo del '91:

siamo troppo esposti alle nostre ferite o cicatrici di figli per desiderare di dare spazio, nel nostro lavoro analitico, alla psicoterapia con i genitori; essi sono lasciati soli, credo, non tanto nel ricevere sostegno o orientamento nei confronti dei figli, ma nel loro dolore più profondo, soli perché la possibilità di esprimerlo significherebbe chiedere una risposta di contenimento e spesso noi ci sentiamo più tranquilli nell'aiutare che nel rischiare di contenere (4).

Ho parlato in modo un po' ironico di genitori democratici per descrivere un atteggiamento molto diffuso oggi nei genitori e che ha un'insidia nascosta molto pericolosa. Uso ovviamente non una denominazione clinica, ma sociologica o ideologica-difensiva. Mi spiego: da molti anni i genitori rifiutano un ruolo autoritario e cercano di essere amici, fratelli dei figli, ma così si oscura totalmente il ruolo di genitori perché la funzione genitoriale non si attiva proprio e quindi i figli crescono senza poter esperire il contenimento, unica funzione che può plasmare la forza del carattere. Inoltre, i genitori stanno molto poco con i figli e quindi i sensi di colpa li spingono spesso a dire sempre sì a qualsiasi richiesta dei figli. Vorrei fare un solo breve esempio, una paziente in analisi con me da tempo, viene in seduta e mi spiega perché vorrebbe cambiare classe al figlio che frequenta la seconda elementare, sono successi fatti gravi e concordo con la scelta difficile e le dico che è importante che spieghi al figlio perché farà questo cambiamento. Al momento di alzarsi perché la seduta è finita la paziente ripe-

te, trasformandolo, il mio messaggio e dice che andrà a casa e chiederà al figlio se vuole cambiare classe, me lo dice in buona fede perché non coglie l'enorme diversità tra i due atteggiamenti. È il genitore che si deve fare carico del peso emotivo della scelta e spiegare solo al figlio i motivi, quindi non più l'atteggiamento di una volta, imperioso e oscuro, domani cambi classe, ma invece comunicare la decisione e spiegare senza caricare il figlio di un peso insopportabile per l'età, di dover scegliere lui. I genitori che denomino democratici, sono purtroppo irrimediabilmente ancora solo figli e mancano quindi totalmente della capacità di saper tenere le angosce dei figli, le loro ansie, le loro paure e così abbiamo generazioni di bambini fragili interiormente che saranno futuri uomini e donne altrettanto fragili... ma la domanda che mi pongo spesso anche nelle supervisioni come formare psicoterapeuti che sappiano almeno loro contenere ed esercitare la funzione altrettanto essenziale di rêverie se come figli non l'hanno vissuta e spesso nemmeno nelle psicoterapie dei loro trainings.

Sommario

In questo articolo si sottolinea l'importanza e la necessità di creare in tutti gli ambiti nei quali ci si occupa dei genitori, scuola, ospedale, psicoterapia dei bambini, uno spazio per i genitori nel quale essi si possano sentire accolti nelle loro disperazioni, nelle loro mancanze per elaborare in profondità le loro ferite di figli e le difficoltà ad esercitare le funzioni genitoriali.

Summary

This paper emphasizes the importance and the need to create in all areas that concerns parents, school, hospitals, psychotherapy of the children, a space for parents in which they can feel welcomed in their despair, in their failures to elaborate in depth their child injuries and difficulties in exercising parental functions.

Il lutto e i bambini*

Il silenzio protegge dalla sofferenza?

Livia Crozzoli

Il processo di elaborazione del lutto per la morte di una persona amata avviene gradualmente nel tempo e si ripropone più volte nel corso della vita, ogni volta che si sperimenta una nuova perdita. Generalmente, con la crescita, aumenta la consapevolezza e la capacità di affrontare le esperienze dolorose dell'incontro con il limite e con la morte, ma da come sono state vissute ed elaborate nell'infanzia, nel primo approccio con l'assenza definitiva di una persona cara, dipenderà il modo in cui saranno affrontate successivamente nella vita. Anche per questo motivo è molto importante prendersi cura dei bambini, quando per la prima volta si confrontano con la perdita.

Nella nostra cultura rispetto ai bambini impera una censura netta sull'esperienza della fase terminale di malattia, della morte e del lutto, censura che riguarda sia gli eventi reali che quelli emozionali. Gli adulti in genere trovano difficoltà nel coinvolgere i bambini e nel comunicare con loro su questi aspetti dolorosi della vita.

Purtroppo, non possiamo evitare ai bambini di sperimentare il dolore della perdita e gli inevitabili cambiamenti e le complicazioni che intervengono con l'assenza definitiva di una persona della propria famiglia, sia essa un genitore, un fratello, un nonno. Ma come accompagnarli e sostenerli in modo che la loro esperienza sia meno traumatica e diffici-

le? Cosa influenza maggiormente la loro capacità di affrontare il lutto: una preparazione graduale alla perdita e la condivisione dell'esperienza con gli altri familiari o il silenzio e la loro esclusione dagli eventi?

I bambini e il lutto

Fino a un secolo fa si pensava che i bambini non fossero particolarmente toccati dall'esperienza del lutto, ma numerosi studi, ricerche, esperienze cliniche hanno mostrato che soffrono per la morte di una persona significativa della loro vita e sperimentano emozioni e stati d'animo simili agli adulti, anche se non sanno esprimere con le parole ciò che sentono.

Dal punto di vista psicologico, la morte di una persona amata richiede ai bambini processi di elaborazione e reintegrazione più complessi che per l'adulto: perdono, oltre a un oggetto d'amore, anche un supporto essenziale e un sostegno identificatorio, necessario per il loro processo di crescita.

Come scrive M. L. Algini:

Il lutto colpisce al cuore l'identità. E per identità intendo quella cifra segreta che ci fa essere noi unici, con una vita inconfondibilmente nostra, solo nostra, di cui però l'altro era diventato parte costitutiva... Il lavoro del lutto nei bambini è una complessa operazione intima, profonda e individuale, essenzialmente inconscia che, come il lavoro del sogno, cerca di dar forma, limite, contenimento, trasformazione a un'esperienza tanto profonda quanto inconoscibile (1).

Il lutto è un'esperienza misteriosa tra le più significative vissute dai bambini, che noi adulti possiamo seguire ascoltando, osservando i loro sforzi creativi, imprevedibili, talvolta drammatici per reggere la fatica della perdita.

La qualità, l'intensità e la durata delle manifestazioni che i bambini possono presentare sono collegate alla complessità della situazione vissuta dal bambino prima e dopo la scomparsa della persona amata. Le modalità di risposta dipendono dalla interazione di una molteplicità di fattori. Oltre alle caratteristiche personali dei bambini (età, grado di maturazione mentale ed emozionale) contano la qualità e

1) M. L. Algini, *Le ferite invisibili - Sui bambini e la morte dei genitori*, Robin Editore, 2016, p.21.

l'intensità della relazione e del legame con la persona deceduta e con i familiari, le modalità della morte, le risorse della famiglia (capacità comunicative, contenitive ed elaborative) e quelle dell'ambiente sociale (in particolare la scuola), la partecipazione nella cura della persona malata e la condivisione del dolore e del ricordo della persona scomparsa.

Da tutto questo deriva che le conseguenze della perdita variano enormemente e che ogni bambino ha un proprio modo di sentire il dolore dell'assenza della persona cara e nello stesso tempo di avvertirne interiormente la presenza. Devono affrontare la realtà di una vita diversa, in cui "Nulla è più come prima" (2) ma quel che conta è che del lutto possano farne un'esperienza affettiva. Mi piace riportare le parole poetiche di D. Munari Poda: "Quando il dolore ci colpisce negli affetti più cari ci deve essere un testimone vivo che abiti un poco, tre ore, un'ora, due ore, almeno un attimo i nostri spazi vuoti, rispettando la nostra dignità... stando lì, con il cuore acceso" (3).

Se c'è un "testimone vivo" e un ambiente familiare e sociale sensibile e attento, se i bambini sono informati e rassicurati su ciò che accade intorno a loro, se sono rispettati nei loro bisogni ed aiutati a esprimere e condividere ciò che provano, possiamo dire, insieme con De Spelder e Strickland che:

La morte di un genitore, di un fratello, di una persona cara, non porta necessariamente a gravi difficoltà e a un arresto dello sviluppo. I bambini mostrano una certa forza e resistenza nel lottare contro le difficoltà e le tragedie della propria vita e bisogna aver fiducia nelle loro possibilità di partecipazione e recupero, nel loro coraggio e creatività e perfino nel loro realismo e senso pratico (4).

I bambini e la perdita di un genitore

Certamente la morte di un genitore e in particolare la perdita della madre è l'esperienza più dolorosa e grave che un bambino possa incontrare, significa la perdita della vicinanza, della sicurezza e dell'affetto con cui era stato nutrito e del supporto su cui faceva affidamento.

Un particolare di una prima scena del gioco della sabbia di un bambino di 8 anni, il cui padre è morto per un ictus

2) Traduzione del titolo del libro di D. Schurmann, *Never the same, Coming to Terms with death of a parent*, St. Martin's Griffin, New York, 2003.

3) D. Munari Poda, *La Mamma è partita per un lungo viaggio*, Marcoserratarantola, Brescia 2015, p.62.

4) L. DeSpelder, A. Strickland, *The Last Dance, L'incontro con la morte e il morire*, F. Campione (a cura di), Clueb, Bologna, 2005, p. 261.

improvviso davanti ai suoi occhi, ci rivela quanto la mancanza sia sentita pericolosa per la propria esistenza. Il bambino si è rappresentato come un neonato ignudo, disteso su un ponte e minacciato da un leone che gli si avvicina (Fig.1).

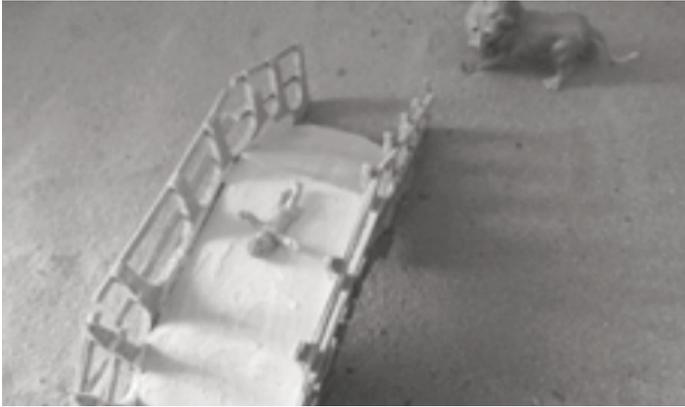


Fig. 1

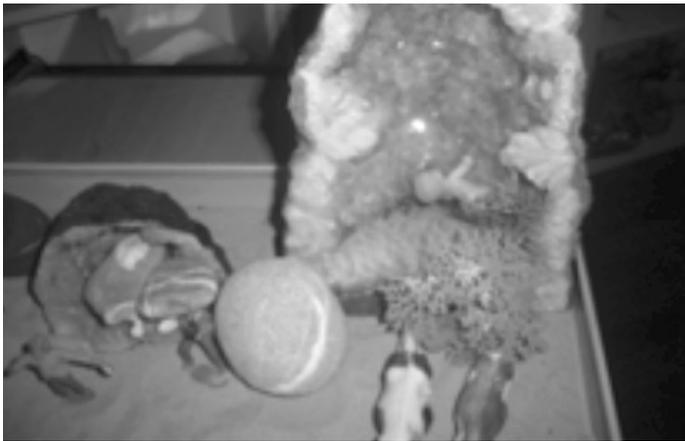


Fig. 2

Successivamente, nel corso dell'analisi, quel neonato ha potuto trovare riparo e protezione in una grotta-contenitore-tana (Fig. 2), mentre nel resto della scena, ridotta ad un cumulo di macerie, è ben visibile quanto sia difficile vivere (Fig. 3).

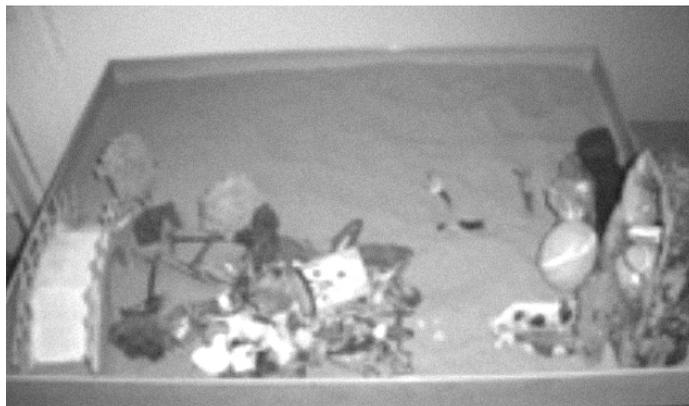


Fig. 3

Perché i bambini possano accedere a un'autentica rinuncia alla presenza del proprio genitore è necessario un lento e graduale processo, il cui significato vanno negoziando in continuazione e la cui elaborazione si andrà evolvendo e completando nel corso della vita.

I primi tempi i bambini vedono che il genitore non c'è e sanno che non può ritornare, ma lo continuano a desiderare, a cercare, a chiamare e talvolta ne possono ricreare l'esistenza, parlandogli o immaginando di ritrovarlo e riconoscerlo in qualche altra persona. Ad esempio, anni fa ho seguito una bambina di quasi tre anni orfana di madre che, su consiglio del medico, il padre mi aveva portato per una valutazione. Dai lavori e dai comportamenti della piccola emerse la paura, la confusione e il caos della situazione che stava vivendo. La bambina poteva non conoscere con precisione il concetto della parola «morte», ma la privazione e l'assenza della madre la facevano soffrire e la sconvolgevano profondamente! Alla fine del primo incontro, nel momento della nostra separazione, aveva mostrato tutta la sua disperazione, buttandosi per terra e strillando a perdifiato che non voleva andar via, che voleva rimanere da me, dalla «mamma», scacciando contro il padre e aggrappandosi alla porta per non essere portata via.

I bambini in lutto ricordano a lungo e molto di frequente il genitore scomparso, si tratta, come dice J. Berger (5), di una «presenza illimitata», come se la persona amata fosse sempre vicino, in tutti i luoghi, in ogni momento: lo pensa-

5) J. Berger, *My beautiful*, Mondadori, Milano, 2008, p. 24.

no, ne riguardano le foto, ne conservano degli oggetti o ne indossano dei vestiti che gli appartenevano, lo rivedono nei sogni, in cui il padre o la madre si ripresentano vivi e attivi. Molti sentono anche la presenza fisica del genitore, alcuni con il timore di essere disapprovati, altri con il piacere di sentirsi protetti.

Spesso nell'elaborare la perdita ricostruiscono, proprio come gli adulti, un insieme di avvenimenti e ricordi, che sono strumentali alla costruzione di un'immagine interiore del genitore ormai assente e che consentono di sentirne e mantenerne la presenza affettiva dentro di sé. Una bambina di dieci anni, malata di Aids e ricoverata in ospedale, pochi giorni prima di morire mi descriveva la sensazione di piacere sperimentata durante una gita al mare, quando il padre, ormai deceduto per la sua stessa malattia, la portava in giro in bicicletta. Era lieta di ricordare il papà e l'esperienza vissuta insieme e descriveva serenamente questo suo prezioso ricordo, che le faceva sentire la vicinanza del padre «il vento mi scompigliava i capelli e papà mi stringeva forte».

Certamente la perdita è irrecuperabile, ma la rappresentazione mentale permette di mantenere una relazione che cambia via via nel processo di maturazione del bambino e si modifica di intensità in relazione al diminuire del dolore.

Proprio come nell'adulto, anche i sensi di colpa sono parte integrante del lutto, tanto che alcuni bambini temono di aver provocato la morte del genitore: o per colpe reali perché li avevano fatti arrabbiare o avevano litigato, o per colpe immaginarie in base ad alcuni loro pensieri negativi, come ad esempio, quello di augurare la morte del genitore perché severo, giudicante o violento, oppure si sentono in colpa per il fatto di essere vivi e sopravvissuti al genitore (6).

E. Kubler Ross (7) racconta ad esempio di un bambino, divenuto straordinariamente buono dopo la morte della madre, che aveva messo una mela rossa sul davanzale di una finestra spiegando che «così forse mia mamma, che amava tanto le mele, la vede e, se non sarà più arrabbiata con me, tornerà indietro!» Per quel bimbo la morte era un castigo, una punizione per la sua cattiveria, per cui c'era bisogno di un dono riparativo.

In alcuni casi i bambini arrivano a desiderare di morire per

6) Gli stessi sentimenti sono spesso sperimentati nei confronti di una sorella o di un fratello deceduto.

7) E. Kübler Ross, *Impara a vivere, impara a morire*, Armenia, Milano, 2001, p. 53.

raggiungere il genitore scomparso oppure a temere di morire loro stessi o qualche altro componente della famiglia, al sopraggiungere di una qualche malattia, anche la più lieve. Se i bambini sono lasciati a se stessi nel far fronte a dubbi, rabbia, aggressività, angoscia, sentimenti di abbandono o emozioni confuse di colpa e di biasimo, se non ricevono una risposta e una forma di condivisione che ne permetta l'elaborazione, di sicuro ne risentiranno e le difficoltà potranno intensificarsi e perdurare anche nell'età adulta, spesso con effetti traumatici.

8) S. Vegetti Finzi, *Il romanzo della famiglia*, Mondadori, Milano, 1992, p. 258.

I bambini, che tanto amano «l'economia del sicuro» (8), hanno delle ansietà sulla loro sorte e sui cambiamenti concreti che avverranno in famiglia: «Chi mi porterà a scuola? Chi mi curerà se mi ammalo? Chi mi racconterà le favole? Chi ci manterrà?». È molto utile discutere di questi problemi concreti per tranquillizzarli su come andrà avanti la loro vita e quella della famiglia.

I bambini incontrano difficoltà anche nel sociale, ad esempio nella scuola, nei gruppi sportivi e ricreativi che frequentano dove, sentendo la propria diversità dagli altri, possono provare un senso di inferiorità, di vergogna e di distanza dai coetanei. Basti pensare alla festa del papà o della mamma, che si celebra in classe e che loro non possono vivere né condividere pienamente con i compagni tanto che alcune volte non dicono cosa è successo in famiglia e scrivono dei pensieri o rispondono alle domande dicendo delle bugie che negano la realtà, proprio per non sentirsi diversi.

Gli adulti e i bambini

Accade spesso che in famiglia gli adulti non rivelino ai bambini la morte che sta per sopraggiungere, né la morte sopraggiunta. Questo comportamento è ancora più frequente quando la morte è improvvisa, a seguito di un suicidio, di un omicidio o di un incidente.

Volendo proteggere i bambini gli adulti tendono a tacere, a nascondere o a mascherare in qualche modo la verità, a tenerli lontano dalla persona malata, facendoli distrarre e, con l'approssimarsi della morte, anche ad allontanarli da casa e a non farli partecipare ai funerali, perché non soffrano, perché non si trovino in una situazione carica di emo-

zioni e tensioni. Pensano che i bambini siano troppo piccoli per capire e partecipare, o troppo impressionabili e fragili per reggere la situazione, inoltre temono le loro reazioni e hanno timore di non saperle gestire o di commettere degli errori, provocando ulteriori sofferenze.

I bambini, anche se non ne fanno cenno, intuiscono gli stati d'animo, il tono emotivo dei discorsi, osservano ogni modifica e cambiamento nello svolgersi delle interazioni familiari: vedono sia il peggioramento fisico che la minor partecipazione alla vita familiare della persona malata, e ancor più ne notano la scomparsa, per cui è del tutto inutile ed è anzi negativo disconfermare questo loro sapere emozionale e cognitivo. Ecco cosa un bambino di sei anni ha confidato al suo amichetto del cuore, mentre giocavano insieme, commentando questo comportamento: «mio papà sta morendo, ma la mamma e i nonni mi dicono che non è vero e che guarirà, ma io non ci credo».

È necessario che i bambini conoscano la verità e non siano tenuti lontani e all'oscuro e che, con le dovute cautele, preparazione e consenso, possano vedere la salma e dare per l'ultima volta un saluto al loro familiare. Conoscere la realtà e la verità costituisce un elemento fondamentale per la strutturazione e il funzionamento della loro mente. Certamente i bambini vicino a un genitore morente parlano poco, si sentono preoccupati, smarriti, confusi e anche impauriti. Ecco attraverso le parole di una madre, che ha parlato con i figli della gravità della propria malattia, il vissuto della loro condivisione: «I figli ti guardano e nel loro sguardo intelligente leggi tutto il bene che ti vogliono, leggi il loro dolore innocente e piangi con loro».

Sono meglio il pianto, il dolore e gli affetti condivisi che l'allontanamento, l'esclusione, il silenzio! Questa modalità di risolvere il problema da parte degli adulti infatti non protegge i bambini dal dolore, non li preserva dalla paura e dallo smarrimento, né li fa diventare più maturi. Il silenzio non protegge dalla sofferenza! I momenti peggiori sono proprio quelli in cui i bambini, anche i più piccoli, percepiscono che c'è qualcosa di grave e non sanno trovare risposte a tutto quello che avviene in famiglia, e si sentono esclusi, ignorati, lasciati soli e ingannati.

I bambini non riescono a tollerare per lungo tempo il dolo-

9) Nei bambini si possono presentare ripiegamenti regressivi (succhiamento del pollice, enuresi, encopresi, paura del buio, non volere stare o dormire da soli), difficoltà di attenzione e calo nel rendimento scolastico, ma soprattutto manifestazioni psicosomatiche (insonnia, inappetenza, balbuzie, disturbi della pelle, incubi notturni, peggioramento di sintomi già presenti, come asma, cefalee) e psicologiche (inibizione psicomotoria con comportamenti abulici, passivi di isolamento e ripiegamento su se stessi, o iperattività reattiva con irrequietezza, rabbia, aggressività, note depressive di pianto, disperazione, ansia), che esprimono la pervasività della sofferenza a livello fisico e psichico e le angosce di separazione, abbandono e talvolta di annientamento, che i bambini stanno sperimentando.

re, si difendono come possono da ciò che sentono destabilizzante, ascoltano tanto quanto possono accogliere e padroneggiare. Anche se evitano il dialogo e il confronto con gli eventi dolorosi, hanno profonde risonanze affettive, si pongono numerosi interrogativi e soprattutto rivelano le loro difficoltà attraverso manifestazioni psicosomatiche che sono da considerarsi come equivalenti del lutto (9).

I loro tempi, la loro capacità di assorbimento e di accettazione sono diversi da quelli degli adulti e non sempre sono disponibili quando i grandi lo sono ma sono desiderosi e perfino curiosi di sapere: si domandano cosa sta succedendo o cosa è successo e se si permette loro di esprimersi e fare domande, si può cogliere che le osservazioni e gli interrogativi sono precisi e pertinenti. Una mamma mi ha riferito queste accorate parole della figlia di sette anni durante l'aggravamento della malattia paterna: "Papà potrà guarire? Mi sembra così gonfio, chissà cosa accadrà se quel brutto male invade anche il resto del corpo" e un bambino, sempre di sette anni, mi ha detto: "Papà è come se fosse morto, non parla più, non risponde più, quando dici che morirà?"

I bambini vanno accompagnati nella loro ricerca di risposte, così non perdono la fiducia nei grandi ed imparano a confrontarsi con la perdita, a partecipare agli avvenimenti familiari insieme agli altri, a collaborare e a porsi delle domande sulla vita e sulla morte.

Certamente è bene creare un'atmosfera dove le domande possano essere espresse e accolte anche se spesso sono formulate in momenti del tutto inattesi. La mia nipotina di cinque anni, pochi giorni dopo la morte del suo bisnonno, mentre eravamo a comprare un giornalino, mi ha chiesto: "nonna, anche tu morirai?" Dopo alcuni giorni, sempre all'improvviso, mi ha chiesto: "Anche la luna e il sole muoiono?" e dopo un mesetto: "nonna, anche l'universo muore?" Col procedere delle sue riflessioni e investigazioni, a sei anni mi ha chiesto: "Cosa succede alle persone che muoiono? Dove vanno quando muoiono, esistono ancora? Rimangono giovani? Si cambiano i vestiti? Dove dormono? Ma se sono in cielo poi possono cadere giù".

Il modo migliore per aiutare i bambini non è quello di nascondere la verità o di illuderli inutilmente che tutto tor-

nerà come prima, ma di condividere l'esperienza con parole chiare e semplici, rispondenti all'età e alle loro capacità di comprensione ed accompagnate da un contatto fisico intenso e affettuoso.

Le emozioni condivise, riconosciute e nominate consentono ai bambini l'accesso al simbolico, radice della soggettività, e la trasformazione delle emozioni in un sentimento nei confronti della persona che è mancata fisicamente ma che è presente interiormente nel ricordo.

Il silenzio dei bambini e dei grandi

I bambini, specie i più piccoli, non conoscono né sanno usare le parole astratte che denominano emozioni e stati d'animo, né si rendono conto che le loro reazioni sono connesse alla perdita. Inoltre, certe esperienze sono così profonde, che non sono accessibili al linguaggio, sono veramente indicibili con le parole. I bambini non parlano di chi hanno perso e del loro dolore, ma lo vivono e lo rivelano nei loro gesti, giochi, disegni, comportamenti e nelle storie che inventano, spesso distanti dalla loro esperienza di perdita ma che rivelano le loro istanze interiori.

Sta alla sensibilità degli adulti cercare di interpretare le preoccupazioni e le emozioni nascoste rassicurandoli, consolandoli, incoraggiandoli a esprimersi, sia con le parole che con l'ausilio di collage e disegni, affinché angosce, interrogativi e sentimenti non rimangano sepolti e non continuino a essere troppo disturbanti e dolorosi. A tal fine l'Associazione Gruppo Eventi (10) insieme alla Fondazione File ha realizzato *Soli ma Insieme* (11), il primo sito interattivo in Italia rivolto a bambini e adolescenti in lutto, dove possono riconoscere e dare un nome ai loro vissuti, rispecchiarsi nelle testimonianze dei coetanei, fare delle domande e seguire dei suggerimenti creativi legati alla loro vita quotidiana.

Il lutto non è soltanto una forma di lavoro psicologico ma un processo che comporta l'arte di fare qualcosa di creativo legato al quotidiano. Come suggerisce Thomas Ogden "Le cose che si fanno nel processo del lutto, siano esse pensieri, sentimenti, gesti, percezioni, poesie, riflessioni su una poesia, conversazioni sono meno importanti dell'esperienza di farle" (12).

10) L'Associazione Gruppo Eventi, di cui sono stata fondatrice nel 1996, è nata con l'intento di svolgere un'opera di approfondimento, sensibilizzazione e ricerca sulle tematiche di fine vita, della morte e del lutto e per dare sostegno alle persone che hanno subito una perdita (www.gruppoeventi.it).

11) www.solimainsieme.it

12) T. Ogden, *Conversazioni al confine del sogno*, Astro-labio, Roma, 2003, p. 70.

13) S. Roccatagliata, *Un figlio non può morire*, Sperling & Kupfer, Milano, 2003, p. 197.

14) D. Munari Poda, 2015, *op. cit.*

15) D. Luce, *La figlia di Debussy*, Eliot, Roma, 2014, pp. 28, 17.

Spesso i bambini non sanno se è permesso mostrare i sentimenti che provano e osservano gli adulti per comprendere quali siano i comportamenti giusti e accettabili, che anche loro possono manifestare e concedersi. È bene quindi che vedano le persone piangere e sapere che gli altri familiari sono confusi, tristi e in difficoltà, come loro. “Non condividere la pena aggiunge sofferenza alla sofferenza”, ha scritto una sorella (13).

Molte volte il silenzio del bambino, la mancanza di domande o l'apparente indifferenza possono essere interpretati come accettazione della perdita, mentre mascherano uno stato di rinuncia, di rassegnazione, di sfiducia, di distacco e sono spie di una situazione di difficoltà. Questi comportamenti talvolta sono correttamente letti dai familiari come uno stato di sofferenza, ma erroneamente pensano che i bambini non debbano essere disturbati, né vadano afflitti da discorsi troppo seri e dolorosi e che possano farcela da soli. “Talvolta è molto gradito che vadano a giocare. La presenza ferita dei piccoli è, per molti adulti, insostenibile” (14). C'è un'altra lettura del loro silenzio. Molte volte tacciono perché vogliono proteggere il genitore e gli altri familiari da ulteriori carichi di difficoltà e dolori. La figlia di Debussy ha scritto:

“Ho represso ogni lacrima. Quando ne sento spuntare una, tiro su forte col naso, così da farla tornare indietro... non bisognava disturbare il dolore della mamma... Il mio corpo nel crescere si è riempito di silenzio” (15).

In famiglia ognuno si sente responsabile delle lacrime dell'altro ed è convinto di recare ancora più dolore. In altri casi, se l'atmosfera dominante è quella del «non si parla, non si comunica, non si chiede», i bambini tacciono obbedendo alle regole del funzionamento familiare, soffrendo in silenzio e in solitudine e perdendo la possibilità di esprimere, riconoscere ed interpretare le emozioni e i sentimenti propri e altrui. Una signora, durante il percorso analitico, si rese conto che la figlia di otto anni non parlava mai del padre perché lei stessa si metteva a piangere ogni volta che lo ricordavano. La bimba poté iniziare a esprimersi apertamente e a condividere la sua sofferenza, quando la madre riuscì ad avere un rapporto diverso con il proprio dolore e

soprattutto con i gravi sentimenti di colpa nei confronti del marito.

Spesso i genitori tacciono perché è difficile emotivamente o «non sanno cosa, come, quando e quanto» dire. Si può comprendere che per sentirsi in grado di parlare, senza dare spiegazioni false o risposte confondenti del tipo: “papà è andato a dormire”, oppure “mamma è partita per un lungo viaggio” o “il fratellino è andato dai nonni”, debbano loro stessi essere capaci di confrontarsi con la realtà della situazione. Saggio quindi e opportuno il consiglio che “prima di chiedere a un genitore di parlare col proprio figlio è necessario aiutarlo a riconoscere sia le proprie paure e difficoltà che le espressioni di disagio del proprio bambino” (16) e a pensare alle domande possibili e alle risposte più efficaci e utili da restituirgli. In tal senso nel già citato sito interattivo *Solima Insieme* (17), sono inserite molte informazioni, suggerimenti e riflessioni sul processo del lutto dei bambini in modo che familiari e insegnanti li possano sostenere ed aiutare.

Talvolta ci troviamo di fronte a bambini lasciati soli a se stessi o distolti quando chiedono spiegazioni, mentre hanno bisogno di esprimere a loro modo e coi loro tempi il dolore per la perdita e soprattutto di nominare, ricordare la persona amata scomparsa per poterne conservare l'immagine e il legame che li univa. Rievocare le esperienze vissute insieme è un aspetto importante del percorso di elaborazione del lutto: fa riemergere ed entrare in contatto con le emozioni e gli affetti, che in seguito possono essere condivisi anche con le parole.

Il genitore che è in grado di dare ascolto al figlio e di consentirgli di esprimere i propri sentimenti, lascia aperta per il bambino la possibilità di continuare il lavoro interno e cioè il processo che consente di mentalizzare e rappresentare la morte, il dolore e il ricordo, utilizzando i nuovi strumenti e le capacità cognitive ed emotive di cui il bambino dispone nel corso della sua maturazione (18).

Come esemplificazione di questo bisogno di scambio e di dialogo dei bambini, vorrei riportare due situazioni, che ho seguito e che si sono evolute con esiti differenti.

16) A. Feltrin, “Relazione con il bambino malato e i suoi fratelli”, in Crotti N., Scambia G., *Psiconcologia della famiglia*, Ed. Poletto, Milano, 2005, p. 48.

17) Il sito interattivo in Italia rivolto ai bambini e agli adolescenti in lutto ed anche ai familiari e agli insegnanti che hanno il compito di sostenerli.

18) E. M. Marzano, “La responsabilità di sostenere un duplice lutto. Intervento psicoterapeutico con i familiari del bambino”, in *Richard e Piggie*, Il Pensiero Scientifico, 2/2004, p. 200.

Un'esclusione recuperata

La prima vicenda riguarda una bambina di nove anni, che aveva perso la mamma, una donna di appena trentaquattro anni, a seguito di una malattia fulminante durata quattro mesi. A causa dell'aggravamento, la bambina fu mandata a vivere dai nonni paterni e fu tenuta all'oscuro sia dell'avvicinarsi della fine sia della morte stessa della madre.

Il padre, dopo un mese, decise di farle sapere la verità e di riportarla a casa. La bambina aveva intuito che era successo qualcosa di grave, perché non aveva potuto più parlare con la mamma, perché vedeva molto triste il papà e aveva notato il diverso comportamento dei nonni, dai quali non aveva ricevuto conferma che qualcosa di grave era accaduto, perché avevano voluto rispettare il desiderio del figlio. Quando il padre riportò la bambina a casa, le parlò piangendo con commozione della morte della madre e le espose con chiarezza i motivi che l'avevano condotto alla decisione di tenerla lontana per proteggerla dal proprio dolore e per aspettare di essere pronto a stare con lei e a parlarle di sé e della mamma.

Il papà e la bambina condivisero il dolore della privazione degli sguardi, della voce, degli abbracci, della tenerezza, delle premure e anche dei «manicaretti» della mamma e ripercorsero tutta la storia vissuta insieme. Il papà le disse che la mamma aveva avuto dei dubbi se rivederla e riabbracciarla prima di morire ma che aveva voluto che la figlia la ricordasse come era quando stava ancora bene, e gli aveva affidato il compito di dirle tutto il bene che le voleva. La figlia riuscì a dirgli che aveva provato dispiacere e rabbia di essere stata allontanata. Aveva infatti temuto che la mamma e il papà non le volessero più bene, anche se i nonni l'avevano rassicurata.

La possibilità di condividere liberamente le proprie emozioni con un padre sensibile e attento, capace di accogliere anche i sentimenti negativi, ha reso possibile a questa bambina di sviluppare ulteriormente la capacità d'ascolto di sé e anche di comprendere il comportamento e la sensibilità dei genitori, senza sentirsi deprivata per sempre del loro affetto.

Una condivisione mancata

La seconda storia invece rivela le conseguenze che la mancanza di sostegno e di comprensione da parte dell'ambiente familiare ha generato in una bambina, alla morte improvvisa della nonna che l'aveva allevata.

La bambina allora aveva cinque anni e ne risentì tantissimo, perché già segnata dalla deprivazione della madre che, quando aveva otto mesi, si era dovuta allontanare da casa per motivi di lavoro. Ho seguito questa persona quando aveva ormai più di trent'anni.

Sapeva della separazione dalla madre ma non ne conosceva, né poteva ricordare i particolari, mentre aveva ben presente lo stretto rapporto affettivo con la nonna. Le era rimasto impresso che, dopo il funerale, si era messa in un angolo della casa, tutta raggomitolata e piena di tristezza e con tanta voglia di piangere. La madre l'aveva presa per mano e l'aveva coinvolta in un impegno di famiglia, senza tener conto dei sentimenti che la bambina stava sperimentando. La piccola non ebbe l'energia di manifestare apertamente e con forza la propria sofferenza, non pianse, non si disperò, non si arrabiò, ma si sentì incompresa, non riconosciuta nel proprio dolore. Si aspettava di essere sostenuta senza doverlo chiedere, come in passato faceva con lei la nonna. Secondo questa giovane donna nessuno in famiglia si prese cura della sua sofferenza, né fece riferimento alla figura della nonna scomparsa. La bambina sentì un vuoto incolmabile e le rimase la convinzione che delle cose dolorose non si doveva parlare e che ciò che sentiva non era importante per gli altri. Si abituò quindi a non dar credito ai propri sentimenti, a non mostrarli, a pensare che nessuno la potesse capire e che non valeva la pena di amare profondamente perché l'altro poteva scomparire e si sarebbe ritrovata di nuovo sola e abbandonata. Utilizzò quindi difese massicce per non sperimentare mai più il dolore della perdita ma questo vissuto alimentò e fece crescere in lei un distacco dal suo sentire e anche dagli altri.

Se i nostri profondi nuclei intrapsichici non diventano oggetto di elaborazione e di presa di coscienza, permangono dentro di noi generando il congelamento delle emozioni e il soffocamento dell'affettività, i nemici più potenti e pericolosi del tempo del lutto e anche della vita.

Doppio lutto

Un altro aspetto che rende problematica la situazione dei bambini, che si confrontano con la perdita di un genitore è quello di dover affrontare l'esperienza di un doppio lutto. Oltre al proprio dolore si trovano a vivere anche l'inconsolabile sofferenza dell'altro genitore, per cui il compito elaborativo e riparativo diventa ancora più complesso. Ecco alcune considerazioni di una figlia: "Non c'è comunicazione con mia madre, non ho il coraggio di dirle che mi sento triste. Penso che lei se ne farebbe una colpa e tutte e due ci sentiremmo ancora peggio". Il modo di reagire alla perdita da parte del genitore sopravvissuto diventa per il bambino un modello interiore di reazione e di rapporto con il proprio dolore.

Voglio portarvi come esempio di questo doppio lutto la storia di una donna quarantenne che ho seguito per alcuni anni in analisi. Alla morte del padre, la madre si era letteralmente «sepolta» in una stanza con le serrande abbassate. Non si era più occupata dei suoi tre figli e non era più uscita di casa per tre anni, eppure era un'assistente sociale abituata al contatto con la sofferenza e il dolore umano. Grazie alla presenza di una sorella maggiore e alle proprie capacità relazionali, questa donna, allora bambina di dieci anni, era riuscita a studiare, a laurearsi, a lavorare. Poi si era sposata con un uomo forte, divenuto suo solido punto di riferimento e aveva avuto due figli, ma interiormente era rimasta insicura, fragile, con questo doppio lutto inesplorato, quello del padre e della madre «morta» alla vita, per cui tendeva a creare legami fusionali e di dipendenza, mentre doveva riscoprire la sua capacità di separatezza e indipendenza.

Perdita di un fratello/sorella

Soltanto in questi ultimi anni si è iniziato in Italia ad approfondire la problematica dei fratelli e delle sorelle di bambini o adolescenti che perdono la vita, sia a causa di una malattia che per morti improvvise causate da droga, suicidio, incidenti. La morte di un fratello, anche se non rappresenta la perdita totale di sicurezza e protezione come la morte di un genitore, è un'esperienza che disorienta e cambia la vita con conseguenze per lo sviluppo della pro-

pria identità personale. La relazione tra fratelli è unica e varia a seconda dell'età e del tipo di rapporto esistente. Per chi rimane vuol dire sentirsi più soli, perdere una figura chiave della propria vita quotidiana, non avere più un compagno di giochi, non condividere più le confidenze né la stanza, non ricevere né dare sostegno dopo una marachella, non fare più litigate e avventure insieme, non avere l'occasione di proteggere o essere protetti nei momenti di difficoltà fuori di casa. Qualche fratello all'inizio si sente sollevato e contento perché non ha più rivali nell'affetto dei genitori e dei nonni, perché ha una stanza tutta per sé e non c'è più nessuno che lo sovrasti con la forza, la bravura o la prepotenza, ma successivamente soppravengono interrogativi e problemi all'interno e fuori di sé, cui deve far fronte.

In caso di una grave malattia se i genitori sono impegnati a seguire il figlio malato o morente, gli altri figli sperimentano una separazione, anche questa luttuosa, prima ancora di subire la perdita definitiva del fratello. Soffrono per la ridotta o del tutto assente disponibilità dei genitori, per la mancanza di attenzione, dialogo e presenza fisica nell'ambito familiare e spesso vivono questa realtà come un rifiuto, un'esclusione dall'amore dei genitori, sentendosi tagliati fuori, soli, incerti, confusi, abbandonati e traditi. Un paziente ventenne, nel riferirmi la sua storia, mi disse che durante la malattia della sorella si era sentito «invisibile e inesistente» agli occhi dei genitori.

