(2008).L'Annata Psicoanaltica Internazionale,4():109-128

**L'impatto delle parole su bambini affetti da ADHD e DAMP. Conseguenze per la tecnica psicoanalitica\*\***

Björn Salomonsson

I bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione accompagnato da iperattività (ADHD) e da disturbo di attenzione, controllo motorio e percezione (DAMP) sono spesso turbati dagli interventi dell'analista. Ciò non è sempre dovuto al contenuto letterale dell'intervento: i bambini reagiscono a volte come se le parole fossero pericolosi oggetti concreti da cui difendersi fisicamente. L'autore attribuisce questo fenomeno a un'instabile situazione interiore del bambino. Un oggetto cattivo e incapace di contenere viene facilmente evocato dall'interpretazione e minaccia di espellere le parole dell'analista indipendentemente dal loro contenuto. Ciò determina situazioni cliniche violente. La infant research e il lavoro psicoanalitico con i bambini e le rispettive madri ha consentito di evincere un complesso processo semiotico che si sviluppa fra madre e figlio. Perché questo processo possa emergere e dispiegarsi occorre la presenza di un oggetto esterno stabile che viene gradualmente interiorizzato. Per illustrare il lavoro analitico con bambini affetti da ADHP e da DAMP l'autore si rifà alle scoperte della infant research e del lavoro clinico con i bambini. Alcuni frammenti clinici dimostrano quanto sia importante che l'analista formuli le sue interpretazioni dopo aver valutato lo stato dell'oggetto interno dell'analizzando nonché il proprio controtransfert. Se ciò viene trascurato, il dialogo analitico può facilmente interrompersi. L'autore fornisce alcune raccomandazioni tecniche per l'analisi di questi bambini. Nell'ambito della discussione teorica viene posta la domanda della classificazione delle rappresentazioni che il neonato forma nell'interazione con la madre, e l'analizzando con l'analista. A una loro suddivisione binaria in presentazione di cosa e presentazione di parola (Freud), l'autore preferisce la triplice classificazione semiotica proposta da C.S. Pierce, secondo la quale il neonato forma rappresentazioni di icone, indici e simboli.

Keywords: deficit dell'attenzione accompagnato da iperattività, ADHD, disturbo dell'attenzione, controllo motorio e percezione, DAMP, cura psicoanalitica del lattante e della madre.

In un precedente articolo (Salomonsson, 2004) ho proposto la psicoanalisi come un'alternativa importante, accanto a interventi pedagogici e farmacologici che potrebbero rendersi necessari, per affrontare la sindrome da deficit di attenzione accompagnato da iperattività (ADHD) e quella da disturbo di attenzione, controllo motorio e percezione (DAMP), categoria diagnostica impiegata soprattutto nei paesi scandinavi (Gillberg, 1996). In parole povere, il DAMP comprende l'ADHD ma prevede anche dei disturbi motori o percettivi. Entrambe rientrano tra le sindromi neuropsichiatriche.

\*Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Child and Adolescent Psychiatric Unit, SE-171 76 Stockholm, Sweden-bjorn.salomonsson@ki.se

\*\*Tradotto da: Salomonsson, B. (2006), The Impact of Words on Children with ADHD and DAMP: Consequences for psychoanalytic technique. Int. J. Psycho-Anal., 87: 1029-1047.)

109

Da una prospettiva psicoanalitica si tratta probabilmente di diagnosi che non presentano una maggiore specificità rispetto ad altre diagnosi psichiatriche; in altri termini il mondo interno dei bambini affetti da queste sindromi può apparire molto diverso. L'argomentazione che propongo per una discussione psicoanalitica è fondamentalmente di ordine pragmatico. Come analisti, infatti, ci vengono affidati in cura dei bambini con queste diagnosi, e ritengo che la psicoanalisi li possa aiutare a dare voce ai loro vissuti e ad essere ciò che sono1. Essa offre setting tranquillizzante adatto a contenere le angosce all'interno della relazione transferale-controtransferale. La capacità del bambino di verbalizzare che cosa succede dentro di lui, capacità che può svilupparsi notevolmente durante l'analisi, gli consentirà di tollerare le angosce e gli affetti depressivi scatenati dal comportamento impulsivo e dalla mancanza di attenzione, causa di profondo disagio per il bambino nelle sue interazioni con l'ambiente.

