

A.S.N.E.A.
Scuola di specializzazione in
psicoterapia psicoanalitica dell'infanzia e dell'adolescenza

“LA DIPENDENZA”
TESINA DEL TERZO ANNO DI CORSO
2008-2009

CANDIDATO:
DOTT.SA Erica Gilardini

SUPERVISORE:
PROF.SA Alessandra Zanelli

Le teorie legate al rapporto genitore-infante riguardano entrambi i componenti della coppia poiché, come dice Winnicott, “dove c'è un infante c'è anche l'assistenza materna e, senza quest'ultima, non ci sarebbe un infante”.

Per quanto riguarda l'infante, le teorie winnicottiane riguardano l'itinerario di questi dall'assoluta dipendenza, attraverso una dipendenza relativa, fino all'indipendenza e, parallelamente, l'itinerario dal principio del piacere al principio di realtà e dall'autoerotismo alle relazioni oggettuali.

L'altra metà della teoria del rapporto genitore-infante riguarda le cure materne, ovvero le qualità e le modificazioni della madre che rispondono all'evolversi dei bisogni specifici dell'infante al quale essa si rivolge.

Considerando la prima fase di questo rapporto, ovvero la fase del “sostenere” o, come dice Winnicott, “holding”, si può affermare che nella fase della “dipendenza assoluta” (fino ai sei mesi), l'infante non ha nessuna nozione delle cure materne e si trova nella situazione di trarre profitto o di subire danni da esse, senza avere la capacità di giudicarne l'importanza. È totalmente dipendente dalla figura materna che deve adattarsi ai processi maturativi dell'infante e costituire un ambiente favorevole per lui. Winnicott definisce questa particolare situazione “apprensione materna primaria”, che indica che la madre è dedita alle cure del bambino in modo tale da garantirgli la continuità dell'esistere e preservarlo da eventuali “urti”. I processi di identificazione tra madre e bambino costituiscono uno sviluppo significativo della sua crescita.

Differentemente, nella fase della “dipendenza relativa” (dai sei mesi ai due anni), l'infante può diventare consapevole di aver bisogno delle cure materne e può associare il bisogno alla pulsione personale. Fa parte della dote della madre la capacità di fornire un de-adattamento graduato e calibrato in base alla rapidità degli sviluppi dell'infante. Quando la madre resta lontana per un tempo superiore a quello durante il quale il bambino è capace di continuare a credere alla sua sopravvivenza compare l'ansia, e questo è il primo segno che il bambino sa di quanto la madre sia necessaria.

Infine, nella fase “verso l'indipendenza”, l'infante sviluppa i mezzi per fare a meno delle cure reali, poiché ne conserva i ricordi, proietta i bisogni personali e introietta i vari aspetti delle cure, con lo sviluppo di un senso di fiducia nell'ambiente, oltre che delle capacità intellettuali. Diventa gradualmente in grado di affrontare il mondo e tutte le sue complessità, come la realtà sociale della scuola.

Pensando ai primi due passaggi, mi viene in mente M., un bambino di 3 mesi giunto in osservazione insieme al fratello maggiore di 4 anni. Il loro rapporto è dominato da un'intensa rabbia, sfogata da quest'ultimo con un'evidente aggressività, agita con calci e spinte contro il piccolo.

La loro madre, presente durante l'osservazione, ha sempre cercato di preservare M. dagli urti esterni provocati dal fratello più grande, prendendolo tempestivamente in braccio e sottraendolo così ai vari attacchi. Essa sembra aver cercato di costituire per il piccolo un ambiente sufficientemente buono che lo tuteli e, attraverso l'innata apprensione materna primaria, lotta contro l'aggressività agita del primo figlio cercando anticipatamente di contenerla.

M., dal suo punto di vista, non è consapevole di questi processi e si adatta all'ambiente, esprimendo i suoi bisogni col pianto e attivando la madre ad agire, grazie a processi identificatori. Questo è un esempio di modalità di relazione presente nella fase di “dipendenza assoluta”.