I bambini sperimentano gelosia, rabbia, risentimento e sensi di colpa per le profonde emozioni che provano nei confronti sia dei genitori che del fratello malato. Possono diventare irritabili, aggressivi, ostili, aver timore di ammalarsi richiedendo in questo modo l'attenzione dei genitori, di altri familiari o degli insegnanti. Una bambina di dieci anni, ad esempio, la cui madre per cinque mesi, quasi ininterrottamente, rimase in ospedale vicino al figlio morente, iniziò a non voler più andare a scuola, a non fare i compiti, a comportarsi aggressivamente in classe. In questo modo sollecitò l'attenzione degli insegnanti e dei genitori e, come soluzione, furono invitati i nonni, che vivevano in un'altra città, per stare a casa con lei e seguirla da vicino. Tali reazioni dei figli sono comprensibili agli occhi dei genitori ma c'è difficoltà ad accettarle, le sentono inappropriate, esagerate e le considerano

segnali di insensibilità o immaturità. Molte volte i genitori nascondono la gravità della situazione e cercano di dissimulare la loro sofferenza dinanzi ai figli, in quanto non si sentono in grado di sostenere l'intensità delle proprie emozioni e contemporaneamente quella dei figli. Come mi ha detto una madre: "in quei momenti non ero in grado di cogliere i sentimenti e il dolore di chi mi stava intorno". Sarebbe meglio dire la verità e condividere la pena e la sofferenza che tutti sperimentano, in questo modo i bambini si confronterebbero con problemi reali, certo sempre difficili da gestire, ma almeno non da soli e non in preda a vissuti non aderenti alla realtà. Anche dopo la morte del fratello/sorella la situazione in famiglia può permanere difficile e generare una varietà di risposte e di sentimenti. I bambini possono subire un sovrainvestimento affettivo, un'iperprotezione, diventano bersaglio di un'apprensione esagerata da parte dei genitori, dovendo svolgere una funzione sostitutiva e consolatoria rispetto al figlio scomparso, come sottolinea questa testimonianza di una sorella:

"Perfino adesso che sono cresciuta non rimango fuori fino a tardi perché mi sento in colpa; ho dei rimorsi se lascio i miei genitori da soli. Sento di essere l'unica responsabile della loro felicità, ed è un peso enorme da portarsi dietro" (19).

19) S. Roccatagliata, 2003, *op. cit.*, pp. 204-205.

All'opposto può accadere che i bambini continuino a subire una deprivazione affettiva se il fratello scomparso continua a essere la figura più importante nel cuore dei genitori. Una sorella, ormai adolescente, ci mostra le conseguenze che possono subentrare in famiglia:

"Ero arrabbiata con mio fratello perché era morto, perché mi aveva lasciato sola e perché eravamo tutti diventati tristi e distrutti. Ognuno soffriva per proprio conto, non eravamo più uniti, prima ero parte di una famiglia unita e felice. I miei genitori si allontanavano sempre di più uno dall'altro, spesso li sentivo litigare. Ognuno ha preso la sua strada e, anche se abitiamo sotto lo stesso tetto, non siamo più una cosa sola, non siamo più uniti" (20).

20) *Ibidem*, pp. 204-205.

Realmente la morte di un figlio è un duro colpo per tutte le famiglie, ma in genere la coppia, se è ben funzionante, si

riprende proprio grazie all'amore reciproco e all'interessamento per il figlio o i figli rimasti.

Ecco la testimonianza di una mamma che aveva perso il figlio, nato con una malformazione genetica:

“Continuo a considerarmi più fortunata di tante altre mamme, anche perché ho un bambino che, con la sua esuberanza, la sua curiosità, la sua continua necessità di attenzioni e perché no di capricci, riporta me e mio marito prepotentemente alla normalità e non ci consente di lasciarci andare troppo: lui ha bisogno di noi, ma anche noi abbiamo bisogno di lui” (21).

21) L. Aite, *Culla di parole*, Boringhieri, Torino, 2006, p. 158.

Lutto irrisolto: ripercussioni nella famiglia e nelle generazioni successive

Vorrei sottolineare un altro aspetto importante legato all'esperienza del lutto all'interno del nucleo familiare. Come abbiamo visto se la morte di una persona non diviene oggetto di elaborazione e di presa di coscienza, il grave lutto irrisolto può divenire un elemento che provoca delle conseguenze anche nelle generazioni successive, come se la vita psichica si trasmettesse di generazione in generazione. Ciò appare inevitabile se si considera che l'evento della morte e del lutto riveste un profondo significato nella trasmissione del sapere familiare e del patrimonio culturale, psicologico, simbolico e morale che dà continuità al succedersi delle generazioni.

Se pensiamo alle perdite che le famiglie subiscono – per un aborto, per un figlio che muore alla nascita, per la malattia di una persona giovane, o per un incidente e ancor più per un suicidio inspiegabile o per un omicidio, come del resto per malattie croniche e devastanti – comprendiamo che sono esperienze di vita che danno un orientamento diverso al procedere di tutti i membri della famiglia e, se non elaborate e condivise, si possono ripercuotere anche nelle generazioni successive.

Voglio riferire alcuni esempi significativi, che ci rivelano quanto spesso nelle famiglie ci sia l'impossibilità di collocare il bambino, il nuovo nato, in una prospettiva di vita al di fuori delle problematiche e dei vissuti del lutto. Come diceva S. Fraiberg (22): “Nella camera dei bambini possono

22) S. Fraiberg, *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano, 1999, p. 179.

verificarsi eventi disturbanti, causati da intrusi provenienti dal passato, i fantasmi del passato appunto, che si installano nella loro stanza”.

Riporto in breve la situazione di un bambino di quattro anni che gli insegnanti di scuola materna avevano segnalato perché presentava difficoltà ad esprimersi ed entrare in rapporto con gli altri bambini e gli adulti. Dopo alcuni colloqui i genitori, con molta difficoltà e riluttanza, rivelarono di aver perso pochi anni prima una bambina di pochi mesi per la c.d. «morte bianca». Si sentivano responsabili della sua morte e in colpa di non averla protetta a sufficienza, per cui avevano un eccesso di cure, anzi di sorveglianza nei confronti del nuovo nato. Era come se per loro il tempo si fosse fermato e non riuscissero a vedere questo secondo figlio come un essere a sé stante, diverso dal precedente. In famiglia aleggiava la presenza e il timore della morte: la notte la madre rimaneva sveglia per controllare che il figlio fosse ancora vivo. L'essere in vita di questo secondo bambino doveva riparare il dolore della perdita e i sensi di colpa dei genitori. Nel portare alla luce e nel condividere questo evento, i due coniugi sono potuti entrare in contatto con i loro veri sentimenti e hanno cercato di sciogliere la situazione presente dai vincoli e dai nodi del passato, salvando il nuovo nato da un destino non di morte ma di anaffettività e distanziamento dagli altri esseri umani.

Un secondo esempio riguarda un bambino, che ho seguito per alcuni anni e che presentava difficoltà molto gravi sia sul piano dell'apprendimento che delle relazioni. La madre, durante la gravidanza, aveva perso improvvisamente il proprio fratello più piccolo, per lo scoppio di una bomba. In quello stesso periodo, con gli altri due figli e il marito, aveva dovuto allontanarsi dai suoi genitori e dalla città dove era nata, per cui non ebbe neppure il tempo necessario per elaborare il cordoglio. Il nuovo nato, che alla nascita prese il nome del fratello defunto e a detta della madre fu “nutrito di dolore e lacrime”, presentava una grande paura del mondo, in quanto tutto poteva «scoppiare» da un momento all'altro e finire in maniera catastrofica.

Queste problematiche di lutti familiari irrisolti, che orientano la vita psichica delle generazioni successive, emergono in maniera forte anche nella vita delle persone adulte. Ad

esempio, nel percorso analitico di una giovane donna, che ho seguito per alcuni anni a causa di una seria depressione con pensieri suicidari, emersero, solo dopo un lungo periodo, i «fantasmi del passato»: alcune antenate della famiglia materna che avevano scelto la via del suicidio, come tentativo di risolvere le loro difficoltà. È stato compito di questa giovane, con molta sofferenza e fatica, contrastare e invertire quella tendenza, scegliendo di continuare a vivere.

E per finire

L'esperienza della perdita è da considerarsi una delle determinanti che influenza la vita psichica di ogni essere umano e che fin dall'infanzia, come abbiamo visto negli esempi riportati, può segnare in maniera talvolta indelebile la situazione emotiva interiore.

I bambini devono essere sostenuti e accompagnati passo passo nel percorso di accettazione ed elaborazione della realtà dolorosa e ciò può realizzarsi solo all'interno di un rapporto affettivo fatto di fiducia, dialogo e condivisione sia all'interno della famiglia che in ambito sociale, in particolare nella scuola.

L'esclusione e il silenzio sono vissuti dai bambini come un rifiuto e generano un sentimento di disorientamento, abbandono e di non riconoscimento, che bruciano e devastano più che la condivisione dei sentimenti dolorosi, poiché possono bloccare ogni ricerca, apertura, interrogativo ed elaborazione. La vita può riprendere regolare sul piano della realtà e della concretezza ma interiormente possono permanere dolori, assenze e vuoti, che vanno a costituire le matrici dei nostri destini di adulti.

È importante quindi rompere il tabù che non si possa condividere con i bambini la verità su ciò che sta accadendo e il dolore per la morte di un familiare. Ciò che fa male non sono le emozioni ma la negazione e la soppressione delle emozioni. Per elaborare la perdita e consentire l'interiorizzazione della figura amata che non c'è più, c'è bisogno di condividere il dolore della perdita ma anche la storia del rapporto, le gioie e i dolori, le speranze, le esperienze vissute insieme. In questo modo l'assenza diventa pensabile ed elaborabile e la morte può diventare parte della vita,

facendosi relazionalità e memoria, «eredità d'affetti» che continuano a vivere e a esprimersi in chi rimane.

* Il presente articolo è una rielaborazione di un lavoro inserito nel testo a cura di L. Crozzoli Aite e R. Mander, *I giorni rinascono dai giorni, Condividere la perdita in un gruppo di auto-mutuo aiuto*, Ed. Paoline, Milano 2007, pp. 196-217.

Sommario

Nella nostra cultura rispetto ai bambini impera una censura netta sull'esperienza della fase terminale di malattia, della morte e del lutto, censura che riguarda sia gli eventi reali che quelli emozionali.

Il testo sottolinea la necessità che i bambini siano preparati gradualmente alla perdita, accompagnati e sostenuti nel percorso del lutto in modo che la loro esperienza sia meno traumatica e difficile e non si ripercuota nella loro esistenza e in quella delle generazioni successive, come emerge dalla descrizione di alcune situazioni cliniche.

L'esclusione, il silenzio, la non condivisione generano nei bambini un sentimento di disorientamento, abbandono e di non riconoscimento, che bruciano e devastano più che l'esperienza dolorosa della perdita, poiché possono bloccare ogni ricerca, apertura, interrogativo ed elaborazione.

Le emozioni condivise, riconosciute e nominate consentono ai bambini l'accesso al simbolico, radice della soggettività, e la trasformazione delle emozioni in un sentimento nei confronti della persona che è mancata fisicamente ma che è presente interiormente nel ricordo.

Summary

In our culture, as far as children are concerned, there is a clear form of censorship (related both to real and emotional events) in relation to the experience of the terminal phase of an illness, of death and of mourning. The text underlines the need for children to be gradually prepared for loss, to be accompanied and supported in their process of mourning so that their experience can be less traumatic and difficult and not bring repercussions in their life and in the life of successive generations, as it is clear from the description of

some clinical situations. Exclusion, silence, lack of sharing determin, in in children, feelings of disorientation, abandonment and lack of recognition, feelings that can be more devastating than loss itself as they can block any attempt at searching, elaborating, at openness or question asking. Shared, recognized and named emotions allow children access to the symbolic, the root of subjectivity, and to the transformation of emotions into a feeling towards the person who, although physically absent, is present in an intimate way, in memory.

Incontrando l'insostenibile pesantezza dell'esserci

Stefania Baldassari

La nostra terapia si porrà sempre la domanda:
da che mondo proviene il nostro paziente e a
quale mondo deve adattarsi?

Il mondo è un dato sovrapersonale a cui una
psicologia orientata in senso solo personalisti-
co non potrà mai rendere giustizia.

C.G. Jung, *La psicoterapia oggi*

I giovani, i nostri figli sono il capitolo più recente del libro della storia della vita, aperto sul divenire. Giulio è uno di loro, uno come sono tanti, tante, sempre di più. Agganciando con forza il mio sguardo, teso e serio, mi dice: “Forse il punto è che io non ce la faccio a vivere”. Ascoltandolo mi ritrovo in balia di un dolore profondo, accompagnato da un malessere anche fisico. Mi sorprendo a pensare che il mio primogenito ha praticamente la sua stessa età e a domandarmi come mi sentirei, cosa farei se mi dicesse: “mamma, io non ce la faccio a vivere”. La sofferenza a quel punto sembra togliermi il respiro. “Come è possibile” mi domando, “hai appena cominciato a vivere? Tu sei il futuro, il divenire della vita; davvero non può più esserci futuro?”. Sento che Giulio sta dicendo

qualcosa che realmente sperimenta; un peso antico e profondo, una fatica ad esserci mai sufficientemente condivisa e ora, alle soglie dell'adolescenza, divenuta paralizzante. Per qualche istante resto preda della stessa paralisi mentale e fisica che lo ha condotto al mio studio. Dopo un tempo che mi sembra infinito, riesco a pensare che ciò che più conta forse non è se e quanto è vero, ma che possa essere condiviso, giocato tra noi. "Ok, andiamo a vederlo insieme" mi dico finalmente, e il mio respiro torna lentamente alla normalità. Dice Jung:

Un problema collettivo, fino a che non è riconosciuto come tale, si presenta sempre come un problema personale, e in certi casi può dare l'impressione errata che qualcosa non sia in ordine nel dominio delle psiche personale. Effettivamente la sfera personale ne è disturbata, ma disturbi del genere non devono necessariamente essere primari, possono benissimo essere secondari, conseguenza di un mutamento intollerabile nell'atmosfera sociale (1).

Al di là di ogni storia personale ri-prendere e ri-proporre in un articolo di questo numero della Rivista l'incontro con Giulio (2), ha lo scopo di continuare ad ampliarne e mantenerne vivo il complesso portato comunicativo.

"C'era una volta un universo ricco di colori, di suoni, di odori..."

Il soffio vitale dello spirito umano che alberga in ciascuno di noi diviene storia, realtà della psiche individuale, attraverso quel regno intermedio che unisce sé interiore e mondo esterno tramite processi simbolici attivati dalla relazione, che forniscono senso alle infinite possibilità dell'esperienza.

"[...] un universo attraversato da mille percezioni, sensazioni ed emozioni, un universo carico di infinite possibilità [...]"
Così potrebbe cominciare la fiaba dello spirito umano raccontata da una coppia di genitori al loro bambino, in qualsiasi famiglia in qualsivoglia parte del mondo.

Il bambino, grandi occhi attenti e curiosi, il corpo proteso nell'ascolto, probabilmente esclamerebbe: "Oh bello! Che colori, che suoni, che succede ora?"

1) C.G. Jung (1961), *Ricordi, sogni, riflessioni*, Rizzoli, Milano, 1965, p. 282.

2) Anna nel terzo paragrafo del capitolo di S. Baldassari (2016), "Giocare con la storia e la memoria per riprendere ad immaginare la vita", in *Figure della memoria. Ricordare in analisi. Una nuova via nella terapia con il gioco della sabbia*, F. De Benedictis e P. Michelis (a cura di), Franco Angeli, Milano, 2016, e Arianna nel lavoro inedito presentato all'Associazione di Psicologia Analitica (AIPA) per l'ottenimento della funzione didattica.

3) G. Del Carlo Giannini, "La realtà psichica dei bambini e l'esperienza madre-bambino in gravidanza" in *Dalla parte dei bambini*, Bollettino del Servizio di NPI degli Spedali Riuniti S. Chiara, Pisa, 1980, nn.10-11; S. Lebovici (1983), *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*, tr. it. Borla, Roma, 1988; M.T. Rufini, "Gravidanza e regressione; fantasie della madre sul nascituro" in F. Montecchi (a cura di), *Psicoterapia infantile junghiana*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1984; F. Palacio Espasa, "Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino", in *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*, Società di neuropsichiatria infantile (a cura di), Borla, Roma, 1991; S. Vegetti Finzi, *Il bambino della notte*, Mondadori, Milano, 1991; M. Ammanniti, *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1992; M. Ammanniti, C. Candelori, P. Tambelli, *Maternità e Gravidanza- studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

4) S. Baldassari (1997), "Dallo spazio mentale nella coppia genitoriale all'esistenza psichica del bambino" in *Studi Yunghiani* 5/6 – vol. 3, N. 1/2 Gennaio-Dicembre 1997- Atti del 3° Congresso Nazionale AIPA, Il Pensiero Scientifico Editore, Milano 6-7-8 marzo 1997.

5) D. Stern (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

6) J. Bowlby (1969), "Attaccamento e perdita", *L'attaccamento alla madre*, vol. 1, tr. it. Boringhieri, Torino, 1972; J. Bowlby (1973), "Attaccamento e perdita", *La separazione dalla madre*, vol. 2, tr. it.

Sostenuti e contenuti dall'abbraccio della cultura sociale in cui affondano le radici del senso di stabilità, protezione e appartenenza, i genitori accolgono e danno spazio dentro di loro alle infinite espressioni possibili dello spirito umano quando entrano in relazione con il proprio bambino. Partendo dal fisiologico momento di crisi che caratterizza la gravidanza studiato da tanti autori (3), la coppia genitoriale guarda la propria prole e le offre quello che in un precedente lavoro ho definito uno "spazio d'ascolto" (4) e proprio questo sguardo le permette di individuare quale delle infinite varianti viene messa in gioco in quel momento dal figlio nel suo incontro con lei.

Il piccolo, a sua volta attivo protagonista dello scambio sin dall'inizio della vita, come ci ha insegnato D. Stern (5), confermerà ai genitori il loro ruolo e ne rinforzerà la fiducia e le capacità; imparando contemporaneamente, proprio grazie a questa esperienza di relazione, a dare un nome e un volto a ciò che sta provando, sentendo, vivendo, come ormai dimostrato da tanti studiosi anche di ambiti diversi (6). Imparerà progressivamente a capire se stesso e a realizzare le sue potenzialità.

Generando la coppia genitoriale apre le braccia alla vita e il bambino le chiede di specificare, di raccontargli una vita, la sua vita, di aiutarlo a realizzare se stesso. Madre e padre proveranno ad accontentarlo con tutto il loro amore, con tante difficoltà e contraddizioni, con tutto se stessi, nell'inevitabile compresenza delle luci e delle ombre che delineano la loro storia. Insieme alla coppia ci sarà la famiglia e poi gli amici, la società intesa contemporaneamente come risultato e strumento della stessa organizzazione della mente dei suoi componenti, come sottolineano Singer e Kimbles (7). Sin dal concepimento intrapsichico, interpersonale e culturale "giocano" delineandosi e definendosi reciprocamente nello spazio dinamico intersoggettivo. È all'interno di questa complessità che la gamma dei possibili colori, suoni e odori della fiaba si trasforma in racconto; legame essenziale di senso fra il potenziale spirituale presente in ciascuno di noi e la nostra realizzazione storica, preziosamente unica ed irripetibile per la fiaba stessa.

Quella che vi narrerò è la storia di come, in questo nostro tempo, un lieve deficit organico, privo di significative e

durature conseguenze sul piano fisico, può divenire dirompente sul piano emotivo.

Giulio, sin dai primi momenti dopo la sua nascita, viene fuso e confuso con la sua “imprevista imperfezione”, riattivando il nucleo depressivo profondo comune a padre e madre. Pur incarnate attraverso modalità comportamentali polarizzate, e dunque apparentemente opposte, entrambi i genitori di Giulio sono dominati dal timore di non potercela fare a diventare adulti, vivere e far crescere un figlio nella società a cui appartengono e che percepiscono come continuamente valutante e fredda.

Dicono Horkheimer e Adorno: “L’illuminismo, nel senso più ampio di pensiero in continuo progresso, ha perseguito da sempre l’obiettivo di togliere agli uomini la paura e di renderli padroni. Ma la terra interamente illuminata risplende all’insegna di trionfale sventura” (8). La nostra società appare dominata dal senso di precarietà, caratterizzato da irruzioni impensabili ed imprevedibili che impongono un sentimento di emergenza. Sotto la maschera sempre più traballante della perfezione, “l’epoca delle passioni tristi” come la definiscono Benasayang e Schmit (9), domina la scena psichica. Prigionieri del bisogno di essere sempre all’altezza della situazione, la depressione è il fisiologico prezzo da pagare per l’eccesso di energia speso al fine di apparire adeguati. L’alternativa è “staccare la spina” delle emozioni e diventare alessitimici. Incapaci di muoverci in modo dinamico tra polarità opposte, quando delusi abbandoniamo l’illusoria visione di un futuro senza limiti, tendiamo a sprofondare nell’opposta visione di un’assoluta ed inevitabile negatività e insostenibilità dell’esistenza, nel nichilismo passivo disperato di Nietzsche (10). Un “mutamento intollerabile nell’atmosfera sociale” in cui il contemporaneo e reciproco costellarsi delle medesime determinanti archetipiche in Giulio, la sua famiglia e la società a cui appartengono, generano un intreccio confuso all’interno del quale non è più possibile alcun contenimento ed elaborazione delle dinamiche presenti nel campo. Travolti dal vortice della “insostenibile pesantezza dell’esserci”, è l’inizio del “macello”.

Il corpo, il nostro stesso corpo all’interno di questa atmosfera può diventare insostenibile; scisso tra corpo ideale e corpo pesante legato alle funzioni vitali, al desiderio, agli

Boringhieri, Torino, 1978; P. Fonagy, M. Target (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Lingiardi V. e Ammanniti M. (a cura di), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001; M. Fordham (1944-49), *Il bambino come individuo*, Sansoni, Firenze, 1979; L. Sander (2007), *Sistemi viventi l’emergere della persona attraverso l’evoluzione della consapevolezza*, Raffaello Cortina, Milano, 2007; M. Solms, O. Turnbull (2004), *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell’esperienza soggettiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2004; D. Stern (1995), *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995; D. Stern (2004), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina, Milano, 2005; C. Trevarthen, K.J. Aitken (2001), “Infant intersubjectivity: Theory and clinical applications”, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, XLII, pp. 3-48.

7) T. Singer e S.L. Kimbles (2008), *The Cultural Complex contemporary jungian perspectives on psyche and society*, Routledge, London and New York, 2008; M. Horkheimer, Th.W. Adorno (1966), *Dialettica dell’illuminismo*, Feltrinelli, Torino, 1966, p. 11.

8) M. Benasayang, G. Schmit, *L’epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2005.

9) F. Nietzsche (1878), *Umano, troppo umano*, tr. it., Adelphi, Milano, 1994; F. Nietzsche (1883-1885), *Così parlò Zarathustra*, tr. it., Adelphi, Milano, 1993; F. Nietzsche (1882), *La gaia scienza*, tr. it. Mondadori, Milano,

1971; F. Nietzsche (1886), *Al di là del bene e del male*, tr. it., Newton Compton, Roma, 1977.

10) B. Gallarano e L. Zipparrì, *Adolescenza, tradizione, transgressione*, la Biblioteca di Vivarium, Milano, 2011.

11) F. Vigna e A. Fevole, *Riconessioni dall'alessitimia all'anima*, Moretti&Vitali, Bergamo, 2011.

umori, alla fatica e alla morte... al limite che non vogliamo accettare come dato inevitabile.

A partire dai 10 anni, al terzo ricovero per stipsi ostinata, le condizioni di Giulio peggiorano vistosamente. Gli esami clinici e gli accertamenti organici non possono giustificare l'intensità e la gravità della sintomatologia; Giulio non cammina più, non mangia più e arriverà anche quasi a smettere di parlare. Dopo varie resistenze familiari, personali e dello stesso staff curante quale emblema del contesto culturale in cui la problematica sta prendendo corpo, Giulio viene a malincuore trasferito alla neuropsichiatria. Qui resterà per diversi mesi in uno stato di blocco quasi totale. Quando l'ho conosciuto – in linea con quanto Gallarano e Zipparrì sintetizzano rispetto alla letteratura junghiana riguardante l'identificazione dell'Io con l'archetipo del Puer (11) – Giulio sembrava provenire e voler caparbiamente restare nel paradiso terrestre, nel mondo ideale in cui non esiste frustrazione, nella assoluta leggerezza. Trovarsi a vivere sulla terra era per lui intollerabile, insostenibile fino al punto di rischiare, sia psichicamente che fisicamente, di compromettere definitivamente la propria vita.

Quando il mondo è percepito come un luogo pericoloso e inaccessibile, il narcisismo finisce per essere il modo migliore per fronteggiare le ansie della vita. Narciso incarna l'etica della autoconservazione e della sopravvivenza psichica. Non avendo valori ideali, decaduto il mandato culturale affidato al padre, ci dice Ferruccio Vigna (12), Narciso chiede solo rispecchiamento e conferme a un materno che, mancando tuttavia il supporto del ruolo normativo e strutturante del padre fondamentale per interiorizzare il limite e realizzare il desiderio, finisce a sua volta per essere incapace di attivare un vero contenimento. Narciso allora identifica la realizzazione di sé con il successo e quest'ultimo con il riconoscimento del gruppo di pari che, tuttavia, non ha ideali condivisi e quindi non ha particolari obblighi di impegno e fedeltà. Contando molto sul successo sociale Narciso è più soggetto ad umiliazioni, ferite all'immagine di sé che suscitano desideri di vendetta, spesso scaricati sul corpo vissuto come schermo su cui proiettare le ferite subite. Fantasie di morte per

dominare, punire/svalutare il mondo e come manifestazione dell'impossibilità a mentalizzare la propria morte.

Il Macello

Nella prima sabbia creata da Giulio all'inizio del suo percorso analitico, come del resto nella sua vita, furioso e intollerante dei vuoti, il desiderio dilaga senza limite. Scaraventa di tutto nel contenitore intitolando ciò che ha fatto: "Il macello". Continue esplosioni ed implosioni producono un limite vano ed insoddisfacente al desiderio, la cui fine non può mai essere immaginata e quindi scelta. "Il bambino" commenta guardando la scena che ha appena creato, "è troppo piccolo e non si vede. È un fondale marino con vari animali alcuni dentro e altri fuori, la guardia del corpo e il bambino, lo squalo tra i coralli e Templari sotto l'acqua e spazzatura. È un giorno qualunque; stanno lì". Si preoccupa di chi pulirà la sabbia.

Come analista quello che più mi ha sorpreso e ferito negli ultimi anni, incontrando diversi giovani e giovanissimi, è stato constatare come sempre più spesso la complessità, del tutto naturale del vivere, stia diventando patologia. La reale crescente incapacità di farsi carico delle situazioni faticose o di angoscia, piccole o grandi che siano. Incontrare e dare senso a tutto questo è diventato per me un compito fondamentale.

Giulio è preda del panico persino per decidere se e dove appoggiare l'acqua che ha portato con sé; tutto è "realmente" un problema capace di scatenare una crisi violenta. Dopo poche sedute dall'inizio del nostro lavoro, la sera prima della seduta successiva, mi telefona la madre per dirmi che Giulio è in crisi e vuole essere nuovamente ricoverato. Lo sento urlare: "Non voglio parlare!!". Dico che Giulio può fare tutto nel mio studio, anche non parlare, ma deve almeno venire perché senza di lui io non posso fare nulla e devo interrompere la terapia. Li sento litigare perché la madre, irritata, gli dice che loro lavorano e nessuno potrà portarlo in ospedale. Giulio le risponde che lei è sua madre e deve farlo o si farà accompagnare dalla nonna. Provo a far sentire alla signora quanto Giulio è spaventato. Lei mi risponde contrariata che lo sanno ma sono stanchi e non

sanno più che fare; quindi si rivolge al figlio e gli dice con durezza: “la Dottoressa ha detto che devi andare da lei e assumerti le tue responsabilità”. “Noo!!” urla Giulio, “io mi ammazzo se non mi porti in ospedale” e scappa di casa. La madre, con un tono distante e freddo che mi provoca i brividi, mi dice a quel punto che deve lasciarmi per andare a riprenderlo. Resto congelata con il telefono in mano. Paralizzata, se mi identifico con la madre, dall’intensità con la quale Giulio le/mi scaglia addosso l’angoscia. Disperata e sola, se mi identifico con Giulio, per la distanza affettiva ricevuta in risposta all’angoscia da questa madre. Contemporaneamente attaccata e implorata da entrambi, sento che non posso che “stare”, immobile, in attesa, dopo aver ribadito l’appuntamento per l’indomani; vivendo l’alternarsi al mio interno di timori e speranze.

Dopo essersi preoccupato rispetto a chi avrebbe pulito la sabbia in cui aveva scaraventato il macello, Giulio immagina che non sarò io a farlo ma qualcun altro, forse una donna delle pulizie. Immagina che lo studio sia la mia casa e mi attribuisce un figlio di diciotto anni “molto bello ma solo”; come probabilmente lui stesso si sente in quel momento rispetto alle luci e alle ombre dell’esistenza.

In una realtà culturale in cui i rifiuti che noi stessi produciamo, vorremmo sparissero al minor costo possibile per opera di qualcun altro e preferibilmente in un altro luogo, finendo di fatto per sommergerci, Giulio mi sta dicendo che, se voglio davvero incontrarlo, non posso che partire dal disporvi ad aspettare e ad immergermi con lui nel macello che ci circonda. Non saremo soli; i genitori hanno accettato di iniziare, parallelamente al nostro, un proprio percorso terapeutico per accompagnarci e ri-pensare alla propria funzione genitoriale sin dal concepimento di Giulio. Il giorno successivo alla telefonata e alla fuga, Giulio arriva senza forze e con uno filo di voce, portato a braccio – perché troppo grande fisicamente per essere portato in braccio – dalla madre tesa e contrariata. Ma arriva rispettando l’orario e, da quel giorno, anche le rare volte in cui non avrà la forza di venire, telefonerà nella sua ora per dirmi cosa gli accade. Provocazioni, timori e speranze, reggerli e “giocare” con loro senza alcuna certezza che prima o poi sarebbe arrivata l’uscita dal caos, la “norma-

lità”, sarà il compito principale di tutti noi durante la terapia, per anni. Ciascuno lo porterà avanti come può con un’unica novità fondamentale: la percezione di non essere più solo.

Trasformazioni impercettibili

L’attenzione al corpo di Giulio, su cui il mio sguardo si è posato istintivamente e incessantemente come primo atto di ogni nostro incontro, credo mi abbia aiutata a restare con lui nella profondità del buio del fondale marino, tenendo viva la fiducia nella possibilità di “farcela a vivere”; immaginando insieme che il macello potesse trasformarsi nei suoni, i colori e gli odori della vita.

Giulio, fisicamente appesantito e ricoperto da strati di abiti, entra e si siede di fronte a me. Quando il dramma non viene rappresentato dal corpo che sta male, tace a lungo, spesso scrollando la testa e facendo smorfie, poi comincia a raccontare in modo drammatico, premettendo che “non sono stati giorni facili; è stato tutto molto pesante...”. Avendo sperimentato attraverso le relazioni e l’atmosfera collettiva in cui esse avvengono, prevalentemente l’impossibilità di incorporare e pensare alla “fatica dell’esserci” giocando con questa idea minacciosa, Giulio cerca e provocava continuamente il mio sguardo. Avverto che la speranza è quella di trovarvi rappresentato il suo stato mentale in modo chiaro, ma anche sufficientemente giocoso, per non sentirsi sopraffatto dal percepire detto stato come una realtà concreta. Imparare a giocare con la realtà, immaginare e trasformare insieme le esperienze in colori, odori e sapori, allo stesso tempo reali e non reali permette, come dicono Fonagy e Target (13) di raggiungere una prospettiva comprensiva e integrata; sostenibile perché sufficientemente confortevole e soddisfacente. “Sufficientemente”, come solo “sufficientemente buona” già Winnicott suggeriva importante che fosse la madre. Una semplice avverbio, l’eliminazione del quale dal proprio linguaggio immaginativo tuttavia, muta profondamente il panorama della sostenibilità dell’esistenza.

Appena Giulio, non senza drammi, riesce a rinunciare a ritirarsi totalmente dal mondo ricoverandosi, il tema del-

13) P. Fonagy, M. Target, 2001, *op. cit.*

l'inadeguatezza, dell'impossibilità di accettare di essere solo sufficientemente adeguati, torna a dominare la scena; ora l'angoscia insostenibile è quella di dover andare alle superiori. Naturalmente non possono esserci dubbi, lui deve frequentare, come tutti gli altri, la scuola più prestigiosa. Dopo i primi giorni però, dominato dall'angoscia e dai vissuti persecutori, non può che ritirarsi. La colpa della difficoltà viene massicciamente proiettata da Giulio sui compagni, gli insegnanti e il loro modo di guardarlo. Comincia il peregrinare alla ricerca di una scuola "adatta". Il portato di "normalità" rappresentato dalla frequenza scolastica nella nostra società, si fa ora sentire in tutto il suo peso. Lo scambio tra Giulio, i suoi genitori e il servizio di salute mentale – tutti sorpresi che non sia finita e immediatamente preoccupati di una cronicizzazione – è ancora una volta caratterizzato dal dilagare dell'ansia e da comportamenti incongrui. Al loro disperato agire rispondo faticosamente restando in modo opposto immobile e rifiutando ogni coinvolgimento concreto nelle scelte pratiche. Giulio arriva in seduta con le pagine gialle, vuole che scegliamo insieme la scuola: "Tu sei la mia terapeuta e mi devi aiutare!!" urla "che aiuto mi dai se non mi dici che devo fare!!", non concedendo alcuno spazio alla possibilità di stare insieme con quanto gli accade emotivamente. Accetta però la mia richiesta di spiegarmi meglio alcune parti dell'affannoso raccontare, entrando ad esempio nel dettaglio di come si è svolto l'accompagnarlo della madre a prendere il modulo per l'iscrizione alla nuova scuola. Lui è rimasto in macchina perché non c'era parcheggio e la madre è entrata a prendere il modulo. "Bene" commento tranquillo e giocosamente ironica "tu che non guidi sei rimasto per spostare una macchina che non sapresti parcheggiare e mamma, che non deve frequentare la scuola, va a prendere il modulo". Noto che interrompe a quel punto il raccontare convulso e lamentoso, mi guarda e sorride sorpreso e complice. Esce dalla seduta più sereno e congruo anche nell'eloquio.

Non ce la farà quell'anno ad iscriversi a nessuna scuola. Trascorsi settembre e ottobre, la pressione familiare e dell'istituzione sulla scuola si allenta e tutti sembrano disposti a concedergli un "anno sabbatico per riprendersi".

Giulio si sposta allora dalla compulsiva ricerca di una scuola, al pensiero ossessivo di dover cambiare casa; prima perché non riesce più ad uscire per il timore di incontrare gli amici e i loro sguardi, poi perché la sua stanza è sempre stata troppo piccola. Comincia a perseguitare i genitori accusandoli di non essere in grado di comprare una casa più appropriata e poi, non reggendo il senso di colpa che questo gli suscita, sposta proiettivamente la colpa sulla nonna e la zia. Porta in seduta le piantine della casa e della sua stanza; trascorre intere ore di terapia a raccontarmi il “dramma”, l’incomprensione e l’egoismo degli altri. Inutile dire che ancora una volta riesce a far agire ed agire tutti, scatenando il caos anche nella famiglia allargata.

La psiche di Giulio sembra non poter rinunciare ad attirare l’attenzione sull’atmosfera intollerabile che lo circonda. Non è solo lui ad apparire inadeguato ma l’intera famiglia, i cui reciproci giochi proiettivi spesso risuonano nella mia mente con quelli in atto nel panorama politico. Fatico a non farmi travolgere dal clima generale dominato dal fare rabbioso e proiettivo che alimentano in modo esponenziale sia la sofferenza che il caos. Trattenendo la spinta ad agire e restando in ascolto, la mia attenzione finisce puntualmente per essere attratta dai punti appena accennati da Giulio; brandelli di comunicazioni e di senso, subito coperti e confusi da fiumi di parole ed apparenti ragioni, come gli oggetti preziosi sotto l’acqua e tra i rifiuti della prima sabbia. Spostando insieme lo sguardo sul brandello di senso presente ma rimasto nell’ombra, assisto ogni volta al modificarsi dello sguardo e del fare di Giulio che diventano più calmi e presenti. Appena uscito spesso accade nuovamente il finimondo con le figure di cui abbiamo appena parlato e alla seduta successiva Giulio si ripresenta insostenibilmente provato dalla vita; ma anche la trasformabilità di tutto questo in maggiore calma e pensabilità nel corso delle sedute, continua e progressivamente aumenta.

A settembre l’attesa, puntualmente delusa da Giulio con ansia e relativi sensi di colpa, della ripresa della frequenza scolastica, come prova del tanto agognato ritorno alla normalità, fa ri-precipitare tutti nell’angoscia. Questa volta

l'impossibilità di tornare a scuola fa perdere l'illusione che si tratti di un problema transitorio. Qualcosa si è definitivamente "rotto" nel funzionamento di Giulio e non si potrà tornare a "prima della crisi". Come ben sappiamo, essendovi profondamente immersi anche a livello sociale, non è mai semplice, mentre si vive la crisi, coglierne il valore trasformativo. Siamo istintivamente portati a cercare solo che cessi al più presto, perché fa male e il bloccarsi di Giulio fa paura. Ora domina la depressione e il timore della cronicità. Toccare il fondo talvolta è necessario per ritrovare il limite. La consapevolezza dell'entità del problema permette a tutti di cominciare a farsene carico, interrompendo la frenetica spinta ad agire per negare la difficoltà. Durante le sedute con me Giulio comincia a confrontarsi con le paure presenti da sempre e con le esperienze vissute durante il ricovero; il padre progressivamente fa i conti con il suo non riuscire più a lavorare; la madre permette loro di fermarsi senza più attaccarli ma anche senza per questo rinunciare a sua volta ad andare avanti, incarnando per tutti la speranza del potercela fare nelle difficoltà. Anche l'istituzione si trova a dover ripensare la sua posizione e propone che Giulio frequenti un centro diurno. Questa proposta, se da un lato è la conferma di uno sguardo convinto della "gravità della sintomatologia di Giulio" e della necessità di farsi carico di una possibile cronicizzazione, dall'altra è anche la proposta di uno sguardo capace di rinunciare a chiedergli di rientrare a tutti i costi "nella normalità". Vivo l'offerta dell'istituzione come l'aprirsi di uno spazio sospeso, intermedio, in cui provare a non rinunciare ad esserci. Giulio, attratto e impaurito dalla proposta del centro diurno, deciderà di cominciare a provare. Ad ogni passo tornano i momenti di blocco sia fisico che emotivo, così come la rabbia e il bisogno di opporsi alle regole e alla realtà. Chiede continuamente, ad esempio, di cambiare i corsi poco dopo aver iniziato a frequentarli. Diventa evidente che sta spostando sulla responsabile della struttura, e quindi in modo più diretto sul sociale, la lotta nei confronti dell'autorità e per l'adeguamento alla realtà. Ogni volta, prima di poter ammettere le sue paure, Giulio si arrabbia e proietta all'esterno le ragioni del suo non farcela. Riconoscersi

ancora in crisi è sempre difficile ma ora, dopo qualche seduta, possiamo parlarne in modo più diretto. Notiamo allora che il ritorno della paura e del blocco avvengono in realtà ogni volta che prova a spingersi un po' più in avanti nel suo essere nel mondo. Tutto questo, dunque, ci racconta che, malgrado le apparenze, si sta muovendo.

Dopo tante provocazioni, quando Giulio porta alla responsabile del centro diurno il pensiero di poter concludere definitivamente l'esperienza fatta all'interno della struttura, la sua proposta viene interpretata unicamente come la conferma della cronicità e del blocco. In realtà è l'inizio della svolta decisiva; dell'uscita dalla mortifera lotta tra onnipotenza o impotenza. Giulio riesce finalmente a "stare al gioco" leggendo i sentimenti procurati dagli eventi come "rappresentazioni mentali"; allo stesso tempo molto reali e non reali, assumendo una prospettiva flessibile capace di fornirgli una indicazione accettabile per stare nella realtà. Sorprendendo tutti, decide di tornare a scuola ma in una scuola privata dove la frequenza e la tipologia di studio sono personalizzate ed è possibile fare gli esami come privatista. Giulio offre a se stesso una terza via rispetto alla rigida visione, sua e della collettività, che lo imprigiona tra certezza di riuscire e blocco, essere sano o essere malato. Riesce a dar credito alla propria energia proprio a partire dal riconoscimento ed accettazione delle sue difficoltà; vissute non più come un insostenibile peso che impedisce la possibilità di esserci. I genitori, anche se spaventati dal "verdetto" del centro diurno, sostengono la scelta di Giulio, manifestando a loro volta di avere energie da investire, simbolicamente rappresentate anche dal denaro che riescono a trovare per sostenere l'iscrizione del figlio alla scuola "alternativa".

