

Un conflitto psichico materno all'inizio dello svezzamento

Stefano Golasmici

Psicoterapeuta di formazione psicoanalitica

Viene offerto lo scorcio di una psicoterapia psicoanalitica con una madre di un bimbo di circa sei mesi che presenta una lieve anoressia del secondo trimestre. L'infante rifiuta il cibo offertogli dalla madre che, preoccupata e angosciata, finisce per innescare una escalation di reciproci rifiuti e incomprensioni. Il lavoro terapeutico gradualmente porta la donna a comprendere come l'inizio dello svezzamento abbia suscitato in lei una profonda ambivalenza affettiva correlata al conflitto dipendenza-indipendenza connesso all'esperienza della maternità.

A cross-section of a psychoanalytic psychotherapy is described with a mother of a six months old child with slight anorexia. The infant refuses the food offered to him by his mother who, worried and distressed, ends up triggering an escalation of mutual misunderstandings. Therapeutic work gradually leads the woman to understand how the beginning of weaning has activated in her a deep affective ambivalence connected to the dependency-independence conflict elicited by the experience of motherhood.

Introduzione

Si tratta della ricostruzione¹ di una psicoterapia analitica a due sedute settimanali (ormai conclusa), richiesta per sentimenti di inadeguatezza che una donna viveva nell'ambito della propria attività imprenditoriale. L'avvento della maternità riaccendeva nella paziente alcuni timori legati al desiderio di realizzarsi come donna, come moglie, come professionista, come madre. Si potrebbe sintetizzare la problematica portata in psicoterapia in quel periodo con questo interrogativo: come integrare questi scenari in una persona che sentiva di essere inadeguata?

Prima di proseguire sono però necessarie due specificazioni. Come anticipato, la paziente non aveva chiesto aiuto in seguito alla gravidanza e alla maternità: questa è una evenienza successiva, accaduta in corso di psicoterapia e che ha portato la donna ad attraversare alcuni momenti di disagio nel rapporto col proprio bambino. In secondo luogo, occorre tenere in considerazione la specificità della comunicazione psicoterapeutica: ogni riferimento si basa unicamente sul dialogo terapeutico con la paziente ed è pertanto sempre funzionale alla ricostruzione che si svolge durante una psicoterapia analitica.

Una reciproca ostilità?

Durante una seduta, la paziente riferiva di sentirsi angosciata e arrabbiata per ciò che le accadeva nel rapporto col figlio. Una situazione che oltretutto intensificava il senso di colpa e lo sconforto, poiché simili sentimenti provocavano la sensazione

di non essere una buona madre: lo spettro della inadeguatezza si riaffacciava dunque nelle sembianze dell'essere madre.

L'atteggiamento materno, che nei primi mesi era sostanzialmente apparso in sintonia con i bisogni del neonato, iniziava a modificarsi verso la fine del sesto mese: la paziente lamentava di non riuscire a capire quale comportamento tenere, provando insoddisfazione nell'adattarsi alle fisiologiche necessità di cura e accudimento del bambino.

Questa comunicazione avviava un periodo di lavoro terapeutico focalizzato a ricostruire gli scenari che la paziente viveva nel rapporto col figlio affinché si potessero comprendere quegli aspetti emotivi che la condizionavano.

In questo frangente, la paziente comunicava un clima progressivamente dominato dall'ostinatezza con cui il figlio sembrava rifiutare il cibo che la madre offriva. Il rapporto che la paziente intratteneva col suo bambino appariva contrassegnato da tensioni e insoddisfazioni soprattutto al momento dei pasti: sembrava che il figlio rifiutasse le prime pappe e persino di attaccarsi al seno, iniziando a protestare in un modo che la paziente sentiva incomprensibile.

Questo rapporto portava la donna a sentirsi irritata nei suoi confronti: presa dallo scrupolo di non dovere "cedere" all'ostinazione del figlio, come se una sua maggiore comprensione, vicinanza o dedizione fosse un modo per "viziarlo" già da così piccolo, l'atteggiamento materno oscillava tra una forzosa sollecitazione (affinché si riat-

taccasse al seno o mangiasse qualche pappetta) e una piccata distanza, facendolo attendere e non concedendosi subito al momento del bisogno come invece accadeva in precedenza.