La psicoanalisi o una psicoterapia intensiva può rivelarsi necessaria e utile nella cura di questi bambini (Carney, 2002; Gilmore, 2000; Levin, 2002; Orford, 1998; Palombo, 2001; Schaff, 2001; Widener, 1998). È importante tenere presente i correlati biologici di questi disturbi (Barkeley, 1998; Levin, 2002), ma l'analista al lavoro non può assumere una posizione basandosi sull'eziologia definita dalle scienze naturali. Egli non potrà che considerare i sintomi del bambino affetto da ADHD e DAMP come tutti gli altri sintomi presenti nella stanza di analisi, che sono l'espressione dei conflitti interni e delle modalità con cui il bambino vi risponde. L'impulsività e la mancanza di attenzione possono formularsi come una patologia dell'Io (Gilmore, 2002) e/o come una relazione disturbata con un oggetto interno contenitivo (Salomonsson, 2004). Indipendentemente dalla cornice teorica psicoanalitica di riferimento, l'analista dovrebbe adottare l'assetto mentale psicoanalitico e conservare la regolarità nel setting accanto a un atteggiamento contenitivo ottimale.

Tuttavia nella situazione clinica questo obiettivo spesso si sgretola. Questo articolo nasce da situazioni problematiche con dei bambini affetti da ADHD/DAMP in cura psicoanalitica e psicoterapeutica. Farò specifico riferimento alla loro particolare sensibilità rispetto agli interventi verbali. Dalle loro reazioni violente ad alcuni interventi, che consideravo benevolenti e innocui, ho intuito che detestavano le mie parole. Ciò ha determinato dei seri problemi in ambito controtransferale. Al tempo stesso, però, le loro difficoltà dinanzi alle mie parole scaturivano soprattutto quando non ero cosciente dei miei sentimenti di irritazione o umiliazione. Una volta comprese le difficoltà dei bambini rispetto ai miei interventi verbali e riconosciuto il rapporto esistente con il controtransfert, ho potuto aiutarli a fare miglior uso delle mie interpretazioni.

Naturalmente, in qualsiasi psicoanalisi si possono respingere le interpretazioni. Gli analizzandi hanno molti motivi per non accogliere il contenuto di un'interpretazione. Con questi bambini, però, ho avuto modo di rilevare una reazione precisa. Il bambino respinge non soltanto la portata dell'intervento verbale ma le parole stesse in quanto oggetti concreti scagliati contro di lui, poiché sperimenta come fisico il dolore psichico causato dalle parole. Perciò deve espellerle tempestivamente e con violenza, come se fronteggiasse una minaccia fisica. Una simile evacuazione ha delle gravi conseguenze.

1In tutto l'articolo utilizzerò il pronome personale maschile per indicare il bambino, dal momento che i pazienti affetti da queste sindromi sono più spesso dei maschi.

110

Lottando, urlando e tappandosi le orecchie, il bambino sbarra alle parole ogni accesso nella sua mente. Il linguaggio si deteriora fino a diventare un borbottio inintelleggibile e il gioco simbolico si trasforma in violenza. In una situazione simile considerare il linguaggio e il gioco come mediatori del mondo interno del bambino perde di pregnanza, anzi diventano modalità di evacuazione dell'angoscia. Avvalendomi di esempi clinici e proponendo una griglia teorica a suffragio della mia ipotesi, intendo dimostrare come la simbolizzazione e la verbalizzazione dipendano da un oggetto di contenimento interno — e proporrò un resoconto delle conseguenze tecniche del mio modello.

Un esempio clinico: Martin

Martin ha 5 anni quando inizia l'analisi (vedi Salmonsson, 1998). Gli è stato diagnosticato un DAMP grave2, e alla scuola materna hanno difficoltà a gestire la sua violenza. Ripercorrendo la sua prima infanzia, i genitori ritengono che Martin sia diventato più esigente e arrabbiato intorno ai 3 o 4 mesi. È stato allattato al seno fino al sesto mese. I genitori hanno notato le prime tendenze violente quando il bambino aveva 1 anno e aveva aggredito la madre. Non hanno idea di che cosa abbia scatenato questo cambiamento comportamentale clamoroso. Oggi Martin è un bambino solo, senza amici, la cui rabbia e violenza sembrano «scaturire subdolamente in lui». Di passaggio, i genitori accennano ai suoi incubi sui leoni.

Nel primo colloquio analitico Martin gioca con una volpe e un panda. Il panda ha degli incubi. Deve essere protetto da fantasmi minacciosi e la volpe gli offre protezione, ma è molto inaffidabile. Infatti divora il panda addormentato e poi mangia tutto il suo cibo. Il panda non ha amici tranne la volpe, dice Martin. Ho la sensazione che la volpe sia un oggetto interno infido e amico in cui alberga la rabbia orale di Martin ivi proiettata e occultata. Verso un simile nemico Martin non conosce altro linguaggio che quello della volpe: dare dei rapidi e scaltri morsi ad ogni oggetto esterno che, in quel momento, costituisce una minaccia. Già durante il primo colloquio Martin gioca animatamente, ma il materiale che affiora è misterioso.