In tre anni Giulio arriverà al diploma e farà la maturità lo stesso anno dei suoi vecchi compagni di classe.

Naturalmente blocchi, malesseri e difficoltà continuano ad esserci, anche se la loro intensità è nettamente meno drammatica e duratura. Accade sempre più spesso che Giulia utilizzi le nostre sedute anche per interrogarsi su quello che ormai riconosce come un meccanismo interno da cui si sente dominato e che lo spinge a bloccarsi ogni volta che in realtà desidera provare ad esserci. Ora il limite come

esperienza del possibile e per permettere l'esistenza e l'espressione del desiderio sono presenti in Giulio. Riesce persino a rimproverare me con amorevole fermezza quando, per qualche seduta di seguito, nota che l'ho fatto entrare con alcuni minuti di ritardo. "Lo so che può capitare e che è giusto non chiudere bruscamente quando magari uno è in crisi, come tante volte è capitato anche a me" mi dice, "ma io ho bisogno di tutto il mio tempo e voglio lavorare insieme sulle cose concrete che riesco a fare, più che pensare e ripensare tra me, come ho fatto per tanto tempo". Sostengo tutto il diritto e il valore di questo suo rimproverarmi e Giulio drammatizza sempre meno anche i suoi malesseri fisici che talvolta gli hanno impedito di venire in seduta. Il limite non è più solo frustrazione ma anche soglia per accedere al possibile. "Tu mi hai sempre detto che il mio spazio c'era anche se non venivo e oggi ho deciso di prendermelo. Quando mi sono svegliato stavo male ma ho lasciato la porta aperta, mi sono alzato, ho fatto colazione, mi sono lavato e sono venuto anche se tutto trasandato, perché ho sentito che era importante esserci in questo spazio; ora più di prima". Condividiamo la gioia per questa esperienza, ora possibile, di potercela fare.

Sempre più spesso Giulio comincia a confrontare la lettura che diamo in seduta insieme a ciò che fa o vive, con quella che sente i suoi gli restituiscono degli stessi eventi. "Qui anche questo mio cominciare a vedere in modo critico il mio bloccarmi è letto bene, ma a casa anche questo è difficile. Prima scoppiava il panico perché incasinavo le cose, ora che dico che mi accorgo di fare troppe storie per frequentare mi sento rispondere: "sono due anni che ti dico frequenta!!" Si lamentano che sono esausti e se una cosa va male è persa tutta la giornata. Dicono a me che mi lamento per tutto ma anche loro lo fanno continuamente. La loro è proprio una visione pesante della vita!!". Ricordando a Giulio le frasi che spesso usava, specialmente all'inizio di ogni seduta: "non sono stati giorni facili... è stata una settimana pesante..." e come si arrabbiava se qualcuno provava a sostenere che non era poi così drammatico, ora posso fargli sentire quanto questa visione dell'insostenibile pesantezza della vita gli appartenga, pur non essendo più l'unica possibile e, finalmente,

comincia a dirsi: “ma che ho fatto di così particolare?! È normale!”.

L'avvicinarsi del Natale porta come ogni anno i ricordi relativi al ricovero. Quest'anno però, il terzo della sua analisi, durante l'ultima seduta prima delle vacanze Giulio mi porta non solo i ricordi dolorosi rispetto a quella esperienza, ma racconta anche momenti belli. “È diverso” dice “non più tutto di un solo colore e poi sento di viverlo e ci sono”. Il poter tenere insieme i vari colori delle esperienze rende possibile anche tollerare il no. “A me piacciono i si” dice ancora Giulio, “ma a volte anche il no è possibile e non devono farmi contento per forza. lo reggo!”. Uscendo mi consegna per Natale un dono: una tazza della meditative collection con incisa la parte centrale dell'epigrafe presente sul tempio di Apollo a Delfi: “Γνωθι σαυτόν”, conosci te stesso (14).

Commosi condividiamo quanto questo dono rappresenta il suo sentire ora di poterci essere; il contenitore solido e capace di accogliere l'accadere e il senso della sua vita. Condividiamo la scelta ed è Giulio stesso, uscendo, a posizionare tra gli scaffali per il gioco della sabbia la tazza che mi ha appena regalato.

Ora che finalmente “esserci” comincia ad essere più una possibilità che un peso insostenibile, le sedute talvolta si aprono potendo vedere ciò che va – “oggi mi sento sereno...” – malgrado ciò che non è andato – “...perché la discussione ha poi portato...” – piuttosto che iniziare con il consueto scrollare il capo sfiduciato seguito dalla frase: “è stato un periodo difficile... sono stati giorni pesanti”. Giulio si interroga sempre più spesso e in modo critico rispetto al suo cercare di negare o all'opposto di esasperare le ferite e, dietro ad ogni limite, comincia a vedere come si celi anche ciò che al momento è possibile. La fine dell'idillio nel rapporto con il padre non è allora più vissuto come una perdita irreparabile ed intollerabile, ma come l'opportunità per cominciare a conoscersi davvero; riconoscendo le potenzialità ed i limiti di ciascuno.

All'immagine idealizzata del padre si sostituisce la consapevolezza della sua (del padre) fragilità emotiva, spesso proiettata su di lui. Ora Giulio si ribella con forza alle proiezioni paterne ma teme anche di lasciarlo solo con la sua

14) La traduzione del testo presente sul tempio è la seguente: “In te si trova occulto il tesoro degli Dei. Oh Uomo conosci te stesso, e conoscerai l'Universo e gli Dei”.

fragilità. Ci vorrà diverso tempo perché riesca a sentire quanto lasciare che l'altro affronti le sue difficoltà sia in realtà una prova di fiducia nella sua capacità di tenere; ma alla fine riuscirà a fare anche questo. Il padre è stato allontanato dall'ennesimo posto di lavoro e Giulio scopre per caso prima di lui il perché. Si interroga in seduta rispetto al se e come proteggere il padre; alla fine riesce a trattenere la sua spinta ad agire e, poco dopo, sarà il padre a parlargli di quello che è accaduto e di come lui ha affrontato la situazione. Riesce a quel punto anche a dire al padre che non ha più così bisogno di essere accompagnato ovunque e scopre che lui, vedendolo sereno, non ha nessuna difficoltà a lasciarlo andare.

Per quanto riguarda il rapporto con la madre Giulio dice: "la malattia mi ha permesso di creare con lei un rapporto significativo come non era mai successo prima. Ora mi sono accorto che lei mi capisce molto più di quanto pensassi; non si agita come papà e c'è sempre se la cerco". L'antico vissuto di abbandono da parte della figura materna, che caricava Giulio di un odio arcaico e rivendicativo, ha lasciato il posto alla possibilità di vivere con lei un rapporto nuovo e gratificante; capace di offrire contenimento ed ascolto. Entrambi ora riconoscono quando l'altro è in ansia, ma riescono a vivere questi momenti come risposte transitorie e possibili; non più come l'espressione di un malessere senza soluzione da cui prendere difensivamente le distanze.

Con la primavera un giorno apro la porta e, quasi d'incanto come in una fiaba, mi accorgo che il corpo di Giulio si è trasformato in quello di uno splendido giovane. Il tempo dell'attesa è finito e ora è lo stesso Giulio a potersi dire: "tutto quello che ho passato è accaduto perché io potessi rinascere a me stesso".

Come ogni neonato, Giulio comincia a cercare il suo ritmo per stare nel mondo. Sa che non può essere quello del padre che tende a bloccarsi, né quello della madre che corre cercando di non fermarsi mai. Si percepisce sempre più spesso come in relazione ma anche diverso, separato dall'altro. Anche tra noi comincia a farsi spazio l'idea della fine della terapia. Un pensiero pensabile, carico di emozioni diverse che possono coesistere, ma ancora senza

una data. Il ritorno per qualche tempo dei vecchi sintomi intestinali l'aiuta ad interrogarsi e a scoprire che: "Non so ma non ho più paura delle domande a cui non so dare subito una risposta; aspetto e spesso mi accorgo così di aver trovato la strada".

La rinascita porta con sé anche gli interrogativi rispetto a quanto inciderà nel futuro tutto quello che è accaduto. Per qualche tempo prevale il timore che possano esserci recidive, che infondo continui a sentirsi fragile o a guardare un domani i suoi figli con lo stesso sguardo timoroso rispetto alla fragilità, che i suoi hanno mostrato nei suoi confronti. Torna il timore della "cronicità" condiviso anche con le strutture che l'hanno seguito durante la "malattia". Giulio però alterna a questi timori la sensazione di sentirsi diverso e di faticare a stare in questa "società del mulino bianco".

"Sembra che o ti va tutto bene come nella pubblicità o non vali nulla o sei malato... Quando ho cominciato a stare male i genitori dei miei amici, da sempre amici dei miei, si sono allontanati con mille scuse, sostenendo anche le scuse dei figli. Ci siamo ritrovati soli, eravamo diversi. Ora che però io mi sento cambiato, non so se voglio davvero essere così."

Un giorno arriva tardi in seduta perché ha aiutato un anziano, che si è stupito del suo gesto, ad attraversare la strada. Condividiamo l'atrocità di questo tempo in cui, ormai abituati ad aspettarci esperienze negative e probabili attacchi, ci scopriamo sorpresi quando riceviamo attenzioni dall'altro estraneo e/o straniero. In linea con le parole di Jung che sottolinea come "il processo di individuazione non porta all'isolamento, bensì ad una coesione collettiva più intensa e più generale" (15), Giulio sente di essersi fermato tanto a lavorare su di sé anche per tornare in modo diverso nel mondo; di cui ora sente di non poter fare a meno. Insieme cominciamo ad interrogarci se davvero il mulino bianco sia l'unico modo di stare nel mondo o se, portare il proprio modo di essere, anche il dire no a tutto questo, non possa essere un valore capace di dare forza al proprio diritto di esserci e alla complessità a cui apparteniamo.

Dopo cinque anni, Giulio è pronto a proporre una data per

15) C.G. Jung (1969), "Descrizione generale dei tipi", *Opere*, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1981, p. 463.

la fine del nostro lavoro. “Ho scelto; è la data della famosa gita in cui per la prima volta ho cercato di prendere il volo rispetto ai miei e poi mi sono accorto che non ci riuscivo e mi sono bloccato”. Ricorda il messaggio confuso e contraddittorio che riceveva dai genitori, pronti a farlo uscire ma sempre preoccupati di non lasciarlo solo; tanto che, a 13 anni, tenevano ancora in casa una babysitter per lui. Ricorda gli amici, la gita, la delusione dopo quel bacio dato all'altro e non a lui... “Non ho capito più niente e da quel momento il blocco è diventato sempre più forte”. Ora, insieme, possiamo dare valore a quel blocco riconoscendolo come l'espressione e la ricerca di non adattarsi a tutti i costi a ciò che il mondo gli chiedeva; senza tuttavia avere ancora la forza per proporre il suo modo di poterci essere. Ha dovuto bloccarsi e rimettere in discussione tutto a partire dalla domanda: “forse il punto è che io non ce la faccio a vivere”; per dare valore al suo diritto ad esserci così come è. Conclude la seduta dicendosi felice di aver trovato la data, una data che chiude il cerchio della comprensione di ciò che è stato, per aprirsi a nuovi orizzonti; spiccando finalmente il volo verso ciò che ora sa di poter essere.

“I beni più grandi vengono a noi attraverso la follia, quando è data per un dono divino” (Platone, *Fedro*).

Molti sono gli autori che, seppur in modo diverso, parlano del percorso terapeutico come di una riorganizzazione della conoscenza relazionale implicita; di un incontro per condividere una diversa esperienza dell'essere con l'altro come fattore centrale del cambiamento (16). Durante una seduta Giulio, fermandosi a riflettere sul senso del suo non aver utilizzato molto né il lettino né la sabbia nella sua analisi, ma prevalentemente il vis a vis, me lo racconta così: “incontrare il tuo sguardo per me era importante... Solo e confuso cercavo te per vedere”.

Gli dico che cercava un confronto di sguardi per dare senso a ciò che sperimentava attraverso quello che vedeva io provavo. “Sì” risponde “e temo che mi mancheranno ora proprio questo tipo di sguardi capaci di darmi fiducia”. Mi viene spontaneo dirgli che, ora che è consapevo-

16) C. Bollas. (1987), *L'ombra dell'oggetto*, Borla, Roma, 1989; R.D. Stolorow e G.E. Atwood (1992), *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Boringhieri, Torino, 1995; D. Stern, 2004, *op. cit.*; A.M. Speranza (2010), “Psicoanalisi e “infant research”: dai contributi di Daniel Stern all'approccio sistemico di Beebe e Lachmann”, in *Psicologia dinamica. I modelli teorici a confronto*, A. De Coro e F. Ortu (a cura di), Laterza, Roma-Bari, 2010.

le di ciò che cerca, saprà trovare questo tipo di sguardo nelle persone che incontrerà nella vita. Sente che si è bloccato perché era tanto confuso e che avrebbe potuto rischiare di attaccarsi a qualsiasi sguardo. Insieme ridefiniamo il suo bloccarsi come una parte profondamente sana e capace di dirgli: “aspetta, fermati, ritrova te stesso e poi potrai andare nel mondo”. “Sì” continua Giulio “e non è stato facile contro tutti e la paura della pazzia e la diagnosi, ma una parte di me ha sempre sentito che il blocco era anche necessario”. Condividiamo il finire ora qui, per andare a cercare nel mondo sguardi capaci di riconoscerlo e dargli fiducia nella possibilità, sua e degli altri, di realizzare il proprio senso.

Così come quando abbiamo iniziato il nostro lavoro abbiamo incontrato e ci siamo confrontati anche con i suoi genitori rispetto a quanto ci riproponevamo di fare insieme; lo stesso facciamo al momento di concludere la terapia. Anche questa volta l'incontro è caratterizzato dalla presenza di intense emozioni. Quella condivisa e dominante è la gratitudine di ciascuno verso l'altro per esserci sempre stati; riuscendo insieme progressivamente a trasformare il timore in speranza. È la madre di Giulio a ricordare l'importanza degli sguardi anche tra noi: “ricordo quando lo portavo che quasi non stava in piedi, lei non diceva nulla ma mi guardava e poi lo invitava ad entrare. Sentivo che anche lei non era serena nel vederlo così ma sapevo che potevo fidarmi”. Ripercorriamo insieme le tappe più difficili e significative del percorso. In particolare, il momento del rifiuto dell'etichetta della malattia mentale con il taglio rispetto al centro diurno; un taglio carico della paura ma anche della speranza, tenuta e condivisa, di potercela fare. Il pianto che ha dominato la scena del primo incontro sul volto paterno, ha ora lasciato il posto ad un sorriso sereno. Il volto materno, rigido e contratto durante il primo incontro nello sforzo/necessità di tenere per tutti e a tutti i costi, ora appare libero di condividere il suo essere dolcemente commosso.

Tanti sguardi ci siamo scambiati e tanti ancora Giulio ne scambierà con il mondo. Lo Spirito della Natura che alberga in lui è ormai capace di incrociare e sostenere lo sguardo con lo Spirito del Tempo di cui fa parte. A Giulio e alla

17) C. Hauke, *Jung e il Post Moderno l'interpretazione della realtà*, la Biblioteca di Vivarium, Milano, 2011, p. 192.

18) M. Benasayang, G. Schmit, 2005, *op. cit.*, p. 56.

19) G. Devereux (2007), *Saggi di Etnopsichiatria Generale*, in Inglese S. (a cura di), Armando Ed., Roma, 2007.

20) C.G. Jung (1969), "Il problema dei tipi nella storia dello spirito antico e medioevale", in *Opere*, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1981, p. 68.

21) G. Vattimo, *Addio alla verità*, Meltemi, Sesto San Giovanni, 2009.

sua generazione l'augurio di riuscire ad essere "possibili mediatori dell'esserci".

Christopher Hauke ha dedicato un intero libro alla "ricontestualizzazione della prospettiva junghiana che la riveli nella sua importanza per la nostra epoca postmoderna" (17). "L'ordine del focolare corrisponde all'ordine storico del mondo umano in un determinato momento del divenire umano di una civiltà" dicono Benasayang e Shmit (18). Devereux (19) sottolinea come i soggetti disturbati sintetizzano ed esprimono con il loro comportamento i materiali culturali, che riflettono l'auto sconfessione fondamentale della società.

Saper assumere una prospettiva capace di ricontestualizzare il disturbo mentale anche nel contesto culturale di appartenenza, permette di trasformare l'illusione/bisogno di curare in una "occasione per dialogare con il mondo"; cogliendo e restituendo anche al collettivo come la "follia" abbia molto da offrire alla rivalutazione dei valori e alla risacralizzazione della cultura di cui la modernità ha così bisogno.

Dice Jung:

"La scienza come fine a se stessa è certamente un alto ideale [...] ma la scienza deve dimostrare il suo valore per la vita sapendo fare non soltanto da padrona, ma anche da serva [...] se è vero che la scienza ci ha portati a scoprire gli squilibri e le disfunzioni della psiche [...] è d'altra parte un grave errore farne uno scopo di se stessa e renderla così incapace d'essere un semplice strumento" (20) della vita.

Ritengo che la fatica di vivere, l'insostenibile "pesantezza dell'esserci" su cui le nuove generazioni ci stanno costringendo a posare lo sguardo, rappresenti anche un richiamo a guardare e a dialogare con la paura del nostro tempo; la paura del nulla che ci opprime.

Raggiunta la consapevolezza che l'ideale di una certezza assoluta, di un sapere totalmente fondato e di un mondo come sistema razionale compiuto è solo un "mito culturale rassicurativo", dobbiamo riuscire a vivere l'assenza di certezze come una condizione dell'essere umano; rinunciando a temerla e patologizzarla. Consapevoli, come sostiene Vattimo (21), che si tratta di un destino del quale

non possiamo liberarci senza privarci di aspetti fondamentali della nostra spiritualità, possiamo provare a vivere l'esperienza della dissoluzione dell'essere, senza rimpiangere continuamente le certezze perdute. L'obiettivo è la leggerezza dell'essere di cui parla Kundera (22), la leggerezza del nulla. Un nichilismo che non si rammarica continuamente per le certezze ataviche perdute, né anela spasmodicamente a costruirne altre; dove la razionalità accetta di depotenziarsi e cedere terreno, smettendo di temere di indietreggiare verso la zona d'ombra.

Rinunciando allo sguardo abbagliato dalla luce esclusiva e perciò ingannevole della sola coscienza, è attraverso l'incontro e il dialogo con l'ombra, con ciò da cui più temiamo di essere annientati, che una terza via è offerta all'insostenibile pesantezza dell'oscillazione tra onnipotenza e impotenza. La fatica di Giulio è l'emblema di un malessere personale che affonda le sue radici in un malessere anche culturale del nostro tempo e, contemporaneamente, la ricerca di una nuova individuativa risposta possibile per uscire dall'insostenibile paradosso in cui continuamente cadiamo; per sé come per la collettività di cui è parte. Uscendo dai ristretti confini della domanda dominata dall'ansia di "tornare alla normalità", Giulio ed io abbiamo progressivamente potuto rileggere il suo sintomo entrando nella ricchezza di ciò che rappresentava, compreso il rifiuto dell'ordine simbolico della cultura prevalente; creando nuovi legami di senso relazionali e temporali. Il timore e la insostenibile pesantezza dell'esserci hanno così potuto progressivamente trasformarsi nella capacità di desiderare la vita e il futuro, smettendo solo di temerli. Dal nostro incontro è così ri-nato un antico/nuovo simbolo: la tazza del Γνώθι σαυτόν; l'antica iscrizione incisa sul tempio dell'Oracolo di Delfi, come esperienza del limite e contenitore possibile dell'accadere della vita, oltre i ristretti confini delle apparenze e del già noto. L'occulto tesoro degli Dei, il Santo Graal dei Templari sommersi dall'acqua e dalla spazzatura nella prima sabbia.

La terapia analitica in età evolutiva ha, a mio avviso, un peso ed un valore particolari nel favorire il complesso incontro di sguardi tra individuo, famiglia e società. Nel complesso gioco tra intrapsichico, interpersonale e cultu-

22) M. Kundera (1982), *L'insostenibile leggerezza dell'essere*, Adelphi, Milano, 1989.

rale che continuamente si delineano e definiscono reciprocamente, infatti, il figlio è da sempre il simbolo del nuovo e della possibilità di rinnovamento. Aiutare allora i genitori, attraverso percorsi paralleli a quelli del bambino/ragazzo durante il lavoro analitico, a non essere solo spaventati dal malessere di quest'ultimo, guardando ad esso solo come alla prova di errori e colpe commesse, significa anche contribuire a favorire nel collettivo la possibilità di andare oltre la logica che ci sia un modello di normalità e di genitore "perfetto", capace di generare "figli modello" in una società "senza peccato". L'obiettivo è quello di costruire anche con la coppia genitoriale uno spazio simbolico che eviti di ridurre tutti ad una visione causalistica ed unidimensionale del problema.

Dando valore a ciò che accade e provando insieme ad aprirsi al senso, genitori e figli possono progressivamente riscoprire e accrescere le proprie capacità, smettendo di identificarsi esclusivamente con le loro mancanze, per riprendere in modo nuovo nella società la narrazione della propria storia. Dall'incontro con la complessità, capace di rinunciare al peso di certezze ma anche di ansie assolute, possono così riprendere a nascere per tutti miti e valori, capaci di portare avanti il racconto dell'umanità...

"C'era una volta un universo ricco di colori, di suoni, di odori, un universo attraversato da mille percezioni, sensazioni ed emozioni, un universo carico di infinite possibilità..."

Sommario

Sempre più spesso la complessità, del tutto naturale del vivere, sta diventando patologia. Incontrare e contribuire a dare senso a tutto questo è per l'autrice oggi un compito fondamentale in particolare dell'analista dell'infanzia e dell'adolescenza. Partendo da come la vita psichica abbia origine e si sviluppi continuamente attraverso il complesso intreccio esistente tra individuo, famiglia e società diventando esperienza, difficoltà, possibilità, viene presentata la storia dell'incontro clinico con il tredicenne Giulio. Una storia emblematica del nostro tempo, caratterizzata dal faticoso rispecchiamento dell'energia vitale tra personale, familiare e sociale. Attraverso il lavoro analitico,

accedendo alla dimensione simbolica di quanto accade, genitori e figli possono progressivamente riscoprire e accrescere le proprie capacità, smettendo di identificarsi esclusivamente con le loro mancanze, per riprendere in modo nuovo nella società la narrazione della propria storia.

Summary

More and more the completely natural complexity of life is becoming pathology. Meeting and contributing to give meaning to all of this is, for the author, a crucial task, especially the childhood and adolescence analyst's task. The author starts from how the psychic life has its origins and its development through the complex meeting between the individual, family and society – which become experiences, difficulties and possibilities – and then the story of the clinical meeting with the thirteen-year-old Giulio is introduced. An emblematic story of our times, characterized by the tiresome mirroring between the vital energies of the individual, the family and the society. Through the analytic work, by accessing the symbolical level of what is happening, parents and children are able to progressively figure out and increase their capabilities, they start telling society their own story in a new way and stop defining themselves exclusively through their failures.

Come aiutare i bambini a superare il trauma della violenza intrafamigliare

Gloria Soavi

Introduzione

La violenza, in generale, e in particolare quella che avviene all'interno della famiglia e colpisce bambini e ragazzi suscita reazioni di rifiuto che portano spesso a minimizzarla, a sottovalutarla fino a fenomeni di vero e proprio occultamento. Purtroppo, la realtà, le ricerche e la pratica clinica ci presentano una situazione ben diversa: la violenza è diffusa, trasversale e produce gravi conseguenze nei soggetti in età evolutiva. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) sottolinea come su un caso che arriva all'attenzione dei servizi preposti altri nove rimangono sommersi e sconosciuti, e spesso emergono solo in età adulta. Lanius (1) parla di "epidemia nascosta" riferendosi ai traumi legati alla violenza che, come dimostrano le ricerche epidemiologiche, sono connessi in più del 50% dei casi a varie forme di maltrattamenti subiti nel corso dello sviluppo. Punto di partenza importante di questa riflessione è l'Adverse Childhood Experience (ACE) Study (2) che ha contribuito in maniera sostanziale a far emergere un fenomeno sempre più difficile da ignorare e ha il merito di aver sottolineato l'effetto negativo in particolare delle esperienze traumatiche cumulative. Questa indagine epi-

1) R.A. Lanius et al., *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia, l'epidemia nascosta*, Giovanni Fioritti Editore, Roma, 2012.

2) *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. cdc.gov. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Maggio 2014. Archived from the original on 27 December 2015.

demologica di vastissime proporzioni (con un campione di oltre 17000 soggetti) ha evidenziato, al di là di ogni dubbio, come le violenze subite nel corso dello sviluppo costituiscano un fattore critico rispetto al manifestarsi ed alla prognosi di disturbi psichiatrici, malattie somatiche e comportamenti come l'abuso di sostanze e comportamenti sessuali a rischio in età adulta.

Già nel 2006 il WHO ha evidenziato la dimensione globale della violenza sui bambini e ragazzi definendola "un problema di salute pubblica" per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società anche in termini di spesa sociale e sanitaria (3) in considerazione dei costi necessari per gestirne le conseguenze a breve e lungo termine.

Si rileva purtroppo come il contesto intrafamiliare sia quello dove maggiormente si perpetrano le forme di violenza e siano proprio i genitori a compiere atti di violenza, si comprende quindi la gravità delle conseguenze sull'evoluzione psicologica dei bambini, poiché il maltrattamento si sviluppa all'interno di una relazione fondamentale per lo sviluppo "sano" della personalità: la relazione di attaccamento, che caratterizza il rapporto fra genitori e figli.

Le stime emerse nell'ultimo *European report on preventing child maltreatment*, (WHO) del 2013, ci riportano dati agghiaccianti: 852 bambini sotto i 15 anni muoiono ogni anno in Europa vittime di maltrattamento (il tasso più alto è nei bambini sotto i 4 anni), 18 milioni di bambini (il 13,4% delle bambine e il 5,7% dei bambini) sono vittime di abuso sessuale, 44 milioni (il 22,9% dei bambini) è vittima di violenza fisica, il 29,6% è vittima di violenza psicologica (55 milioni). Il rapporto del WHO riporta l'attenzione sulla necessità urgente di misure preventive e descrive i vari fattori di rischio che secondo il Modello Ecologico influiscono sulla possibilità che si instauri un maltrattamento per i bambini. Oltre la situazione socio-economica che può fare da detonatore di determinate condizioni di fragilità, altri indicatori di rischio personali e relazionali dei genitori (legati a traumi pregressi nelle loro storie e/o rapporti complessi con le loro famiglie d'origine) sono i principali aspetti su cui focalizzare l'attenzione.

Qual è la situazione del nostro paese? Come sappiamo

3) Felitti VJ, Anda RF e al., *The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study*, (last review 2013) in www.cdc.gov/ace/outcomes.html

4) La ricerca si è avvalsa della collaborazione di Anci e Istat e ha raccolto il numero dei minori maltrattati in carico a 251 comuni in tutto il territorio nazionale. L'indagine ha coperto un bacino effettivo di 2,4 milioni di popolazione minorile residente in Italia (il 25% della popolazione minorile italiana). Il dato finale evidenzia che 47,7 minorenni su 1000 sono seguiti dai servizi: i bambini e i ragazzi italiani che si trovano in uno stato di bisogno e per i quali è stato attivato un intervento dei Servizi Sociali sono quindi pari a 457.453. Si può consultare su www.cismai.org

l'Italia da anni viene richiamata all' impegno di produrre dati sul maltrattamento, ma a tutt'oggi non è presente nel nostro paese una banca dati nazionale aggiornata e un sistema di monitoraggio stabile del fenomeno che consenta una riflessione e programmazione adeguati.

La prima e unica ricerca epidemiologica in Italia su basi scientifiche e confrontabili con i dati internazionali è stata condotta da Cismai e Terre des Homme, con il patrocinio dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza ma risale al 2015 (4). Fra i minorenni in carico ai Servizi Sociali per vari motivi di disagio oltre 91 mila sono maltrattati, ovvero circa 1 bambino ogni 5. Per quanto riguarda la tipologia della violenza il 47,1 % è vittima di grave trascuratezza, il 19% per violenza assistita, 13,7% maltrattamento psicologico, l'8,4% patologia delle cure, 6,9% maltrattamento fisico, 4,2% abuso sessuale. Oltre la metà dei bambini maltrattati subisce, quindi, una grave forma di trascuratezza se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure. Emerge inoltre che la violenza assistita rappresenta la seconda forma di violenza più diffusa tra quelle registrate: circa 1 bambino su 5 fra quelli maltrattati è testimone di violenza domestica intrafamiliare. Dall'analisi dei dati si possono fare considerazioni importanti anche sulla capacità di presa in carico dei servizi e sulle risposte offerte: una prima considerazione riguarda la carenza nel sistema di tutela rispetto la prevenzione al fenomeno; infatti, emerge che i bambini arrivano all'attenzione dei servizi e vengono presi in carico maggiormente (nel 50% dei casi) nella fascia di età 11-17 anni, e che nel 33% il maltrattamento viene individuato nei casi in carico per altre problematiche, quindi non rilevato direttamente. Questo pone un grave problema rispetto al ritardo in cui si individuano le forme di maltrattamento, quando i danni e le conseguenze del trauma sono spesso già strutturate. Un altro elemento è la differenza significativa della capacità di presa in carico e dei servizi offerti dei servizi del nord rispetto al sud, che porta alla considerazione che purtroppo nel nostro paese i bambini non hanno le stesse opportunità di tutela e cura. Già questi elementi offrivano stimoli per riflessioni e programmazioni importanti che non hanno purtroppo avuto seguito. Il fenomeno, in altri

termini, risulta essere soggetto nelle nostre comunità ad azioni di occultamento difensivo che si ripercuote in maniera preoccupante sui servizi di tutela.

Sono passati quattro anni e attualmente non abbiamo una fotografia aggiornata della situazione, mentre è urgente ripete-
tere la ricerca per monitorare il fenomeno. La buona notizia è che l’Autorità Garante dell’Infanzia e dell’Adolescenza ha accolto le sollecitazioni di Cismai e Terre des Homme ed è partita la seconda ricerca epidemiologica che sarà pronta nel 2020.

La violenza assistita e i danni sui bambini

Una delle forme di maltrattamento intrafamigliare maggiormente sottostimato e sottovalutato nelle sue conseguenze ancora oggi nel nostro Paese è la cosiddetta violenza assistita (5): intendiamo in generale, quando i bambini e i ragazzi sono testimoni di violenze da parte di un membro della famiglia su un altro. Ci si riferisce in particolare alla violenza del padre sulla madre, perché purtroppo statisticamente maggiore e strettamente connessa alla violenza domestica: i dati Istat del 2017 sulla violenza alle donne rilevano come nel 65% dei casi siano madri e che la violenza avvenga in presenza dei figli. Purtroppo, come sappiamo, queste situazioni possono anche avere esiti letali quando il padre uccide la madre, o si uccide lui stesso, spesso davanti ai figli. Il Cismai, che nel 2005 aveva redatto le prime linee guida per gli operatori per gestire correttamente queste situazioni, le ha revisionate nel 2017 inserendo già nella definizione il concetto di “orfani da femminicidio” e le conseguenti azioni di cura necessarie (6).

L’esposizione alla violenza, specie su una figura di riferimento come la madre, porta i bambini e i ragazzi a sperimentare una condizione psicologica molto dolorosa e complessa, che inciderà, se non precocemente riparata, sulla loro evoluzione sia in termini di strutturazione della personalità che di apprendimento di modalità relazionali distorte e violente. La Herman (7) descrive in maniera estremamente efficace lo stato psicologico dei figli: «Il bambino intrappolato in un ambiente prevaricante si trova a dover affrontare un compito di adattamento di grave

5) La prima definizione è stata presentata nel 2003 al 3° Congresso Cismai a Firenze “Per violenza assistita da minori in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del/della bambino/bambina di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su minori e/o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti: direttamente, quando avvengono nel suo campo percettivo; indirettamente, quando ne è a conoscenza e/o ne percepisce gli effetti”.

6) CISMAI – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia, *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltratta-*

mento sulle madri, Foehn Torino, 23 giugno 2017

7) J.L. Herman (1997), *Trauma and recovery*, Basic Books, New York, tr. it. *Guarire dal trauma, affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi, Roma, 2005. 8) Per ESI si intende quell'insieme di situazioni che incidono significativamente sui processi di attaccamento e che si possono definire come "incidenti di percorso" negativi, più o meno cronici, rispetto all'ideale percorso evolutivo sia sul piano personale che relazionale. Si veda: V.J. Felitti et al., "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults", in K. Franey, R. Geffner e R. Falconer, *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, S. Diego, CA, Family Violence and Sexual Assault Institute, 2001; V.J. Felitti e R.F. Anda, "The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care", in R. Lanius, E. Vermetten e C. Pain, *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge University Press, 2010.

9), K. P. O'Hagan, *Emotional and psychological abuse: Problems of definition*. *Child Abuse & Neglect*, 19, 4, 449-461, 1995.

10) D. Glaser, *Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework*. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714, doi: 10.1016/S0145-2134(02)00342-3, 2002.

complessità. Dovrà trovare una strada per conservare un senso di fiducia in gente inaffidabile, sicurezza in un ambiente insidioso, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di mancanza di potere». Negli anni Novanta è stato opportunamente introdotto nel complesso dibattito sui maltrattamenti e abusi nell'infanzia la nozione di Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) (8), che comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia, subito in forma diretta – violenza sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza – e indiretta, che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro; fra queste viene inclusa la violenza assistita. L'essere spettatore della violenza sulla madre o altre figure significative crea infatti una condizione emotiva complessa che si connota come maltrattamento psicologico. O'Hagan (9) distingue opportunamente tra abuso emozionale e maltrattamento psicologico: se il primo comporta da parte dell'adulto una risposta emozionale ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino, il secondo, nella sua forma di denigrazione verbale, critiche e svalutazioni, si configura come risposta comportamentale attiva. Glaser (10) propone di passare da definizioni che individuano specifici comportamenti dei genitori con i figli a definizioni che implicano atteggiamenti più trasversali alla loro relazione. L'autrice individua le seguenti aree di rischio: indisponibilità, trascuratezza, non responsività emozionale; qualificazioni negative e mistificanti del bambino; interazioni con il bambino inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva; mancato riconoscimento e mancata consapevolezza dell'individualità del bambino e dei confini psicologici; mancata promozione del suo adattamento sociale. Questi comportamenti sono ampiamente presenti nella violenza assistita e producono un danno importante nei processi di attaccamento deformando traumaticamente l'assetto della personalità.

È doveroso ricordare che in molti casi i bambini e gli adolescenti non sono solo testimoni della violenza sui familiari e sulla madre in particolare, ma diventano vittime dirette di maltrattamento e quindi presentano condizioni di plurivittimizzazione. Possono riportare danni fisici perché colpiti accidentalmente con oggetti, pugni o calci, o per-

ché vengono picchiati quando cercano di difendere la madre o i fratelli: «Quando stavo steso sul letto avevo paura di sentire le chiavi di lui che entrava ubriaco. Entrava di notte... picchiava la mamma e anche me perché mi mettevo in mezzo», racconta M. In non pochi casi questi bambini possono essere picchiati anche in momenti diversi da quelli in cui è la mamma a essere colpita, secondo una logica che considera donne e bambini ugualmente inferiori e perciò meritevoli di essere “educati” alla stessa maniera ogniqualvolta commettono un errore, o agiscono un comportamento di disturbo, o si sottraggono al potere maschile. I bambini e i ragazzi, non meno delle madri, possono diventare anche vittime di stalking o di violenza economica dopo la separazione dei genitori, che rappresenta un momento di particolare rischio per lo scatenarsi o l’acuirsi della violenza.

Se ascoltiamo i vissuti dei bambini vittime di violenza assistita, quando in terapia trovano uno spazio di ascolto, entriamo in un mondo fatto di paura, angoscia, impotenza, dolore, solitudine, colpa, allerta continua, una penosa condizione che influenza l’intera vita sia fuori che dentro la famiglia. Davanti alle reazioni violente i figli sperimentano varie emozioni negative e inquietanti che in genere non possono condividere con nessuno, a volte neppure con i fratelli e che portano al blocco emozionale fino a strutturare condizioni di dissociazione vera e propria (11).

11) G. Soavi, *Proteggere i bambini dalla violenza assistita*, Franco Angeli, 2018.

Il trauma della violenza e le conseguenze

Autorevoli autori hanno sottolineato da tempo come assistere alla violenza agita produca trauma acuto, quello che paralizza, toglie la forza di reagire, lascia sopraffatti; diventa cronico quando questa esperienza si perpetua senza soluzione di continuità, pervade la quotidianità, condiziona la percezione della vita e del futuro, crea quella sofferenza definita dalla Hermann il “dolore degli impotenti”. Il DSM-5 nella sua ultima versione include fra le cause del Disturbo da stress post-traumatico l’essere testimoni di eventi quali la morte innaturale, l’abuso fisico e sessuale dovuto ad aggressione violenta, la violenza domestica. Il Disturbo da stress post-traumatico viene

inserito nel nuovo capitolo Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, insieme al disturbo da stress acuto, al disturbo reattivo dell'attaccamento, dell'adattamento e ad altri disturbi. Viene inoltre dato maggior rilievo all'importanza della relazione tra genitori e figli e l'eventuale impatto traumatico di cure inadeguate e non responsive, tanto da introdurre il Disturbo reattivo dell'attaccamento e il Disturbo da disimpegno sociale disinibito, nell'ambito della sezione Disturbi collegati a traumi e fattori stressanti. In sintesi, viene concentrata l'attenzione sui disturbi in cui un evento traumatico o stressante ha causato l'esordio dei sintomi per definire una diagnosi infantile. L'esposizione al trauma o allo stress può avere come conseguenza una vasta gamma di sintomi, a seconda dell'età, della precedente esposizione a traumi, del temperamento e dei fattori ambientali; possono essere internalizzati (come l'ansia), esternalizzati (rabbia, aggressività), o una combinazione di entrambi (12). Il disturbo post-traumatico viene opportunamente differenziato secondo l'età, fornendo criteri separati e specifici per i bambini sotto i 6 anni con una differenza nel numero di sintomi richiesti per fare diagnosi. Inoltre, nel criterio A del Disturbo si parla di assistere direttamente a eventi traumatici accaduti ad altri, in particolare ai caregiver primari, quindi comprende la violenza assistita come causa di traumatizzazione nell'infanzia. Il DSM-5 dà ragione di un'altra forma di risposta al trauma, la dissociazione, includendo i seguenti specificatori per il disturbo post-traumatico: con sintomi dissociativi (depersonalizzazione o derealizzazione); con espressione ritardata (in cui i criteri non sono soddisfatti completamente fino a sei mesi dopo l'evento).

Le ricerche e la pratica clinica hanno individuato conseguenze importanti, a breve e a lungo termine, della violenza assistita legate alla dimensione traumatica dell'esperienza. Vale la pena sottolineare che i maltrattamenti sulle madri possono essere già attivi prima della nascita: la violenza può precedere la gravidanza ma anche iniziare o aggravarsi quando la donna aspetta un figlio, come molte indagini dimostrano. In quei mesi il clima emotivo e gli eventi stressanti possono incidere sullo sviluppo e sul benessere del nascituro; un elevato stress determina

12) I sintomi correlati sono divisi in quattro gruppi: sintomi intrusivi (per esempio: ricordi intrusivi, sogni spiacevoli, reazioni dissociative o flashback, disagio intenso e risposta fisiologica ai fattori scatenanti); evitamento persistente di ricordi, pensieri o sentimenti che circondano l'evento traumatico o evitamento di fattori esterni (per es. persone, posti); modificazioni negative persistenti nei pensieri e nell'umore (per es. distorsioni cognitive, distacco); ipervigilanza o aumento dell'arousal (per es. aggressività, scoppi di collera, alterazioni del sonno, problemi di concentrazione, comportamento spericolato o autodistruttivo). Per approfondimenti si consiglia: L.W. Reichenberg, *DSM-5 L'essenziale - Guida ai nuovi criteri diagnostici*, Raffaello Cortina, Milano, 2015, p. 65.

un'alterazione della perfusione ematica placentare, a causa dell'aumento dei livelli di mediatori chimici quali l'adrenalina (13).