Anoressia del secondo trimestre e pediatra entrano in scena

Questo clima di tensioni perdurava da qualche settimana, quando la donna giunse in psicoterapia portando alcune preoccupazioni circa la salute del figlio. Questo era un aspetto piuttosto significativo, poiché in passato la paziente aveva invece lamentato preoccupazioni circa la propria condizione di salute. Talora aveva indulgiato in fantasie che la opprimevano, pur giudicandole inutili, inopportune o non realistiche: per esempio, un mal di testa veniva fantasticato come massa tumorale cerebrale. Con l'avvento della maternità queste preoccupazioni venivano proiettate nel figlio, per il quale sapeva di ricorrere frequentemente all'aiuto del pediatra per trovare rassicurazioni, oltre che per opportune cure quando necessarie.

All'interno di questo scenario, faceva comparsa l'idea di "anoressia del secondo trimestre" [1], cui la paziente era giunta consultando la rete: aveva letto di questo inquadramento diagnostico (che indica perlopiù una difficoltà transitoria nel periodo dello svezzamento) e, oltre a riferirlo in seduta, ne aveva parlato col pediatra, poiché sembrava calzare con quanto stava accadendo nel rapporto col suo bambino.

Come è possibile immaginare, non è noto cosa paziente e pediatra si siano detti in quella consultazione. Tuttavia, ai fini del lavoro psicoterapeutico, l'implicazione affettiva che la paziente riportava attorno a questa categoria era rilevante, venendo da lei sintetizzata nell'idea che il suo bambino "perdeva peso" a causa del rapporto difficoltoso che si era venuto a creare tra di loro. Nella realtà è ipotizzabile che il pediatra abbia trasmesso interesse per questa situazione, visto che la paziente si sentiva rassicurata dalla sua consultazione. Per altro verso, è probabile che la paziente possa allora aver distorto il rapporto e la comunicazione col medico, portandosi verso una spirale equivoca impregnata di ambivalen-

za affettiva. Infatti, da una parte, la paziente riferiva come il medico non avesse rilevato segni di una particolare sofferenza nel bambino e che la situazione poteva risolversi per il meglio con qualche accorgimento comportamentale, come per esempio farsi aiutare dal marito o da qualche altro familiare nel momento dei pasti. D'altra parte, l'espressione "anoressia" aveva finito per dominare i pensieri della donna, sollecitando scenari catastrofici e contrassegnati dal senso di colpa.

Tuttavia questa preoccupazione incontrava una significativa diminuzione appena la paziente si accorgeva che, seguendo le semplici indicazioni comportamentali suggerite, il figlio riprendeva ad alimentarsi. A questo punto però, seppure lo spettro di una "anoressia del secondo trimestre" poteva essere abbandonato, la paziente faceva la dolorosa esperienza che il bambino riusciva a essere più tranquillo con la nonna materna e col padre, mentre la sua presenza diventava fonte di turbamento.

Se da una parte la paziente si sentiva sollevata perché il figlio riprendeva ad alimentarsi, per altro verso questa esperienza introduceva in modo ancora più pregnante l'ambivalenza affettiva che viveva nel rapporto col bambino. Un'ambivalenza dalla quale cercava di difendersi con razionalizzazioni e negazioni: riprendendo a mangiare, la paziente si sentiva più sollevata fantasticando che la crescita del figlio procedesse finalmente senza complicazioni. Questa fantasia portava la paziente a immaginare il figlio "più grande" e perciò meno bisognoso della sua presenza, indulgendo in pensieri sulla ripresa della propria carriera professionale sospesa in seguito alla maternità. Parimenti, questo stesso pensiero portava la paziente a sentirsi inadeguata perché temeva di non capire di cosa il figlio avesse bisogno.

Alcune considerazioni psicodinamiche

Le osservazioni che seguono si riferiscono a un segmento peculiare della psicoterapia e si focalizzano su qualche aspetto dell'atteggiamento materno, tralasciando completamente altre vicende che pure potrebbero essere utili per una migliore comprensione dei sentimenti della paziente.