Nella relazione con me, M. controtransferalmente mi fa sentire col pianto il bisogno di essere accudito e ciò mi spingerebbe ad intervenire a scopo protettivo, come in effetti fa la figura materna.

M., valutato a distanza di circa un anno, quindi giunto all'età di circa un anno e mezzo, è ora consapevole dell'importanza della figura materna poiché, lasciato solo in presenza del fratello maggiore, nel momento in cui quest'ultimo si avvicina anche con buoni propositi, si lascia andare ad un pianto profondo, che fa sentire l'angoscia della separazione ed attiva la madre a prenderlo in braccio.

Osservandolo è quasi percepibile l'intenzionalità nel chiamare la figura materna, poiché consapevole di averne bisogno. È questo il cambiamento importante simbolico del passaggio alla fase di “dipendenza relativa”.

Se pensiamo alla prima fase dell'holding e alla psicopatologia, un fenomeno ad essa relativo è l' “occultamento del nucleo della personalità”.

Si potrebbe dire che il “Sè centrale”, in senso winnicottiano, è una potenzialità ereditata di sentire la continuità dell'esistenza e di acquisire una realtà psichica e uno schema corporeo personali. Sembra necessario concepire l'isolamento di questo sé centrale come una caratteristica dello stato di salute, mentre ogni minaccia a questo isolamento del vero sé costituisce una grossa angoscia e le difese sembrano legate ai fallimenti delle cure materne

nello stornare gli urti che potrebbero disturbarlo.

L'Io dell'infante può inglobare questi urti nell'area della propria onnipotenza o reagire occultando il sé centrale e organizzando un falso sé; viceversa, se gli urti colpiscono il nucleo centrale dell'Io, difensivamente si sviluppa l'angoscia psicotica.

Quindi, se in condizioni ambientali favorevoli, il bambino stabilisce una continuità dell'esistenza e sviluppa la capacità di risolvere gli urti nell'area dell'onnipotenza, in condizioni ambientali sfavorevoli e non supportive il bambino reagisce con conseguente annientamento dell'essere personale, verso uno sviluppo psicotico della personalità.

Secondo quest'ultima possibilità, mi viene in mente J., una bambina di 10 anni, con tratti psicotici. J. è stata a stretto contatto solo con la madre fino all'età di 7 anni, adattandosi alla sua personalità e al suo stile di vita che ha comportato numerosi trasferimenti da una paese straniero all'altro e frequenti relazioni con uomini di diverso genere. J. ha quindi cambiato numerose scuole, ha investito affettivamente su ipotetici sostituti della figura paterna e su altrettante figure femminili che la madre le proponeva come baby-sitter.

La situazione era inoltre fonte di seri dubbi su possibili abusi sessuali subiti dalla bambina e da lei descritti.

Tutto ciò mi rimanda alla mancanza di “apprensione materna primaria”, la cui conseguenza è stata l'incapacità di fornire alla bambina un ambiente sufficientemente favorevole.

J. non ha così potuto evitare che gli urti ambientali colpissero il nucleo centrale dell'Io e lo strutturarsi di una personalità a tratti psicotica.

L'annientamento dell'essere e la disintegrazione della sua personalità si riversano controtransferalmente in me quando sento di non riuscire a “tenere insieme” i suoi pensieri bizzarri e quanto vivo l'impossibilità di presentarle una realtà sana a fronte di una delirante realtà psichica personale.

Come si possono definire allora queste condizioni ambientale favorevoli o “ambiente sufficientemente buono”?

L' “holding” implica il rispondere ai bisogni fisiologici dell'infante, fornire risposte attendibili ed empatiche, tener conto della sensibilità dell'infante (visiva, uditiva, temperatura, tatto) e della sua mancanza della nozione dell'esistenza di qualcosa oltre al sé, comprende tutta la serie di cure e le piccole modificazioni che avvengono giorno per giorno

nel bambino grazie ad esse.