13) J.L. Herman, 1997, Op. cit.

È anche sulla base di questi complessi processi che si instaura la relazione madre/bambino fondamentale per la genesi del Sé e cruciale per le stesse esperienze riparative. Le esperienze stressanti producono diverse conseguenze tra le quali rientrano la disregolazione degli stati emotivi e dell'*arousal*, intesa come attivazione corporea; questi effetti possono assumere forme di particolare gravità specie nei traumi complessi e/o avvenuti in età precoce. Tuttavia, se l'evento traumatico si verifica in età precoce, non è necessario che abbia una particolare intensità vista la fase evolutiva nella quale si trova il sistema nervoso del bambino. Le neuroscienze parlano di dissociazione in termini di frammenti di esperienza (sensazioni corporee e stati emotivi primarie) che, restando indifferenziati negli strati più profondi della psiche inconscia, sono depositati soltanto nella memoria implicita e codificati in aree primitive sub-corticali o limbiche del cervello. Utilizzando una terminologia junghiana potremmo riferire questi contenuti mentali alla dimensione arcaica dell'inconscio collettivo. Si tratta di esperienze che mandano in frantumi l'unità psicosomatica del bambino e minacciano conseguentemente il nucleo vitale della sua personalità in formazione.

Numerose ricerche scientifiche mostrano che l'esposizione a traumi può avere un impatto profondo e duraturo sullo sviluppo dell'individuo, specie se avviene in età critiche o durante passaggi evolutivi, se comporta un'alterazione o interruzione delle relazioni di attaccamento o se determina una violazione del sé (14). Nelle situazioni di violenza domestica i figli sono vittime di maltrattamento psicologico che ha come conseguenza la compromissione di alcune aree di sviluppo. I problemi riscontrati in questi bambini includono: depressione, ansia, inquietudine, aggressività, crudeltà verso gli animali, tendenza all'atto, immaturità, ipermaturità, ridotte competenze sociali e prosociali, difficoltà nel comportamento alimentare, alterazioni del ritmo sonno/veglia, incubi ed enuresi notturna, comportamenti regressivi, scarse abilità motorie, comportamenti autolesivi, livelli più bassi di interazioni affettive con altri bambini.

14) J. D. Ford, "Complex adult sequelae of early life exposure to psychological trauma", in R.A. Lanius, E. Vermetten e C. Pain, *The hidden epidemic: the impact of early life trauma on health and disease*, pp. 69-77, New York, NY. Cambridge University Press, 2010.

L'esposizione alla violenza può inibire le normali valenze aggressive per la paura e il senso di colpa associati a rabbia, odio e risentimento, emozioni alle quali questi bambini non possono permettersi di accedere, oppure può determinare la normalizzazione dei comportamenti violenti sulla base di ciò a cui hanno assistito. Le conseguenze a lungo termine che si sviluppano in adolescenza sono riscontrabili nel comportamento sociale violento, fino ad arrivare al bullismo o alla delinquenza, e nell'uso di sostanze, come hanno dimostrato molte ricerche che hanno correlato l'assistere alla violenza in famiglia ai problemi di maladattamento nell'età adolescenziale e adulta (15).

15) R. Luberti, "Violenza assistita: un maltrattamento dimenticato. Caratteristiche del fenomeno e conseguenze", in D. Bianchi e E. Moretti (a cura di), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Questioni e documenti; 40. Firenze: Istituto degli Innocenti, 2006.

16) L. Milani, E. Gatti, "Assistere alla violenza familiare: effetti ed esiti evolutivi", in P. Di Blasio (a cura di), *Tra Rischio e Protezione: La valutazione delle competenze parentali*, Cap.4, Ed. Unicopli, Milano, 2005, pp. 93-110.

17) A. Holtzworth-Munroe e G.L. Stuart, *Typologies of Male Batterers: Three Subtypes and the Differences Among Them*, Psychological Bulletin, Vol. 116, No. 3. 476-497, American Psychological Association, 1994. La prima categoria (*only family*) include uomini violenti solo all'interno della famiglia, che risultano compiere atti di minore gravità rispetto agli altri due gruppi, e non presentano psicopatologie. Anche la seconda cate-

Il danno sulle relazioni

I bambini e ragazzi che sperimentano la violenza in famiglia subiscono inoltre gravi danni alle relazioni con i caregiver, poiché vengono intaccati i loro legami di attaccamento. Le condizioni emotive dei genitori nella violenza, come vittima e come maltrattante, non permettono lo strutturarsi di un attaccamento sicuro, che protegge dai pericoli, regola le emozioni e rassicura (16). Negli ultimi anni la letteratura e la ricerca suggeriscono la teoria dell'attaccamento come valido riferimento teorico attraverso cui interpretare gli effetti dei traumi relazionali di tipo cronico, quali le esperienze di violenza intrafamiliare, sull'adattamento psicologico delle giovani vittime.

La violenza assistita è inoltre un significativo fattore di rischio nell'apprendimento dei comportamenti violenti sia all'interno che all'esterno della famiglia. Holtzworth-Munroe e Stuart (17) hanno descritto tre categorie di maltrattanti, in relazione alle violenze subite nell'infanzia. Un ulteriore aspetto da sottolineare è il grave rischio di trasmissione di modelli relazionali disfunzionali che identificano i legami affettivi con quelli di sopraffazione, strutturando modalità aggressive e centrate sul controllo.

Un autore junghiano, Donald Kalsched (18, 19), riferendosi alle difese dissociative attivate dal trauma infantile, rileva come queste possano presentarsi come "parte sadica e tirannica", "che attacca e imprigiona il bambino" in un sistema protettivo/persecutorio che altera profondamente

lo sviluppo dell'affettività e delle relazioni. Dalla prospettiva della teoria dell'attaccamento, questa possibilità è connessa anche all'interiorizzazione di modelli di genere disfunzionali che si concretizza nelle dinamiche dell'identificazione nell'uno o nell'altro genitore. Quasi sempre il bambino "sceglie" di schierarsi a favore di uno di essi, ma non sappiamo in base a quali criteri si determini questo gioco di alleanze; l'osservazione empirica, tuttavia, ci porta a osservare che spesso si indirizza verso il genitore omologo. Spesso le femmine tendono a identificarsi con la madre e sviluppano una forte percezione di non valere, scarsa autostima, fragilità e insicurezza. Questa identificazione può avere un'influenza importante nelle relazioni future, col rischio di riprodurre il modello familiare nelle relazioni affettive che vivranno in età adulta (relazioni non paritarie, con partner a cui sottomettersi). Ma non sempre le femmine scelgono la figura omologa: una interessante ricerca individua in ragazze con problemi di bullismo esperienze di violenza assistita, e in loro possiamo supporre un rispecchiamento nel padre violento. Talvolta i figli maschi si identificano con l'aggressore. Possono essere aggressivi e irruenti e mettere in atto comportamenti violenti salvando, in questo modo, il legame con la figura paterna e raggiungendo una sensazione, seppur fittizia, di controllo e di potere. Questi bambini e ragazzi tendono a idealizzare la figura maschile come forte e potente e a sviluppare relazioni affettive improntate al dominio sulla figura femminile, percepita come inferiore e quindi oggetto di disprezzo. La loro educazione è impregnata di stereotipi di genere connotati da svalutazione della figura materna e da disprezzo verso le donne, che li porteranno a disprezzare anche gli uomini quando a tali stereotipi sembrano non adeguarsi, per esempio con atteggiamenti omofobici più marcati di quanto non si possa osservare in coetanei che non assistono alla violenza familiare.

La necessità della riparazione

Le esperienze ripetute di violenza intrafamiliare assistita o subita determinano quindi nel bambino la possibilità concreta di andare incontro ad una evoluzione difficile con

goria (*dysphoric borderline*) comprende uomini che compiono esclusivamente violenze domestiche, ma di elevata gravità; questi presentano caratteristiche proprie dell'organizzazione borderline di personalità. La terza categoria (*violent/ antisocial*) comprende autori di violenze gravi sia intra che extrafamiliari; tali soggetti presentano un disturbo antisociale di personalità. È risultato che i "violenti/antisociali" sono cresciuti prevalentemente in famiglie violente e caotiche, con esposizione alla violenza tra i genitori; gli "only family" sarebbero stati esposti con minore frequenza alla violenza tra i genitori, mentre i "disforici/borderline" sarebbero tra quelli che hanno subito maggiori violenze dirette nell'infanzia.

18) D. Kalsched, *Il mondo interiore del trauma*, Moretti & Vitali, 1996.

19) D. Kalsched, *Il trauma e l'anima*, Moretti & Vitali, 2013.

il rischio che si strutturino quadri psicopatologici sul piano relazionale e comportamentale gravi.

Questa consapevolezza dovrebbe attivare azioni preventive capaci di individuare le situazioni di rischio e di interrompere le condizioni che possono sfociare nel maltrattamento, come richiama da anni il WHO. Purtroppo, come già ricordato, nel nostro Paese non esiste una politica seria e azioni strutturate per prevenire il maltrattamento all'infanzia. Gli interventi messi in atto sono tuttora, nella maggioranza dei casi, legati alla prevenzione terziaria, cioè si interviene a maltrattamento avvenuto. Ma anche in questa prospettiva non sempre si riesce ad assicurare una presa in carico precoce e competente, capace di innescare nell'immediato un percorso riparativo, tanti e complessi sono i problemi organizzativi dei servizi sociosanitari e la condizione attuale del welfare.

Permangono nei nostri servizi le carenze assistenziali che si traducono in una vera e propria forma di incuria sistemica e collettiva, una modalità traumatica "strisciante" non dissimile dai traumi cumulativi che M. Khan già riferiva alle relazioni intrafamiliari, e che passa per lo più inosservata, risultando trascurata anche dalle istituzioni e dai servizi pubblici deputati alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'approccio alle situazioni di maltrattamento è complesso perché contempla vari tipi di azioni che partono dalla capacità di rilevare la situazione di maltrattamento, alla valutazione del bambino per la individuazione del danno subito e dalle possibili conseguenze traumatiche, fino alla valutazione della possibilità di riparare il suo ambiente familiare, o di trovare situazioni alternative.

La risposta alla complessità necessita sempre di un approccio globale, multidisciplinare e interistituzionale, caratterizzato da competenza e da una formazione specifica sul tema e di un modello d'intervento che prenda in esame i vari livelli come ci indica il Modello Ecologico indicato dal WHO.

La violenza domestica con le sue multiformi sfaccettature spesso mette in luce le difficoltà organizzative, poiché richiede un'azione congiunta di differenti figure professionali e diversi servizi (tutela, adulti, case rifugio), ed esige un coordinamento delle azioni. Non ultimo l'intreccio con

altri percorsi, come quelli giudiziari, con un impatto spesso problematico sulle persone, specie i bambini quando diventano testimoni e sulla presa in carico, nel difficile equilibrio fra esigenze di cura e tempi della giustizia. Il lavoro integrato e in rete garantisce un'ottica multidisciplinare e l'attivazione di quelle sinergie necessarie per trovare soluzioni adeguate e riparative alle esigenze che si presentano. Il lavoro di équipe, la possibilità di confronto e supervisione sono condizioni non negoziabili, ma che purtroppo nell'attuale crisi del welfare e delle risorse dei servizi non sempre vengono garantite, mettendo a volte anche gli operatori stessi in pericolo. Questi concetti ribaditi da molti anni stentano a trovare una concretezza, mettendo a serio rischio l'adeguatezza degli interventi e la loro continuità: i tagli ai servizi di tutela per l'infanzia e ai centri antiviolenza per le donne maltrattate sono sintomi di un sistema di protezione in crisi, che necessiterebbe invece di risorse adeguate e mirate (20).

Diventa invece fondamentale assicurare una rete di servizi sociosanitari realmente integrati e competenti che sappiano assicurare interventi efficaci sui bambini ed i ragazzi. Nelle linee guida del 2017 il Cismai (21) sottolinea più volte la necessità di una rete integrata in grado di coordinare le azioni e gli interventi fra tutti i servizi che intervengono nei casi di violenza assistita, i Servizi per gli Adulti, i Servizi per la Tutela dell'Infanzia, le Neuropsichiatrie, i Centri Antiviolenza e i Centri che si occupano di uomini maltrattanti. Questa azione diventa indispensabile per evitare interventi iatrogeni, confusi che possono portare ad un colpevole maltrattamento istituzionale: interventi frettolosi, superficiali, che non tengono conto dello stato psicologico del bambino e delle sue necessità di riparazione creano una vittimizzazione secondaria che permane perlopiù in una sorte di rimozione collettiva, e che ha ugualmente gravi conseguenze sull'evoluzione del bambino e sulla fiducia nel mondo adulto, già duramente provata dalle esperienze di violenza che ha patito.

In questo senso i servizi sociosanitari di protezione e cura dei bambini hanno una grande responsabilità e al tempo stesso possono rappresentare preziose e fondamentali occasioni per i bambini di cambiare le loro traiettorie di

20) G. Soavi, *Proteggere i bambini dalla violenza assistita*, Franco Angeli, 2018.

21) CISMAI, 2017, *op. cit.*

vita, sentendosi finalmente protetti dalla violenza ed aiutati a comprendere e superare stati emotivi dolorosi. Non dobbiamo dimenticare che l'intervento di protezione ha la priorità sugli altri perché la violenza venga interrotta e il bambino non sia più in una condizione di pericolo per la sua incolumità fisica e psicologica, potrà rielaborare i suoi vissuti traumatici solo se si trova in una situazione di sicurezza. La valutazione complessiva della situazione familiare, del grado di pericolosità, la presenza o meno di fattori di rischio e di protezione, la condizione di adeguatezza dei genitori daranno gli elementi utili per strutturare condizioni adeguate di protezione.

La centralità dell'intervento deve convergere sul bambino: in primo luogo deve essere assicurata la capacità di diagnosi che sappia cogliere le esigenze di cura; stabilire la condizione psicologica del bambino, la presenza o meno del trauma, il danno sulle sue strutture interne e sulle relazioni, diventa un passaggio ineludibile per mettere in atto percorsi di cura adeguati ed efficaci. Effettuare una seria e competente valutazione dei danni che la violenza ha provocato nel mondo interno e relazionale del bambino per individuarne le risorse su cui lavorare è un imperativo categorico delle professioni di aiuto, per accompagnarli ad affrontare i vissuti traumatici, e dare parola ad un mondo interiore ferito e confuso. Lo spazio di cura deve essere garantito attraverso interventi e strumenti specifici che vadano a riparare il trauma che ha subito, che permettano la rielaborazione dei vissuti post traumatici che sono stati individuati strutturando percorsi di psicoterapia individuale uniti ad altri tipi di intervento sulle relazioni. È la relazione a guarire il trauma, e non una relazione qualunque. L'approccio alla cura deve essere integrato assicurando interventi incentrati su uno sguardo rivolto all'interno (la psicoterapia individuale) e altri rivolti all'esterno, ossia allo spazio intersoggettivo e ai vari sistemi di riferimento.

La riparazione delle relazioni è un passaggio fondamentale per ri-costruire il mondo interno ed esterno del bambino: in particolare con la madre, per ristabilire rapporti di sicurezza e fiducia e ritrovare una figura di attaccamento adeguata. Questo passaggio sarà possibile se la madre

verrà aiutata ad affrontare essa stessa le conseguenze che la violenza ha provocato nella sua dimensione personale e genitoriale. Il rapporto col padre potrà essere recuperato solo se il maltrattante seguirà un percorso di consapevolezza rispetto alla violenza e ai danni che questa ha provocato nella donna e nei figli (22). Il bambino potrà rielaborare il trauma se le condizioni del suo contesto di vita e la natura delle sue relazioni significative sono cambiate; è dunque una rete di servizi sinergica ed integrata che mantenga la centralità sul bambino e le sue esigenze riparative, che rende possibile la cura.

Molto efficace è l'immagine del *Cantastorie* realizzata da un ignoto Inuit della costa occidentale dell'Alaska: con un occhio chiuso guarda al mondo interiore, con un occhio aperto guarda all'esterno sulla realtà interpersonale. Due mondi che debbono essere tenuti insieme se si vuole raccontare una nuova storia in cui il trauma viene elaborato attraverso la trasformazione di contenuti psichici indifferenziati in immagini, pensieri, parole condivisibili all'interno di una relazione umana.

22) L. Bancroft, *Uomini che maltrattano le donne. Come riconoscerli per tempo e cosa per difendersi*, Vallardi A. Ed., Milano, 2013.

Sommario

Una delle forme di maltrattamento maggiormente sottovalutate nelle sue conseguenze è la cosiddetta "violenza assistita" che interessa bambini e ragazzi testimoni di violenze da parte di un membro della propria famiglia a danno di un altro.

L'esposizione alla violenza, generalmente perpetrata sulla madre, porta i bambini e i ragazzi a sperimentare una condizione psicologica molto dolorosa e complessa, che inciderà, se non precocemente riparata, sulla loro evoluzione. Donald Kalsched, riferendosi alle difese dissociative attivate dal trauma infantile, rileva come queste possano presentarsi come "parte sadica e tirannica", "che attacca e imprigiona il bambino" in un sistema protettivo/persecutorio che altera profondamente lo sviluppo dell'affettività e delle relazioni. Dalla prospettiva della teoria dell'attaccamento, questa possibilità è connessa anche all'interiorizzazione di modelli di genere disfunzionali che si concretizza nelle dinamiche dell'identificazione nell'uno o nell'altro genitore.

Questo articolo mette in evidenza come in Italia non esi-

stano ancora azioni strutturate per prevenire il maltrattamento all'infanzia: permangono, infatti, nei nostri servizi le carenze assistenziali che si traducono in una vera e propria forma di incuria sistemica e collettiva, una modalità traumatica inconscia, "strisciante", non dissimile dai traumi cumulativi che M. Khan già riferiva alle relazioni intrafamiliari, e che passa per lo più inosservata, risultando trascurata anche dalle istituzioni e dai servizi pubblici deputati alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

Summary

One of the most underestimated forms of child abuse in its consequences is the so-called "assisted violence" that affects children and young people who witness violence by one member of their family to the detriment of another.

Exposure to violence, generally perpetrated on the mother, leads children and young people to experience a very painful and complex psychological condition that will affect their evolution, if not repaired early.

Donald Kalsched, referring to the dissociative defenses activated by the childhood trauma, points out how these can present themselves as "sadistic and tyrannical part", "attacking and imprisoning the child" in a protective / persecutory system that profoundly alters the development of affectivity and relationships. From the perspective of attachment theory, this possibility is also connected to the internalization of dysfunctional gender models that materializes in the dynamics of identification in one or the other parent.

This article highlights how in Italy there are still no structured actions to prevent child maltreatment: in fact, in our services the lack of care remains, which translates into a real form of systemic and collective neglect, an unconscious traumatic mode, "creeping", not unlike the cumulative traumas that M. Khan already referred to intra-family relations, and which mostly goes unnoticed, resulting also neglected by the institutions and public services responsible for the protection of childhood and adolescence.

Gioco della sabbia e le eresie creative: oltre l'individuo

Catia Bufacchi, Maura Catucci, Francesco Montecchi

1) Il "Gioco della sabbia", noto anche come *Sand play therapy*, è stato ideato dalla zurighese Dora Maria Kalff, allieva di C.G. Jung. Questo metodo è un'originale applicazione del pensiero e della pratica junghiana alla psicoterapia dei bambini, pur essendo stato poi utilizzato anche nelle terapie degli adulti. Il materiale necessario a lavorare con questo metodo consiste in una stanza con delle scaffalature in cui vengono ordinati numerosi oggetti in miniatura secondo varie categorie (essere umani, animali, case, mezzi di trasporto, alberi, ecc.). Questo materiale viene usato dal paziente dentro cassette, di dimensioni stabilite (cm 57 x 72 x 7), aventi il fondo blu e contenenti sabbia. Il "quadro di sabbia" che ne scaturisce è una sintesi di interno ed esterno, di psichico soggettivo e di psichico oggettivo, cioè di personale e di archetipico.

La Kalff, quando iniziò ad utilizzare il Gioco della sabbia (1), lavorava solo con i bambini ma, alcuni genitori, avendo constatato che le sue terapie oltre ad aver migliorato i propri figli, avevano cambiato anche loro, le chiesero spiegazioni su cosa aveva fatto con i loro figli. Lei rispondeva semplicemente che era difficile spiegare cosa avveniva ma che, se volevano, potevano fare la stessa esperienza. Così, alcuni genitori a loro volta hanno lavorato con la sabbia e ne hanno tratto grandi benefici (2).

Nel dover sviluppare la terapia genitori-figli con bambini dall'età scolare in poi con i quali non era possibile utilizzare gli strumenti di gioco usati con i bambini di età prescolare e con i quali la comunicazione verbale e la razionalità avrebbero dominato il campo terapeutico, ci siamo trovati nella necessità di dover ricercare un metodo che potesse essere facilitatore della relazione emotiva tra genitori e figli, al di là della parola.

Allora, se la Kalff utilizzò il Gioco della sabbia con bambini e genitori ma in sedute separate, ci siamo chiesti, perché non mettere genitori e figli a lavorare insieme con il Gioco della sabbia?

In situazioni cliniche particolari, che poi spiegheremo di

seguito, il Gioco della sabbia nella terapia genitori-figlio è stato lo strumento che abbiamo inserito nel nostro lavoro ed è diventato l'oggetto della nostra ricerca.

Pertanto, la sabbiera ed il materiale creano il contesto ed il carattere evocatore ne puntualizza l'aspetto simbolico.

In questo articolo intendiamo riferire alcune riflessioni preliminari che emergono in una nostra ricerca nel lavoro terapeutico con bambini e genitori in cui la terapia genitori-bambino si interseca con il metodo del Gioco della sabbia. In questa comunicazione ci esponiamo alla valutazione, alla critica e ai suggerimenti di chi ci legge per poter aprire così un confronto con chi fa clinica in questo ambito. Le situazioni di terapia genitori - bambino con l'uso del Gioco della sabbia sono complesse, per le tante variabili in campo, sia nell'applicazione che nella spiegazione; in questo articolo riportiamo alcuni aspetti di quanto viene da noi effettuato per dare spunti di riflessione che potranno essere maggiormente approfonditi.

Preliminarmente esamineremo il *background* a cui questa esperienza si è ispirata alla ricerca di modalità operative che si aprano a nuovi stili clinici che possano ampliare le possibilità di aiuto.

Questa ricerca, pur integrandosi con diversi riferimenti teorici ed operativi mutuati da altri campi terapeutici della psicoanalisi e della terapia sistemico-relazionale della famiglia, si svolge nell'ambito della teoria junghiana. Nella interazione con i genitori reali assumono una centralità gli archetipi genitoriali e l'archetipo della famiglia (3, 4) da cui, nel bambino, derivano le immagini interne di padre, di madre e della famiglia, e come questi possano evidenziarsi nella costruzione dei quadri del Gioco della sabbia.

Il gruppo di ricerca mira ad approfondire queste tematiche allo scopo di consentire una messa a fuoco delle risorse per facilitare un processo di individuazione del bambino ma anche della triade familiare intesa come organismo unitario.

Background

Nella letteratura non si trovano esperienze analoghe se non quelle che verranno descritte.

2) F. Montecchi, A. Navone, "Dora M. Kalf e il Gioco della sabbia", in C. Trombetta (a cura di), *Psicologia analitica contemporanea*, Bompiani, Milano 1989.

3) F. Montecchi, "Famiglia reale e archetipo familiare", in F. Montecchi (a cura di), *Il "gioco della sabbia" nella pratica analitica*, FrancoAngeli, Milano, 1997.

4) F. Montecchi, "Archetipi genitoriali e archetipo familiare", in *Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza - Percorsi terapeutici*, Franco Angeli, Milano, 2019.

5) F. De Benedittis, S. Fersurella, S. Presciuttini, *Un punto di vista junghiano sulla terapia di coppia*. Psicobietivo Vol. XXXIV, Franco Angeli, Milano, 2014.

6) F. De Benedittis, S. Fersurella, S. Presciuttini, "Games and Sand Play. A Jungian Perspective for Couples", Congress "Anima Mundi in transition: Cultural, Clinical and Professional; Challenges, Proceedings of the Twentieth Congress of the International Association for the Analytical psychology, Daimon Verlag, Einsiedeln, Switzerland, 2017.

7) A. Malinconico e M. Peciccia, *Al di là della parola - Vie nuove per la terapia analitica delle psicosi*, Edizioni Magi, Roma, 2006.

8) A. Malinconico e N. Malorni, *Psiche mafiosa - Immagini da un carcere*, Edizioni Magi Roma, 2013.

Gioco della sabbia e la terapia di coppia

Le colleghe F. De Benedittis, S. Fersurella, S. Presciuttini (5, 6) hanno trovato nell' uso del Gioco della Sabbia una naturale collocazione nella terapia di coppia come spazio creativo per il superamento delle difficoltà che compaiono nella vita a due.

L'utilizzo del Gioco della Sabbia attiva l'immaginazione della coppia e quando i partner sono in grado di giocare insieme, si crea uno spazio comune e condiviso in cui si lavora con immagini complesse, originarie o primordiali. Si sperimenta così una stretta analogia fra gioco e sogno. Attraverso l'esperienza delle dinamiche di campo è possibile l'intersezione tra gli stati inconsci, personali e transpersonali, dei partner e del terapeuta che trasformano le strutture di personalità e le relazioni di tutti i partecipanti. Il Gioco della Sabbia nella terapia di coppia, sollecita ricordi, sia personali che condivisi, la cui emersione è facilitata dal contatto con la materia e nel procedere dell'azione.

Possono allora comparire contenuti dolorosi che derivano non solo dalle aree problematiche dei singoli individui, ma anche da quelle dei loro antenati. Viene facilitato un processo di individuazione della coppia come organismo unitario, di trasformazione ed integrazione delle polarità archetipiche.

Gioco della sabbia nella terapia di gruppo

Angelo Malinconico, psichiatra e analista, direttore dell'area basso-molisana del Dipartimento Regionale Salute Mentale e Dipendenze, già nel 1999 inserì il Gioco della Sabbia nel corso della terapia di gruppo con pazienti con psicosi schizofreniche e schizoaffettive (7). Successivamente, il collega Nicola Malorni ricevette da un'amministrazione penitenziaria, l'incarico per una consulenza psicoterapeutica per mafiosi reclusi, in un carcere di massima sicurezza, al fine di migliorare la comunicazione affettiva dei figli perché, nelle rare occasioni di incontro, lo scambio affettivo padri-figli era ostacolato. Nel 2009 iniziò una terapia di gruppo dove inserì il Gioco della Sabbia con modalità analoghe a quelle utilizzate da Malinconico (8). La sabbiera era stata introdotta in stanza già dal primo incontro ed era stata presentata ai dete-

nuti come uno degli strumenti di cui il gruppo si sarebbe potuto avvalere per dare libero corso a fantasie, ricordi, emozioni, parole, sogni. La sabbiera e gli scaffali con gli oggetti vennero inseriti stabilmente nella stanza.

Ai partecipanti venne data la possibilità di integrare il livello verbale della terapia e quello esprimibile con la costruzione di «scene» nel vassoio. Per il gruppo di detenuti la sabbiera svolgeva la funzione di oggetto-spazio che pur non appartenendo a nessuno, era a disposizione di tutti, era un luogo in cui le fantasie potevano essere proiettate e a cui, in qualsiasi momento, era possibile riferirsi, potendo essere attaccata, isolata, investita di affetti. Vennero indicate in maniera chiara le «regole» del gioco, e la opzione più fruibile di integrazione tra Gioco delle Sabbie e terapia della parola, cioè:

- che il gruppo lasciasse accadere che qualche componente proponesse di giocare;
- che tale proposta rappresentasse elemento di confronto, interpretazione, eventuale collegamento con i sogni;
- che la costruzione della scena diventasse l'espressione di un gruppo che nella propria intenzione avesse manifestato l'intenzione di giocare.

In questo spazio le dinamiche tra soggetto-oggetto, gioco-realtà, individuale-gruppale, cultura familiare-cultura gruppale, potevano innescare un processo trasformativo che conduceva l'individuo a riappropriarsi della propria soggettività e a co-creare, insieme ad altri, una nuova visione della realtà.

Gioco della sabbia nella terapia genitori-bambino

Cosa è la terapia genitori-bambino

In età precoce, preverbale, prescolare il lavoro analitico sul bambino è possibile attraverso la terapia di gioco libero genitori-figlio; in questa fascia di età il bambino è ancora strettamente dipendente dalle figure genitoriali che sono attivatori di patologia quando il bambino vive in rapporti disfunzionali e problematici con le figure parentali e nella disfunzionalità tra i due genitori. Questi incontri diventano una sorta di laboratorio che ha delle connota-

9) D. Stern, "Il dialogo tra l'intrapsichico e l'interpersonale: una prospettiva evolutiva", *Interazioni*, 1992, pp. 79-88.

10) F. Montecchi, *I figli nelle separazioni conflittuali e nella cosiddetta PAS: massacro psicologico, possibilità di riparazione* Seconda edizione, Milano Franco Angeli, 2016.

11) S. Frairberg, *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

12) D. Stern, *op. citata*, 1992.

13) A. J. Sameroff, S. C. McDonough, K. L. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, il Mulino, Bologna, 2004.

zioni molto diverse dal contesto familiare e casalingo. Quindi sia il figlio sia il genitore fanno esperienze nuove che possono costellare nuove rappresentazioni di sé e dell'altro (9).

L'attenzione del terapeuta non è centrata solo sul mondo interno del bambino o del genitore, quanto sulla loro relazione esterna osservabile, che comunque rimanda a quella interiorizzata e agisce direttamente sulla relazione.

Obiettivo principale di tale intervento, diventa la riparazione della relazione danneggiata con entrambi i genitori. Lo spazio terapeutico genitore-bambino si delinea come uno spazio in cui vivere un'esperienza relazionale, lavorare su una possibilità di interazione e di futura relazione autentica che passi attraverso l'osservare il proprio figlio, la sintonizzazione con i suoi bisogni e la costruzione di una funzione genitoriale più competente, valorizzata per rispondere alle richieste e alle esigenze di un figlio (10).

Le radici teoriche

La terapia genitore-bambino affonda le sue radici nell'approccio psicodinamico infantile. Si è sviluppata in risposta ai bisogni delle famiglie in cui il paziente è un bambino nei primi anni di vita, col duplice scopo, da una parte, di fornire un sostegno emotivo ai genitori, per aiutarli a osservare e pensare al loro figlio e, dall'altra, per aiutare il bambino a entrare in una relazione e interazione con i genitori e con le emozioni derivanti dalla loro relazione.

Selrna Frairberg (11) riteneva che la psicoterapia bambino-genitore fosse la terapia d'elezione ogni qualvolta il bambino arrivava a rappresentare un aspetto del Sé genitoriale ripudiato o negato, oppure quando il bambino diventava la rappresentazione di figure del passato dei genitori.

Il cambiamento del mondo rappresentativo del genitore si traduce poi in un comportamento che tocca la sensibilità del bambino (12). Lo scopo fondamentale del lavoro terapeutico con il genitore è di "metterlo nelle condizioni di riflettere sugli stati mentali propri, del figlio e su quelli che si attivano nella relazione" (13).

Questo campo terapeutico è mediato dal gioco attraverso cui è possibile osservare la relazione che il bambino ha

con i propri genitori, singolarmente e in coppia; è un'occasione per valutare quali siano le situazioni che creano maggiore angoscia, in che modo si venga a capo delle crisi e delle difficoltà che si incontrano e come queste esperienze possano essere utilizzate in un senso evolutivo.

Le esperienze di gioco diventano spesso un contesto attraverso cui i bambini e gli adulti rappresentano le esperienze più intime con il terapeuta che diventa mediatore tra gioco e comprensione. Per Bateson (14) "pensare per storie" diventa uno dei possibili modi per identificare le rappresentazioni mentali dei genitori e dei figli.

Senza pensare di cambiare o avere scopi salvifici, l'obiettivo può essere quello di poter modificare l'esperienza del bambino e del genitore nelle loro interazioni e nella condivisione delle loro reciproche rappresentazioni (15).

14) G. Bateson, *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano, 1989.

15) D. Stern, *op. cit.*, 1992.

L'osservare

Nell'utilizzare questo strumento ci si accorge che accade qualcosa di emotivamente importante: l'"osservare" suscita, infatti, nell'osservatore delle trasformazioni emotive che, adeguatamente lette, attivano una comunicazione inconscia, non verbale, sia col bambino che coi genitori osservati; d'altro lato l'osservazione va a trasformare anche l'oggetto osservato: il bambino durante il suo gioco fa un'esperienza insolita di un adulto che lo contiene empaticamente, e del genitore che, osservato, osserva osservare il figlio. Viene costellata una capacità osservante e di contenimento che le vicissitudini della propria storia e i propri disagi emotivi non avevano potuto far emergere. "Lo spazio fisico e temporale della seduta dà uno spazio mentale al bambino in cui può sentirsi contenuto, sostenuto e rassicurato nel rendere visibili ed espressi i propri vissuti, le proprie paure, i propri fantasmi" (16).

16) W.R. Bion (1962), *Apprendere dall'esperienza*, 9ª ed., Armando, Roma, 2003.

Il Gioco della sabbia nella terapia genitori-figlio

Si può scoprire di più su una persona in un'ora di gioco, che in un anno di conversazione (Platone).

La *Sand Play Therapy* (gioco della sabbia di Kalff), inserita recentemente tra gli strumenti a disposizione per que-

sto tipo di terapia, si delinea come spazio terapeutico attivante la comunicazione non verbale tra genitori e figlio: con l'attivazione di una consonanza di emozioni e di comuni immagini interne; la sabbiera e il materiale diventano un'area intermedia-transizionale che facilita successivamente forme più esplicite di comunicazione.

Con il Gioco della sabbia, si crea uno spazio, mentale ed emotivo in cui diventa possibile il contatto e l'espressione dei vissuti più profondi, anche quelli non dicibili a parole, e di fornire un'area di incontro-confronto anche laddove le variabili esterne, temporali, ambientali, relazionali hanno creato una frattura e una distorsione. Sia il genitore sia il bambino in questo spazio possono, infatti, esprimere il proprio mondo interno mediato dalla presenza del terapeuta e dall'utilizzo non della parola ma di una dimensione simbolica. Mediante le "immagini"; create con le mani, gli attori del gioco, hanno la possibilità di esprimere contenuti emotivi; le mani, infatti, "parlano più chiaramente delle parole" (17) e la rappresentazione scenica, ha la possibilità di descrivere ciò che è inconsapevole o che viene negato, o che non può essere detto.

Il terapeuta assume un ruolo di apparato pensante di tutto il sistema, è il catalizzatore di ciò che avviene nel crogiuolo della sabbiera, è anch'esso attivatore di emozioni; non interpreta ma ha un effetto "stimolante" (18), cioè aiuta a comporre coscienza ed inconscio raggruppandoli in un nuovo atteggiamento ed attiva la Funzione Trascendente (19) attraverso la condivisione emotiva a ciò che viene espresso dai partecipanti al gioco. In tal modo le tensioni emergono come rappresentazione e poi come comprensione e, per Jung, le due tendenze sono integrate nella Funzione Trascendente.

17) C.G. Jung (1957-58), *La funzione trascendente*, in *La dinamica dell'inconscio*, Opere, vol. 8°, Boringhieri, Torino, 1976.

18) C.G. Jung (1929), *Scopi della psicoterapia*, in *Pratica della psicoterapia*, Opere, vol. 16°, Boringhieri, Torino, 1981.

19) C.G. Jung (1957-58), *Op. citata*, 1976.

I casi e le situazioni cliniche

Il campione oggetto di questo lavoro è costituito da circa trenta bambini di età scolare, preadolescenti e adolescenti che si trovano costretti, in una problematica relazione con i genitori in cui è necessario ed auspicabile riparare sia la relazione con i genitori reali sia le immagini genitoriali interne danneggiate.

Nell specifico:

- bambini non visti nella loro realtà: genitori che si relazionano col figlio secondo una immagine interna di figlio che è diversa dal figlio reale il quale di fatto non è visto - *“Se non sei ciò che ho bisogno che tu sia, per me non esisti”*. Detto in altro modo: *“Posso vedere in te soltanto ciò che vi metto. Se non è questo che vedo; non vedo niente”* (20);
- gravi patologie simbiotiche;
- disturbi del comportamento alimentare;
- separazioni ad alta conflittualità e, soprattutto, nella cosiddetta PAS (*Parental Alienation Syndrome*) (21, 22). In queste ultime patologie è stato necessario utilizzare una metodologia particolare.

20) M. Bowen, *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma, 1979.

21) R.A. Gardner, *The Parental Alienation Syndrome. Recent Trends in Divorce and Custody*, Creative Therapeutics, Cresskill, NJ, 2nd ed., 1998.

22) F. Montecchi., 2016, *op. cit.*

Materiali e metodi

La stanza adibita alla terapia è organizzata in scaffali con il materiale rappresentato da personaggi, ed oggetti vari e dalla cassetta con la sabbia.

Viene definito l'obiettivo terapeutico (specie nelle situazioni di coppia altamente conflittuali dove la terapia viene spesso mescolata a scopi valutativi o giudiziari).

Vengono spiegate le regole del trattamento e concordate insieme le altre regole del setting legate al particolare contesto terapeutico, il tempo dell'incontro e il materiale da poter utilizzare. Le sedute di terapia con il Gioco della sabbia genitore-figlio si svolgono settimanalmente: stesso giorno, stessa ora, stessa stanza, stesso terapeuta; questa uniformità e ritmicità ha una forte valenza terapeutica che va protetta dalle resistenze e dai sotterranei tentativi di sabotaggio provenienti da tutti gli attori coinvolti. Nell'approccio classico si prevede una cadenza di sedute prefissate della durata di quarantacinque minuti, distribuite in sedute con l'uno e poi l'altro genitore, incontri alla presenza di tutti e due i genitori e il bambino individualmente; nelle situazioni di separazioni conflittuali, si esclude l'incontro con entrambi i genitori e il figlio, possibile teatro di conflitto della coppia e di triangolazione di quest'ultimo, mentre si conservano le sedute con la madre e il figlio, il padre e il figlio e quella individuale del figlio.

La consegna: si presenta la cassetta con la sabbia con fondo blu e il materiale negli scaffali con l'indicazione di poterli utilizzare in piena libertà.

Con questa indicazione è possibile osservare il tipo di cooperazione, l'intrusione, l'integrazione tra genitore/i e bambino. È possibile osservare nello specifico:

- se riescono a fare insieme la costruzione della scena;
- se ognuno mette ciò che vuole e dove vuole;
- se il genitore lascia spazio al figlio di scegliere o se ha difficoltà di contatto e di relazione;
- se uno degli attori prende e colloca un oggetto e l'altro dice "non qui, ma...", oppure "questo no" cioè, se ne osserva la tendenza intrusiva o induttiva, allora il terapeuta, preso atto del movimento osservato e della dinamica, può fare un intervento correttivo indicando che ciascuno può prendere ciò che vuole e collocarlo dove vuole, non potendo toccare gli oggetti dell'altro e non decidere per lo stesso, cioè può fare un intervento correttivo indicando che ognuno colloca dove vuole, non potendo toccare gli oggetti dell'altro e non decidere per lo stesso;
- nei casi di separazione ad alta conflittualità il terapeuta può proporre alla coppia genitore-bambino di decidere se condividere o meno lo spazio della sabbiera, scegliendo se costruire insieme la scena e/o la storia oppure dividere lo spazio all'interno di essa per lavorare separatamente fino a poter dividere la sabbiera a metà;
- in alcuni casi può capitare che il genitore all'inizio del trattamento sia ostile o riluttante a mettersi in gioco rispetto l'utilizzo di tale tecnica ma, incuriosito ed affascinato dalla possibilità di riprendere un dialogo con il proprio figlio utilizzando un altro canale di comunicazione, spesso accade che per questo vinca le sue resistenze. Tale dinamica è facilitata dall'utilizzo dello spazio libero e protetto rappresentato dalla sabbiera che rappresenta, pertanto, la modalità e la possibilità in cui il genitore può stare in relazione con il proprio figlio rappresentandola in immagini e quindi esplicitando contenuti inconsci e sconosciuti fino a quel momento.