In ogni caso sembra che la tensione che si era venuta a generare nel rapporto tra la paziente e il suo bambino esponesse la coppia al rischio di distorsioni nell'attaccamento [2,3]. Per come la paziente riferiva in seduta, si poteva dedurre un costante travaso di sentimenti tra madre e figlio: il rifiuto del figlio rifletteva il rifiuto della madre, e viceversa. Era presente un gioco di proiezioni e identificazioni che finiva per alterare il rapporto, anziché nutrirlo

come base di possibili comprensioni e sintonizzazioni.

Durante la psicoterapia, questo rapporto insoddisfacente poteva essere correlato con due aree dell'esperienza affettiva della paziente.

La prima riguardava la pluralità dei significati emotivi relativi all'introduzione dei primi alimenti. Lo svezzamento si poneva come snodo affettivo anche per la madre, che si trovava a vivere conflitti che potevano essere compresi lungo l'asse dipendenza-indipendenza. Le prime pappe erano fantasticate dalla madre come "corpi estranei" che si frapponevano tra lei e il figlio: si trattava di un evento che perturbava il loro rapporto idilliaco, contrassegnato da profondi scambi affettivi reciproci e regressivi a cui la paziente era giunta dopo l'iniziale perplessità relativa alla gravidanza. Ora che, finalmente, aveva potuto vivere la qualità profonda del contatto col proprio figlio, riuscendo a provare piacere nell'identificarsi e rispondere alle sue richieste [4], aveva la sensazione o l'oscura percezione che l'introduzione di un elemento estraneo, come le pappe, rompesse bruscamente l'illusione dell'essere tutt'uno con lui. La spontanea crescita del bambino si scontrava con la necessità della madre di permanere in una condizione di regressiva dipendenza dal figlio, vissuto come catalizzatore di un'esperienza affettiva che agli inizi della gravidanza aveva temuto.

Si potrebbe dire che, nel rifiutare il cibo, il bambino si difendeva da un'angoscia della madre che, per motivi legati alla sua esperienza, non era ancora in grado di "digerire" quelle nuove pappe che rappresentavano una modificazione del rapporto in una direzione meno regressiva.

Questo contesto di rapporti, tuttavia, accendeva simultaneamente un altro scenario fantasmatico, complementare a quello precedente. Sostenere l'oscillazione di spinte evolutive e regressive attivava nella paziente la fantasia di una persistente dipendenza del figlio dalla sua persona, portando la paziente a sentirsi ingabbiata in un rapporto irrisolvibile: il desiderio di forzare in modo imperioso l'alimentazione con le pappe era anche un modo per accelerare i tempi della crescita e negare la dipendenza. L'introduzione forzosa del cibo poteva essere visto come un tentativo di difendersi dallo spettro del sentirsi consumata dal bambino: la madre rifiutava il bambino perché, a un livello più consapevole, impediva l'accesso a una realizzazione professionale, ma più oscuramente rappresentava una voragine che la impoveriva nella sua spinta vitale.

È in questo frangente che entrava in scena la prospettiva della realizzazione di sé

come persona e come professionista. La fantasia che il bambino potesse avere meno bisogno di lei era una questione che la paziente utilizzava per cercare di ripristinare una rappresentazione di sé "ante-partum": una modalità con la quale desiderava (oscuramente e non senza sentimenti di colpa) annullare la presenza del figlio perché percepito come potenziale ostacolo. Con una metafora, si potrebbe dire che il figlio rappresentava per la paziente un "boccone amaro", a tratti vissuto come intralcio alla realizzazione di sé come donna e professionista.