Comprende soprattutto il tenere in braccio fisicamente il bambino e le madri che non ne sono capaci producono in lui un senso di insicurezza e un pianto disperato.

Più in generale, l'insuccesso in tutte queste provvidenze ambientali, non fornendo un sostegno all'Io, può permettere facilmente la tendenza alla psicosi, come prima descritto.

Il passo successivo, dal punto di vista dell'infante, è l'acquisizione di quella capacità di trasmettere alla madre un segnale che la guidi a rispondere ai suoi bisogni. Ciò è possibile se l'infante percepisce la madre separata da sé.

Qui si possono aggiungere le parole di Freud: "l'infante allucina l'appagamento dei propri bisogni interiori; rivela il proprio malessere per stimoli troppo forti e per il mancato soddisfacimento mediante la scarica motoria dell'urlare e del dimenarsi e sopra di ciò attua il soddisfacimento che ha allucinato".

Nel caso la madre risponda immediatamente al bisogno del bambino, anticipando le sue richieste e non permettendogli di manifestarle, si comporta come se il bambino fosse ancora in simbiosi con lei, non gli permette di vivere e tollerare la frustrazione e di esprimere il gesto creativo, il pianto e al protesta.

E allora al bambino non resta che la possibilità di rimanere in questo stato di perenne simbiosi o di inscenare un rifiuto totale della madre, anche se apparentemente buona.

A., un adolescente di 22 anni, nell'ambito del counselling, mi raccontava come sua madre sia sempre stata "ai miei piedi...non facevo in tempo a chiedere una cosa che subito avevo la pappa pronta". Il ragazzo non ha potuto quindi né sperimentare la normale frustrazione del bisogno né, tanto meno, osare chiedere, poiché tutto era sempre e immediatamente a sua disposizione, come il seno buono per il neonato. Un periodo di totale "illusione", direbbe Winnicott. È così vissuto in questo stato di simbiosi, senza apparenti difficoltà, fino a quando la ragazza tanto idealizzata, sulla quale aveva investito come se fosse la madre, ha interrotto la loro relazione, diventando l'oggetto-seno cattivo sul quale riversare forti vissuti aggressivi e depressivi. Nella relazione con me, il lasciargli tutto il tempo per parlare, ascoltandolo con dedizione e lasciandogli la possibilità di occupare in tal modo il setting di tutto il suo sé, mi fa pensare di essermi sostituita alla madre buona sempre "ai suoi piedi", fornendogli un setting con funzione di holding. Viceversa, limitando temporalmente il setting in occasione della fine del colloquio, non

concedendogli altro tempo per proseguire e per riempire l'altro di sé, è come se mi fossi trasformata nell'oggetto cattivo da attaccare e colpevolizzare. Una "disillusione" arrivata bruscamente poiché non facente parte delle modalità di relazione interiorizzate.

Quindi la regressione alla dipendenza nel setting psicoanalitico può permettere un riavvio dei processi maturativi e dei rapporti oggettuali interni arrestati o congelati, mentre l'holding, in questa situazione, può essere descritto come il provvedere alla continuità spazio-tempo.

Se, per vari motivi, questa continuità in una situazione reale viene interrotta dall'insuccesso delle cure materne, la reazione per il bambino sarà un indebolimento dell'Io.

E' allora necessario considerare il piccolo come un essere immaturo che è sempre sull'orlo di un' "impensabile angoscia", come dice Winnicott, provocata dall'incapacità della madre di mettersi al posto del bambino identificandosi con lui, di sapere di quali cure abbia bisogno e di svolgere, come direbbe Freud, la funzione di guardiano della "barriera fisiologica contro gli stimoli" esterni, agendo come Io ausiliario.

L'angoscia impensabile, costituisce la materia prima delle angosce psicotiche e viene descritta come l'andare in pezzi, il cadere per sempre, l'essere senza alcuna relazione con il corpo, l'essere senza orientamento.