Possono manifestarsi fenomeni clinici particolari in rapporto alle diverse situazioni cliniche:

- *la contaminazione dei contenuti*: uno dei due fa da attivatore dei contenuti dell'altro il quale per esorcizzare un senso di vuoto emotivo sceglie in consonanza o in opposizione;
- *il Falso Sé compiacente*: cercare di cogliere cosa l'altro si aspetta in modo da avere l'illusione di garantirsi l'attenzione e l'approvazione ("*scelgo quello che immagino che vuoi, non quello che sento di scegliere*").

Alla fine della costruzione della scena e/o delle scene, il terapeuta aspetta per vedere se emerge una descrizione spontanea della stessa, diversamente, è possibile chiedere cosa si è costruito (se la scena è unica) o cosa ciascuno di loro ha fatto (se le scene sono separate); di seguito, sarà possibile per il terapeuta fare domande per comprendere se fra scene separate può esistere un collegamento e, quindi, valutare la possibilità di integrazione o la scissione dei contenuti emersi dalle scene e dalle storie.

Nella costruzione della scena o delle diverse scene, attraverso le immagini, è possibile:

- incontrare le componenti, interpersonale, intra-psichica, personale ed archetipica;
- verificare come vengono rappresentati i contenuti inconsci del genitore e del bambino;
- cogliere i movimenti verso i/il genitore e del genitore verso il figlio;
- vedere se genitori e figlio e tra i due genitori ci sono possibilità di condivisione e se il prodotto finale ha una possibilità di integrazione;
- riconoscere come viene rappresentato il modo in cui genitori e figlio possono stare in relazione;
- come un genitore vede la individualità del figlio.

L'attenzione del clinico è necessario che sia ripartita ma, al tempo stesso, unificante tra le diverse aree, sia nei termini di rappresentazioni dei genitori che nelle interazioni manifeste tra il/i genitori e il bambino e centrata sulla relazione genitore-figlio.

Le immagini e la parola

Con molta più facilità del verbale e di tante descrizioni e spiegazioni, attraverso le immagini i genitori possono:

- comprendere i disagi del figlio e della loro relazione;
- essere più consapevoli dei desideri e bisogni del figlio o di contenuti sconosciuti che loro non conoscevano o negavano ma che diventano più comprensibili;
- nelle sedute a tre, grazie all'attivazione di emozioni riconosciute nell'altro, aprirsi a nuove modalità di relazione.

Il gioco della sabbia genitori figlio nelle separazioni ad alta conflittualità e nella cosiddetta PAS

Nella maggior parte delle situazioni di grave conflittualità genitoriale e, soprattutto, nella cosiddetta PAS, il bambino si sente costretto a scegliere un genitore, rifiutando contemporaneamente l'altro, in tal modo non viene attaccato solo il genitore reale, ma anche la corrispondente immagine interna. È spinto a rinunciare all'incontro con il genitore non affidatario: ciò è dovuto alla paura di perdere l'appoggio dell'altro genitore, con cui si simbiotizza per mantenere l'illusione della garanzia del legame affettivo pur sentendolo minaccioso di abbandono.

È sorprendente riscontrare che, paradossalmente, nel loro mondo interno, hanno un gran desiderio del genitore rifiutato e il "minaccioso" è questo desiderio che in un funzionamento d'identificazione proiettiva lo riconosce nel genitore rifiutato, che, così, diventa "il minaccioso".

Spesso le indicazioni provenienti dalle CTU (Consulenze Tecniche d'Ufficio) e dai magistrati, si esprimono a favore di incontri protetti e di un lavoro sulla relazione del bambino con il genitore rifiutato, in tal modo viene trascurato il fatto che appaiono disfunzionali e compromessi i rapporti con entrambi i genitori, cioè anche con l'altro genitore (23). I casi di PAS impegnano i clinici a trovare una strategia per far lavorare insieme bambino e genitore. In tal senso la sabbiera rappresenta un "terzo", uno strumento condivisibile che permette appunto la condivisione di uno spazio attivante la comunicazione non verbale tra genitore e figlio. Con il genitore accettato traspare come esista una pro-

23) *Ibidem*.

fonda e stretta comunicazione tra i due, nonché una consonanza di emozioni e di comuni immagini interne che richiama talvolta la risonanza emotiva che c'è tra genitore e neonato. Nelle sedute col genitore "alienato", quando c'è il rifiuto a non comunicare con la parola o lo sguardo, l'accettare di "giocare" ognuno per conto proprio ma all'interno della stessa cassetta di sabbia si traduce poi in un'implicita comunicazione, ognuno sbircia il gioco dell'altro, la sabbiera e il materiale diventano un'area intermedia-transizionale che facilita successivamente forme più esplicite di comunicazione.

Obiettivo principale di questa risorsa terapeutica è *la riparazione della relazione danneggiata* con entrambi i genitori attraverso quella che abbiamo chiamato "*mediazione terapeutica genitori-bambino*" (24) in cui vengono coinvolti entrambi i genitori e che è diversa dai fallimentari "incontri protetti" previsti dal Tribunale; che non hanno finalità terapeutica.

24) *Ibidem*.

Con il Gioco della Sabbia, la sabbiera diventa uno spazio, un luogo dove poter stare, sentire, ascoltare, lavorare su una possibilità di interazione e di futura relazione autentica che passi attraverso una sintonizzazione con i bisogni di un figlio valorizzata per rispondere alle sue richieste ed esigenze.

Nello spazio terapeutico della sabbiera il bambino può "reincontrare" i genitori, può riapprendere a pensare ed introiettare quello rifiutato, riparando le immagini interne danneggiate.

Nella cosiddetta PAS stiamo sperimentando due fasi di intervento: una prima per privilegiare la relazione genitori e bambino, ed una seconda, successiva, nella quale si può cambiare il progetto terapeutico proponendo una mediazione per i genitori sulla genitorialità ed una terapia individuale per il figlio.

Il terapeuta: assetto emotivo e mentale

In questo lavoro è opportuno che il terapeuta si ponga in una condizione di sospensione del giudizio, di astensione e di abbassamento delle aspettative, deve fare propria la particolare condizione descritta da Bion (25) dello "stare

25) W.R. Bion, *Notes on memory and desire*, in "Psycho-Analytic Forum", 1967.

senza memoria e senza desiderio”, pur mantenendosi ricettivo ed emotivamente coinvolto, ma differenziato dalla diade relazionale genitore-figlio oggetto di osservazione. Solo, infatti, la sospensione del giudizio attiva la capacità di accogliere e percepire quanto si osserva nel processo terapeutico soprattutto nelle situazioni complesse ed impegnative emotivamente, dove spesso si assiste a tentativi di manipolazione o di triangolazione. Abbandonando l’ottica valutativa, tutti i protagonisti del processo terapeutico fanno esperienza, spesso nuova, dell’ascolto empatico del terapeuta e del suo contenimento emotivo.

A fianco alla sospensione del giudizio, anche la funzione osservativa diventa un’esperienza nuova per il figlio e soprattutto per i genitori, poco abituati in questa funzione di comprensione e sintonizzazione, spesso latente o distorta. Il processo terapeutico crea una possibilità di scoprire il bambino come individuo con i propri bisogni e desideri; la funzione osservativa assume già di per sé una valenza trasformativa e di contenimento.

Anche il bambino, finalmente, si sente più visto, più libero di esprimersi e quindi di abbandonarsi alla relazione con maggiore fiducia e sicurezza.

Oltre alla valenza osservativa, nella terapia genitore-bambino, attraverso il “fare insieme”, si fa esperienza dello stare insieme e di interagire in modo sano e finalmente sintonico.

Il terapeuta è fondamentale che fornisca un “ambiente holding”, nel senso di Winnicott (26) o un “contenitore”, secondo la definizione di Bion (27). L’atteggiamento accogliente, ricettivo ed empatico ma astinente del terapeuta è ulteriormente necessario per evitare che egli venga vissuto dai genitori come un Super-lo pronto a osservare i loro errori e la loro inadeguatezza e quindi pronto a giudicare, criticare o punire, riproponendo in molti aspetti quella che è stata la loro relazione con i propri genitori e il loro modo di essere stati figli. Il genitore, col terapeuta testimone, coglie modalità nuove di interazione e relazione.

Il terapeuta si definirà come colui che osserva i due e non stabilisce una interazione privilegiata per uno dei due, l’unità di osservazione è la coppia genitore-figlio. In questo modo assume una funzione contenitiva e ordinatrice in

26) D. W. Winnicott (1962), *L’integrazione dell’io nello sviluppo del bambino*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.

27) W.R. Bion (1962), “Una teoria del pensiero”, in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.

quanto non permette che il genitore crei una scissione nella comunicazione col figlio privilegiando di rivolgersi al clinico (per esporre le sue lagnanze, le disavventure legali o di relazione col figlio ecc.). Seppur neutrale non potrà essere lo “specchio-riflettente” di Freud (28), potrà essere emotivamente sollecitato ma non confuso nelle emozioni che entrano nel campo terapeutico; dovrà essere allenato a registrare la soggettività delle proprie emozioni – il controtransfert – come chiave di lettura di ciò che avviene nel campo clinico, le emozioni, le immagini che gli vengono attivate seppur appartenenti al suo mondo interno, vengono attivate da quei pazienti e pertanto hanno una specificità con il funzionamento emotivo delle persone osservate. Il riconoscimento del proprio controtransfert diventa strumento di comprensione e conoscenza per elaborare le proprie soluzioni senza l’aiuto dell’interpretazione. Il cambiamento del mondo rappresentativo del genitore si traduce in un nuovo comportamento con il figlio, così da poter stare con il figlio in un’interazione più sana, ludica.

28) S. Freud (1912), “*Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*”, in *Opere*, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino, 1974.

Esempio clinico

Ragazzo di 12 anni ha avuto sempre un rapporto fusionale con la madre. I genitori si separano, lui è collocato dalla madre con buona frequentazione del padre. La madre per lavoro viene trasferita a Torino il ragazzo rimane col padre e nuova compagna. Dopo alcuni mesi, la madre torna a Roma e lui ritorna dalla madre da cui non si vuole separare mai (il trasferimento della madre è sentito come abbandono) ma non vuole vedere più il padre accusandolo di ripetute percosse. Si innesca una dura contesa legale civile e penale, viene dato l’affidamento ai servizi con invio al Centro Clinico per valutazione e terapia.

Sabbia terapia madre/figlio

La madre (lato sinistro della sabbiera) esplicita che ha rappresentato il funerale del proprio padre avvenuto qualche tempo prima. Si commuove al pensiero del padre che è stato: infatti lo raffigura come un Super Uomo. Nel lato destro della sabbiera, il figlio ha rappresentato il ricordo del proprio padre con cui stava in una serata al mare mentre si



sparavano dei fuochi d'artificio. Il bambino esplicita che in quella circostanza il padre, rappresentato dal personaggio dell'Orco con in mano un pugnale, voltato di spalle, l'avrebbe percosso e schiaffeggiato davanti a tutti i presenti.

Il tema del padre morto (morte come separazione) della mamma ha attivato il tema del padre nel ragazzo con il quale nella scena sta condividendo una giornata gioiosa al mare (con i fuochi d'artificio) ma questa rappresentazione-desiderio gli fa temere che il desiderio della condivisione col padre per lui sia una minaccia, dal di dentro, con perdita delle garanzie affettive e del legame con la madre; così il suo desiderio è minaccioso, divorante e lo rappresenta come un orco con il coltello (nelle favole l'orco mangia i bambini); viene scisso e proiettato/messo nel padre; poi, per non allarmare la madre, conclude con la "recita" del solito copione narrato senza emozione del padre che lo ha picchiato. Soddisfa il bisogno interno di contattare l'immagine paterna ma, presentandolo come pericoloso e picchiatore, rassicura la madre.

È possibile ipotizzare che il ragazzo con un Falso Sé compiacente (29) cerca di cogliere cosa l'altro si aspetta in modo da avere l'illusione di garantirsi l'attenzione e la relazione - *"rappresento quello che immagino che vuoi, non quello che sento"*.

29) D.W. Winnicott (1960), "La distorsione dell'Io in rapporto al vero ed al falso Sé", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.

Sabbia terapia padre/figlio



Sul lato sinistro della sabbiera il padre rappresenta un giorno di vacanza: un'escursione in un parco naturale che avrebbe voluto condividere con il figlio, esperienza che in realtà esplicita di aver condiviso con il nucleo familiare ricostituito. Nel lato destro della sabbiera, il figlio ha rappresentato anch'esso un'escursione in un parco naturale, fatta con la madre ed il nuovo compagno di questa. La coppia padre-bambino ha lavorato in silenzio senza alcun tipo di condivisione ed è suggestivo come ci sia una contaminazione inconscia di contenuti.

Con il padre, seppur "alienato", esiste una stretta comunicazione di comuni immagini interne che riporta alla risonanza emotiva che c'è tra genitore e neonato; in questo caso c'è il rifiuto a non comunicare con la parola, ma l'accettare di "giocare" ognuno per conto proprio all'interno della stessa cassetta di sabbia si è tradotta in un'implicita comunicazione.

Sabbia del ragazzo



Giustappone diversi oggetti sconnessi e descritti in modo confuso: “la casa della mamma”, “due signori che vogliono vendere la casa”, “Pisa , l’islam (una moschea), il vulcano” , tigre e tigratto “come me e la mia mamma”, “San Pietro”, chiedo cosa sia per lui - “è dove sta il Papa, molte auto vorrebbero andare dal Papa ma ci sono cartelli e semafori che lo impediscono”.

Rappresenta e descrive un mondo interno frammentato e dissociato, non avendo una figura genitoriale di riferimento, ma poi indica come le energie vorrebbero orientarsi verso il papa (il “Santo Padre”) cioè recuperare l’immagine paterna archetipica ma ci sono ostacoli.

Conclusioni

L’utilizzazione del “Gioco della Sabbia” iniziò con i bambini ma poi si rivelò utile anche nella terapia degli adulti. Il metodo ha ampliato la sua fruizione anche nelle terapie di gruppo e delle coppie; è stata un’esperienza a cui noi ci siamo aggiunti con la terapia “genitori-bambino”. Apparentemente questo scostamento dall’idea originaria potrebbe sembrare una “eresia” ma, in realtà, è un amplia-

mento dell'utilizzazione del metodo che ne fa apprezzare maggiormente la ricchezza.

Nella terapia individuale, attraverso le immagini rappresentate nel "Gioco della sabbia", l'individuo entra in relazione con il mondo interno, sollecitato da ciò che avviene nel mondo relazionale; in realtà nel passaggio dal singolo al gruppo, alla coppia coniugale, alla coppia genitore-bambino si resta comunque in relazione con le immagini archetipiche che però si relazionano con le immagini archetipiche dell'altro, cioè attraverso le immagini espresse nella cassetta della sabbia viene rappresentato come i reciproci mondi archetipici entrino in relazione tra loro.

La rappresentazione grafica del "quaternio" con cui Jung in "Psicologia del Transfert" (30) ha rappresentato la "comunione degli inconsci" tra analista e paziente, potrebbe essere esportata in una rappresentazione tridimensionale in cui tra tutti gli attori partecipanti al gioco si attivano le "comuni inconscietà", anche con la mediazione della "inconscietà" del terapeuta.

Nella nostra esperienza, il coniugare "il Gioco della Sabbia" con la terapia genitore/i - bambino, gli attori del gioco, di fronte alla sabbiera e al materiale, disinvestono l'attenzione dagli scopi abituali e dai richiami della razionalità e della coscienza e, l'"*Abaissement du nivea mental*" (31) (restringimento del livello di coscienza) permette loro di riassetare la proiezione dei propri contenuti e, inconsapevolmente, fa mettere in scena la dinamica inconscia esistente tra loro, non riconosciuta o negata.

La adattabilità del metodo permette di uscire dalla esclusività del rapporto individuale per ampliarsi ad altri ambiti in cui si attivano e si incontrano i diversi mondi archetipici.

La nostra proposta, descritta in questo articolo, nell'ambito della teoria junghiana, si è orientata ad utilizzare il "Gioco della Sabbia" nella terapia genitori-bambino e si va ad inserire in una più vasta area di ricerca, si aggiunge alle altre "eresie creative", che proponiamo come stimolo per scoprire, sperimentare, riflettere e, possibilmente, discutere sulle numerose risorse terapeutiche che "il Gioco della Sabbia" ci offre.

30) C.G. Jung (1946), "La psicologia della traslazione illustrata con l'ausilio di una serie di immagini alchemiche", in *Pratica della psicoterapia, Opere*, Vol. XVI, Boringhieri, Torino, 1981.

31) *Ibidem*.

Sommario

Questo articolo descrive la ricerca di modalità operative con la terapia del *Gioco della sabbia* che si aprano a nuovi stili clinici che possano ampliare le possibilità di aiuto.

La *terapia genitori-bambino* con il *Gioco della Sabbia*, si delinea come spazio terapeutico facilitante la comunicazione non verbale tra genitori e figlio. Con l'attivazione di una consonanza di emozioni e di comuni immagini interne; la sabbiera e il materiale diventano un'area che facilita successivamente forme più esplicite di comunicazione. Il campione oggetto di questo lavoro è costituito da circa trenta bambini di età scolare, preadolescenti e adolescenti, sofferenti di una problematica relazione con i genitori in cui è necessario riparare sia la relazione con i genitori reali sia le immagini genitoriali interne danneggiate. Le patologie trattate erano: gravi patologie simbiotiche, disturbi del comportamento alimentare, separazioni ad alta conflittualità e, soprattutto, la cosiddetta PAS (*Parental Alienation Syndrome*).

Summary

This article describes the research of operative modality, with the therapy of the "*sand play therapy*", which would open up to new clinical methods that could extend the possibilities of help.

The *therapy parents-child*, with the *Sand Play Therapy*, is outlined as therapeutic space to ease the non-verbal communication between parents and children. With the activation of coinciding emotions and common inner images; the sandbox and the equipments become areas which help more explicit forms of communication. The sample, subject of this work, consists in about thirty children of school age, preteens and teens, that suffer of problematic relationship with their parents, in which is needful to retrieve both the relationship with the real parents and the inner damaged parental images. The treated pathologies were severe symbiotic pathologies, eating disorders, separation with high conflict and, primarily, the so-called PAS (*Parental Alienation Syndrome*).

L'importanza del padre nel processo di individuazione di un bambino

Nicola Malorni

“... e io ho visto che le radici della psiche e del destino si spingono più a fondo del romanzo familiare, e che non solo i figli, ma anche i genitori non sono che rami di un grande albero” (1).

1) C.G. Jung (1909/1949), “L'importanza del padre nel destino dell'individuo”, Prefazione della II edizione in Opere, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1973, p. 323.

È molto frequente oggi incontrare nei servizi pubblici, in ambito sia sanitario sia sociale, bambini con famiglie monoparentali. Talvolta hanno genitori in fase di separazione o separati dopo un periodo di convivenza matrimoniale o di unioni di fatto; altre volte arrivano da famiglie in cui uno dei genitori (spesso il padre) non si è mai occupato della prole; tra loro possiamo incontrarne anche alcuni accolti da famiglie affidatarie i cui genitori “fragili” sono stati sostituiti per la tutela da parenti della famiglia allargata o da un operatore delle strutture residenziali cui sono stati affidati a seguito dell'intervento di Autorità pubbliche e servizi sociali.

Lucas è uno di loro (uso un nome di fantasia), scelto tra i

tanti conosciuti in poco più di un decennio: un periodo storico particolarmente difficile per l'infanzia, che ha visto crescere a dismisura soprattutto l'incidenza della conflittualità in ambito familiare.

Era stato esposto molto presto (sin dal suo concepimento) ad una drammatica situazione di conflitto genitoriale che gli aveva impedito di conoscere il padre; sotto le pressioni della famiglia di origine, che era presto intervenuta alimentando il conflitto nella coppia, la madre di Lucas, una donna fragile affetta da un grave disturbo bipolare, già durante la gravidanza aveva allontanato il padre dopo un breve periodo di convivenza e dopo avergli attribuito, anche attraverso denunce alle Autorità, violenze psicologiche e fisiche a suo danno. Denunce cadute nel vuoto perché non seguirono mai processi o condanne a carico dell'uomo.

Di fatto, però, il bambino non incontrò mai il padre, gli fu assegnato il cognome della madre, e delle sue cure si occuparono prevalentemente la nonna materna, la madre e uno degli zii. La costellazione familiare quindi si strutturò presto, sin dalla nascita, su un registro che escludeva violentemente la funzione del padre.

Il nonno era già mancato diversi anni prima della nascita del bambino, descritto come un uomo buono ma piuttosto remissivo, sottomesso alla moglie, pigro, per gran parte della sua esistenza in disoccupazione, dal temperamento depresso, marcatamente isolato anche dal contesto sociale. Lo zio convivente era notoriamente bisessuale, pur accompagnandosi spesso a donne era solito truccarsi; senza un'occupazione fissa, si assentava da casa spesso per lunghi periodi.

Quando conobbi il bambino aveva 4 anni di età; la domanda esplicita di intervento dei servizi socio-sanitari pubblici fu quella di sostenere la madre nelle sue funzioni genitoriali, avendo il bambino manifestato (soprattutto a scuola) importanti problematiche di adattamento e ritardi nello sviluppo delle abilità di apprendimento di base: aveva infatti instaurato con la madre e la nonna materna un rapporto simbiotico, manifestava marcata angoscia di separazione quando doveva recarsi a scuola o separarsi dalle figure affettive di riferimento, spesso richiedendo di essere riportato a casa o di uscire prima da scuola; mostrava proble-

mi di coordinamento oculo-manuale, risultava impacciato anche nei movimenti grossolani e molto deficitario rispetto ai pari età nella motricità fine (grafia marcata, disegno grossolano, agitazione psicomotoria che rendeva il suo grafismo caotico e “incontenibile”).

Non aveva ancora raggiunto il controllo degli sfinteri, dormiva nel lettone con la madre o con la nonna, era significativamente sovrappeso, la sua alimentazione era gravemente sregolata risultando prevalentemente centrata sull’uso senza limiti di merendine e altre cibarie ricche di carboidrati e zuccheri. Utilizzava ancora ciuccio e biberon per bere enormi quantità di latte e biscotti sciolti, prima di addormentarsi.

Nel gioco spontaneo preferiva i personaggi feroci come dinosauri e mostri che portava nella stanza anche da casa, mettendo in scena lotte e attività distruttive contro belve feroci, case, persone, oggetti di ogni genere.

La prima immagine apparsa nella sabbiera sembrava par-torita da una devastazione che annullava qualsiasi tipo di limite, da quello spaziale contenitivo a quello temporale: non era possibile narrare una vicenda particolare, perché tutto sembrava essere accaduto in pochissimo tempo; non era possibile individuare un “prima” e un “dopo”; anche le differenze intergenerazionali erano annullate: il “piccolo” sembrava poter dominare il “grande”, così come il tempo preistorico sembrava poter invadere il “presente”. Alla fine della costruzione, il bambino aveva riposto tutto sullo scaffale dei giochi impedendomi finanche di fotografare la scena. Un’operazione di annullamento che doveva evidentemente preservarlo dalla pensabilità di emozioni che non potevano essere accolte.

Se vogliamo vedere all’opera una potenza demoniaca, la vediamo qui, in queste oscure e silenziose tragedie che lentamente e dolorosamente si consumano nell’anima malata dei nostri nevrotici. Alcuni si liberano poco per volta, tra continue lotte contro le potenze invisibili, dalle grinfie del demone che li spinge ignari da una sorte brutale all’altra; altri si ribellano e conquistano la libertà per venire più tardi respinti sul vecchio sentiero, presi tra i lacci della nevrosi (2).

2) Ibidem, pp. 335-336.

Chiedeva spesso di poter portare via con sé gli oggetti della stanza e quando arrivava per la terapia si avviava immediatamente verso lo scaffale dei giochi, per prenderli, usarli e sostituirli velocemente con altri in un gioco solitario, disorganizzato, fatto di gesti che sembravano non poter narrare alcunché, se non la bramosia da cui sembrava posseduto.

Una forza istintuale arcaica sembrava spingerlo dall'interno al godimento coatto dell'oggetto, con un piacere che doveva essere assoluto rivelandosi di fatto sempre inaccessibile, impossibile da trovare negli oggetti a disposizione e quindi fonte inesauribile di ulteriore frustrazione che lo rendeva sempre "insaziabile", incontenibile nei suoi eccessi, sempre alla ricerca di qualcosa d'altro da tenere in possesso.

Il bambino era affetto da diverse intolleranze alimentari e allergie che spesso lo costringevano ad abbandonare le attività sportive o ludiche con la conseguenza di un marcato isolamento sociale; non aveva appreso a controllare gli sfinteri per cui, anche dopo l'ingresso nella scuola d'infanzia, il bambino indossava ancora il pannolino anche durante il giorno. Manifestava ostilità verso i tentativi della madre di indirizzarlo verso il vasino; ogni tentativo delle figure di riferimento era risultato fallimentare di fronte all'ostinazione del bambino a non mollare il pannolino.

Nella stanza di terapia emetteva peti maleodoranti, non curandosi della presenza di altri né trattenendosi dal fare la cacca durante il gioco o durante la conversazione: tutto doveva essere raccolto e accolto, egli non conosceva limiti, era come immerso ancora in un grande utero-ambiente. La sintomatologia sembrava una diretta emanazione di una fantasia collettiva del sistema familiare di un bambino da proteggere e da isolare dal padre e dal mondo: ogni sintomo veniva letto, infatti, come un monito che il bambino dovesse rimanere con la madre da cui non poteva essere distaccato; inoltre, il suo malessere in situazioni di separazione da loro era un incentivo ad ostacolare qualsiasi forma potenziale di frequentazione dell'altro genitore.

L'invischiamento della famiglia, la fragilità della madre, l'assenza del padre, la disorganizzazione dei servizi socio-sanitari: tutto stava contribuendo a strutturare un'evol-

zione gravemente patologica della personalità del bambino, e con una difficoltà a sviluppare soprattutto relazioni intime. Il suo profilo evolutivo appariva già danneggiato fin dalle prime fasi dello sviluppo, con un incompleto processo di separazione-individuazione, fragilità nella costruzione della certezza dei legami e, quindi, una particolare sensibilità verso tutto ciò che nella vita minacciasse le garanzie affettive acquisite e la certezza dei legami affettivi.

Ad occuparsi del bambino era soprattutto la famiglia allargata della madre, che nel mio ascolto mi apparve presto strutturata come un clan, un gruppo monoliticamente chiuso e autosufficiente, centrato su una sorta di patto inconscio di fedeltà dei figli alla nonna materna di Lucas, una donna dall'aspetto gracile, bassa e minuta che diceva di dover tutelare la salute del bambino e della figlia già salvata da un tentativo di suicidio "indotto" dal padre di Lucas, descritto come un uomo senza scrupoli, che non aveva mai accettato il concepimento del bambino, attaccato al denaro, manipolativo, arrivista e violento. Riferivano infatti che, durante la gravidanza, la donna era stata maltrattata psicologicamente e fisicamente dall'ex compagno il quale era giunto finanche – secondo la loro ricostruzione – a spingere la donna incinta giù per le scale al fine di farla abortire o di ammazzarla.

Ricordo che questo racconto ebbe per me l'effetto di un congelamento di una embrionale fantasia di poter incontrare il padre per una condivisione preliminare e un auspicabile coinvolgimento nel progetto terapeutico per il bambino. Ero solito proporre, verificate le condizioni ambientali, diverse opzioni trattamentali: psicoterapia analitica della triade con bambini fino ai 5 anni o percorsi paralleli con terapia individuale e supporto alla genitorialità o psicoterapia per i genitori per i bambini più grandi.

Credetti immediatamente a quanto mi venne raccontato dai famigliari, in qualche misura confermato dagli operatori sanitari che avevano avuto in cura la donna e conosciuto i famigliari di lei senza mai un confronto col padre designato come "violento" e non trattabile; collocai pertanto, in un primo momento, anch'io il padre di Lucas tra gli uomini violenti, non trattabili, da tenere lontani, "per il bene del bambino".

Ero caduto anch'io durante i primi incontri in balia di una corrente co-transferale che spesso vediamo irrompere in questi casi delineando i sentieri tortuosi della tutela dell'infanzia nei nostri servizi pubblici: spesso la nostra cultura che si autoproclama "bambino-centrica" maschera efficacemente una più arcaica e potente spinta a trattenere i bambini tra le fauci dei draghi.

Un monito di Jung, a questo punto, ci risulterà utile per ridestarci dalla potente influenza di schemi comportamentali ubiquitari che spesso destinano finanche il funzionamento dei servizi pubblici: egli, ormai giunto nel 1949 alla terza edizione del suo fondamentale scritto dedicato alla funzione paterna, suggeriva di osservare come le funzioni genitoriali trasmettessero e attivassero nella psiche del bambino "le oscure e potenti leggi che tengono insieme e plasmano non solo le famiglie ma i popoli, e anzi l'umanità intera; non le leggi escogitate dalla mente dell'uomo, ma leggi di natura e forze naturali, tra le quali l'uomo cammina come sulla lama di un rasoio" (3).

3) *Ibidem*, p. 323.

Decisi quindi, insieme ai miei collaboratori, di contattare, attraverso i servizi sociali che seguivano la famiglia, anche il padre ed ascoltare da lui la sua versione della storia del bambino. Ne venne fuori un quadro completamente diverso: il padre si era presentato sempre sollecito e preoccupato verso la salute e l'educazione del figlio, aveva da sempre lamentato ai servizi sociali, fino a minacciare la denuncia alle Autorità, la scarsa collaborazione dei famigliari, anzi l'ostile rifiuto della famiglia di origine della madre verso una frequentazione stabile del bambino. Non aveva mai presentato segnalazioni formali alle Autorità poiché fiducioso nell'intervento dei servizi sociali e nei trattamenti sanitari in corso, mostrandosi fin troppo paziente e remissivo. Lasciato in balia di un non meglio precisato progetto di recupero della sua genitorialità, il padre aveva ritenuto a lungo di assecondare la famiglia, restando ai margini, pur covando al contempo una profonda frustrazione per quanto andava accadendo. Uno stato di malessere accentuato anche dal confronto con i servizi pubblici, sia sanitari sia sociali, che sembravano colludere con la struttura difensiva rigida di quella famiglia, evitando l'interessamento delle autorità giudiziarie che

avrebbero sicuramente potuto agire sulla responsabilità della madre “fragile”. Il fantasma del suicidio sembrava tenere tutti in gabbia, sotto l’onnipotente controllo di una famiglia che autarchicamente sembrava aver assunto il potere decisionale e programmatico che doveva invece essere, in questo caso, dei servizi di tutela dell’infanzia. Nel periodo in cui la sintomatologia del bambino aveva ormai attivato l’attenzione della Scuola, anche il padre era entrato in una spirale depressiva, aveva ormai perso ogni speranza e si era convinto della necessità di avviare un’azione giudiziaria contro tutti, compresi i servizi sociali ritenuti collusivi: non vedendo risultati si sentiva, infatti, tradito e soprattutto “intrappolato” in una assurda spirale di odio e indifferenza tra la famiglia di origine della madre, i servizi sanitari, i servizi sociali, il Tribunale per i Minorenni, che si era limitato nel frattempo a richiedere una valutazione psico-sociale senza emettere mai provvedimenti utili sul regime di affido.

Gli proposi di congelare ancora per qualche tempo qualsiasi decisione in merito, in attesa che la madre insieme al bambino completassero un percorso preliminare già concordato.

4) P. Aite, Paesaggi della psiche. Il Gioco della Sabbia nell’analisi junghiana. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.

5) D.M. Kalf (1960), Il gioco della sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche, Ed. OS, Firenze, 1966.

6) A. Malinconico, “Sognare, giocare, come risognare. Nuovi scenari per l’analisi junghiana”, in A. Donfrancesco e M.A. Venier (a cura di), Il gesto che racconta. Setting analitico e Gioco della Sabbia, Magi, Roma, 2007.

7) A. Malinconico, Il sogno in analisi e i suoi palcoscenici (a cura di), Magi, Roma, 2011.

8) A. Malinconico, M. Peciccia (a cura di), Al di là della Parola. Vie Nuove per la Terapia Analitica delle Psicosi, Magi, Roma, 2006.

9) A. Malinconico, Psicologia Analitica e Mito dell’Immagine – Dialogando con Paolo Aite, La Biblioteca di Vivarium, Milano, 2017.

Dalla simbiosi incontenente al legame triadico

Dopo una sintetica esposizione del percorso preliminare con la madre e il bambino che ha previsto l’accompagnamento della diade, la consulenza alla famiglia di origine, interventi di *counseling* con la madre e psicoterapia analitica individuale per il bambino, svolto in équipe con la partecipazione di diversi operatori, concentrerò l’attenzione in questo scritto sulla descrizione dell’avvio di una psicoterapia analitica con la triade padre-madre-bambino che ha contemplato anche l’uso del Gioco della Sabbia (4,5,6,7,8,9).

Questa ulteriore *trance* terapeutica è stata attivata senza la necessità di un intervento delle Autorità, e con la collaborazione della madre e della famiglia di lei.

Attraverso la prima *trance*, avevamo riattraversato simbolicamente la relazione simbiotica lasciando però che, nella stanza analitica, apparisse sullo sfondo un’immagine

capace di evocare, probabilmente per la prima volta, l'avvento del padre. Nei primi mesi, infatti, ero rimasto per lo più ad osservare la madre e il bambino nel gioco, accolti insieme nella stanza (non sarebbe stato possibile altrimenti avviare il percorso), alternando l'osservazione silenziosa a rari interventi volti ad esplorare le difficoltà della madre nel gestire la "separazione": togliere il pannolino, lasciare che il bambino dormisse nella sua camera, lasciargli frequentare la scuola, il trattenerlo spesso in casa a causa delle ricorrenti allergie e intolleranze alimentari mal gestite. Progressivamente, il bambino aveva iniziato a manifestare una maggiore sicurezza nella relazione col terapeuta e alla proposta di restare da solo con lui, intervallando le sedute individuali con quelle con la diade, improvvisamente un giorno dichiarò che "sì, tanto è bello giocare con te".

La simbiosi poteva essere gradualmente sciolta: da tappa fondamentale e necessaria nello sviluppo del bambino si era trasformata in una gabbia; a causa delle angosce psicotiche che circolavano nella sua famiglia, non si era potuta risolvere fisiologicamente nel corso dello sviluppo. In questo modo il bambino non era riuscito ad intuirsi ed a rappresentarsi: l'isolamento dal mondo e il disagio che ne derivava aggravavano la sua difficoltà a individuarsi e a riconoscersi come altro rispetto alla madre.

Attraverso la relazione con l'analista, invece, era stata finalmente data la possibilità che la relazione simbiotica potesse essere sciolta con il passaggio da un rapporto esclusivamente duale ad uno triadico. Con la presenza dell'analista, il terzo, che era anche preludio del paterno, scoraggiava finalmente la persistenza del rapporto esclusivo con la madre. Nella stanza d'analisi poteva finalmente dirsi avviata la crescita in cui «il terzo», che sarebbe stato espresso dal padre reale, avrebbe rappresentato nel futuro di questo bambino il mondo relazionale «altro».

Fino a quel momento la *scissione* dell'immagine del padre aveva ottenuto una rappresentazione di padre cattivo tenuto lontano, isolato, evitato, rimosso; e allo stesso tempo una idealizzazione delle figure maschili fuse e confuse con la madre (in particolare lo zio materno, omosessuale) che erano protette dal legame simbiotico e dall'invischiamento familiare.

L'analista era la prima persona esterna accettata dalla famiglia, rivelandosi in grado di rompere gli schemi proiettivi e scissori che avevano così gravemente compromesso l'affettività e le relazioni del bambino: nella relazione transferale, aveva manifestato innanzitutto un grande desiderio del padre rifiutato. Il desiderio era per così dire "fagocitante": insaziabile e incontenibile era il suo desiderio di gioco, di tempo, di attenzione, di dedizione dell'analista che era infatti indotto a sentirsi, come il bambino dal suo stesso desiderio di padre, invaso e fagocitato. Lucas faceva di tutto per proteggersi dalla sofferenza, ma di fatto l'esperienza del rifiuto e della perdita del padre si presentificava ogni volta quando, suo malgrado, doveva separarsi dall'analista in conclusione della seduta, non potendo portare nulla con sé e dovendo rinunciare al gioco con lui nell'intervallo tra una seduta e l'altra: l'analista era però in questo caso non il "terzo" escluso ma colui che risultava agli occhi del bambino sufficientemente "forte" da decidere quando e come separarsi, con l'accordo di tutte le parti in campo, in modo prevedibile e condiviso, senza traumi e senza aggressività, secondo un progetto che prevedeva la possibilità che il "terzo" potesse non farsi escludere. Non mancarono "incidenti" durante il percorso: assenze per malattia, ritardi agli appuntamenti, dimenticanze:

"La fonte del disturbo infantile di adattamento è naturalmente il rapporto affettivo con i genitori. È una specie di contagio psichico, che sappiamo causato non da verità logiche, ma da affetti e dalle loro espressioni somatiche" (10).

10) C.G. Jung (1909/1949),
op. cit., p. 328.

Nella relazione transferale si esprimevano i lati scissi dell'immagine archetipica del Padre: l'analista, infatti, attraverso un rigoroso rispetto del setting, accogliente e limitante, contenitivo ma anche separativo, da un lato fece sì che il bambino venisse sospinto via dalla simbiosi con la madre mediante la nuova relazione di attaccamento col "terapeuta-padre", ma dall'altro espose tutto il sistema all'angoscia di separazione con reazioni difensive tese al ripristino di un attaccamento simbiotico alla madre, con una costellazione di movimenti transferali tipicamente nevrotici: il bambino voleva stare con l'analista e allo stesso tempo lo rifiutava.

La separazione avrebbe infatti comportato, per tutto il sistema familiare l'atto sacrificale della rinuncia alla soddisfazione pulsionale e l'attraversamento di una "sana" depressione, condizione che in questa famiglia evocava lo spettro della madre suicida, un'immagine troppo ingombrante e angosciata che aveva finito con l'occupare anche lo spazio vitale e individuativo del bambino. Non percepito come un individuo differenziato ma emanazione del corpo della madre, infatti, Lucas era assente nella mente degli adulti di riferimento fin dalla gravidanza e continuava a restarne assente, non venendo riconosciuto nella sua realtà e nei suoi bisogni evolutivi.

Quando con la sabbia si iniziò a giocare in tre

Il bambino aveva iniziato la prima elementare e le problematiche evidenziate con l'avvio della attività scolastiche (iperattività, sregolatezza, isolamento depressivo, difficoltà di attenzione, scarsa autostima, continue assenze per presunte patologie di tipo fisico) mi persuasero della necessità di finalizzare il lavoro terapeutico al recupero della relazione col padre.

Il diritto alla bigenitorialità coincideva perfettamente in questo caso con il diritto alla salute: la relazione del bambino con entrambi i genitori, infatti, avrebbe spostato, attraverso un percorso di mediazione terapeutica dei genitori, le energie di questa famiglia dalla lotta ai bisogni di salute del bambino.

Ciò avrebbe naturalmente ridefinito il trattamento delle problematiche psicopatologiche del bambino, con incontri terapeutici madre-padre-figlio con l'obiettivo di attivare i processi riparativi del mondo interno e della famiglia interna e al superamento del funzionamento difensivo patologico (l'uso della simbiosi, della scissione, della identificazione proiettiva, della negazione, del distanziamento affettivo).

Ricordo il giorno in cui Lucas incontrò per la prima volta il padre nel mio studio: anche io mi commossi; la madre era commossa. Il bambino tremava, balbettava, aveva gli occhi accesi da una luce intensa che rispecchiava la commozione visibile anche nel padre. Quest'ultimo, impacciato, visibilmente provato, aveva portato con sé buste cari-

che di regali: strumenti per la scuola, plastilina, ogni materiale utile a mostrare al bambino quanto gli fosse mancato per tutto quel tempo.

Al secondo incontro, il padre gli porta ancora in regalo acquerelli e album da disegno; Lucas sembra deluso, non sente evidentemente il padre sintonizzato con i suoi desideri ma eccessivamente centrato su un ruolo educativo rigido; hanno necessità entrambi di conoscersi.