La seconda area, strettamente connessa con la prima, aveva a che vedere con l'attivazione nella relazione terapeutica di quei sentimenti ambivalenti e insoddisfacenti che la paziente aveva vissuto nel rapporto con la propria madre. Si potevano tradurre le preoccupazioni e le fantasie della paziente con questi interrogativi: "sono come mia madre nel prendermi cura del mio bambino? Sono abbastanza attenta e premurosa? Oppure sono fredda e in balia dei miei desideri di realizzazione professionale?". In modo complementare, queste domande erano inconsapevolmente rivolte al terapeuta e probabilmente anche al pediatra: "siete freddi e distanti come sentivo essere mia madre, oppure siete capaci di occuparvi di me?". Peraltro, comunicare in psicoterapia una diagnosi trovata in rete e, comunque, espressiva del pensiero di un neuropsichiatra infantile e psicoanalista francese rappresentava il suo desiderio di chiedere al proprio terapeuta: "Sono spaventata e forse sono grave: te ne intendi?". Anche la preoccupazione relativa all'anoressia del secondo trimestre poteva allora essere compresa come un fantasma che aveva diverse contaminazioni ed era in relazione al suo sentirsi bambina e figlia, nell'essere donna e moglie, nell'essere madre e imprenditrice nei rapporti con la propria madre e col proprio figlio, nel contatto col pediatra e nell'esperienza col terapeuta. Più in specifico, l'anoressia del secondo trimestre si trasformava in un'immagine che veicolava l'insoddisfazione verso un terapeuta sentito freddo e distante come esito della proiezione di qualche aspetto della rappresentazione del legame materno: una forma di insoddisfazione, di opposizione, di rifiuto e di ostilità si riproponeva nella relazione di transfert.

L'azione psicoterapeutica era quindi volta a sostenere la trasformazione dell'esperienza materna, che nella paziente era coagulata attorno agli affetti insoddisfacenti provenienti dall'interiorizzazione del legame che aveva sperimentato con la propria madre. La possibilità di vivere (rivivere e risentire) un simile scenario, consentiva al-

la paziente di osservare alcuni aspetti della propria storia affettiva, avendo la possibilità di riconoscerli, contestualizzarli e liberare il campo per una rinnovata attenzione verso il bambino.

Conclusioni

Lo scorcio di questa psicoterapia può offrire spunti di riflessione sulla qualità della dinamica affettiva del periodo perinatale, caratterizzato da una pluralità di cambiamenti e da rimaneggiamenti inerenti al sentimento di identità del genitore e che l'esplorazione psicoanalitica può rendere più visibili e comprensibili.

Il processo che comporta il divenire genitore implica la movimentazione di aspetti emotivo-affettivi correlati all'esperienza dell'essere stati a propria volta figli dei propri genitori: inevitabilmente, l'esperienza di essere genitore attinge a quella che ciascuna persona ha potuto vivere da infante, da bambino, da ragazzo e poi da adulto nel rapporto col proprio genitore.

Si può dire che l'identificazione col genitore è il motore affettivo che guida la possibilità di divenire a propria volta genitore. Se però queste identificazioni (necessarie, perché rappresentano una parte di quei "mattoni" che contribuiscono allo sviluppo del senso di sé) sono ingombranti, occlusive, contrassegnate da esperienze insoddisfacenti, costellate da condizioni traumatiche o impregnate di una conflittualità che il soggetto non è ancora riuscito a risolvere, allora è probabile che intralcino inconsa-

pevolmente anche l'esperienza di cura del proprio bambino.

È in questo senso che alcuni autori parlano di assetto psichico "trasparente" [5,6]. Vale a dire che fin dall'inizio della gravidanza e durante l'esperienza della maternità, il genitore accede a uno stato emotivo che gli consente un maggior contatto con quegli aspetti infantili di sé. Si potrebbe dire che la vita fantasmatica appare più accessibile in conseguenza di una maggiore fluidità delle difese, consentendo l'emersione di alcuni aspetti emotivi latenti o rimossi in grado di influenzare l'identificazione del genitore col bambino [7]. In altre parole, le rappresentazioni affettive connesse ai legami parentali che il soggetto ha conservato nel corso del suo sviluppo influenzano (e a volte condizionano e distorcono) la modalità con cui egli vive oggi l'essere genitore.