Sono state anche evidenziate le distorsioni dell'organizzazione dell'Io e la difesa specifica costituita dall'auto-sostenersi, o come direbbe Winnicott "self-holding", ovvero dallo sviluppo di un sé custode e dall'organizzazione di un aspetto della personalità che risulta falso, poiché non deriva dall'individuo ma dall'aspetto assistenziale materno.

L'angoscia impensabile la si può osservare, ad esempio, nella sfera della patologia autistica. Di seguito, descrivo il caso di un bambino autistico partendo dalla considerazione che questi bambini hanno una forte tendenza alla fusione con il loro oggetto, facilmente riconoscibile con "atti tipo il rintanarsi" nell'oggetto, come dice Meltzer.

A., ha 8 anni.

Spesso prende la mia mano per compiere delle manipolazioni, come colorare o facendomi eseguire dei manierismi come se le mie mani fossero al posto delle sue. Sembra impiegare l'oggetto di "traslazione materno" come estensione del sé per l'adempimento delle funzioni dell'Io.

Questi comportamenti si verificano anche con oggetti concreti, come ad esempio i

giochi, trasmettendomi la sensazione di una mancata differenza tra l'essere dentro e l'essere fuori dell'oggetto. A. passa velocemente dall'uso della sensorialità olfattiva dell'oggetto a me, non percependone le differenze, come se fossimo la stessa cosa, come se venisse mantenuta "l'illusione dell'unione primaria", secondo la Tustin. Questi "oggetti autistici" sono utilizzati allo scopo di evitare la consapevolezza catastrofica del "not-me", poiché la precoce consapevolezza di essere separati è ancora intollerabile e sentita come la perdita di parti del proprio corpo, sempre secondo l'autrice.

Questo tipo di comportamento sembra possibile se si considera l'intrusività insistente di questi bambini nei riguardi dell'oggetto materno ed il modo in cui la loro primitiva sensualità permette loro di passare facilmente da oggetti animati a oggetti inanimati in modo simile al sorgere dell'oggetto di transizione di Winnicott.

Meltzer sostiene che questi bambini, nei primi mesi di vita, siano stati esposti ad un enorme grado di preoccupazione da parte della madre e abbiano ricevuto quel tipo di attenzione "dentro da un orecchio, fuori dall'altro", venendo così a mancare la funzione di barriera contro gli stimoli esterni, citata prima.

La conseguenza è che la forte possessività di questi bambini li rende inclini a provare il possesso assoluto di un oggetto che non può essere posseduto, ricco di qualità superficiali ma privo di sostanza. Ciò porta ad un'inadeguata funzione di contenimento, sotto la tensione dell'angoscia. Ecco allora la funzione di "self-holding" di Winnicott.

Le prime volte che A. entrava nella stanza sembrava quasi non vedermi, come se io fossi per lui inesistente. Sembra quasi che questa apparente "sordità" nei miei confronti rispecchi il ritiro effettuato nei confronti della madre, come conseguenza della sua incapacità di holding.

C'è da chiedersi allora quale sia la relazione di questo tipo di dipendenza con il controllo onnipotente o possessività sugli oggetti.

Secondo Meltzer, nello stato autistico il tipo di dipendenza che si nota è molto simile a quella del bambino appena nato, poiché egli dipende dall'oggetto sia per le cure che per le funzioni dell'Io.

Ciò implica un legame narcisistico che non solo prolunga il corpo del bambino in quello più capace dell'oggetto, ma ne prolunga anche la mente stessa. Una sorta di "identificazione adesiva", secondo le teorie della Bick.

Lo stato autistico tende ad essere provocato da un bombardamento di dati sensoriali di contro ad un equipaggiamento inadeguato e a un mancato raggiungimento della dipendenza.