In questa prima fase il padre sembra preoccupato maggiormente di incarnare una funzione normativa piuttosto che affettiva: appare impacciato nel gioco, interagisce col bambino soltanto per contenere la sua irruenza chiedendogli di fare attenzione a non sporcare la stanza, a non rompere gli oggetti, a non correre, a non saltare. Il bambino ama giochi che lui ancora non conosce o volutamente li trascura, identificato com'è col padre normativo di cui il bambino sembrerebbe aver bisogno, alla luce di ciò che recentemente ha appreso dalle maestre.

La madre tende a partecipare agli incontri come un'osservatrice neutrale, compattata in un autocontrollo forzato: non parla, non gioca, di tanto in tanto aggancia lo sguardo del terapeuta come per richiedere rassicurazione che tutto proceda bene.



Lucas disegna quindi il padre che sembra morto perché un'onda lo aveva travolto, ma poi, in realtà, "si era rotto soltanto un braccio". Il padre sembra comprendere la valenza aggressiva del disegno del bambino ma è in grado di contenerla.

Gli squilla il telefono, rifiuta la telefonata e il bambino gli chiede: "Chi è tua moglie?".

Il padre sorride e risponde che è una persona che lo cerca per il lavoro.

Nell'aprire la scatola dei colori regalata dal padre, Lucas la rompe e il padre lo incoraggia ad essere più cauto "perché altrimenti se si rompe, i colori dovrai poi metterli in tasca". La dinamica in atto sembra tesa alla ricerca e alla cura di un contenitore sicuro: il padre rifiuta la telefonata per occuparsi esclusivamente del bambino; il bambino chiede al padre di dare un nome alla "voce" al telefono; infine, la rottura della scatola dei doni del padre che attiva quest'ultimo nella protezione di uno spazio simbolico (quello della scatola) che possa garantire la continuità del loro rapporto, oltre il tempo della seduta.

Il bambino sembra seguire il suo suggerimento, fa attenzione a non rompere la scatola, colora.

Ad un certo punto, sempre riferendosi al padre dice di aver fatto una puzza. Il padre ride imbarazzato, guarda il terapeuta come se cercasse un sostegno di fronte a questa spiazzante spontaneità del bambino: "Beh, Lucas, devi farle fuori le puzze, non qui dentro... non va bene qui".

A questo punto il bambino decide di spostarsi alla sabbiera: "adesso vado a fare un po' di moto-cross".

Inserisce dapprima un abete e una moto, due bandierine per la segnaletica stradale, una betoniera e un camion. Fa distruggere tutto ad un poliziotto-soldato che poi seppellisce nell'angolo basso a sinistra.

Il padre commenta: "*che soldatino potente!*"

Il bambino: "*ma come facciamo la pista?*".

Il padre sembra comprendere che il soldato aveva distrutto tutto perché a Lucas non piaceva il risultato della sua costruzione preliminare. Quindi interviene per aiutarlo: "*Guarda, facciamo così, mettiamo questo qui ... in questo modo... ve bene?*".

Il gioco individuale del bambino si trasforma spontanea-

mente nel corso dell'incontro in un gioco duale padre-figlio: entrambi partecipano alla costruzione della scena; sembrano aver trovato finalmente il contenitore adeguato nella sabbiera, capace evidentemente di accogliere il buono e il cattivo della loro storia e della loro relazione.

Lucas sembra seguire i suggerimenti del padre, inizialmente riescono a costruire una "bella pista" ma poi: *"il soldatino finge di essere buono ma poi si mette a sparare!"* – e Lucas, con un gesto energico, fa abbattere tutto al soldato.

Il gesto mi sorprende, anche il padre mi guarda preoccupato. L'atmosfera iniziale del gioco condiviso si trasforma repentinamente in un clima carico di tensione incomprensibile. Irrompe l'immagine di un soldatino carico di ambivalenza, all'apparenza buono ma distruttivo. Io limito ad osservare in silenzio, mentre mi chiedo se il gesto non sia riferibile alle immagini angosciose del Padre violento che sono state introdotte nella mente del bambino, il quale "per procura" cerca di disfarsene.

Sembra un movimento regressivo ad una condizione di conflitto in cui i confini tra bene e male, buono e cattivo, protezione e distruttività si fondono e confondono: la nostra confusione è anche il derivato dalla fusione di questi opposti nella mente del bambino.

Dice Jung a proposito dell'influenza delle immagini genitoriali sulla mente del bambino:

Come tutto ciò che è caduto in preda all'inconscio, anche la situazione infantile primordiale invia ancora nella coscienza sentimenti oscuri, ricchi di presagi, cioè sensazioni come di chi subisce un orientamento segreto e influssi dall'aldilà. Ma questi normalmente non vengono più riferiti al padre, bensì a una divinità negativa o positiva (11).

11) Ibidem, p. 340.

Poco dopo, Lucas si allontana da solo dalla stanza dicendo di dover fare pipì. È la prima volta che va in bagno da solo, senza chiedere alla madre di accompagnarlo. Aveva nel passato sempre mostrato resistenze ad allontanarsi dalla madre che, infatti, anche questa volta, sta per alzarsi ma, vedendo il bambino ormai fuori dalla stanza, torna a sedere. Tornato nella stanza racconta al padre che il poliziotto

spara al motociclista e gli dà anche un calcio “qui” – indicando i genitali.

Qui interviene la madre chiedendo da seduta: “*Lucas, ma queste cose chi te le dice? Qualche compagno di scuola?*”. Il bambino non risponde, le dà le spalle mentre continua a giocare alla sabbiera. La madre guarda il terapeuta come se chiedesse l’autorizzazione ad avvicinarsi e rassicurata che anche lei può giocare o muoversi liberamente nella stanza, si avvicina alla sabbiera e il bambino le mostra la scena. La madre gli dà un bacio sulla fronte: le dice del soldato cattivo, cade l’abete e la madre:

“*Attenzione al pino, aiuto!*”

Il bambino: “*distruzione totale mamma!*” e nasconde il soldato sotto la sabbia nell’angolo sinistro basso della sabbiera.



Ancora una volta, la sabbiera sembra svolgere nel corso di questo incontro per tutti i membri della triade una funzione contenitiva: anche la madre, che inizialmente non riesce a tenere “il bambino violento” nella propria mente, espellendolo in un contesto scolastico “pericoloso” e contaminante (“*chi te le dice? qualche compagno di scuola?*”), si sente stimolata ad entrare in scena. Abbandona il suo isolamento e si avvicina alla sabbiera potendo guardare, questa volta, la “distruzione totale” sentendosi evi-

dentemente assicurata dalla sabbia. Il padre commenta ironico: *“qualcuno oggi deve morire ...”*.

Ma alle parole, al testo narrativo della scena ludica, il bambino aggiunge anche dei gesti, movimenti emozionali per cui non ha ancora parole: nasconde sotto la sabbia il soldato che si fingeva buono e invece era cattivo, l'attore di tanta distruzione non può essere guardato a lungo; forse l'angoscia o il senso di colpa per aver anche colpito ai genitali il motociclista induce il bambino a seppellire l'immagine.

Ma è proprio questa la rivelazione centrale della costruzione ludica: l'immagine di un “eroe negativo”, autore di distruzione ma anche veicolo di sentimenti ambivalenti che rendono difficile la differenziazione, è lì a significare il grande rischio dell'identificazione del bambino col lato terribile di una figura maschile che appare minacciosa ma allo stesso tempo potente.

Il bambino dà subito dopo le spalle alla madre che lo colpevolizza mentre sottintende una sua possibile assimilazione in ambito scolastico di atteggiamenti violenti dei compagni di classe: l'aggressività del bambino non può essere rappresentata nella mente della madre se non all'interno di un registro di colpa e persecuzione. Non sembra poter esistere una via di salvezza sotto l'egida di una predestinazione decretata dalle identificazioni della madre:

Dice Jung a proposito della lotta del bambino contro le identificazioni genitoriali:

L'identificazione con la madre da un lato e la paura del padre dall'altro sono il caso individuale di questa nevrosi infantile, ma questo caso rappresenta anche al tempo stesso la “situazione primordiale dell'uomo”, cioè l'adesione persistente all'inconscio da parte della coscienza primitiva, e l'impulso compensatorio che mira a strappare la coscienza da questo amplesso dell'oscurità. L'uomo, intuendo e sentendo questa situazione primordiale dietro la sua esperienza individuale, ha sempre cercato di dare a questa esperienza un'espressione di validità generale, e precisamente attraverso il tipo universale della lotta dell'eroe divino contro il drago-madre, che ha per meta la liberazione dell'uomo dalla potenza delle tenebre. Questo mito ha un significato di “salvezza”, cioè un senso terapeutico, in quanto

esprime adeguatamente il dinamismo che sta alla base delle complicazioni individuali. Il mito non è una conseguenza, da spiegare in senso causale, di un complesso paterno personale, ma un tentativo intrapreso dall'inconscio stesso, e quindi da interpretare teleologicamente, di salvare la coscienza dalla minaccia della regressione. Le rappresentazioni di "salvezza" non sono razionalizzazioni a posteriori di un complesso paterno, ma meccanismi archetipicamente preformati dell'evoluzione della coscienza (12).

12) Ibidem, pp. 339-340.

Ma di fronte alla sabbiera, è data la possibilità non soltanto al bambino, ma in questo caso anche ai genitori, di avvicinarsi e guardare, per la prima volta tutti insieme, le immagini che emergono spontaneamente nell'inedita relazione triadica.

Il Gioco della Sabbia permette a questo punto un movimento circolare di immagini ed emozioni che non partono più dagli adulti schierati l'uno contro l'altro per invadere la mente del bambino, ma dal bambino che diviene finalmente il regista e il costruttore di una scena che si presta ad essere ricostruita, osservata, rinarrata, rinominata questa volta dalla triade nella stanza analitica, in una condivisione non distruttiva.

Durante il gioco, l'avvicinamento della madre alla scena permette al bambino di nominare per la prima volta la "distruzione totale" di cui aveva soltanto osservato e patito, fino ad allora, le macerie di un rapporto, quello col padre, aggredito, interrotto, attaccato ed espulso: la sabbiera è il campo in cui finalmente questi vissuti possono iniziare ad essere ricollocati in un luogo (quello del contenitore sabbiera-stanza-mente gruppale) che può aiutare a scogliere le pericolose identificazioni inconscie.

L'infanzia difficile: Giulia e il Centro VATMA

Adriana Viotti

Con questo scritto desidero raccontare la storia di un Servizio, di una bambina, di un incontro. E come ogni racconto che si rispetti, anche questo dovrà iniziare con *c'era una volta...*

Il centro VATMA: struttura e metodo

C'era una volta, perché ora non c'è più, un Centro che nasceva, grazie ad un finanziamento pubblico, per ascoltare ed offrire una risposta ad una domanda timida e soffocata, recante in sé lo stigma della vergogna di chi ne è portatore e dell'intera società. Una domanda che si solleva sottovoce, così da poter passare inosservata. Era la domanda dell'infanzia maltrattata. Lo avevamo chiamato Centro Clinico V.A.T.M.A. (per la Valutazione, l'Ascolto e il Trattamento dei Minori vittime di Abuso) ed era gestito da figure professionali specificamente formate sul tema dell'abuso all'infanzia. Date la complessità del fenomeno e le agenzie territoriali che sono a vario titolo coinvolte in queste problematiche, le attività del Centro erano orientate in senso *interdisciplinare e interistituzionale*, all'interno di una matrice teorica di marca *psicodinamica e sistemico-relazionale*.

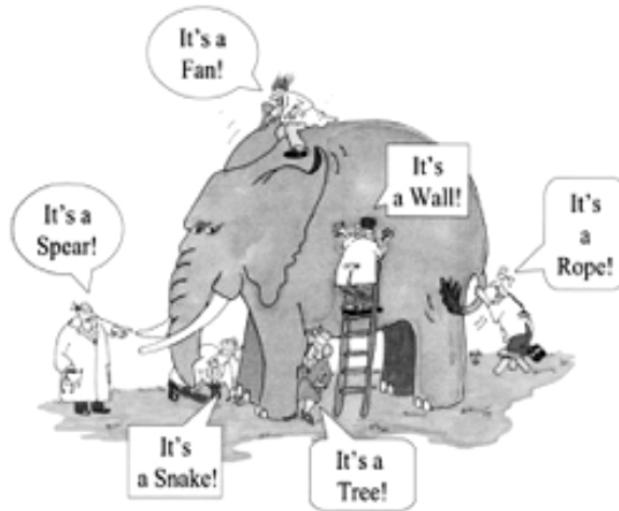
Quando un minorenne arrivava al servizio, spesso, prima di lui, entravano la sua storia giudiziaria, le informazioni dei Servizi Sociali, a volte le osservazioni della Casa Famiglia, le impressioni del tutore, i racconti dei familiari, tutti elementi certamente utili a conoscere e comprendere la situazione con cui ci saremmo confrontati, ma anche ingombranti per il terapeuta che avrebbe preso in carico il bambino o la bambina, specie ai fini della costruzione di una rappresentazione mentale *incontaminata* del piccolo paziente e del naturale dispiegarsi delle dinamiche transferali e controtransferali. Piuttosto complicato tenere quell'assetto mentale squisitamente analitico di *opacità di memoria e desiderio* di cui Bion era stato maestro.



In sostanza, nella maggior parte delle occasioni, le situazioni con cui il Centro VATMA si andava a cimentare erano così articolate: di consueto, prima di procedere alla presa in carico, veniva organizzato un incontro preliminare al quale partecipavano, oltre all'équipe del Centro, i vari attori coinvolti, con la finalità di raccogliere le informazioni necessarie e analizzare la domanda, lasciando emergere livelli espliciti ed impliciti, e prestando ascolto anche ai vissuti, ai ruoli e alle funzioni di ciascuno.

Prima del contatto reale con il piccolo paziente, dunque, l'équipe incontrava la sua storia nel racconto di chi se ne stava prendendo cura.

Rende bene l'idea a questo proposito la parabola dei sei ciechi e l'elefante:



C'erano una volta sei saggi che vivevano insieme in una piccola città. I sei saggi erano ciechi. Un giorno fu condotto in città un elefante. I sei saggi volevano conoscerlo, ma come avrebbero potuto essendo ciechi? "Io lo so", disse il primo saggio, "lo toccheremo". "Buona idea", dissero gli altri" così scopriremo com'è fatto un elefante!". I sei saggi così andarono dall'elefante. Il primo saggio si avvicinò all'animale e gli toccò l'orecchio grande e piatto; lo sentì muoversi lentamente avanti e indietro, producendo una bella arietta fresca e disse: "L'elefante è come un grande ventaglio". Il secondo saggio invece toccò la gamba: "Ti sbagli, l'elefante è come un albero" affermò. "Siete entrambi in errore, l'elefante è piuttosto simile ad una corda", disse il terzo mentre gli toccava la coda. Subito dopo, il quarto saggio toccò con la mano la punta aguzza della zanna: "Credetemi, l'elefante è come una lancia", esclamò! "No, no, che sciocchezza! L'elefante è simile ad un'alta muraglia!", disse il quinto saggio mentre toccava il fianco alto dell'elefante. Il sesto, nel frattempo,

avendo afferrato la proboscide disse: “Avete torto tutti, l’elefante in verità è come un serpente!”. I sei ciechi continuarono a lungo ad argomentare incalzandosi l’un l’altro, ma non riuscirono mai a scoprire come fosse fatto un elefante.

Quando i sei saggi ciechi si avvicinano all’elefante per conoscerlo, essendo appunto ciechi, iniziano a toccarlo, ma toccando ognuno una parte diversa del suo corpo, diverse erano anche le opinioni che si generavano su cosa fosse un elefante, senza che alla fine nessuno di loro potesse essere certo di avere ragione poiché un elefante è l’insieme delle percezioni individuali di ogni saggio cieco. A questo punto l’equipe non poteva che vestirsi di una pertinente funzione integratrice che, oscillando tra i complementari movimenti di analisi e sintesi, consente la necessaria evoluzione verso un approccio altro, un cambiamento di prospettiva che, pur senza mortificare l’individualità, si avvale di una lente collettiva, di un guardare assieme che rende l’immagine nella sua connaturata complessità, esaltando le capacità visive dei singoli osservatori e consentendo di accedere ad una rappresentazione d’insieme, poliedrica, polifonica e potenzialmente ricca di sfumature (1).

E ancora oltre, il lavoro dell’equipe si voleva ispirare a quell’assetto interno opportunamente definito *pervasiva attitudine analitica* (2) che deve poter consentire di tenere insieme il reale e il simbolico, il fare e il pensare, esigenze e tempi esterni ed interni.

Certo, un gioco da equilibristi che sovverte gli ordini rispetto alla ovattata e rassicurante solitudine del proprio studio privato, e invita ad inoltrarsi in una realtà altra, quella chiasmata e confusa del Servizio Pubblico (3).

Le radici dell’abuso

Di fatto, il tema degli abusi all’infanzia scuote in profondità e sembra avere radici profonde nella storia dell’umanità. Se, ad esempio, guardiamo ai miti e alle fiabe che da sempre accompagnano la storia del genere umano, facendosi custodi di immagini senza tempo e senza luogo, scopriamo che ci insegnano la trama degli abusi narrando già di

1) A. Malinconico, *Le ombre di Giano e l’elogio della curiosità – Passione per la vita psichica nei Servizi per la tutela della salute mentale*, Rivista di Psicologia Analitica, n. 21/73, Ed Magi, Roma, 2006, pp. 57-56.2) A. Malinconico, *L’oratore muto e la Comunità: anche qui dimorano gli dei*, Rivista di Psicologia Analitica n. 5/57, Astrolabio, Roma, 1998, p. 80.

3) Il centro VATMA, pur essendo gestito da un privato sociale, grazie al finanziamento pubblico e ad un specifico Accordo di programma, consentiva di fatto all’utenza di fruirne come di un servizio pubblico.

bambini abbandonati o maltrattati, mentre in molte aree culturali dell'antichità (Grecia, Roma) i comportamenti pedofili erano la consuetudine della società "bene". Gli interventi repressivi volti a interdire usanze abusanti nei confronti dei bambini e a garantire la continuità della specie, hanno determinato il trasferirsi di tali contenuti nelle psiche collettive, come un tabù che appartiene a tutta l'umanità, la polarità umbratile dell'archetipo del Fanciullo, divino e salvifico quanto maltrattato e perseguitato.

Dall'inconscio collettivo questi contenuti possono essere attivati e vissuti concretamente, se intervengono fattori individuali, familiari e sociali. In questo caso l'abuso entra a far parte dell'esperienza personale, rivelando l'incrinamento dei processi mentali di chi commette l'abuso e configurandosi come evento danneggiante in chi lo subisce (4).

4) F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, FrancoAngeli, Milano, 2011, p. 18.

I miti e le fiabe ci vengono però in aiuto non solo per rivelare le dinamiche psichiche profonde degli abusi di cui ci occupiamo, ma la lettura analitica permette di intravedere anche il modo in cui affrontare queste situazioni ed offre importanti indicazioni terapeutiche sulla possibilità di mobilitare ed attingere alle risorse vitali della psiche necessarie alla sopravvivenza psichica.

La storia di Giulia

Ho scelto la storia di Giulia con la testa e con la pancia. Non solo per la risonanza emotiva che può generare il contatto con gli esiti degli abusi all'infanzia, ma anche per la forza con cui veicola l'immagine delle situazioni ad elevato livello di complessità che richiedono modelli di interventi integrati e complessi (multi-agency).

Quando è arrivata al Centro VATMA, Giulia era una bambina di circa sei anni. Non aveva la mamma, l'aveva lasciata poco dopo la nascita con un papà che non era stato in grado di incarnare per la piccola il ruolo di *genitore protettivo*. La bambina era stata allontanata da casa a causa di segnalazioni che avevano destato il sospetto che Giulia subisse molestie sessuali nel suo ambiente familiare. Il caso era arrivato alla nostra attenzione su mandato

dell'Autorità Giudiziaria, in stretta collaborazione con il Servizio Sociale professionale del paese e con il Tutore della minore, mentre la stessa era collocata presso una struttura protetta.

L'équipe si era attivata con particolare sollecitudine intorno al caso di Giulia, in parte raccogliendo l'urgenza espressa nel decreto che ne prescriveva la presa in carico, in parte percependo la gravità della situazione. Questa cornice generava emozioni e fantasie su cui muovevamo i primi passi verso la nostra piccola paziente.

In ragione delle molteplici dimensioni problematiche che caratterizzavano la sua condizione, si stabilì di intervenire su due livelli, individuale e di rete. Oltre, cioè, alla presa in carico psicoterapeutica della piccola Giulia, furono attivati periodicamente degli spazi di ascolto e consulenza rivolti ai Servizi, alle insegnanti e alle operatrici della Casa Famiglia che la ospitava, per accogliere i vissuti di ognuno, sostenere gli operatori coinvolti nel confronto con le manifestazioni di disagio di cui la bambina era portatrice, implementare le interconnessioni presenti nella rete e le possibilità di collaborazione tra i vari ambiti di intervento. Incontrai Giulia per la prima volta alcuni anni fa, accompagnata dall'Assistente Sociale e dalla sua tutrice. Quando mi vide per la prima volta si comportava come una bambina molto piccola, di tre anni direi, si nascondeva dietro le gambe delle due donne che erano con lei, si aggrappava in particolare all'Assistente Sociale. Avevo capito che poco prima erano state al bar per comprare caramelle e patatine, quelle piccole attenzioni che gli adulti concedono spesso ai bambini, ma, in questo caso, certamente in quantità eccessiva, come se volessero colmare un vuoto profondo e difficilmente raggiungibile.

Irrompeva pertanto con forza e immediatezza il tema dell'oralità, strettamente connesso alle primissime fasi dello sviluppo, ai movimenti precoci della relazione primaria. Io mi limitai in un primo momento ad osservare. Poco dopo Giulia rivolse anche a me quegli stessi atteggiamenti di "aggrappamento", mi saltò letteralmente in braccio. Poi, senza difficoltà, permise alle sue accompagnatrici di lasciare la stanza per restare sola con me.

Giulia sembrava eccitata dalla mia presenza, mi parlava in

maniera “bulimica”, come se volesse fare una grossa abbuffata anche di me, ma le sue emozioni erano inafferrabili, non riuscivo a sentire la sua presenza emotiva. Si muoveva in maniera disordinata, iniziava giochi e disegni ma non portava nulla a compimento, nessuna azione finalizzata, solo tanta eccitazione psichica e motoria. Si percepiva in maniera vivida una incontenibile confusione.

Mi chiedeva di mangiare delle caramelle, era vorace e mai paga. Andavano emergendo, sin dai primi incontri, alcuni dei temi che sarebbero rimasti centrali nel nostro rapporto terapeutico: la necessità di soddisfare in maniera immediata i propri bisogni istintuali, le difficoltà di contenimento, l'impossibilità di tollerare le frustrazioni, la capacità intermittente e discontinua di stare nella relazione, alternata a momenti in cui si rivelava totalmente autocentrata, la ricerca di contatto fisico e l'investimento sul proprio corpo, di cui cercava spesso l'immagine riflessa nello specchio unidirezionale presente nella stanza, cui si appellava in maniera quasi “seduttiva” per evadere alcune mie richieste. Apparivano evidenti gli effetti di uno sfaldamento di marca dissociativa dei processi di coscienza, memoria, identità e percezione dell'ambiente: c'erano momenti in cui sembrava non ricordare più il nome di chi le era di fronte e che aveva accolto con tanta enfasi o dell'operatrice con cui viveva e che la accompagnava abitualmente al Centro.

L'ancoraggio regressivo di Giulia a fasi precocissime dello sviluppo costellava una dimensione complessuale legata al materno. La prima area di sofferenza che mi andava mostrando, sembrava, dunque, rimandare ad un disturbo della relazione primaria, ossia “di quel processo di attaccamento alla figura materna, che per il bambino costituisce la porta del mondo, assicurandogli una fiducia stabile nel mondo stesso e nella possibilità di sviluppo del suo processo vitale” (5).

Negli incontri che seguirono, la difficoltà di Giulia a implicarsi in maniera autentica nella relazione appariva sempre più evidente, mi correva incontro quando mi vedeva ma poi, durante la seduta, non mi coinvolgeva nei giochi, si teneva distante ed io sentivo che non si fidava di me. Giocava ad accudire dei peluches presenti nella stanza, li

5) S. Marinucci, *Uno spazio per esistere. Il gioco della sabbia nella psicoterapia infantile*, Moretti&Vitali, Bergamo, 2003.

nutriva, li faceva addormentare, quasi a mettere in scena, in quell'area intermedia di esperienza che è il gioco, in quello *spazio potenziale* tra la "realtà psichica personale e l'esperienza di controllo degli oggetti reali" (6), la soddisfazione di bisogni profondi e antichi di nutrimento e accudimento.

Purtroppo, però, questo nostro spazio aveva delle caratteristiche particolari che non aiutavano Giulia ad instaurare con me una relazione di fiducia autentica. Il nostro "contenitore" aveva delle fessure dalle quali, a volte, era necessario lasciare entrare ed uscire informazioni e i cui confini non erano, dunque, completamente affidabili. Il nostro *setting*, l'insieme di tutte quelle regole fisiche ed interne in cui ha luogo la relazione terapeutica, era minacciato da "corpi estranei" che entravano nella stanza lungo il processo terapeutico rischiando di compromettere il mio assetto emotivo necessariamente non più libero da "*giudizi e pre-giudizi*" (7). Di pari passo con il percorso terapeutico, infatti, avanzavano anche le vicende processuali che richiedevano che Giulia fosse ascoltata in merito al presunto abuso subito in ambito familiare e che incombevano sulla nostra relazione. L'inconscio, in queste condizioni, può rivelarsi molto diffidente, ancor di più quello dei bambini la cui storia è segnata da eventi traumatici, e non può lasciarsi andare se non si sente contenuto in confini solidi e affidabili.

Nel tempo, comunque, la stabilità degli incontri sembrava valicare le difficoltà contestuali e contingenti del nostro percorso.

Un giorno Giulia arrivò a colloquio più ritirata del solito. Non voleva giocare, non voleva disegnare, non voleva parlare. Ero rimasta in silenzio ad osservarla mentre si avvicinava alla sabbiera e iniziava a giocare con la sabbia stringendola tra le mani e poi lasciandola ricadere, mentre non distoglieva mai lo sguardo dalla sua immagine riflessa nello specchio unidirezionale presente nella stanza. Forse nella sabbiera avremmo trovato un punto di contatto tra un piano materiale e un piano simbolico, una cornice che contiene, senza fessure, in cui Giulia poteva accedere, forse, al gesto creativo che le avrebbe permesso di scoprire se stessa e cercare una conferma della propria

6) D.W. Winnicott, 1971, *Gioco e Realtà*, Armando Ed., Roma, 1999, p. 93.

7) D. M. Kalf, *Sandspiel Seine Therapeuticsche Wirkung auf die Psyche*. Zürich, Rascher, 1966, tr.it. *Il Gioco della Sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche*, Firenze, OS, 1974.

esistenza che andasse ben oltre l'immagine riflessa in uno specchio.

Mi venne allora in mente di usare quel "luogo" per la mia offerta di relazione: allungai la mano verso la sabbiera e disegnai uno *smile* nella sabbia.



Per la prima volta Giulia posò lo sguardo su di me con un sorriso, mi sembrava presente a se stessa, la sentivo autenticamente nella relazione con me. "Per chi è?" – mi domandò – "Per te!" – risposi con decisione. Rimase a guardarmi per un po', la sua immagine nello specchio aveva perso importanza, se ne distoglieva senza fatica. Diegnò uno smile anche lei: "Sei tu – mi disse – l'hai fatto per me, io lo faccio per te". Così ho avuto la sensazione che per la prima volta fossimo in due nella stanza, che fossimo in una relazione, Giulia aveva accolto la mia offerta di aiuto, la sua psiche in quel contenitore protetto poteva rompere il rigido assetto difensivo e iniziare ad innescare ciò che le occorreva per il suo "tentativo di cura".

Le teorie psicoanalitiche dello sviluppo concettualizzano il sorriso come "il primo organizzatore dello psichismo" (8). Il bambino sorride le prime volte, intorno al terzo mese di vita, di fronte alla gestalt del volto umano (occhi-naso-bocca) e questo comportamento segna un passaggio fondamentale, dalla recezione dello stimolo interno alla percezione dello stimolo esterno, consentendo di riconosce

8) R. Spitz, *Il primo anno di vita del bambino*, Armando Ed., Roma, 1989.

qualcosa al di fuori di se stesso e del suo corpo, “un Tu relazionale, e dà origine alla prima polarizzazione della sua vita psichica nel mondo” (9). Il sistema di difesa che si struttura a seguito di eventi traumatici precoci, invece, attacca i legami e danneggia la funzione animica di relazione, interrompendo in maniera sistematica qualunque cosa evochi anche il solo sospetto di poter destare le emozioni che, intrise di cariche caotiche e ambivalenti, minacciano l’assetto psichico.

9) Marinucci S., 2003, *opera citata*.

È questo l’ultimo passo che la psiche prende quando una minaccia è diventata troppo grande e dura da troppo tempo: quando la paura rischia di superare il limite che un essere umano è in grado di sopportare, subentra un meccanismo che filtra le sensazioni emotive [...] Bandendo i sentimenti è stata eliminata anche la sensazione di esistere (10).

10) E. Pattis Zoja, *Curare con la sabbia*, Moretti&Vitali, Bergamo, 2011.

Mi sembrava questa la situazione della piccola Giulia che, come per compensare la fragilità della sua esistenza psichica, rilanciava sul suo corpo, osservandosi, agendo modalità seduttive improbabili rispetto alla sua età, muovendosi in continuazione, provocando rumori, ma non entrando mai in rapporto con l’altro.

Le esperienze traumatiche precoci hanno un effetto distruttivo sul senso di sé e sulle relazioni di attaccamento, generando emozioni così violente che non possono essere depositate negli schemi esistenti ma devono essere scisse dalle esperienze ordinarie, depositate e organizzate a livello non linguistico, sottoforma di sensazioni somatiche o rappresentazioni comportamentali. Gli eventi traumatici, specie durante la prima infanzia, quando non si è ancora stabilizzato un Io coerente con le sue difese, richiedono la mobilitazione di una seconda linea di difese note come difese *primitive* o *dissociative*, che da una prospettiva junghiana sono state ipotizzate come coordinate da un centro della personalità più profondo dell’Io, in quanto *difese del Sé*. Questo assetto difensivo, ovvero il *sistema archetipico di autocura della psiche* (11), rappresenterebbe una parte della psiche che, scissa a causa della frammentazione determinata dal trauma infantile, progredisce troppo velocemente ma in maniera inautenti-

11) D. Kalsched, *Il mondo interiore del trauma*, Moretti&Vitali, Bergamo, 1996, p. 32.

ca, assumendo delle caratteristiche simili al Falso Sé descritto da Winnicott, che si attribuisce il ruolo di proteggere e prendersi cura di un'altra parte della psiche che tipicamente regredisce. In questo modo il sistema di auto-cura adempie a quelle funzioni di regolazione e adattamento che sono solitamente appannaggio dell'Io, "schermando" tutte le relazioni con il mondo e generando una resistenza difensiva, isolando "il bambino vulnerabile interiore" dal mondo esterno e quindi anche dal suo mondo emotivo, allo scopo di impedire nuovi traumi. In questo modo "l'individuo può sopravvivere, ma non può vivere creativamente" (12).

12) *Ibidem*.

Giulia si lasciava a questo punto agganciare alla relazione su un piano corporeo, non verbale. Mi portava molto lontana dalla bambina di sei anni che avevo davanti, a quella "primissima manifestazione biologicamente fondata del Sé che è stata definitiva come 'Sè corporeo': esso costituisce la totalità circoscritta e irripetibile dell'individuo, che è data con l'unità biopsichica del corpo e che compare con la nascita, quando il bambino si stacca dalla madre (13).

13) E. Neumann, *La personalità nascente del bambino*, Red edizioni, Como, 1991, pag. 13.

Mi portava in una comunicazione fatta da corpi che si toccavano, da mani che toccavano la sabbia, le mani che rappresentano nell'esperienza umana uno dei primi punti di contatto con il mondo e che, nella stanza di terapia, a Giulia permettevano di avvicinarsi ad una materia primitiva, la sabbia, la *Madre Terra*.

In questo spazio-ponte tra pura soggettività e realtà oggettiva, nella dimensione immaginale del gioco, è stato possibile per Giulia iniziare ad uscire dal guscio protettivo e autistico che si era duramente costruito.

Nelle sedute che seguirono si mostrava via via più disponibile, in grado di apportare il suo personale contributo nell'ambito della regolazione reciproca che caratterizzava la nostra interazione, mostrando maggiori possibilità di tolleranza delle frustrazioni e di dilazione della soddisfazione dei bisogni istintuali.

Com'è noto, la capacità di regolazione reciproca nelle interazioni, è un'acquisizione che risale alla primissima infanzia e attiene ad una precossima e articolata conversazione tra *cervelli destri*, grazie alla quale la diade madre-bambino cerca di negoziare il livello migliore di attivazione

attraverso processi di sincronizzazione e regolazione reciproca. Così esperienze intersoggettive vanno diventando strutture intrapsichiche, la regolazione di stati fisiologici via via più sofisticati va a costituire il correlato biologico e il precursore della possibilità di regolazione degli stati emotivi. La situazione procedeva in questa direzione e da un certo momento avevamo iniziato a lavorare bene insieme, io e Giulia; lei, infatti, disegnava molto e sembrava trovare una sensazione di sicurezza nella stabilità del setting. In particolare, aveva notato una cartellina verde che io portavo con me nella stanza del colloquio e che lei sapeva essere la sua cartellina, dove conservavo i suoi disegni. Era come se sentisse che in quella cartellina custodivo il suo “tesoro”, qualcosa che nel corso del processo terapeutico avrebbe dovuto essere integrato e tradotto nel suo “tesoro interiore”. Per alcune sedute di seguito, dopo aver notato questo “scrigno”, Giulia costruiva anche lei, con dei fogli, tre cartelline con tre nomi scritti sopra ad ognuna: il mio, il suo e quello dell’operatrice che ogni settimana la portava al Centro VATMA per la terapia. Mi colpiva, era come se fissasse due punti fondanti del nostro percorso: la cartellina che contiene, e la presenza dell’operatrice come garanzia del rapporto con me.

Un giorno Giulia mi chiese di aiutarla a fare un microfono, mi interrogavo su questo nuovo investimento *orale*.

Lo disegnammo insieme, sembrava eccitata, in fondo un microfono serve a farsi sentire, e farsi sentire vuol dire “esserci”. Forse però c’era anche dell’altro. Il richiamo *fallico* dell’immagine simbolica non sfugge neppure allo sguardo profano, forse, allora, quel microfono era anche qualcosa attraverso cui la piccola Giulia aveva sperimentato la relazione affettiva nelle dinamiche relazionali abusanti in cui era cresciuta. D’altronde i bambini abusati “non descrivono l’abuso ma lasciano dei segni, delle “molliche” – come quelle che Pollicino, abbandonato nel bosco dai genitori, lascia dietro di sé per ritrovare la strada di casa – che spetta a noi professionisti dell’infanzia trovare” (14).

Alla fine mi chiese di ritagliare il disegno, le risposi che non avevo le forbici. A questo punto Giulia esplose in una sorta di crisi pantoclastica, sbatteva gli sgabelli, si tappava le orecchie cercando di riempire di rumori assordanti

14) F. Montecchi, 2011, *opera citata*, p. 17.

quello spazio vuoto che in quel momento si era creato tra noi. Aspettai che smettesse. Si era nascosta in un angolo, dietro ad una pianta, e aveva blindato la relazione con me. Se le rivolgevo la parola iniziava nuovamente a fare rumore con lo sgabello.

Ad un tratto iniziai allora a rivolgermi alla pianta chiamandola “pianta Giulia”, lasciai che questo oggetto-soggetto facesse da ponte tra noi per riparare la rottura del momento; lasciai quindi a Giulia la possibilità di difendersi senza invadere il suo spazio, le lasciai cioè la possibilità di aggrapparsi ad una pianta-*oggetto transizionale* per difendersi dall’angoscia del mio “venirle meno”, dall’assenza delle forbici che risuonava dentro di lei come un mio personale rifiuto. Così Giulia mi guardò complice e venne fuori dal suo rifugio, accettò “l’assenza” e riprese a giocare.

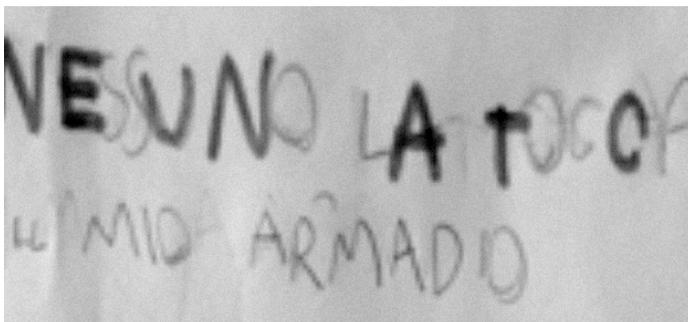
Ebbi modo di riflettere sul fatto che, nell’andamento favorevole della relazione, Giulia aveva proiettato su di me un materno idealizzato e illusorio a compensazione di quell’enorme buco che aveva generato in lei la separazione precoce dalla principale figura di accudimento, una *madre buona* e onnipotente che, però, alla mia negazione si era tramutata in una *madre terrificata* e abbandonica. Solo la comprensione profonda e il rispetto per l’emotività angosciata della bambina che si era sentita legittimata e riconosciuta nelle sue paure e nelle sue difese aveva permesso di riparare a questa rottura con cui comunque prima o dopo avremmo dovuto fare i conti.

Nella seduta successiva, ripensando all’episodio delle forbici e sulla scorta di riflessioni in merito a cosa ci fosse dentro e cosa ci fosse fuori dalla stanza di terapia, sentii il bisogno di definire nuovamente e meglio i nostri confini: “*questa è la nostra stanza. Possiamo fare quello che desideriamo con ciò che abbiamo, ma da qui niente entra e niente esce!*” Io e Giulia ci confrontammo ancora una volta con il limite e questo permise alla piccola di metabolizzare un’immagine femminile, pur sempre materna ma integrata, non solo onnipotente e non solo terrificata.

La terapia riprese il suo andamento e Giulia fece tesoro delle nostre piccole conquiste. Cercammo altri punti di stabilità che le permisero, nonostante gli “strappi” della sua crescita, di restituire un senso di continuità e coeren-

za alla sua giovane vita. Sceglie i giochi e li conservammo in un cassetto dove poteva ritrovarli ad ogni incontro. Un giorno decise di scrivere un messaggio da apporre al suo cassetto per gli altri bimbi che frequentavano il Centro e della cui presenza a volte Giulia manifestava di essere preoccupata a causa del vissuto di non esclusività che caratterizzava anche la sua vita in Casa Famiglia: “Giulia nessuno la tocca, il mio armadio”.

Mi sembrò di intuire in questo gesto che la bambina iniziasse a percepire se stessa, a sentire i suoi limiti fisici e



psichici, e per questo potesse rimodulare il suo sistema difensivo in maniera più evoluta, non come muro psicomatico che scotomizza le relazioni con l'esterno e con l'interno, ma come negoziazione dei confini di ciascuno e possibilità di auto-proteggersi.

Nel mentre anche i percorsi giudiziari sembravano aver preso una direzione più “integrativa” prevedendo un percorso di affidamento intrafamiliare ad uno zio che si era reso disponibile e che si stava interessando alla piccola. Sarebbe toccato a me, di concerto con i servizi e con gli operatori della Casa Famiglia, preparare Giulia a questo delicato passaggio.

Quando la incontrai dopo aver appreso la notizia, provai a comunicargliela, Giulia tornò ad una posizione distanziante, cambiava argomento, deragliava verso giochi e disegni, come se non volesse ascoltare, questo cambiamento la turbava, in fondo si era abituata, ogni volta che ci salutavamo mi diceva “*Io vado a casa, e tu?*”, perchè la struttura ormai era anche un po' casa sua, mentre da me forse

si aspettava che restassi lì nella stanza della terapia ad aspettare il nostro prossimo incontro.