Nell'analisi che segue, a quattro sedute la settimana, la violenza viene scatenata da molti elementi, tra cui la sua invidia verso i miei figli e gli altri miei pazienti fantasticati. Un altro fattore scatenante è il senso di colpevolezza scaturita nei primi scontri che ha avuto con me. Le sue aggressioni gli suscitano un senso di colpa primitiva che egli respinge con rinnovate aggressioni. Si crea così un circolo vizioso. Qualsiasi cenno a un calo della sua autostima, per esempio quando suggerisco che non si sente a suo agio con me o con i suoi pari, scatena fieri scontri. Dall'orizzonte di Martin, invece, la sua violenza appare come una reazione legittima alle mie interpretazioni, in quanto esse esprimono la mia violenza. Per illustrare quanto diversamente può reagire ai miei interventi, presento due frammenti clinici.

2Nella maggior parte dei Paesi oggi si utilizzerebbe la diagnosi di ADHD grave. Aggiungo tale notazione per consentire al lettore che non ha dimestichezza con la diagnosi di DAMP di farsi un'idea delle condizioni di Martin.

111

Primo frammento clinico

Al secondo anno di analisi, Martin, che ormai ha 7 anni, in una seduta esordisce affermando di volermi operare. Poi mi mostra con orgoglio un serpente di stoffa verde che ha realizzato a scuola. Parliamo di come abbia creato e conservato una cosa bella e del fatto che abbia portato la sua opera in seduta per mostrarmela. Nel frattempo penso tra me e me che un'operazione chirurgica può essere sì un'attività curativa, ma anche sadica. Guardando il serpente provo dei sentimenti di tenerezza dinanzi agli sforzi del bambino di resistere al proprio sadismo e di creare oggetti belli e durevoli. Queste considerazioni mi inducono a formulare un'interpretazione secondo la quale egli desidera condurre un'operazione su di me e guarirmi. Non appena la esplicito, però, mi sento a disagio e mi sfuggono i motivi che animano il suo desiderio di operarmi. Rammento allora che il giorno precedente ha operato un armadio e lo ha danneggiato, sicché chioso il mio intervento aggiungendo che forse ci sono delle cose che vorrebbe accomodare, l'armadio per esempio. Probabilmente, proseguo, avere fatto dei segni sull'armadio lo fa stare male ed egli è triste perché si è reso conto che non è possibile risistemare la superficie dell'armadio.

Con questa interpretazione è mia intenzione riconoscere il suo orgoglio per il serpente e il suo amore nei miei confronti, ma anche il suo sentimento di colpa e il desiderio di riparare me e le mie cose. Formulo questa interpretazione partendo dal presupposto che Martin sia consapevole che comprendo e accolgo ciò che mi ha fatto, sia le azioni amorevoli che quelle odiose. Le sue reazioni invece segnalano un'opinione nei miei confronti del tutto diversa e denunciano l'ingenuità delle mie ipotesi. Egli infatti parte in quarta.

P: Ah! Adesso lascio attorcigliare il mio boa intorno al tuo collo! Ti ucciderà!

Si agita, e quando gli comunico di comprendere la sua rabbia verso di me, egli respinge sprezzantemente le mie parole e tenta di frustarmi con il serpente. La situazione diventa sgradevole, ripongo il serpente fuori dalla sua portata per proteggerlo.

P: Tu tormenti gli animali! Non sai che il serpente ha paura di stare in alto!?

Ogni mio tentativo di contatto verbale incontra gesti di spregio con il capo e Martin urla: «Piantala, chiudi il becco, sai solo parlare, blabla! Sei un moccioso».

Secondo frammento clinico

Questo frammento clinico proviene da una seduta sei mesi dopo. Arrivo con un minuto di ritardo e Martin aspetta con il tassista fuori dal mio studio. Sono allarmato quando lo scorgo davanti alla porta. Conosco la sua grande sensibilità all'abbandono, e mi interrogo su che cosa accadrà ora. Il bambino inizia subito a urlare contro di me.

112

P: Sei in ritardo! Il tassista ha meglio da fare. Testa di cavolo! Bastardo! Ti sai appena cacato addosso! Tu che fotti la tua signora! Non fare il gentile con lei! Domani morirai tre volte se non rispondi alla mia domanda: posso andare nella stanza degli adulti e prendere tutti i fogli che voglio? Rispondimi!