Quando osservo A. in un contesto sovraccaricato di stimoli sensoriali, in particolare quelli uditivi, sui quali né io né lui possiamo esercitare un controllo, il bambino reagisce con una forte angoscia, urlando, strappandosi i capelli, mordendosi il pugno della mano, lasciando andare la saliva. Sembra smarrito, è incontenibile se lasciato a se stesso come il bambino di pochi mesi che piange chiamando la mamma quando sente lo stimolo della fame; viceversa, se sostenuto, in termini winnicottiani, si calma lentamente, come se la mia mente e il mio corpo, in questo caso sotto forma di abbraccio, fungessero da contenitore del suo sé, in termini di Bion, in quel momento “bombardato da un eccesso di stimoli sensoriali”, come dice Meltzer, che da solo non è in grado di gestire e che lo portano ad uno stato di “impensabile angoscia”.

C'è anche da chiedersi se questa funzione di contenimento possa essere paragonata alla “rêverie” materna di Bion intesa come processo in cui la madre prende dentro di sé la parte disturbata del bambino, la spoglia dalla disperazione e poi gliela restituisce.

Tendendo conto però di una totale mancanza di dipendenza in questi bambini, come spiegato prima, sembra quasi che abbiano bisogno che la madre prenda dentro di sé tutto il bambino intero e non solo una sua parte.

Quando A. strilla, urla, butta fuori tutta la sua angoscia, mi fa sentire invasa totalmente dal suo dolore, come se liberandosene in questo modo, l'angoscia fluisse come un'onda sonora dentro di me, in modo da poter sentire esattamente ciò che vive il bambino.

Si potrebbe anche sostenere che prendendo dentro di me l'elevata stimolazione sensoriale che il bambino mi trasmette, di conseguenza potrei svolgere per lui la funzione “ammortizzatrice”, descritta dalla Tustin.

E, sempre considerando le teorie dell'autrice, diverrei il “bottone-capezzolo”, cioè l'oggetto d'amore simbiotico che permette la continuazione corporea tra il bambino e ciò che è fuori di lui, sottraendolo al panico della separazione.

Tornando allo sviluppo dell'Io sano si può allora concludere affermando come sia caratterizzato da varie tendenze, descritte nelle teorie winnicottiane: la principale è colta dai vari significati della parola “integrazione”; la seconda è legata alla “personalizzazione”,

ovvero la persona del bambino comincia a legarsi al corpo e alle funzioni corporee e la cute diventa la membrana limitante; nella terza, l'Io inizia la “relazione oggettuale”, cioè il bambino sente le gratificazioni istintuali solo nella misura in cui c'è partecipazione dell'Io, quindi si tratta di permettergli di trovare l'oggetto e di venire a patti con esso.

Questi tre fenomeni di crescita dell'Io corrispondono ai tre aspetti dell'assistenza al bambino, ovvero al tenere in braccio (presi finora in considerazione), al manipolare e alla presentazione dell'oggetto.

Il “tenere in braccio” permette la continuità dell'esistenza ovvero l'integrazione, cioè l'unità: prima viene “l'Io”, poi “l'Io sono, Io esisto, Io ho un'interazione col mondo reale”, poi “sono visto e capito come esistente da qualcuno”, e infine “sono riconosciuto come un essere”.

Ovvero, l'introiezione della madre permette lo sviluppo della capacità di stare da soli, sostenuta da un Io integrato. L'opposto dell'integrazione va designato con il termine “inintegrazione”: rilassarsi per un infante significa non sentire il bisogno di integrarsi, essendo data per scontata la funzione di sostegno dell'Io svolta dalla madre. Il termine “disintegrazione” descrive invece un'elaborata difesa che consiste in una produzione attiva di caos come difesa contro la inintegrazione in assenza di sostegno materno dell'Io, cioè contro l'angoscia impensabile che deriva dal fallimento del sostegno nello stadio della dipendenza assoluta. È qui che rientra la patologia autistica.

Il “manipolare” (handling) coincide con l'istituirsi di una relazione psicosomatica, cioè “la pelle diventa il confine tra il me e il non-me e la psiche è venuta a vivere nel soma...è il sentimento che si ha della propria persona nel proprio corpo”, come dice Winnicott.