In ogni caso ci accordammo per fare in quel nostro spazio il primo re-incontro con gli affidatari in modo da ammortizzare l'impatto nel contesto protetto e contenitivo della terapia.

Giulia arrivò a quell'incontro eccitata e turbata, aspettavamo che arrivassero gli affidatari e quando ne senti i passi corse di nuovo a nascondersi dietro la nostra "amica pianta". La lasciai fare, gli altri si accomodarono e gradualmente, sentendosi evidentemente rispettata nei suoi tempi e nel suo modo di difendersi da quelle emozioni che a volte erano ancora spaventose e incontrollabili, Giulia prese la mia mano e venne fuori dal nascondiglio.

Dopo qualche esitazione si lasciò coinvolgere nell'interazione, sembrava felice, aveva ricevuto anche un regalo: un sacco di colori. Ci accordammo sui modi e tempi per andarla a prendere in via definitiva. Prima di salutarci Giulia si rivolse a me dicendomi "*Questi colori non posso portarli con me, gli altri bimbi li prenderanno. Voglio che li tieni tu!*" Sapevo che avrebbe voluto che li conservassi vicino alla sua cartellina, accettai. Allora mi sembrò che Giulia avesse bisogno di sentire assicurato quel ponte tra noi, che avesse bisogno che io custodissi ancora i suoi tesori, le sue cose preziose, che mi facessi ancora garante dello spazio disponibile nel suo cassetto, mentre lei preparava un po' per volta il proprio spazio interno per accogliere il suo "tesoro interiore".

Ancora una volta, in definitiva, i miti e le fiabe ci aiutano ad individuare un senso: in essi infatti possiamo trovare le più importanti indicazioni terapeutiche, la speranza di poter sopravvivere anche all'esperienza d'abuso, mobilitando le risorse vitali per trasformare il trauma in un'esperienza creativa. La personalità individuale potrà tornare a svilupparsi nella misura in cui il processo terapeutico sarà in grado di liberare ed integrare le energie creative, curative e trasformative di cui la psiche dispone, incapsulate e trattenute a livello profondo a causa del trauma.

Sommario

Il tema degli abusi all'infanzia resta un tema spinoso da affrontare per i risvolti individuali e sociali che comporta. Una problematica tanto complessa che fa fatica ad emergere e che necessita di interventi integrati e di rete, certamente meglio percorribili all'interno di Servizi specifici. Dall'esperienza clinica, e soprattutto umana, vissuta all'interno di un servizio nato per rispondere alle domande flebili e sommesse dell'infanzia maltrattata, nasce il racconto di un caso clinico affrontato alla luce della teoria junghiana e di alcuni dei maggiori autori che hanno approfondito i temi dello sviluppo della psiche infantile. La storia narrata consente di riflettere sulla strutturazione dei meccanismi di difesa che tipicamente aiutano l'individuo a fronteggiare gli eventi traumatici precoci ma anche sul modo in cui il percorso terapeutico può mobilitare risorse vitali che hanno la possibilità di trasformare il trauma in un'esperienza creativa.

Summary

Child abuse remains a thorny issue to be addressed for the individual and social implications that entails. Tackling such a complex problem requires open and honest communication, integrated interventions and network, and certainly better practice within specific services. From clinical and personal experience inside a service created to respond to the questions of the feeble and whispered tones of the abused children, was born the story of a clinical case dealt with in the light of Jungian theory and some of the major authors who have delved into the issues of the development of infantile psyche. The story allows on the structuring of the defense mechanisms that help the individual to face early traumatic events but also on how the therapeutic process can mobilize vital resources that have the possibility to transform trauma into a creative experience.

Sostegno alla genitorialità e violenza di genere

Gilda Malinconico



Costruire il setting dentro l'organizzazione – la psicoanalisi come competenza organizzativa

In questo scritto intendo portare all'attenzione del Lettore l'esplorazione di una funzione psicoanalitica sviluppata entro un Centro Antiviolenza e una Casa Rifugio, Servizi dedicati al problema della violenza contro le donne e i loro figli.

Sempre più spesso la competenza psicoterapeutica orientata analiticamente incontra domande provenienti da contesti organizzativi e si trova a ridefinire strumenti e teoria per intervenire entro i Servizi di cui si prende cura. Ciò rende necessario costruire set/setting continuamente adattati, rimaneggiamenti fruibili. Obiettivo dello scritto è resocontare la costruzione del setting di intervento entro l'organizzazione.

Faccio riferimento, per introdurre l'esperienza di intervento, alla teorizzazione psicoanalitica del costrutto di competenza organizzativa proposto da R. Carli, R.M. Paniccia ed altri (1).

L'organizzazione è intesa come sistema di traduzione simbolica in intervento dell'*attesa collusivamente fondata* del contesto sociale nel quale la stessa organizzazione opera. Le organizzazioni sono precipitati culturali connotati storicamente, rappresentazioni emozionalmente condivise di problemi sociali e fantasie di intervento su questi. Tali simbolizzazioni orientano tanto le azioni professionali, quanto la domanda di chi si rivolge al Servizio. Comprendere le dimensioni simbolico-culturali diventa punto di repere utile al lavoro psicologico che si voglia collocare nel contesto che ne ingaggia la competenza.

In tal senso l'intervento psicologico orientato analiticamente si propone come competenza a istituire spazi di pensiero sulle dimensioni simboliche che sostanziano la partecipazione al contesto organizzativo. Obiettivo del lavoro psicoanalitico è proporre criteri per leggere problemi, domande di clienti, interrogativi di operatori, al fine di condividere obiettivi di sviluppo.

Nel corso del presente scritto resoconterò l'intervento volto al sostegno della funzione materna di ospiti in una casa di protezione per donne vittime di violenza, avendo a mente la competenza organizzativa quale metodo. Sarà utile, a questo scopo, esplorare il mandato sociale dell'organizzazione (insieme di leggi e significati condivisi su questioni sociali che legittimano l'esistenza di un Servizio), adottando una visione psicosociologica.

Nell'occuparmi di sostegno alla funzione genitoriale, mi sono incuriosita delle pieghe, delle discontinuità, degli interstizi, dei momenti di migliore visibilità dell'incontro tra fantasie di utenti e Servizio sull'intervento, e del rapporto tra queste e la domanda delle donne verso il Centro e verso la funzione psicoterapica che ne è parte.

Ho lavorato in assetti variabili, che comprendono riunioni di équipe, confronto su progetti individualizzati, relazioni per i servizi inviati, resoconti clinici di caso, colloqui psicologico-clinici e condivisione di tempo con ospiti della Casa protetta. Setting itineranti, accomunati dal metodo,

1) R. Carli, R.M. Paniccia e F. Giovagnoli, *L'organizzazione e la dinamica inconscia*. Rassegna italiana di sociologia /a LI, n. 2 aprile - giugno 2010.

comunemente orientati al confronto sul senso della proposta di servizio offerto.

Il mandato sociale dei centri antiviolenza e delle case rifugio

La storia dei Centri Antiviolenza, così come quella delle Case Rifugio, si è andata intersecando con quella dei movimenti femministi degli anni '70 e '80.

L'origine di questi Servizi si fa risalire ai gruppi di autocoscienza che, specie negli anni '80, in Italia prendevano gradualmente il posto delle agitazioni e delle lotte in piazza per l'ottenimento di diritti.

I collettivi femministi cominciavano a identificarsi come luoghi di genere nei quali donne aiutavano altre donne a denunciare situazioni di discriminazione, svantaggio, marginalizzazione, violenza. Inoltre, avevano l'obiettivo di favorire l'allontanamento da contesti discriminanti e/o maltrattanti attraverso l'accoglienza in luoghi protetti, gestiti esclusivamente da donne, secondo il principio della solidarietà.

I gruppi di autocoscienza, definiti come pratica politica femminista, perseguivano lo scopo di contrastare e cambiare la cultura dominante asimmetrica e sfavorevole nei confronti di tutte le donne, il cosiddetto dominio maschile. Ciò entro la concezione che la disparità narrata dalla singola, in relazione dialogica con altre, non fosse un problema individuale, ma collettivo e in quanto tale dovesse assumere i connotati di problema di natura politica.

Questa cultura è ancora oggi organizzante i vissuti sull'intervento entro i Centri, la cui azione è volta a tenere insieme il processo di autodeterminazione della singola donna che al Servizio si rivolge, con un processo di costruzione di appartenenza e partecipazione al progetto politico comune a tutte, ossia la rivendicazione di diritti di un "genere sopraffatto da un altro".

Maternità e femminismo

I *topoi* femministi hanno fornito un'interpretazione, situata storicamente, del rapporto uomo-donna. Sintetizzando il

processo di pensiero delle filosofie femministe (2), questo si è ancorato ad alcuni temi:

- l'uguaglianza con gli uomini, specie verificabile attraverso la parità dei diritti (1848-1918). Viene alla mente, solo per fare qualche esempio, il diritto al voto, la gestione di eredità, la proprietà, l'accesso all'istruzione superiore e alle libere professioni;
- la realizzazione e l'espressione dell'autentica natura femminile (1918-1968) pronunciata dentro slogan di liberazione di tutte le donne dalla subordinazione al potere maschile;
- il moto di delusione del femminismo radicale (1968-1980), che si propone di andare alle radici della disparità tra i generi, non accontentandosi dell'equità di diritti ma preoccupandosi della sostanziale subordinazione della donna all'uomo. Soggezione che nella concezione delle femministe radicali, si inverte per il tramite della "supremazia assoluta nella sfera della sessualità e della riproduzione, nella quale una differenza biologica, anatomica, fisiologica, sessuale nel senso letterale del termine, viene trasformata dagli uomini, con tutti i mezzi fino alla violenza più brutale (lo stupro e/o la minaccia di esso sempre incombente su qualsiasi donna), in differenza di ruoli sociali e familiari che impone alla donna un ruolo subordinato all'uomo" (3).

È dentro questo *milieu* che si vanno sistematizzando negli anni '80 in Italia le prime Case Rifugio. Donne e propri figli vengono messi nelle condizioni di potersi allontanare da situazioni di violenza esperita e collocarsi volontariamente in luoghi protetti, abitati esclusivamente da donne.

Ipotesi che dentro questa simbolizzazione l'appartenenza al genere femminile possa assumere i connotati di una coesione/fusione difensiva verso il maschile, vissuto universalmente e inderogabilmente come potente e per questo potenzialmente o fattivamente violento. Maschile escluso dai Centri, abitati unicamente da donne utenti e donne professioniste.

L'ipotesi sottesa a questa scelta, determinante e identitaria dei Servizi, sembra essere che l'appartenenza al genere sia a fondamento del lavoro.

Parla l'inconscio simmetrico, come modo di essere della

2) A. Cavarero e F. Restaino, *Le filosofie femministe. Due secoli di battaglie e pratiche*. Milano: Mondadori, 2002.

3) A. Cavarero e F. Restaino, 2002, *op. cit.*, pp. 34-42.

4) I. Matte Blanco (1975), "The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in B-logic", London: Gerald Duckworth & Company. Tr. it. *L'inconscio come insiemi infiniti: Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981.

mente che nel seguire leggi sue proprie, sdifferenzia e generalizza (4), perde i nessi logici che vedono distinzioni e rapporti tra le cose e assume significati condivisi, collettivi, che sostituiscono la realtà esterna con la realtà psichica.

Da questo "dentro" omogeneo e difeso, rappresentato dai movimenti, la famiglia viene rappresentata come strumento principe del dominio dell'uomo sulla donna.

Shulamith Firestone nel suo libro del 1970 *The Dialectic of Sex*, espone la tesi secondo la quale la donna è stata discriminata dalla natura, per il ruolo da essa necessariamente svolto della procreazione, a una condizione subordinata e inferiore rispetto all'uomo. Quest'ultimo è libero da quella che l'autrice definisce una maledizione, la schiavitù della maternità.

La separazione dal maschile, così intesa, diviene anche scissione dal maschile interno, frammentazione dell'identità della persona e, al contempo, diniego della possibilità di pensare sull'introiezione di rappresentazioni culturali riferite all'essere uomo e all'essere donna.

Oppure, e contemporaneamente, la proposta collusiva dell'incontro donna-Centro può aspirare a una identificazione con un femminile fallico che può rendere la persona assistita irricognoscibile a se stessa.

Viene alla mente il moto di sorpresa ogniqualvolta, nel lavorare con le vittime, emerge la parte aggressiva della donna che ha subito violenza, che si pretendeva scevra da ogni capacità di aggredire. L'aspettativa sembra essere che l'aggressività vada affidata esclusivamente al maltrattante, o rivolta unicamente verso il maltrattante, in un gioco di proiezioni. Se l'Animus negativo non viene negato, si può lavorare con la donna presa in carico sulla dinamica relazionale violenta e sulle eventuali identificazioni con l'aggressore, così come sull'illusione di potenza alla quale la violenza può sedurre.

Cosa resta di questa memoria collettiva nell'attuale azione di contrasto alla violenza di genere?

Il femminismo si è posto come elemento di discontinuità nel rapporto uomo-donna, volendo, per dirla con Roland Barthes (5), smascherare un mito che si imponeva come naturalizzante il ruolo della donna, quello di persona oblativamente dedicata al ruolo di moglie e madre.

5) R. Barthes (1957), "Mythologies", tr. it. *Miti di oggi*, Torino: Einaudi, 1974.

Si potrebbe dire identificata nel ruolo di madre, nella funzione di donna generatrice (6).

Nel demitizzare una certa configurazione dell'immaginario collettivo sul femminile, il movimento delle donne ha necessariamente contribuito a costruire un altro mito, per esempio quello della donna svincolata da legami; autonomia, autodeterminazione, indipendenza, sono valori condivisi e approvati dalle relazioni tra sole donne entro i circuiti antiviolenza.

Come ogni mito, quello della donna liberata è portatore di ambiguità, ed è emozionalmente polisemico (7).

La potenza dei miti sta nel fatto che essi sono fortemente ancorati alle dimensioni storiche che li hanno ideati, descrivendo il linguaggio di un tempo. Ma sono, contemporaneamente, illimitati e inesauribili nella loro espressione emozionale, perduranti.

La mitopoiesi si intreccia con la domanda sociale, si traduce in patto inconscio che dispone l'agire dentro le organizzazioni, prescrive conformismi e adesioni e segnala divergenze, deragliamenti.

Viene alla mente uno slogan, letto recentemente su un cartello mostrato a una manifestazione contro la violenza di genere da un gruppo di donne in testa al corteo di denuncia della frequenza del fenomeno e del disastro esistenziale e sociale che esso produce.

Recitava così: "se le nostre vite non valgono, noi non produciamo!".

Produrre, generare servizi, oggetti, arte, cultura, lavoro... possono essere, per la persona che sceglie di progettare: ricerca di soddisfazione, esperienza percorribile per la propria realizzazione e individuazione, sviluppo della rappresentazione di se stessa come individuo portatore di una competenza in rapporto a propri contesti di appartenenza.

La scritta sul cartello mi è parsa come un paradosso. Mi sembra rappresenti il desiderio di appropriarsi di una identità separata dallo sguardo svalutante il femminile, socialmente diffuso, ma pare servirsi di una rinuncia sdegnosa all'espressione della identità femminile trasposta in artefatti, prodotti, costrutti.

6) E. Neumann, *Gli stadi psicologici dello sviluppo femminile*, Marsilio Editore, Venezia, 1953.

7) "Il mito è una narrazione di emozioni condivise entro i gruppi sociali. Definisce i gruppi sociali e ne rende possibile l'identificazione, l'appartenenza, la condivisione culturale. L'origine dei sistemi sociali, il loro ripetersi entro il tempo, la loro identità discontinua nei confronti di altri gruppi sociali, la loro fondazione storica sono, tutte, dimensioni fondate sul mito" in R. Carli, R.M. Paniccia (2017), *L'intervento psicologico clinico come mitopoiesi*, Rivista di Psicologia Clinica 2/2017, pp. 35-38.

Lo sviluppo della funzione materna di donne vittime di violenza

Il supporto alla genitorialità non è proposta scontata entro i circuiti antiviolenza, che hanno storicamente guardato con diffidenza non solo alle teorie psicoanalitiche ma anche al sostegno psicologico alla donna così come alla madre. Ciò a partire dall'assimilazione della psicoterapia alla dimensione della cura:

Negli anni Sessanta vengono intrapresi i primi studi sul tema e sono psichiatri e psicologi, in particolare statunitensi e inglesi, quelli che concentrano la loro attenzione su gruppi clinici di uomini violenti, costruendo un modello di interpretazione della violenza di genere di tipo psico-individualistico, fondato sull'osservazione di tali soggetti. Il comportamento aggressivo maschile (si tratta spesso di violentatori) viene fatto risalire o alle caratteristiche psicologiche individuali devianti dalla norma, oppure viene considerato come una reazione a un comportamento "non sufficientemente femminilizzato" da parte della donna vittima perché poco docile e passiva o poco dipendente e disponibile (8).

8) Collana Politiche e servizi sociali, *Il silenzio e le parole*, Il rapporto nazionale rete antiviolenza tra le città Urban-Italia. Franco Angeli, Milano, 2016, pp. 40-41.

Secondo questa ricostruzione, la prima interpretazione psicologica del fenomeno della violenza è fortemente ancorata e ancillare a una concezione diagnostica propria di parte della psichiatria. L'interpretazione è di tipo individualista: il comportamento violento come scarto dalla norma di un soggetto deviato. Tale devianza è messa in reazione a una degenerazione altrettanto individualista della donna, che è difforme da quelle caratteristiche conformiste che il buon senso storicamente connotato attribuisce alla femminilità.

Obiettivo dell'intervento sotteso a questa concezione parrebbe essere la correzione del deficit, probabilmente tanto degli uomini maltrattanti quanto delle donne, divergenti nella condotta dal sistema valoriale socialmente diffuso.

Il tema "genitorialità" è in letteratura fortemente ancorato al metodo della valutazione della capacità genitoriale. Esso è attraversato da questa stessa ottica individualista, che vede deficit da colmare. In questa concezione la valutazione è da compiersi sul comportamento di un singolo, e riferito a sistemi di valori informati dal buon senso.

In tale prospettiva la relazione di aiuto non è oggetto di intervento, pensiero, costruzione, ma si esaurisce nell'osservazione del comportamento dell'altro e nell'espletamento di una tecnica.

La valutazione guarda a monadi, perdendo l'opportunità di esplorare il senso dei vissuti organizzanti rapporti emozionali, al fine di orientarne lo sviluppo.

Lo spazio psicologico di sostegno alla maternità nella cultura locale

Le aspettative del gruppo di lavoro sul tempo trascorso in Casa Rifugio, di cui ho fatto esperienza nel rapportarmi al Centro Antiviolenza con il quale ho interagito, sono state indiziarie della cultura locale (9) nella quale mi sono andata inserendo.

Il progetto, scritto per la realizzazione e gestione del Servizio, prevedeva lo spazio psicologico in Casa Rifugio come occasione per le ospiti di riorganizzarsi in rapporto ai/alle figli/e minori. Nell'idea che l'aver subito violenza potesse in qualche modo essere in relazione con difficoltà nella realizzazione della funzione genitoriale o nella gestione dei rapporti con i/le figli/e. L'ipotesi era che la madre potesse essersi vista depotenziata nell'espletamento della funzione genitoriale, nell'immagine materna, costretta dentro il giogo del rapporto violento e della sotmissione al maltrattante.

Si immaginava inoltre la psicologia come possibile interlocutrice competente del Servizio Sociale, spesso inviante le donne e i minori, il cui mandato è, tra altri, la tutela del minore e il monitoraggio della situazione riguardante il nucleo.

L'intervento immaginato era sulla competenza della madre a garantire lo stato di protezione del minore, competenza messa in dubbio in seguito all'esposizione a situazioni di sofferenza e degrado relazionale entro l'esperienza di relazione violenta (cosiddetta violenza indiretta, oggi rientrante nel reato di "maltrattamenti in famiglia").

Questa complessità insita nell'intervento ha evidenti e spesso stridenti intersezioni tra un mandato "giuridico", uno "terapeutico", uno "riabilitativo", e una fruibile committenza da costruire dalle macerie di individui e relazioni.

9) Intendo, con R. Carli, con "cultura locale" l'insieme delle rappresentazioni emozionali condivise da chi condivide un contesto. Cfr. *Il contributo della psicologia per lo sviluppo della convivenza nelle città* di R. Carli, http://www.spsonline.it/letture/carli_conviv-citta4.doc

Ho vissuto una inevitabile ambiguità nelle attese del contesto rivolte verso il mio ruolo. Per certi versi interpretato come continuativo e assimilabile al mandato proprio del Servizio Sociale: la tutela e protezione del minore. Per altri versi, e contemporaneamente, a quello protettivo, di tutela delle donne da possibili esiti della valutazione, come possono essere i provvedimenti tribunali di limitazione della responsabilità genitoriale (la sospensione o la decadenza della responsabilità genitoriale). Fantasie di intervento, queste, necessariamente anticipatorie l'incontro psicoterapico, guardanti ora al minore, ora alla donna.

Ho proposto di occuparmi con le utenti che mano a mano si rivolgevano a me di significare i vissuti evocati dal rapporto con i propri figli, la simbolizzazione di sé come madre, le rappresentazioni sulla maternità. Proponendo che lo spazio psicologico venisse attivato su domanda delle clienti. Ovvero su un interesse esplorativo innescato da questioni e problemi vissuti entro il rapporto genitoriale e comunicati, o agiti, entro la relazione di committenza con il servizio e con me.

Ciò ha reso possibile dare parola alle fantasie sul rapporto di consulenza, per esempio l'attesa delle madri di essere valutate, integrata alle fantasie relative al rapporto con istituzioni, come i Servizi Sociali e i Tribunali, Ordinario e/o per i Minorenni. E ancora: i problemi di convivenza entro la Casa; l'esperienza condivisa con i minori nella struttura; il confronto con il funzionamento dell'organizzazione ospitante e con il progetto condiviso con il Centro; i vissuti evocati dal rapportarsi con la figura del padre dei minori. Su questo ultimo aspetto mi soffermo, nell'ipotesi che il resoconto clinico possa essere una suggestione utile a rappresentare la funzione psicoterapica così come la sto tratteggiando in questo scritto.

Il confronto con la paternità nel vissuto di una madre

Ricorrente è il desiderio delle ospiti di generare discorso sull'immagine del padre e le simbolizzazioni intorno alla paternità. Il tema genitorialità, se viene sgombrato dai fantasmi della valutazione, consente di pensare i rapporti con l'altro, il/la figlio/a, l'altro genitore.

Spesso è vissuto come impertinente nel contesto antiviolenza nominare l'ambivalenza da parte delle ospiti verso l'uomo maltrattante come compagno, come genitore. Nello spazio psicologico diviene invece contemplabile la polifonia; si offre la possibilità di non sigillare la collusione sull'opportunità di mascherare dietro l'univoco, il risolto, l'infinita polisemia emozionale.

Ciò perché nelle narrazioni delle donne prese in carico, allontanarsi dalla relazione violenta non equivale a sciogliere vissuti di ambivalenza, confusione nei confronti di chi ha agito maltrattamenti. Così come nei confronti di sé stesse, del proprio stare/essere state nella relazione con connotati di violenza.

Viene alla mente una ospite, rifugiata con la propria bambina, allontanatesi entrambe dalla relazione violenta. Sfuggente e isolata, sembra nascondersi con la figlia nella loro stanza, contesto rassicurante. Sporadiche occasioni di incontro e frammenti di narrazione, forse tracce lasciate per essere avvicinata, ma con il tempo. Il desiderio di salvaguardare dalla propria rabbia la madre che la abbandonò quando era bambina, l'assenza del padre nelle sue parole. L'esperienza nella comunità per minori del suo Paese, immagine di una struttura del passato che dà forma alla Casa Rifugio vissuta nel presente. Il senso di solitudine nel percorso migratorio, la vergogna per essersi trovata a lavorare in un night club, sottoposta allo sguardo depersonalizzante altrui. La delusione per il fallimento della relazione d'amore, l'occasione sfumata di vivere un'esistenza diversa e il senso di ineluttabilità di una vita sgangherata. Il vissuto di insicurezza sulla cura della bambina, che le fa dire a un'operatrice "*mi hai salvato la vita*" per aver recuperato la torta di compleanno, che proprio non si decideva a lievitare/crescere. Voler essere tutto per sua figlia, fino a tenerla prigioniera nella loro stanza, in totale silenzio. La collera verso la suocera che si faceva chiamare mamma dalla sua bambina, a pretendere quel ruolo, e ancora rabbia verso quella se stessa passivizzata e delegante da punire senza sosta, da replicare senza sosta. Diffidenza verso altre ospiti, équipe, servizi e aggressione delle risorse presenti: corsi di formazione e occasioni di inserimento lavorativo, che rappresentano opportunità di rapporto con

il “fuori dal Centro”. Provocazioni e rifiuto esplicito di ogni forma di intervento, ma curiosità verso il nostro interessarci, con delicatezza, a lei.

Nella relazione terapeutica, nel tempo, è possibile dare parola all’angoscia/desiderio fantasmatico di vedersi sottrarre la bambina, da suocera, padre, Servizio Sociale, Centro e setting psicologico...

Quasi fosse un segreto nascosto anche a se stessa, A. si concede il dire, anziché agire con una certa trascuratezza, che l’occuparsi della bambina rappresentandosi “sola” le è faticoso, non corrisponde a ciò che desidera.

Solo allora diviene possibile per A. rappresentare se stessa come presente e partecipe nella relazione con la figlia, anche senza vivere la necessità di escludere il mondo e contemporaneamente sottrarsi al mondo. A. sembra poter rinunciare alla fantasia onnipotente dell’idealizzazione di sé madre ad opera della sua bambina (10). Riconosce il desiderio di convocare l’altro genitore, chiamare la funzione paterna. Ma anche spronare l’uso della parola nella bambina, invitare il mondo nella relazione tra loro due e porsi come mediatrice tra la piccola ed esso.

10) E. D. Bleichmar, *Il femminismo dell’isteria*, Trad. it. Milano, Cortina, 1994.

Conclusioni

Pensare come gruppo di lavoro le emozioni evocate dalla domanda di A., ha rappresentato un intervento sul sistema organizzativo, ossia l’opportunità per la nostra équipe di sospendere e pensare la proposta collusiva che il sistema integrato di servizi può suggerire alla donna che ha esperito violenza. Patto inconscio che rischia di incoraggiare la fantasia che la finalità dell’incontro tra Centro anti-violenza e donna presa in carico sia la scissione dal maschile e l’inglobamento nella comunità di sole donne. Instaurare una dinamica di relazione così organizzata tra A. e l’équipe avrebbe voluto dire colludere con la chiusura di A. e con il suo desiderio, rivelatosi poi anche come la sua profonda angoscia, di inglobare sua figlia nel suo ventre/stanza/Centro, escludendo il mondo, ed escludendo il maschile, rappresentati entrambi come nemici.

La cultura organizzativa, se agita nelle sue dimensioni mitiche, può implicitamente chiedere all’utenza di esitare

in un falso emozionale, prescrivendo emozioni, pretendendone permanenza e immutabilità (assenza di tempo). Laddove i vissuti evocati dalla propria storia e le peculiarità della vicenda relazionale nella quale si è coinvolto, possono essere vari e sorprendenti, si inseriscono nel trascorrere del tempo e dei processi psichici in fieri.

Comprendere il vissuto di solitudine di A. e il suo desiderio di riappropriarsi del legame genitoriale con il padre di sua figlia, a partire dalla possibilità di pensare a se stessa dentro presupposti relazionali differenti e alternativi alla violenza, ha consentito all'équipe di cui faccio parte di pensare criticamente la cultura dei servizi che ruotano intorno alle donne che hanno esperito violenza nella relazione con il partner. Nelle sue dimensioni agite più estreme la fantasia di esclusione del maschile può portare i Servizi a prescrivere alle madri vittime di violenza di dare dimostrazione di essere genitrici protettive, addirittura chiedendo loro di adempiere alla disposizione di domandare alle istituzioni la decadenza della responsabilità genitoriale del padre dei minori; ciò come prova della volontà di interrompere ogni tipo di legame con l'uomo.

Al contrario penso che l'obiettivo della competenza psicoanalitica sia il restituire complessità nei momenti in cui si producono dinamiche istituzionali rispondenti al bisogno di riduzione, controllo, prevedibilità. Ovvero promuovere una competenza a riflettere ed agire in maniera complessa e rivolta alle relazioni e ai sistemi. In definitiva pensare la cultura del contesto di intervento e i miti collusivi che essa inevitabilmente genera.

Sommario

Nel presente lavoro si resoconta la costruzione di un intervento psicologico orientato analiticamente sviluppato in un Centro Antiviolenza e una Casa Rifugio, servizi preposti al sostegno di donne e minori che hanno esperito violenza nelle proprie relazioni. Nel corso dello scritto si esplora la cultura del contesto di intervento e si resocontano ipotesi di senso su problemi organizzativi e sviluppi possibili. La funzione psicoterapica è intesa come competenza organizzativa, ossia competenza ad istituire spazi di pensiero

sulle dimensioni simboliche che animano il contesto organizzativo e il rapporto con i clienti dell'intervento.

Summary

Within this paper it is reported the construction of an analytically-oriented psychological intervention, developed within an Anti-Violence Center and a Refuge Home. Such services are delivered to sustain women and underage victims of violent episodes within their own relationships. Within this article it is explored the culture of the intervention context and it is accounted for such hypotheses over the meaning of organizational issues and their potential developments. The psychotherapy function is intended as an organizational competence, such as that competence in promoting some thinking-prone spaces over those symbolic dimensions which enliven the organizational context and the relationship with the intervention final clients.

Recensioni

Giulio Gasca, Carola Palazzi Trivelli: *La schizofrenia nei test di Rorschach. Un'analisi di 124 protocolli*, FrancoAngeli, Milano, 2018, €40,00, pp. 360.

Quando Aristotele dice che nel filosofare ne va *perì tês alêtheias*, «della verità», non intende dire che la filosofia debba formulare proposizioni corrette e valide, ma vuol dire che la filosofia cerca l'ente nella sua svelatezza in quanto ente. L'ente pertanto deve essere prima esperito anche nella sua velatezza, come qualcosa che si nasconde. Questa esperienza fondamentale rappresenta manifestamente il terreno dal quale soltanto scaturisce la ricerca di ciò che è dis-velato. Solo se l'ente viene prima esperito nella sua velatezza e nel suo nascondersi, solo se la velatezza dell'ente circonda l'uomo e lo angustia nella sua interezza e nel suo fondamento, è necessario e possibile che l'uomo si metta all'opera per strappare l'ente a questa velatezza e portarlo nella svelatezza, ponendosi così egli stesso nell'ente disvelato (1).

1) Heidegger M. (1988), *L'essenza della verità* tr. it., Adelphi, Milano, 1997, p. 36

Percorrendo i capitoli del libro come immersi nell'osservazione delle forme armoniche ed interconnesse di un sapiente poliedro, potremmo incorrere nel desiderabile rischio di esperire un mutamento paradigmatico: il costel-

larsi, in noi, di un nuovo modo di pensare al mondo della schizofrenia e al problema della definizione degli elementi che ne consentono una diagnosi attraverso il test di Rorschach. Il libro produce nel lettore la durevole impressione che il tema di fondo, al di là della sua determinazione e declinazione specifica, sia più ampio e che il testo fornisca un contributo valido e concreto alla riflessione epistemologica sulla ricerca scientifica applicata alla persona umana nella sua complessità.

L'opera si inserisce nel solco delle oltre 150 pubblicazioni di Giulio Gasca, medico psichiatra e analista ad orientamento junghiano. Dal 1970 è stato membro ordinario della Società Italiana di Rorschach e Tecniche Proiettive. Negli anni, ha elaborato teoria, metodologia e tecnica dello Psicodramma Analitico Individuativo ed è socio fondatore e presidente dell'ASPI, Associazione per lo Sviluppo dello Psicodramma Individuativo.

Carola Palazzi Trivelli, psicologa, psicoterapeuta e psicodrammatista ad orientamento junghiano, arteterapeuta, ha lavorato per più di trent'anni nei servizi psichiatrici torinesi occupandosi di diagnosi, psicoterapia individuale e di gruppo nel campo della schizofrenia. È socio fondatore e vicepresidente ARTPAI, Associazione Ricerca e Training Psicodramma Analitico Individuativo; già vicepresidente ASPI, Associazione Sviluppo Psicodramma Individuativo. Coniuga l'attività clinica e di ricerca con quella di docente, formatore e supervisore.

L'affascinante articolazione del lavoro di ricerca degli autori prende le mosse da bisogni di conoscenza esplicitamente tradotti in interrogazioni sulla realtà. Se la finalità della scienza non è spiegare il reale ma rispondere ad interrogativi sul reale (2), il processo conoscitivo, innescato dal dubbio e fondato sull'integrazione di differenti modalità (esperienziale, empatica, razionale, intellettuale, operativa, statistica),

[...] darà luogo alla risposta ad una domanda essenziale, quale: la schizofrenia è un fenomeno unico o si tratta di fenomeni diversi? È una malattia o un processo, dove trovano posto diversi modi di funzionamento? Ed è possibile capire queste persone ed entrare in rapporto con loro, avendone scrutato l'interiorità attraverso il test? (p. 14).

Secondo gli autori, ogni valutazione delle risposte che prescinda dal tentativo di accostarsi alla comprensione di ciò che accade nella mente della persona schizofrenica è fuorviante e riduttivo: l'atteggiamento dell'uomo di scienza deve generare un impegno dialettico dinanzi alle realtà ambigue e sfuggenti, ricorrendo a un processo di analisi, sintesi e confronto (p. 102) analogo a quello evocato dal test di Rorschach, il quale, nella situazione standardizzata, "ripete, e perciò rivela l'atteggiamento dell'individuo di fronte alle realtà complesse" (p. 101), che necessitano di significazione ed interpretazione perché si possa flessibilmente abitare il mondo.

Perché ciò sia possibile, è necessario formulare un quadro teorico di riferimento, un insieme di concetti, definizioni e proposizioni in grado di fornire una visione sistematica che permetta di spiegare le relazioni tra le variabili. La via per la quale gli autori ci conducono, dai sintomi all'essenza della schizofrenia, si delinea attraverso l'analisi ed il confronto dei principali contributi teorici sul tema: una disamina critica mai fine a se stessa che, nella sua *pars destruens*, ci spinge a tollerare la perdita di appigli dogmatici, di rifugi fideistici, di comodi, ma aprioristici, orizzonti di senso, confortati dal condividere con gli autori l'intento di non ridurre la persona sofferente al modello, astratto ed impersonale, di "schizofrenico immaginario" (p. 27), cui cucire addosso, come rattoppo vecchio su abito nuovo, "concetti vaghi, ambigui, mitici, attribuibili a ogni soggetto, schizofrenico o meno, o a nessuno" (ivi). La sintesi, cui gli autori pervengono, articola attorno all'enunciazione del disturbo fondamentale, nucleo della patogenesi schizofrenica, un correlato organico ed integrato di ipotesi eziopatogenetiche. La persona schizofrenica esperisce

l'impossibilità di distinguere il rilevante dall'irrilevante, il pertinente dal non pertinente, di collocare nel giusto contesto le categorie astratto e concreto, e la conseguente molteplicità di nessi da cui la coscienza dello schizofrenico è afferrata e travolta si traduce anche nell'impossibilità di riferire correttamente percezioni giudizi e immagini ai tre diversi ambiti che al soggetto normale appaiono invece chiaramente separati: il proprio corpo,

l'ambiente circostante, il mondo virtuale delle rappresentazioni endopsichiche (p. 28).

In tal senso, comprendiamo che i meccanismi di difesa (limitazione del campo di interessi, razionalismo morboso, stereotipia, fuga nell'astratto, dissociazione cronica) si organizzano «contro l'impossibilità stessa di dar forma e struttura a tali contenuti, cioè contro il caos» (ivi).

Un fattore biologico, a trasmissione genetica, sembra poter essere individuato in una particolare vulnerabilità che, a livello neurofisiologico, si manifesta nella riduzione della capacità di filtrare e discriminare tra gli stimoli.

Gli autori ci mostrano, inoltre, come il sistema familiare dello schizofrenico dia conto di alcuni rilevanti fattori eziopatogenetici. La struttura, ovvero "l'invisibile insieme di richieste funzionali che determina i modi in cui i componenti della famiglia interagiscono" (3), è il sistema di riferimento cui fa capo l'organizzazione dell'esperienza emotiva dei singoli e, al contempo, funge da contesto di significazione per ogni vissuto o comportamento, purché coerente con le regole e con il sistema di interazione gerarchica. Nel caso delle famiglie in cui si manifesta la schizofrenia, esse sono pervase da una confusione che investe la capacità di rappresentazione dei propri ed altrui stati interni e di differenziare i ruoli di ciascun membro della famiglia. La matrice familiare, connotata da messaggi ambigui, doppio legame e compiti impossibili, inoltre, non consente all'individuo, futuro schizofrenico, di costruire modelli adeguatamente flessibili della realtà personale e sociale. "*I percetti non integrati così crescono, aumentando la disarmonia dal sistema dei patterns of activity al di là di ogni possibilità di recupero*" (p. 40).

Siamo ora in grado di addentrarci nell'evoluzione della schizofrenia, sostenuti dalla chiarezza della sintesi appena operata: Giulio Gasca e Carola Palazzi Trivelli, ricomponendo il modello teorico dalla pluralità dispersiva dei linguaggi e delle definizioni, ci equipaggiano di un sistema di riferimento che consente un'elaborazione non frammentaria, illuminando di senso i nessi tra le manifestazioni morbose osservabili e/o rilevabili e i modi di funzionamento sottostanti; ci aiutano ad entrare in un mondo

3) Minuchin S. (1976), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1977, p. 54.

dominato dal caos, vicariando una funzione virgiliana di guida, indicando l'approdo di comprensibilità entro le acque agitate della disorganizzazione e della confusione. E dalla semplificazione come frutto di meccanismi di difesa contro il caos ci muoviamo verso la complessità, gestalt diverse che si combinano.

Quali sono le ipotesi poste a fondamento dell'impianto metodologico e dell'analisi dei dati? Atteso che la schizofrenia è caratterizzata non dall'apparenza sindromica ma da un'essenziale disfunzione che determina modi di funzionamento alterati, manifestantisi nei meccanismi di difesa, nei sintomi e nel decorso, gli autori ipotizzano che esista "una relazione tra tali fattori e le alterazioni da essi indotte nei processi di pensiero, nell'affettività, nella volizione, nell'attenzione ed in generale in tutte le funzioni psichiche che si esprimono attraverso l'interpretazione del test Rorschach o la influenzano" (p. 13). In aggiunta, dovrà essere rinvenuto un modo di raggruppare i dati che dia conto di tali meccanismi.

Il libro, dunque, si addentra nell'esame, ampio e dettagliato, della letteratura afferente alle principali scuole di testistica Rorschach; le più autorevoli ricerche e i più noti paradigmi vengono messi a confronto; i caratteri generali per un inquadramento della schizofrenia, individuati dallo stesso Rorschach, sono passati al vaglio singolarmente per comprendere come i diversi autori ne abbiano interpretato il senso.