La «stanza degli adulti» è accanto alla stanza dove lavoriamo. Già altre volte ha alluso al fatto che i pazienti che vi hanno accesso devono essere dei bambini più tranquilli di lui. Lo guardo, un piccolo boss impotente dinanzi all'analista-sentinella. Nel controtransfert riconosco e simpatizzo ciò che lo spaventa veramente: si sente impotente perché non riesce a sopportare la benché minima frustrazione. Mi rilasso e gli dico: «Sto pensando a quello che hai detto, quanto sei arrabbiato con me perché sono in ritardo e quale severa punizione riceverò. È un mondo difficile. Tu hai combinato molti guai, e forse ti chiedi che punizione subirai».

Accoglie il mio commento sul fatto che non sono soltanto io ma anche lui a compiere degli errori — e che questo merita compassione anziché la pena capitale. Sono stato condannato a morte, ma in realtà egli teme la propria condanna. Martin si tranquillizza. Segue un gioco. Lui è un ladro che mi raggira facendomi partecipare a un programma televisivo dove mi verrano offerti dei biscotti. In verità non ne riceverò affatto! Evidentemente, tormentarmi come forma di rappresaglia per come si era sentito equivaleva al mio averlo tormentato quando era stato costretto ad aspettare davanti alla porta sbarrata.

In seguito gli domando:

A: Hai smesso di attaccar briga un po’ di tempo fa. Come mai?

P: C'è stato il bip-bip! [è così che indica un segnale interno che talvolta lo avverte quando sente incombere la rabbia e la riottosità].

Riprende a giocare. Devo parlare con il ladro, che in realtà non vuole litigare, anche se il suo capo gli ha ordinato di attaccar briga perché gli altri lo canzonano. Questa relazione all'insegna della derisione mi rievoca i suoi racconti scolastici, quando Martin non sa mai chi gli è davvero amico e chi finge di esserlo soltanto per dileggiarlo. Ora che associo la rissa e gli epiteti ingiuriosi contro di me ai sentimenti provati a scuola quando i suoi compagni lo provocano, il mio intervento nasce da un vertice controtransferale di compassione e ludicità.

A: Prima mi hai dato della testa di cavolo e del bastardo. È così che ti hanno chiamato i tuoi compagni di scuola. Mi hai raccontato che adesso a scuola a volte senti il bip-bip e riesci a trattenerti e non azzuffarti, anche se i tuoi compagni ti canzonano. Ora hai sentito il bipbip per non accapigliarti con me.

P: Mmm… Il tuo cuore è pieno di cancro. Io sono un dottore. Non sono sicuro di poterti salvare; in realtà lavoro con i bambini. Be', magari andrà tutto bene!

A: Prima volevi uccidermi, adesso vuoi salvare il mio cuore… Forse vuoi anche salvare il tuo cuore. Potresti chiederti se diventerai mai quel bambino dal buon cuore che desideri tanto essere?

113

P: Sì, lo penso…

A: D'accordo; abbiamo finito.

P: E posso andarmene senza bisticciare. Ho curato il tuo cuore — e il mio essere litigioso!

Commenti sui due frammenti clinici

Nella prima sequenza clinica, qualcosa è andato storto. Ho interpretato i sentimenti amorevoli-riparatori (operarmi) e di orgoglio (il serpente), ma mi sono spinto oltre. Ho infatti accennato al suo desiderio di riparare il danno all'armadio risalente al giorno prima. Questo ha destato ricordi intrisi di sensi di colpa che nessuna interpretazione successiva ha potuto mitigare. La sua reazione comunicava avversione non soltanto per quanto dicevo ma anche rispetto al fatto stesso che parlassi. Le mie parole sono divenute ciancichio, mero bla bla.

Nella seconda sequenza clinica, non mi sono rivolto direttamente alla sua rabbia per il mio ritardo, comunicandogli invece quanto fosse penoso vivere in un mondo in cui si è condannati a morte se si è in ritardo. Martin ha accolto la mia interpretazione, come lo dimostra il gioco successivo, rivelando un mondo interno crudele in cui le vittime sono raggirate da un ladro astuto che viene imbrogliato da un capo maligno. Quando poi ha parlato di sé come cardiologo, ho interpretato il suo commento come un interrogativo sulla possibilità che il suo «cuore», la sua natura violenta fosse curabile. Adesso poteva prendersi a cuore non solo il dolore suggerito dalla mia interpretazione ma anche la mia compassione per lui.