Infine, la “presentazione dell'oggetto” avviene in modo tale che sia il bambino a creare l'oggetto, ovvero quando l'infante presenta una vaga attesa che sottintende un bisogno, la madre gli presenta un oggetto che corrisponde alle sue esigenze e il bambino comincia ad aver bisogno proprio di quello che la madre gli presenta e ad aver fiducia di poter creare gli oggetti, l' “oggetto soggettivo” di Winnicott; se la madre concede al bambino questo breve periodo di onnipotenza, questa è la preconditione che fa di un soddisfacente allattamento al seno un'esperienza sana dell'Io e che rappresenta il passaggio dallo stato di simbiosi con la madre alla separazione da lei, o al rapporto con lei in quanto persona separata e non-me.

La fase che comprende l' “illusione” e la “disillusione” in cui il bambino sperimenta l'onnipotenza e la rinuncia dell'onnipotenza, è la fase in cui la natura dell'oggetto con cui egli comunica cambia da oggetto “soggettivamente percepito” ad oggetto “oggettivamente

percepito”, ossia l'oggetto “non-me che ha la proprietà di essere stato sempre là dove si trova”.

A., il bambino autistico descritto prima, mi fa sentire come si sia in qualche modo bloccato alla prima di queste tre fasi. A. non è in grado di “stare da solo” poiché non ha un Io sufficientemente integrato e dipende totalmente dall'oggetto esterno che si prende cura di lui. Come il bambino di pochi mesi, A. non ha raggiunto il controllo sfinterico: si bagna, trasmettendomi la sensazione di non accorgersi e non chiede di essere cambiato, ma affida queste funzioni primarie all'oggetto.

Stando con lui, non percepisco da parte sua l'esistenza di un confine tra il me e il non-me: quando A. passa dal mettersi il dito in bocca al mettere il suo dita in bocca a me, mi fa sentire come non vi sia tra noi una “membrana limitante”.

A volte, quando gli parlo, rimandandogli sensazioni o pensieri che mi trasmette, sembra non ascoltare, come se la parola fosse un elemento terzo che ci separa, che separa la mente dal corpo, e lui da me.

Nella patologia autistica, come nel caso di questo bambino, viene quindi a mancare una struttura interna, un Io sano. Questa carenza viene compensata dall' “illusione di una capsula esterna dura”, in termini della Tustin, che li intrappola nel loro autismo, con la perdita conseguente della capacità di entrare in relazione con gli altri, ovvero di raggiungere la terza fase delle “relazioni oggettuali”, in senso winnicottiano, appena accennata in questo scritto.

BIBLIOGRAFIA

ARMELLINI M., “La relazione genitore-infante”, *Discussione intorno ai lavori pre-pubblicati di D.W.Winnicott e P. Greenacre al 22° Congresso dell'I.P.A., Edimburgo, 1961.*

BONACCORSI M.T. (1983), “Catamnesi critica dell'approccio all'autismo infantile”, *Giorn. Neurops. Età Evolutiva, III, 4, 1983.*

CAVENAGLI R., DE LA PIERRE L., LUCIANI L., PIZZI E. (2007), “*Storie autistiche e altre storie*”, Edizione Borla.

GIANNAKOULAS A., ARMELLINI M., FABOZZI P. (2000), “*Il sé tra clinica e teoria. La tradizione winnicottiana*”, Edizione Borla.

KANNER L. (1943), “Autismo infantile precoce”.

MELTZER D. (1977), “*Esplorazioni sull'autismo. Studio psicoanalitico*”, Edizione Boringhieri.

POZZI M.E. (2005), “L'uso dell'osservazione nel trattamento psicoanalitico di un ragazzo di 12 anni con Sindrome d'Asperger”.

TUSTIN F. (1990), “*Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*”, Edizione Borla.

WINNICOTT D.W. (2007), “*Sviluppo affettivo e ambiente*”, Armando Editore.

WINNICOTT D.W., (2006), “*Gioco e realtà*”, Armando Editore.