A questo punto, ci viene presentato il campione: 118 persone, in momenti differenti della loro vita, hanno incontrato le tavole di Rorschach, 6 di loro per due volte, per un totale di 124 protocolli, di cui è stata eseguita l'analisi formale. All'analisi dei dati, gli autori premettono, da un lato, che non perseguiranno la finalità di individuare un indice di schizofrenia, tentativo probabilmente infruttuoso data l'estrema dispersione individuale delle variabili; dall'altro, ci avvertono che dovremo continuamente tenere in considerazione fattori che, se non resi salienti, non solo rischierebbero di ricondurci su sentieri battuti con il risultato di riproporre il già noto, ma lascerebbero senza decifrazione l'accordo solo parziale tra i numerosi ricercatori e, soprattutto, ci farebbero scivolare in una lettura riduzionistico-

quantitativa delle reazioni degli individui al test di Rorschach. Tali fattori sono: provenienza dei casi e luoghi di somministrazione, in diversa correlazione con la gravità delle condizioni cliniche, l'evoluzione del processo morboso, la cronificazione; il tipo di cure cui sono sottoposti; l'atteggiamento collaborativo o diffidente; la relazione con l'esaminatore; le forme cliniche e le diagnosi (pp. 98-100). Al cuore del testo, troviamo, riportati integralmente, 11 protocolli, ognuno con relativo psicogramma ed interpretazione, da avvicinare rispettosamente, sostenuti dalle chiarificazioni teoriche e consapevoli delle connessioni tra le modalità di risposta ricorrenti al test e le dinamiche manifestate dalle persone schizofreniche di fronte al Rorschach, siano esse in fase acuta, cronica o difensiva o a funzionamento sia cronico che acuto. È chiaro ora cosa gli autori intendano per "metodo clinico psicodinamico": criteri puramente quantitativi sono chiaramente insufficienti perché

la statistica osserva i dati senza occuparsi di ciò che significano. [...] L'abuso della statistica porta ad affermare delle pseudo-entità, come se si credesse che il dato statistico è una realtà in sé, non piuttosto un indice di ciò che lo determina. Riteniamo la statistica utile per scegliere quali ipotesi val la pena approfondire, o per cercare conferme ad una teoria formulata, o ancora per domandarsi la ragione di una discrepanza rispetto al dato atteso. *Ma la ricerca statistica non può sostituire l'osservazione clinica*: per questo qui parliamo di distribuzioni e di correlazioni dei dati da osservare per formulare spiegazioni [dei processi psicodinamici determinanti le risposte] e comprenderli, usando la valutazione statistica principalmente solo come griglia di riferimento (p. 99).

In accordo con le ipotesi riportate, gli autori mettono a punto un modello interpretativo innovativo che propone di considerare, quale perno per l'inquadramento della schizofrenia e delle sue manifestazioni, la relazione tra l'alterazione fondamentale e i meccanismi di difesa contro il caos. Ne discende un raggruppamento dei protocolli, per nuclei e rispettivi aloni, che tiene conto di quali caratteristiche del test rispecchino tale relazione nell'evolversi del

processo morboso: razionalisti rigidi, produttivi (brillanti e disorganizzati), deteriorati impoveriti.

Sullo sfondo dell'opera, è sempre possibile seguire il *fil rouge* della riflessione epistemologica, criterio di scientificità del lavoro di Gasca e Palazzi Trivelli.

“Pensiamo che il problema di definire quali siano gli elementi in base a cui si può fare diagnosi di schizofrenia al test di Rorschach non possa venire affrontato e risolto in termini puramente statistici, riducendo la ricerca di senso ad un insieme di numeri” (p. 11). Queste parole, incipit dell'opera, racchiudono il primo elemento della suddetta riflessione: la contrapposizione, solo apparente, tra approccio nomotetico e idiografico in merito alla metodologia. L'intento di formulare criteri validi e la possibilità di confrontare le variabili, frutto di rigore statistico, non è abdicabile, ma è necessario che il velo dei dati venga sollevato perché si scorga il significato, si acceda alla comprensione del fenomeno. Nella fertile integrazione tra i due approcci, diviene possibile la combinazione delle esigenze di generalizzazione ed astrazione, entro cui la totalità della persona è costretta, con “l'analisi dinamica e simbolica di ogni singola risposta, in relazione con quanto si sa del paziente, e del protocollo nel suo insieme, per comprendere attraverso quale processo mentale tale risposta si sia prodotta in quel soggetto in quel momento” (p. 297). Il rischio, altrimenti, sarebbe quello di sopprimere la funzione simbolica, riducendo i segni ai simboli (p. 50), rifiutando la tensione che deriva dal tollerare la complessità e respingendo l'anelito “a collocare i gesti [...] in una totalità di significato, [...] [producendo] un risultato che si avvicina a quello dei pazienti che combinano il razionalismo morboso con altre difese croniche” (p. 301).

Tale complementarità metodologica rimanda all'oscillazione tra la ricerca di oggettività secondo “il mito della scientificità della concordanza” (cfr. p. 303) e la soggettività che può giungere allo statuto di arte, ma perdendo l'attributo di scienza, se vede il prevalere della tendenza epistemologica idiografica. Il test di Rorschach rappresenta un *medium* tra le due istanze: gli autori ci dimostrano che la sua validità è connessa con la capacità di descrivere come il processo morboso influenzi le risposte

(a conferma delle formulazioni teoriche); di identificare quale sia, *in fieri*, lo specifico modo di funzionamento di una persona che soffre di schizofrenia in relazione alle dinamiche acute e a quelle croniche; di mostrare come queste interagiscano con la personalità; di prevedere prognosi ed outcome; di rintracciare le risorse.

In conclusione, la schizofrenia, propongono gli autori, è un modo di funzionamento che appartiene all'umano: ipotizzano che "il *grave perturbamento funzionale proprio della schizofrenia sia un caso estremo e permanente di uno stato di disequilibrio che può manifestarsi in qualunque mente umana*" (p. 307). Essi si spingono a supporre che le difese abbiano un carattere unitario ed universale, inscritte nelle vicissitudini angosciose di tutti coloro che, investiti da una quantità non metabolizzabile di dati ambigui e poco integrabili, a fatica, debbano recuperare la propria coerenza interna. E così, il libro si "chiude" come si era aperto, suscitando interrogativi che spingano alla ricerca di nuove configurazioni di senso.

La lettura dell'opera qui presentata ha avuto, per me, il sapore di un'esperienza: tolti i sigilli del "già noto", tollerando la "velatezza" e l'impulso a riaffermare *l'ipse dixit* come strumento per arginare la perdita dei riferimenti acquisiti, si è dischiusa la possibilità di tornare

ad esaltare l'umanità globale del conoscere: che sempre e insieme è teorico e pratico, specializzato e trasversale, materiale e spirituale; e che si attua in un sottile intreccio processuale tra impulsi, emozioni, ideazioni e comportamenti, interiorità ed esteriorità, ragioni della mente e ragioni del cuore, individualità e socialità, empiricità e ontologia, assiologia e eticità (4).

Ilaria Annecchini

4) Scilligo P., *La ricerca scientifica tra analisi ed ermeneutica*, Las, Roma, 2009, p. 11.

Ivan Paterlini Scenari interiori. Il gioco della sabbia tra psicosi e creatività. Mimesis, Milano, 2018, € 10,20, pp.108.

Il libro di Paterlini riesce ad essere un utile strumento per chi vuole introdursi alla conoscenza della “Sand play Therapy”, ma anche per chi ha interesse a rintracciare collegamenti tra questo ambito, gli scritti di C. G. Jung e l’arte contemporanea.

Parterlini ci coinvolge con la descrizione particolareggiata di un caso clinico, ampliando lo sguardo per mostrarci come dai punti critici di un percorso analitico si possa eventualmente imparare a modificare impostazioni e presupposti iniziali.

Il gioco della sabbia è inteso come strumento che rende possibile al paziente ricreare il proprio mondo, con la testimonianza pregnante dell’analista. Anche nei casi più gravi, anzi, forse soprattutto con quelli, si realizza, con la sand play, l’obiettivo junghiano di dare senso e comprensione ai deliri nello spazio protetto della relazione analitica. Per Jung, come, ci ricorda Parterlini,

“Ogni complesso a tonalità affettiva porta con sé la sua forma universale o archetipo. Vi è la possibilità di accedere talvolta, attraverso i deliri e i sogni, a forme archetipiche umane dense di significato e senso, includendo stratificazioni psichiche che pescano nella storia dell’umanità”. (pp. 19-20)

La sand play permette di ricostruire queste forme attraverso il paziente stesso che, senza rendersene conto, sfrutta la propria *conoscenza non verbale*. In questo processo vengono costituiti “ponti tra i nostri diversi cervelli (dal più antico alla neocorteccia e che rappresentano anche le possibilità simboliche presenti negli oggetti a disposizione per le sabbie) per una nuova riconnessione al corpo.” (p. 24)

Infatti, secondo Paterlini, i deliri psicotici si configurano anche come un

abnorme tentativo di dare pensieri e rappresentazioni a quelle primissime sensazioni che non hanno potuto trasformarsi, che non hanno potuto essere nominate e quindi essere portate ad un

livello cosciente, a causa dell'assenza di un caregiver sufficientemente attento e in grado di dare loro mediazione e accompagnarle con una forma capace di rappresentarle nel mondo. (p. 27)

La sand play si configura quindi come un mezzo particolarmente adatto a realizzare quella *regressione positiva* caldeggiata dalla psicologia analitica, dove il paziente torna a rivisitare situazioni di precoce fallimento ma anche di successo. Gradualmente il paziente impara a “dare un titolo” (p. 33) alle emozioni che emergono, nascoste nel corpo, il quale agisce nel setting delle sabbie muovendosi, scegliendo oggetti e creando paesaggi. Del resto, la sabbia è una “forma originaria di fare esperienza con la terra” (p. 34), quindi con la figura materna stessa che illude e successivamente disillude, con la dovuta gradualità, il suo bambino. Gli strumenti del “sand-play”, soprattutto il vassoio della sabbiera, diventano quindi “contenitore materno” (p. 38), cioè strumento per far riaffiorare – con la opportuna gradualità legata alla sensibilità del paziente – il rapporto pre-verbale del paziente con il mondo. E l'analista mette in atto quello stare “semplicemente in ascolto” (p. 38) con i suoi occhi e la sua presenza: aspetta, accogliendo, affinché ciò che accade si trasformi in qualcosa di pensabile e dicibile. Si lascia che l'energia psichica metta in atto quello di cui ha bisogno, come descritto da Jung in “Simboli della trasformazione”. Nel caso clinico raccontato dal testo, come sintetizza l'autore

Quando l'energia trova una barriera o un ostacolo rifluisce e tendenzialmente ripercorre la strada da cui è arrivata. La regressione è quindi il tentativo vitale dell'energia psichica di riconfigurarsi partendo dall'origine. Di tornare là dove si può ristrutturare archetipicamente qualcosa che possa ripararsi ed essere risolutivo: per Giulia, forse, ancora a livello fetale, certamente nelle prime esperienze con la madre malata. Marie-Louise Von Franz, in *Le fiabe interpretate*, cita un'usanza delle donne vietnamite: di fronte a un campo dove il riso non cresce più, gli raccontano il mito delle sue origini. Così il riso si ricorda di com'era cresciuto e può ricominciare a crescere. (p. 39)

Tutto questo ci rimanda anche al fatto che il problema

individuale trova una sua possibilità di soluzione attingendo allo strumento collettivo dell'inconscio concepito dalla psicologia analitica come universale.

Come accennato, il lavoro analitico descritto è fatto anche di cambiamenti di "sguardo sulla paziente" e di come procedere nella terapia. Paziente e terapeuta rischiano entrambi di fronte alla psicosi. E la paziente arriva a sperimentare la terapia e la sand play quasi come un rito iniziatico di altri tempi. Nel termini dell'autore

Il coltello conficcato nella sabbia, nel cerchio magico della morte, potrebbe significare quindi la rottura di un'identità tra la tata (madre e famiglia castrante) e il complesso materno. Vi è la possibilità di rompere l'incantesimo, il meccanismo mortifero, per lasciare spazio alla psiche. Giulia: «Mi porti nella foresta e mi abbandoni, voglio capire se si attiva in me un istinto, un movimento che mi faccia sentire la vita, i primi battiti di sopravvivenza...» (p. 61)

La sand play è anche in questo senso ritorno alle origini per ricercare un "orientamento nuovo" attraverso una ricostruzione e riscrittura con un nuovo ordine, della propria storia.

Le fasi del processo terapeutico junghiano – confessione, chiarificazione, educazione e trasformazione – si ritrovano, intrecciate tra loro, anche qui

Una magica remissione del peccato attraverso il rituale della confessione, la capacità di ospitare anche tutta la rabbia e l'odio per una madre che ha avuto il coraggio di metterla al mondo sapendo che sarebbe morta solo dopo pochi mesi. Una possibilità di esprimersi attraverso una confessione per immagini, silenziosa e obliqua mi vien da dire, dando forma e asilo a sensi di colpa profondissimi e insopportabili. (p. 71)

L'esperienza del Sand Play conferma in sostanza il presupposto di fondo (non soltanto) junghiano che il sintomo sia un "simbolo mancato" (p. 79), qualcosa che ha tra le sue finalità la protezione del paziente stesso da qualcosa che per lui è insopportabile e terribile. Le pitture di sabbia erano utilizzate dagli indiani Navajo per curare il "malato" cioè, colui che "aveva perduto l'armonia del mondo" (p.75).

E il lavoro terapeutico con il “gioco della sabbia” si configura quindi come un mezzo per riattivare quell’istinto di vita che junghianamente è ricerca interminabile, da parte della psiche, di “luoghi di senso” per arrivare ad uscire dai propri complessi negativi e tornare a partecipare in maniera non difensiva a quello che mi piace chiamare il “gioco del mondo”... quello reale.

Andrea Arrighi

Silvano Tagliagambe e Angelo Malinconico, *Tempo e sincronicità. Tessere il Tempo*, Mimesis, Milano, 2018, € 18, pp. 197.

Sono molto lieto di recensire questo testo, che segue i due libri precedenti di Tagliagambe e Malinconico, a esso strettamente legati: *Pauli e Jung. Un confronto su materia e psiche* (Cortina, 2011) e: *Jung e il libro rosso: il Sé e il sacrificio dell'io* (Moretti e Vitali, 2014). Infatti, come in questi due lavori precedenti, anche questo testo è caratterizzato dalle qualità indispensabili per affrontare una materia tanto complessa e, almeno per la cultura occidentale, controintuitiva, quale il concetto di sincronicità. Queste qualità sono: un estremo rigore epistemologico e gneoseologico; un'attenzione assoluta nell'evitare sconfinamenti irrazionalistici, a meno che questi non si fondino su principi "irrazionali" in quanto "diversamente razionali" (è il caso di molti fenomeni collegati al comportamento delle particelle/onde nella meccanica quantistica); il riferimento a evidenze convergenti precise, puntuali e cogenti con lo stato della ricerca scientifica (come nel caso della neurobiologia), nonché dettagliati riferimenti all'esperienza umana empirica e alla clinica. A tali qualità sostanziali anche questo libro coniuga una brillante chiarezza espositiva ed un'architettura testuale tale da semplificare il *tour de force* del lettore.

In questo senso, questo libro, come quelli che lo hanno preceduto, contribuisce a riscattare e rendere finalmente giustizia a Jung, mostrandone la statura di ricercatore, e a suo modo, di scienziato eccezionalmente radicato nel contesto scientifico del ventesimo secolo e, con tutta probabilità, anche in quello del ventunesimo.

Leggendo il libro, mi tornava in mente la situazione paradossale di un Watson che, nel fondare il suo behaviorismo sui meccanismi di stimolo, rinforzo e risposta, sosteneva di avere creato una vera psicologia "scientifica" quando Dewey aveva del tutto smontato la legittimità epistemologica dell'associazionismo S-R trent'anni prima, e quando il vero paradigma epistemologico di riferimento del futuro, la Gestalt, stava già raffinando quegli strumenti concettuali che avrebbero poi portato all'epistemologia dei sistemi complessi.

Allo stesso modo, grazie anche a questo libro è possibile mostrare quanto i detrattori del pensiero junghiano, considerato spesso dalla comunità culturale e scientifica come “confuso” o “mistico” (e su questa seconda accusa ci sarebbe anche da discutere sull’accezione negativa del termine) siano stati semplicemente o malaccorti, o si siano trovati nella posizione di quei “solutori di rompicapo” di cui scrive Kuhn nella sua *Struttura delle rivoluzioni scientifiche*: ovvero quella di ricercatori esclusivamente impegnati a difendere il paradigma limitato a cui si riferiscono, contro il proliferare delle anomalie che si moltiplicano dinanzi a loro e che non possono essere più spiegate da esso.

Molte delle “anomalie” psicologiche riguardano la nozione di *evento*, il quale, difensivamente, verrebbe assimilato dal vecchio paradigma al “caso” (il che significa spiegare qualcosa *ignotus per ignotius*), quando invece l’*evento*, come ricordano gli autori citando delle pagine bellissime di Carlo Diano, è, in realtà, sempre qualcosa che capita a *qualcuno*. Insomma: l’*evento* è l’*opposto* del caso perché accade *necessariamente, ovvero significativamente*, sempre a “qualcuno”.

Ho citato Watson anche perché, con grande eleganza, questo testo complesso e profondo parte proprio dalla revisione dell’analisi dei processi associativi di Pavlov a opera di L. J. Kamin, che dimostrò quanto i legami tra lo stimolo e la successiva risposta non siano basati sulla contiguità o la rapida successione temporale, ma sulla disposizione di attesa dell’organismo verso un elemento dotato di *significato*. Su questo punto bisogna notare che la critica di Kamin mette in forte tensione nientemeno che lo stesso principio di causalità, per sostituirlo, come avevano fatto già Jung e Pauli, con quello legato al nesso significativo: ovvero proprio all’*evento*.

In un certo senso il libro di Tagliagambe e Malinconico parte da questo aspetto, apparentemente così elementare, per decostruire, su basi epistemologiche e filosofiche, ma anche sulla scorta di prove empiriche sperimentali recenti, la nostra nozione di temporalità e durata, e preparando il lettore, passo dopo passo, alla visione di un reale potenziale che tende all’esistenza attraverso l’artificio della sua propria temporalizzazione.

È impossibile entrare nel merito delle evidenze scientifiche empiriche addotte dagli autori, o dei rapporti clinici legati alla revisione della concezione del reale da parte dell'io in sostituzione di un reale potenziale relativo al "Sé" (la kantiana totalità delle determinazioni *possibili* della *res*, prossima all'Unus Mundus della mistica, o al bioniano O). Questi riferimenti, integrati tra loro, vanno dal funzionamento del sistema nervoso, che comprime la percezione degli intervalli temporali per appaiare stimoli transmodali (in questo caso quelli uditivi e visivi), ai principi globali di integrazione motoria – i quali sembrano coordinati, in quella che Lurjia chiamò *melodia cinetica*, da una sorta di considerazione implicita delle intenzioni e degli scopi dei movimenti percepiti da un oggetto o prodotti dal soggetto (è superfluo ricordare che il sistema motorio e i dati entero- e propriocettivi che da esso derivano oggi sembrano essere, con una certa sicurezza, alla base di tutti i processi di mentalizzazione successivi); ai processi biologici di creazione, consolidamento, modificazione e ricreazione della memoria (legata ovviamente al tema della temporalità) basati sulla proteasi intracellulare. Tali processi non sarebbero fondati sulla dislocazione di eventi nel "passato", ma nella costruzione e revisione di legami significativi tra eventi a cui si attribuisce un valore di causa, disponendoli in un "passato" creato nel presente. D'altra parte, gli autori riprendono anche il tema – cruciale per il suo legame col tempo – della memoria depositata e trasformata nella e attraverso la filogenesi, citando ricerche e teorie contemporanee, sempre *cutting edge*, ma anche legate ad alcune fondamentali intuizioni di Erwin Schrodinger sui "cristalli aperiodici".

Insomma: la disamina e la discussione intorno al tema della durata, del tempo, dell'istante-presente, della causalità come principio necessario ma provvisorio, in vista di una ridefinizione in termini di significato- e quindi di sincronicità - fanno di questo libro (insieme ai precedenti) una documentata prova del fatto che, alla fin fine, Jung è stato davvero l'unico psicologo dell'inconscio e non dei derivati rimossi o latenti dei processi consci.

Nella sensazione che il progredire scientifico stia convergendo sempre più verso la visione del "reale" come lo

interpretavano Jung o Pauli, non resta che attendere il consolidamento dei rapporti tra la meccanica quantistica e il funzionamento degli organismi biologici (ovvero ai rapporti tra la meccanica quantistica e gli ambienti a temperature elevatissime rispetto allo zero Kelvin). Non solo l'esperimento mentale dell'*entanglement*, citato spessissimo, conforta quest'attesa, ma, soprattutto, rincuora chi aderisce al paradigma Jung-Pauli relativo alla sincronicità: la rivoluzionaria scoperta di meccanismi di regolazione biologica che, basati sulla creazione dell'"ordine dall'ordine" (Schrodinger), sono alla base del funzionamento degli enzimi, della fotosintesi clorofilliana, del trasporto dell'ossigeno nei polmoni, o della capacità degli uccelli di orientarsi attraverso i campi magnetici terrestri. Credo che, nel momento in cui si chiuderà il gap tra la biologia (e quindi anche la neurobiologia) e questi fenomeni non legati allo spaziotempo ordinario, questo libro farà parte di quelli che dureranno nel futuro.

Stefano Carta

Giuseppe Zanda (2018) *Luci e ombre. Protagonisti (noti e meno noti) della storia della psicoanalisi*, Prefazione di Massimo Cuzzolaro, Edizioni ETS, Pisa, € 30, pp. 357.

Addentrarsi in questo libro ci permette di incontrare personaggi meno conosciuti della storia della psicoanalisi ma che hanno, comunque, contribuito alla sua costruzione, spesso sollevando problemi che la giovane scienza non aveva ancora gli strumenti per affrontare. È il caso delle tossicodipendenze o delle esperienze erotiche con i pazienti o, ancora, del tema del setting. In altre occasioni i contributi teorici innovatori andarono a scontrarsi con un'ortodossia che, sia pure in fieri, era difesa saldamente. Del resto, Freud aveva dichiarato di considerarsi il fondatore di una nuova disciplina e nel 1914 aveva affermato: "La psicoanalisi è infatti una mia creazione" (1). Con questa affermazione egli non appariva disposto ad immaginare alcuna co-creazione. Sia per questo motivo sia per non rischiare di minare le pretese di rigore e scientificità della giovane disciplina molti di questi contributi e gli autori descritti in questo volume sono stati relegati ai margini della storia della psicoanalisi.

1) Freud S. (1914), "Per la storia del movimento psicoanalitico", *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino, 1975, p. 381.

Giuseppe Zanda, psichiatra e psicologo analista con la passione per la storia della psicoanalisi, ha il merito di aver riportato in luce alcuni di questi personaggi, con le loro idee e con l'intreccio dei loro rapporti. Il libro raccoglie otto saggi pubblicati nell'arco di dieci anni, dal 2008 al 2017, sulla rivista *Psicoanalisi e metodo*. I capitoli sono dedicati ad Otto Gross, Fritz Wittels, Wilhelm Stekel, Loë Kann, David Eder, William Rivers, John Layard ed Elizabeth Severn. Si tratta di vere e proprie monografie con precise note biografiche per ogni autore citato nel testo ed un'ampia bibliografia. Sono "Frammenti della storia della psicoanalisi nei primi decenni del ventesimo secolo tra Europa e Nord America" come nota Massimo Cuzzolaro nella sua Prefazione (p. 9).

E tali frammenti oggi ci fanno pensare agli autori principali cui noi attribuiamo le idee base della psicoanalisi, come agli ultimi atleti che, in una staffetta, raggiungono il tra-

guardo portando un testimone che, passato di mano in mano, si è arricchito del lavoro di tutti quelli che sono rimasti indietro, nelle zone d'ombra. A loro è dedicato questo libro, a loro va l'interesse che questo libro suscita e per il lettore sarà una sorpresa vedere alcuni pensieri sorgere da lontano rispetto a dove noi, abitualmente, li incontriamo.

Il libro si legge con piacere e stimola l'interesse per la storia della psicoanalisi, aspetto non molto frequentato dalla maggior parte degli analisti anche se è proprio attraverso lo studio storico che è possibile capire meglio gli intrecci delle relazioni e l'origine delle idee, gli scotomi e le difficoltà, ed evitare così narrazioni agiografiche.

Il racconto della storia di questi personaggi ci porta con immediatezza all'interno di questi aspetti. Sia Otto Gross che Loë Kann, ad esempio, posero la giovane scienza di fronte alla difficoltà di affrontare e risolvere il problema delle tossicodipendenze che, di fatto, rappresentò uno dei "punti ciechi della psicoanalisi". D'altra parte, Freud stesso ebbe una complessa e contraddittoria relazione con la cocaina, per lo più sottaciuta dagli storici della psicoanalisi, ed era inoltre un abusatore di tabacco e, in qualche misura, di alcol. È probabile che questi aspetti possano aver contribuito alla difficoltà di vedere chiaramente e di affrontare il problema dell'addiction con gli strumenti psicoanalitici.

Le esperienze erotiche e le trasgressioni dei primi analisti, come Wittels, o le rotture del setting analitico con agiti sessuali fra i primi analisti e i loro pazienti posero in evidenza non solo il problema dell'etica professionale ma anche quello della conoscenza, ancora molto approssimativa, delle dinamiche transferali e controtransferali e contribuirono a suggerire la necessità di un'analisi personale propedeutica all'esercizio della professione analitica. La relazione fra Jones e Loë Kann, ma anche le relazioni sessuali con le pazienti di Gross, Stekel, Jung, Ferenczi e Rank fanno parte di un lungo elenco.

Nonostante le difficoltà ognuno dei personaggi descritti ha contribuito in qualche modo alla costruzione della teoria psicoanalitica. Otto Gross, ad esempio, con il suo articolo sul *Simbolismo della distruzione* riprendeva il pensiero di Sabina Spielrein e con il suo ripudio della rimozione e della sublimazione anticipava di una generazione Wilhelm Reich. Con la sua espulsione dall'associazione psicoanalitica venne espulso anche l'interesse per la tossicodipendenza.

Ma le dinamiche fra i primi psicoanalisti non furono legate soltanto alla contrapposizione fra ortodossia e dissenso, vi giocarono un ruolo molto importante anche le simpatie e le antipatie personali, le alleanze e le guerre segrete tra i membri dell'associazione. Di queste fu vittima Wilhelm Stekel, uno dei compagni di viaggio di Freud, che ha portato notevoli contributi teorici e clinici all'edificio psicoanalitico.

Una sorte simile toccò a Rivers: due suoi saggi di psicoanalisi ebbero una recensione poco favorevole di Jones e questo lo tenne ai margini della storia della psicoanalisi. Probabilmente ciò accadde anche perché Rivers non condivideva la teoria del sogno come esaudimento del desiderio e sosteneva, piuttosto, che i sogni "sono tentativi di risolvere i conflitti". Egli era stato un antropologo e il suo metodo genealogico fu il primo tentativo di fondare un metodo etnografico scientifico. Sulla base dei suoi studi abbandonò la teoria dell'evoluzione considerando la "diffusione" come la forza alla base del cambiamento culturale. Come psichiatra si occupò, durante la Prima guerra mondiale, degli effetti dello "shell shock", shock da granata o da guerra.

Interesse condiviso con David Eder che pubblicò nel 1916 un articolo sulla rivista *Lancet* sulle "nevrosi di guerra" e l'anno successivo il primo libro sullo shock da guerra, contributo che servì all'avanzamento, in Inghilterra, della psicologia clinica e della psicoanalisi. Nonostante questo contributo il suo ruolo è stato messo in ombra nella storia della psicoanalisi, forse per il suo "peccato originale" di un'aperta simpatia per le posizioni junghiane, simpatia che si attenuò nel corso degli anni per trasformarsi in un avvicinamento al pensiero di Freud.

Un aspetto interessante che accumulò Rivers e Layard fu la passione e le ricerche in antropologia. Entrambi parteciparono a una spedizione di un gruppo di antropologi che dall'Inghilterra, nel 1914, partì per l'Australia. Del gruppo facevano parte fra gli altri Haddon, Radcliffe Brown e Malinowski.

John Layard, dopo il rientro dalla spedizione, si immerse nel clima della Repubblica di Weimar e, tornato a Londra, nel 1936 conobbe Jung e iniziò con lui un'analisi a Zurigo. Nel 1940 esercitò come analista junghiano a Oxford, fu l'analista del Padre Victor White e, probabilmente tramite questa esperienza, sviluppò un interesse per i rapporti fra psicologia e tematiche religiose. La sua storia a Londra si intreccia con quella di varie iniziative di comunità terapeutiche e con personaggi come Donald Winnicott, R.D. Laing e David Cooper, l'ideatore del termine di antipsichiatria.

L'ultimo capitolo del libro è dedicato a Elizabeth Severn, un'americana del Midwest con lo spirito della frontiera. Attraverso la sua storia entriamo in contatto con i movimenti religiosi di guarigione, con la Christian Science, fenomeno tipicamente americano che, a partire dal mesmerismo, preparò il terreno alla diffusione della psicoanalisi negli Stati Uniti. La Severn si recò a Budapest dove fece un'analisi con Ferenczi. È la paziente RN del Diario Clinico con la quale Ferenczi sperimentò una serie di innovazioni nella tecnica analitica fino all'estremo dell'analisi reciproca.

È da ricordare, fra l'altro, riprendendo quanto affermavo all'inizio sui "frammenti" e sugli atleti di questa staffetta psicoanalitica, che Elizabeth Severn, con la sua interpretazione dell'alchimia come un processo di trasformazione del Sé, può essere considerata un'anticipatrice del pensiero di Jung sull'alchimia.

Il racconto della vita di queste persone ci porta agli inizi della psicoanalisi e apre a molti ulteriori spunti di ricerca e di riflessione. Mi piace concludere questa galleria di ritratti con le parole di Lydia Flem, citata dall'Autore: "Poiché

proprio dalla loro vita quotidiana, dai loro sogni, dai loro amori, dalle loro angosce è nata la psicoanalisi. Ormai da più di un secolo un incredibile medico ha fatto della vita privata il nucleo centrale di una ricerca che egli voleva scientifica e del potere delle parole uno strumento di guarigione” (p. 161), (2) (3)

2) Flem L. (1986), *La vie quotidienne de Freud et de ses patients*, tr. it. *La vita quotidiana di Freud e dei suoi pazienti*, RCS Rizzoli Libri spa, Milano, 1987.

3) In realtà la Flem si riferiva ai pazienti di Freud e non ai protagonisti della storia della psicoanalisi di cui parla il libro ma le sue parole possono adattarsi anche ai protagonisti di questo libro.

Pier Claudio Devescovi

Autori

Lucia Aite, Lavora da 20 anni nel Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica dell'Ospedale Bambino Gesù. Partecipa all'ambulatorio di diagnosi prenatale dedicato alle gravidanze a rischio e segue la famiglia dal momento della diagnosi fino al primo anno di vita del bambino nato con anomalia congenita.

Lucia.aite@opbg.net

Camilla Albini Bravo Psicologa e psicoterapeuta è membro ordinario dell'A.I.P.A. e dell'I.A.A.P. con incarico alla didattica. Lavora privatamente a Roma e a Pistoia. I suoi articoli, pubblicati su riviste italiane e straniere di area junghiana, hanno come tema principale la messa a fuoco delle immagini interne del paziente nei sogni e nello stile di vita e le assonanze con i miti della cultura occidentale. Con Pier Claudio Devescovi ha pubblicato *Figli e Genitori. Note a margine di un mito amputato*, Moretti & Vitali, 2014. camillaalbinibravo@gmail.com

Stefania Baldassari è Psicologa, Psicoterapeuta dell'età evolutiva e dell'età adulta, Analista con funzione didattica dell'A.I.P.A. e della I.A.A.P. e Membro L.A.I. Già Consulente Clinico, di Formazione e di Ricerca dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù- IRCCS di Roma, è Socio

Fondatore e Responsabile delle Attività Cliniche dell'Associazione Etna- Progetto di Etnopsicologia Analitica. Autrice di pubblicazioni in ambito nazionale ed internazionale, vive e lavora anche privatamente a Roma sbaldassari13@gmail.com

Catia Bufacchi, laureata in psicologia, psicologa analista e terapeuta del “Gioco della sabbia”; direttrice del Centro Clinico della “Cura del Girasole-Onlus”
Via Gregorio VII,396, Roma 00165;
e mail catiabufacchi@hotmail.com

Maura Catucci, laureata in psicologia, psicoterapeuta, terapeuta del “Gioco della sabbia”. Collaboratrice del Centro Clinico della “Cura del Girasole-Onlus”
Via Norcia 24 00181 Roma; mauracatucci@virgilio.it

Livia Crozzoli Psicologa, analista junghiana, membro dell'Associazione “Laboratorio Analitico delle Immagini”, che si occupa della metodica del “Gioco della sabbia” nella ricerca e nella terapia analitica. Ha lavorato come psicologo coadiutore nel servizio di neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva presso l'ASL Roma B. Fondatrice dell'Associazione di promozione sociale Gruppo Eventi-Sostegno e Formazione, che dal 1996 si occupa del percorso umano di fronte all'esperienza della malattia, della morte e del lutto ed offre sostegno alle persone in lutto con gruppi di mutuo aiuto sia vis à vis che on line e tramite due siti unici in Italia, l'uno rivolto agli adulti (www.gruppo-eventi.it), l'altro rivolto a bambini, adolescenti e agli adulti –familiari e insegnanti - che hanno il compito di aiutarli nella loro crescita (www.solimainsieme.it). Si occupa della formazione degli operatori sociosanitari. È autrice di numerosi articoli riguardanti l'ambito psicoterapeutico e curatrice di tre volumi “*Sarà così lasciare la vita?*” sul processo del morire (Ed. Paoline, Milano 2001), “*Assenza, più acuta presenza*” sul processo di elaborazione del lutto (Ed.Paoline, Milano 2003), “*I giorni rinascono dai giorni*”, sulla condivisione della perdita in un gruppo di auto-mutuo aiuto (Ed.Paoline, Milano 2007).

Vive e lavora a Roma via Fogliano 24, 06.86207554-335.8025012
email: crozzolilivia@gmail.com

Pier Claudio Devescovi Psicologo e psicoterapeuta, membro ordinario dell'A.I.P.A. e dell'I.A.A.P. con incarico alla didattica. Fa parte della redazione della Rivista di Psicologia Analitica e della rivista Psicoanalisi e Metodo. È autore di vari articoli su riviste italiane e straniere, del saggio storico *Il giovane Jung e il periodo universitario*, Moretti & Vitali, 2000, del saggio *Jung e le Sacre Scritture. Clinica e Teologia*, La Biblioteca di Vivarium, 2006, con Camilla Albini Bravo ha pubblicato *Figli e Genitori. Note a margine di un mito amputato*, Moretti & Vitali, 2014. Vive e lavora privatamente a Pistoia.
pcdevescovi@hotmail.com

Gilda Malinconico Psicologa Clinica, Psicoterapeuta ad orientamento Analitico (Intervento Clinico e Analisi della Domanda). Psicologa consulente presso un Centro Antiviolenza e una Casa Rifugio. Vice Presidente della Kairos Cooperativa Sociale A.r.l. Onlus Ets di Termoli. Coordinatrice del Progetto A.S.P.Em. (*Agricoltura Sociale per la Promozione dell'Empowerment di donne e famiglie monoparentali con minori*) di Kairos Coop. Sociale Onlus di Termoli e Be Free Cooperativa Sociale di Roma.
gildamalinconico@hotmail.it

Nicola Malorni Psicologo Clinico e di Comunità, Psicologo Analista ordinario dell'A.I.P.A. e dell'I.A.A.P. Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Molise. È stato responsabile e coordinatore del Centro Clinico Polivalente V.A.T.M.A. (Valutazione Ascolto e Trattamento di Minorenni vittime di Abusi) di Termoli (Molise). Fa parte della redazione della Rivista di Psicologia Analitica. È co-autore con Malinconico A. di "Psiche mafiosa - Immagini da un carcere", Ed. Magi Roma, 2013. È autore di vari articoli su riviste italiane dedicati alle cure e alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza. Vive e lavora in ambito privato a Termoli.
nicolamalorni@gmail.com

Francesco Montecchi Neuropsichiatra, psicologo analista, membro didatta AIPA-IAAP; AISPT-ISST.

Responsabile sanitario del Centro Clinico della "Cura del Girasole-Onlus"

Via San Fabiano 33 Roma 0165; e mail montecchif@hotmail.com

Nadia Neri, Psicologa analista CIPA-IAAP, ha scritto due libri "Oltre l'Ombra. Donne intorno a Jung", ed. Borla, tradotto in francese e "Un'estrema compassione. Ety Hillesum testimone e vittima del Lager", ed. Bruno Mondadori, Borla. Ha curato e ideato vari numeri dei Quaderni di psicoterapia infantile, il n.48, il 53 ed il 59. (tra questi "L'Odio. Irreparabile?").

Svolge da molti anni i seminari di *Infant observation*.

Gloria Soavi, Psicologa psicoterapeuta esperta in traumatologia. Libero professionista. Ha lavorato fino al 2013 come Dirigente Psicologo presso la ASL di Ferrara. Consulente presso i tribunali ordinari e per i minorenni nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia. Formatrice e supervisore sui temi della tutela e del trattamento alle vittime di violenza. Autrice di numerose pubblicazioni sul tema. Studio Psicologico in Ferrara.

presidenza@cismai.org, gloriasoavi@gmail.com

Adriana Viotti: Psicologa clinica e giuridica, in formazione presso l'AIPA. Referente Territoriale per la Regione Molise dell'AIPG (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica) e presidente dell'Associazione di promozione sociale e culturale A.Psi. Molise (Associazione Psicologi Molise) attiva sul territorio attraverso progetti afferenti al settore socio-sanitario. Attualmente lavora soprattutto privatamente in ambito clinico e come Consulente presso il Tribunale Civile e Penale di Larino e di Campobasso.



rivista di psicologia analitica nuova serie 2019

Casa Editrice Astrolabio - Ubalдини Editore, Roma

(P. Iva e C.F.: 10323461003)

Direzione e Sede legale

Via dei Giordani, 18 – 00199 Roma

Redazione

Via del Molinello 68 – 86039 Termoli (CB)

e- mail redazione@rivistapsicologianalitica.it

Sito internet e Archivio informatico:

www.rivistapsicologianalitica.it

La Rivista di Psicologia Analitica viene pubblicata semestralmente in primavera e in autunno, si collabora solo per invito. Gli articoli possono essere inviati al Direttore Responsabile Paolo Aite presso la Sede Legale sopra indicata. La corrispondenza può essere indirizzata al recapito della Redazione. L'Associazione culturale Gruppo di Psicologia Analitica, che cura ed edita la rivista, organizza annualmente eventi culturali collegati alle tematiche pubblicate in ciascun numero, aperti agli psicoanalisti e ad un pubblico proveniente da altre aree del sapere scientifico (per informazioni consultare il sito internet).

La Rivista può essere acquistata o richiesta in abbonamento tramite le seguenti modalità:

Pagamento con carta di credito via internet: <http://www.rivistapsicologianalitica.it/>

Pagamento anticipato con versamento su c/c al momento dell'ordine o del rinnovo, sul:

Casa Editrice Astrolabio Ubalдини Editore srl

IBAN: IT 39 W 02008 05120 000401106415 - BIC/SWIFT : UNCRITM1723

NEL CASO DI BONIFICO BANCARIO È INDISPENSABILE INVIARE UNA MAIL ALLA REDAZIONE CON ESTREMI DEL PAGAMENTO E INDIRIZZO POSTALE A CUI SPEDIRE LA RIVISTA, LA REDAZIONE DECLINA OGNI RESPONSABILITÀ DI MANCATO RECAPITO SE NON VERRÀ ESEGUITA DALL'UTENTE TALE PROCEDURA.

Nel prossimo futuro sarà possibile sottoscrivere l'abbonamento on line sul sito.

Le tariffe per il 2019 sono le seguenti:

- Abbonamento annuo individuale, €36,00 (biennale €65,00)
- Abbonamento annuo per Enti e Biblioteche, €40,00 (biennale €80,00)
- Due volumi arretrati della nuova serie €45,00
- Singolo abbonamento annuo a tariffa speciale €29,00 (scontato per Agenzie e Librerie in Italia)
- Abbonamento annuale dall'estero €80,00
- L'ACQUISTO DI UN SINGOLO VOLUME €25,00

I numeri arretrati pubblicati dal 1970 e quelli della Nuova Serie (dal n. 53 del 1996) possono essere richiesti attraverso il sito <http://www.rivistapsicologianalitica.it/>



"Per la sua estensione universale, la psiche collettiva, che è ancora così accessibile al bambino piccolo, percepisce non soltanto il retroterra inconscio dei genitori, ma in una dimensione ancora più ampia il bene e il male abissali dell'anima umana. La psiche inconscia del bambino ha un'ampiezza pressoché sconfinata ed è di età incalcolabile. A padre e madre va tutta la dovuta considerazione... ma dietro la nostalgia di tornare bambini o dietro i sogni d'angoscia del bambino si cela qualcosa di più delle gioie della culla o di un'educazione sbagliata"

C.G. Jung, *Lo sviluppo della personalità.*

€ 20,00

EAN 978-88-340-1783-8



9 788834 017838