I commenti sul controtransfert segnalano come il mio equilibrio interno oscilli tra apprensione e risentimento e sentimenti di tenerezza e compassione. Quanto più l'ago della bilancia è a favore di questi ultimi, tanto più agevolmente Martin può giovarsi delle mie interpretazioni. Nella prima sequenza presentata la mia compassione era stata intaccata dal risentimento per il danno all'armadio. La modalità da me adottata di andare incontro a Martin esemplifica un «momento di disgiunzione… quando il bambino non viene più compreso dal terapeuta» (Palombo, 2001, p. 276).

Sono molte le ragioni delle alterazioni dell'equilibrio interno dell'analista. Spesso Martin riesce a trasformare la comprensione altrui in risentimento e umiliazione. Il suo modo di accogliere le mie parole era intimamente legato al mio sentire in quel momento. Tuttavia la mia tesi non è dissertare sul controtransfert bensì esaminare in che modo cambiava il punto di vista di Martin rispetto alle mie parole, trasformandole da latrici di messaggi simbolici in missili che trasportavano le mie cattive intenzioni. Questo fenomeno rispecchiava, in parallelo, la mia interpretazione variabile delle sue parole. Giunsi a comprendere che il significato pertinente del «bla bla», che Martin mi aveva letteralmente sputato addosso, costituiva l'atto grezzo dello sputo, il suo odore e sapore sgradevoli, il viso distorto che articolava male le parole — e il suo odio verso di me. Evidentemente il livello di simbolizzazone era mutato. Le sue parole in quel momento erano «missili scagliati contro gli altri in funzione dell'espressione di aggressività, insulto o rifiuto» (Walsh, 1968, p. 200).

114

Rappresentazioni della cosa e rappresentazioni della parola

Se riuscissimo a comprendere meglio sul piano teorico perché, con dei pazienti come Martin, il processo di simbolizzazione d'un tratto si detoriora, capiremmo come gestire simili situazioni cliniche tanto nocive. Perché ciò sia possibile dobbiamo anzitutto individuare un modello di simbolizzazione e verbalizzazione utilizzabile. Prenderò le mosse dall'esposizione freudiana delle presentazioni di cosa e di parola, per poi affrontare alcuni limiti di tale modello e introdurrne uno alternativo basato sulla semiotica peirciana.

Ne L'inconscio Freud afferma che la differenza tra la presentazione conscia e quella inconscia consiste nel fatto che: «la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della parola corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta» (1915, p. 85). Nel nostro inconscio i fenomeni esistono esclusivamente come rappresentazioni della cosa prive di nome. Quando si collegano alle rappresentazioni della parola entrano nel Prec e siamo allora in grado di pensarle. Come viene vissuto affettivamente questo movimento in seduta? La risposta è diversa a seconda dello stato interno di Martin in quel momento e della relazione tra il suo stato interno e il mio controtransfert. Talvolta, come illustrato nella prima sequenza clinica, al momento dell'interpretazione collegare la rappresentazione della parola e quella della cosa è talmente penoso per il paziente che la rappresentazione della cosa sprofonda nell'innominatezza impensabile, mentre la rappresentazione della parola va persa o esplode in parole incomprensibili e barbugliate.

Un'altra ragione, per cui un'interpretazione non può descrivere se non in modo insufficiente la realtà psichica sottostante, ha a che vedere con la differenza qualitativa tra appresentazione della cosa e rappresentazione della parola. La rappresentazione dell'oggetto [cosa] è un «complesso di associazioni formate dalla massima varietà di rappresentazioni visive, acustiche, tattili, cinestetiche e di altra natura. (…) Viene dunque considerato non chiuso e quasi che non si può chiudere» (Freud, 1915). La rappresentazione della parola, d'altro canto, è un complesso chiuso in cui è soprattutto il suono-immagine della parola a collegarsi con la rappresentazione della cosa. Perciò la rapppresentazione della parola non può mai rendere il pieno significato della rappresentazione della cosa. Le nostre interpretazioni non possono che rivelare provvisoriamente l'inconscio dell'analizzando. Martin però non viveva le mie interpretazioni come formulazioni provvisorie bensì come dichiarazioni rozze e assordanti. Di che cosa avrebbe avuto bisogno per esperirle come sforzi di traduzione e non attacchi? Come ipotesi propongo la necessità della presenza di un oggetto contenitivo interno per alleviare la sofferenza causata dall'interpretazione.