Questi aspetti costituiscono le radici emotivo-affettive dei diversi scenari della genitorialità, territorio su cui talora si possono svolgere i molteplici teatri di una conflittualità, che può bloccare o alterare lo sviluppo psichico [2, 8]. Il periodo perinatale può quindi essere compreso come compito di sviluppo, che comporta sia un'opportunità di crescita sia un rischio evolutivo: spesso si traduce in una rinnovata dimensione dell'identità, capace di accogliere i bisogni evolutivi dell'infante e sostenere le richieste di attaccamento. Altre volte, invece, può sollecitare la riedizione di aspetti conflittuali irrisolti e latenti, incidendo sia

nell'organizzazione della personalità del genitore che sulla qualità del rapporto col bambino.

✉ stefano.golasmici@gmail.com

¹ La narrazione del caso è modificata in modo da preservare la riservatezza e non permettere il riconoscimento, benché consenta al lettore una sufficiente identificazione per la comprensione della problematica.

1. Marcelli D. Psicopatologia del bambino (2009). Masson Elsevier, 2013.
2. Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. Scenari della genitorialità (1999). Raffaello Cortina Editore, 2001.
3. Knauer D, Palacio Espasa F. Difficoltà evolutive e crescita psicologia (2010). Raffaello Cortina Editore, 2012.
4. Winnicott DW. La preoccupazione materna primaria (1956). In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, 1975, pp. 357-63.
5. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. Études freudiennes 1991;32: 135-42.
6. Missonier S. La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita (2003). Raffaello Cortina Editore, 2005.
7. Nanzer N, Palacio Espasa F. I mali della genitorialità. In: Nanzer N (a cura di). Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità (2012). Raffaello Cortina Editore, 2016, pp. 19-29.
8. Nanzer N. La PCP durante il pre-parto e il post-partum e nei casi di depressione perinatale. In: Nanzer N (a cura di). Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità (2012). Raffaello Cortina Editore, 2016, pp. 91-105.



Tubercolosi latente: con la rifampicina, migliore aderenza al trattamento?

Dieci milioni di nuovi casi di tubercolosi (TB) ogni anno di cui 1 milione in bambini, 1 persona su 4 con infezione latente e il 10% di questi svilupperà la malattia. Sono questi i dati epidemiologici mondiali da cui discende la raccomandazione dell'OMS a una stretta sorveglianza dei contatti pediatrici e a un rigoroso trattamento delle infezioni latenti con isoniazide per un periodo di almeno 6-9 mesi. Da sempre l'aderenza delle famiglie a un trattamento così prolungato ha rappresentato un problema di sanità pubblica oltre che individuale e alcuni autori canadesi hanno cercato di capire se un trattamento breve (4 mesi) con rifampicina potesse essere più vantaggioso rispetto alla classica terapia di 9 mesi con isoniazide (Diallo T. NEJM 2018;379:454-63). Già nell'adulto alcuni studi avevano confermato l'ipotesi. La ricerca ha coinvolto, in quattro continenti, oltre 800 bambini di età inferiore a 18 anni con un disegno randomizzato di non-inferiorità e in aperto. Obiettivo principale era valutare la frequenza degli eventi avversi che avrebbero costretto alla sospensione del trattamento e, secondariamente, l'aderenza, gli effetti collaterali e l'evoluzione verso la malattia tubercolare nell'arco di 16 mesi. L'aderenza al trattamento è stata significativamente inferiore con l'isoniazide rispetto alla rifampicina di oltre 13 punti percentuali, in assenza di rilevanti effetti avversi con entrambi i farmaci. Due bambini del gruppo isoniazide sono evoluti verso una forma attiva. Il regime "breve" con rifampicina sembra effettivamente esporre a un minore rischio di sospensione precoce del trattamento con un profilo di sicurezza analogo a quello dell'isoniazide. Non è ancora possibile dare un giudizio definitivo sull'efficacia clinica di questo schema terapeutico, ma vero è che nessun caso di evoluzione verso la TB acuta si è verificato nel gruppo rifampicina. Anche se nella pratica clinica utilizziamo forse più frequentemente lo schema con isoniazide a 6 mesi, l'alternativa della rifampicina per un periodo ancora più breve può tornare utile nei casi nei quali la compliance appaia particolarmente problematica.

Enrico Valletta