Dapprima cercherò un modo di descrivere il processo semiotico in fieri tra analista e analizzando. Il modello freudiano afferma che rappresentiamo inconsciamente la cosa ineffabile oppure colleghiamo ad essa una parola e cominciamo a rappresentarla consciamente. Un modello rappresentazionale più diversificato potrebbe rendere conto delle varietà delle rappresentazioni e delle sfumature del dialogo analitico. Esso avrà delle ripercussioni anche sulle situazioni cliniche con i bambini come Martin.

115

Problematicità del concetto di rappresentazione della cosa e rappresentazione della parola

Il concetto di rappresentazione della cosa e rappresentazione della parola è indispensabile alla definizione freudiana di rimozione.

A questo punto siamo anche in grado di indicare con precisione cos'è che la rimozione ricusa nelle nevrosi di traslazione alla rappresentazione respinta: le ricusa la traduzione in parole destinate a restare congiunte all'oggetto (1915, p. 85).

Questa definizione comporta due tipi di rappresentazione. Una è il linguaggio «originale», la rappresentazione rimossa, l'altra è un linguaggio estraneo all'inconscio, cioè la rappresentazione della parola della pulsione. Un simile modello spiega la storia del cuore nella seconda sequenza clinica presentata. Martin sembra inconsapevole che le affermazioni «Il tuo cuore è ammalato di cancro. Io sono un dottore. Non sono certo di poterti salvare» esprimono il suo amore, il suo odio e la sua identificazione con me, perché i suoi impulsi sono rimossi e non tradotti. Ma quando rabbiosamente mi dà del «bastardo» e mi urla «ti sei appena cacato addosso», con quante rappresentazioni devo fare i conti? Egli intende dire che ho commesso un incesto, oppure che ho defecato? O, ancora, che sono ripugnante come qualcuno che si comporta così? È l'incesto oppure sono le feci? Oppure è il significato del suo viso deforme quando mi ringhia contro, o i suoni che emette quando inveisce? Probabilmente la risposta a tutti questi interrogativi è affermativa; siamo cioè dinanzi a una serie di rappresentazioni e non a delle rappresentazioni della cosa o della parola.

Anche l’infant research (Beebe e Lachmann, 2002; Fonagy et al., 2002; Muller, 1996) e il lavoro psicoanalitico con infanti e madri (Norman, 2001, 2004) cimentano la dicotomia freudiana. Le rappresentazioni del bambino si costruiscono secondo una serie di espressioni non riconducibili alle rappresentazioni reciprocamente escludentesi della cosa e della parola. Norman indica una differenza tra aspetti lessicali e non lessicali delle parole: «L'aspetto non lessicale è il linguaggio affettivo espresso nella gestualità, nell'espressione facciale, nella musica della voce e nel linguaggio corporeo» (2001, p. 84). Il significato non lessicale comprende una gamma di rappresentazioni che il solo concetto di rappresentazione della cosa non coglie.

Nella dicotomia freudiana si pone un altro problema se consideriamo che le rappresentazioni dell'infante sono rappresentazioni della cosa non lessicali — nondimeno esse sono consce. Le rappresentazioni della cosa sono inconsce per definizione, ma la risposta specifica dell'infante all'ambiente, per esempio alla madre, dimostra che il piccolo ha delle rappresentazioni consce della madre e della loro interazione. Le sue rappresentazioni sono consce e non lessicali, il che è incoerente con la cornice teorica freudiana (vedi Maze e Henry, 1996).

116

Il processo semiotico — madre e bambino, analista e analizzando

L'infant research dimostra le capacità di discriminazione del bambino (per una rassegna vedi Beebe e Lachmann, 2002). Il bambino vaglia le proprie registrazioni, che sono sature di significati emotivi. Per esempio, gli esperimenti del volto immobile di Tronick e colleghi (Tronick et al., 1978; Tronick e Cohn, 1989) segnalano le intense reazioni affettive del bambino alle sue registrazioni differenziate del volto materno rispettivamente immobile e in movimento. Suggerisco di designare come segni queste registrazioni, secondo l'accezione impiegata da C.S. Peirce:

Un segno è una cosa che serve a veicolare la conoscenza di un'altra cosa, che si dice stia per o rappresenti. Questa cosa si chiama l'oggetto del segno; l'idea nella mente che il segno suscita, che è un segno mentale dello stesso oggetto, si chiama un interpretante del segno (1998, p. 13)

La ricerca e il lavoro clinico con gli infanti indicano che i bambini creano dei segni di situazioni emotivamente significative, essi cioè le esprimono. Che cosa caratterizza questi segni e come si sviluppano? Muller (1996) suggerisce che la madre e il neonato interagiscono in uno sviluppo semiotico. Iniziano con un rispecchiamento reciproco, faccia a faccia, voce a voce. Il piccolo forma delle rappresentazioni di icone, ossia di immagini emotive basate sull'imitazione: «La mamma corruga la fronte — io corrugo la fronte». Poi esse diventano indici, avvertiti come impulsi di energia o stimoli: «La mamma corruga la fronte; prova un sentimento nei miei confronti. Reagisco, provo un sentimento e rispondo». Infine madre e bambino partecipano a uno scambio di simboli culturalmente accettati, cioè di parole. «La mamma corruga la fronte e dice che non mi sono comportato bene. Le rispondo balbettando».

L'icona, l'indice e il simbolo sono termini mutuati da Peirce. Le icone «comunicano le idee delle cose che rappresentano semplicemente imitandole» (Peirce, 1998, p. 5); un indice «costringe la mente ad occuparsi di quell'oggetto» (p. 14); infine i simboli «sono stati associati ai loro significati per l'uso. Si tratta soprattutto di parole e frasi» (p. 5). Questa terminologia è più diversificata rispetto alla comune dicotomia simbolosegno, giacché copre l'intero spettro di significati, dalla semplice immagine che evoca l'attività mentale a un simbolo complesso. Qualsiasi segno può essere interpretato su tutti e tre i livelli di significato. L'accigliarsi del volto materno potrebbe essere vissuto come un'icona della sua vessazione e come un indice che impone al bambino di determinare un cambiamento nella mamma in modo da potersi rilassare. Quando poi il bambino lo esperisce come simbolo, potrebbe nascere un dialogo con la mamma.

Quando indico a Martin il suo desiderio di operarmi, egli probabilmente percepisce la mia comunicazione principalmente sul livello iconico e su quello dell'indice. L'aspetto del mio volto gli risulta minaccioso e vuole sbarazzarsene, oltre che vivere le mie parole come un indice all'interno di una rapporto di potere, come ingiunzione a non danneggiarmi. È dunque inutile discutere con lui il significato simbolico, cioè lessicale, delle mie interpretazioni. In queste situazioni è meglio che mi occupi di come dico le cose e di che aspetto ho. Per esempio, una volta Martin è andato in panico perché indossavo una giacca a tinta unita. Molto tempo dopo mi raccontò che aveva pensato

117

che, in quella occasione, il mio aspetto fosse «severo». La giacca aveva creato un indice terrorizzante nella mente di Martin.

Il modello di Muller spiega i segni vieppiù complessi che affiorano nella mente del bambino. Il requisito indispensabile è che non esiste un oggetto disponibile che lo assiste nel passare ai gradini superiori della scala semiotica. Dapprima questo oggetto è esterno, ma viene costantemente interiorizzato. Un neonato ascolta le parole confortanti della madre: «Che cosa c'è che non va, tesoro, hai paura di qualcosa?». Il bambino si rilassa perché capisce il messaggio materno come icona o indice con una sua portata emotiva — e comprende che proviene da un oggetto contenitivo che egli può interiorizzare. Nella situazione clinica analizzando e analista ricalcano le tappe di questo sviluppo. È possibile allora per l'analista utilizzare il modello ai fini di valutare su quale livello semiotico l'analizzando lo comprende. Questi considera principalmente la comunicazione dell'analista in forma simbolica oppure in forme più primitive? Evidentemente si tratta di interrogativi da valutare sempre.

Molto prima che le diagnosi di ADHD e DAMP fossero formulate, gli analisti erano consapevoli del fatto che i bambini «trovano molto difficile prestare ascolto ai loro sentimenti o parlarne, e le parole che suscitano un affetto penoso solitamente vengono immediatamente respinte» (Chused, 1996, p. 1049). Era chiaro che i bambini sono diversi tra loro rispetto alla capacità di comprendere ciò che allora si designava comunicazione simbolica. Charlotte Balkányi (1964) rilevò una peculiarità dello sviluppo normale: il bambino deverbalizza prima di poter verbalizzare, egli cioè comprende le parole prima di parlare. Questo mette i bambini in difficoltà quando si trovano a fronteggiare un trauma. Essi infatti lo vivono, ma non possono verbalizzarlo e neppure pensarlo: «In assenza della verbalizzazione preconscia non esiste ancora un apparato per pensare — nessuno strumento — per legare l'energia» (p. 68). Martin corrisponde a questa descrizione, condizione che lo porta in «conflitto con l'ambiente, cosicché egli svilupperà dei timori eccessivi rispetto all'ambiente oppure dei sentimenti di colpa troppo precoci» (Katan, 1961, p. 186).

Gli analisti infantili hanno parlato di sintomi simili all'ADHD molto prima che nascesse questa diagnosi, per esempio, Kay Tooley che ha descritto «i bambini orientati all'azione proni al comportamento violento» (1974, p. 341), illustrando bene il deterioramento del funzionamento dell'Io. Tuttavia, a mio avviso, i modelli della psicologia dell'Io non affrontano sufficientemente il modo in cui l'analista diventa un oggetto interno cattivo che spinge il bambino alla violenza e all'odio per le parole. Muller sottolinea che lo sviluppo semiotico avviene nell'interazione con un oggetto esterno. Occorre comprendere come tale oggetto funga da matrice per la formazione dell'oggetto interno. Si tratta di un passo necessario nella comprensione della complicata relazione del bambino analizzando con le parole e con l'oggetto che gliele fornisce, l'analista. Essendo questi continuamente influenzato dal controtransfert, la discussione su come il bambino accoglie le parole dell'analista deve incentrarsi anche sullo stato interno dell'analista.

118

Le parole dell'analista e l'oggetto interno

Rimando qui a un modello bioniano (1954, 1992) chiarito da Segal (1957) per rendere conto degli atteggiamenti di Martin rispetto alle mie parole. I due autori applicano il modello ai pazienti schizofrenici, pertanto devo illustrare l'impiego che ne faccio con Martin. I bambini affetti da ADHD e DAMP non presentano una struttura psicotica, non vivono in un mondo isolato dal significato idiomatico — e certo non si ritirano dai loro simili. Nondimeno, i meccanismi tramite i quali accolgono le interpretazioni e considerazioni possono definirsi psicotici, poiché consistono in identificazioni proiettive violente e in meccanismi di scissione. La realtà esterna viene equiparata a quella interna, e i confini tra Sé e oggetto sono cancellati. L'accesso d'ira di Martin che mi intima di fare la cacca è una identificazione proiettiva transitoria del suo caos interiore e dell'immagine che ha di sé, ma non la dimostrazione che la sua personalità abbia una struttura psicotica.

Secondo Bion, la capacità di formare simboli dipende: «a) dalla capacità di assimilare oggetti totali; b) dall'abbandono della posizione schizoparanoide, con la scissione relativa; c) dall'integrazione delle parti scisse e dall'instaurarsi della posizione depressiva» (1954, p. 50). «Il pensiero verbale migliora la consapevolezza della realtà psichica e, di conseguenza, della depressione legata al disgregamento e alla perdita degli oggetti buoni. Meglio riconosciuta inconsciamente risulta … la presenza dei persecutori interni» (p. 50). Le parole rivolte a Martin evocano in lui il suo mondo distruttivo, causano sofferenza depressiva e non c'è certo da sorprendersi che egli le detesti.

Bion sostiene che la capacità di formare simboli verbali è correlata all'entrata nella posizione depressiva. Quando però il pensiero verbale è «connesso alla catastrofe e ai dolori della depressione» (1954, p. 58) il paziente deve alleviare il proprio dolore, ricorrendo all'identificazione proiettiva dove scinde il dolore e lo «mette dentro l'analista» (p. 58). È quanto è successo alla mia interpretazione del desiderio di Martin di accomodare l'armadio. Egli l'ha trasformata in un missile portatore dei tratti indesiderati appartenenti a Martin che egli ha tentato di far penetrare in me in forma deteriorata («bla bla»).

Che cosa determina il destino di un'interpretazione? Bion afferma che dipende dallo stato dello spazio mentale di chi la riceve (1970, 1992); Segal la rinvia alla relazione tra contenitore e contenuto (1979, postscritto al suo articolo del 1957, p. 63). La comprensione da parte del bambino è facilitata se «il bambino ha avuto un'esperienza e la madre fornisce la parola o la frase che lega questa esperienza. Essa contiene, abbraccia ed esprime il significato. Gli fornisce un contenitore» (p. 63). Ma quando Martin mi dice rabbiosamente «cacca», l'oggetto contenitivo è stato sostituito da un oggetto cattivo, che urla: «Esci soffrendo!» e sputa invettive che rispecchiano l'opinione che Martin ha di sé in quel momento. È insensato proporre a Martin l'interpretazione: «Forse ti senti come un bambino caccone», perché manca un oggetto contenitivo per adattare una simile interpretazione.

Quando invece gli ho detto che comprendevo il suo dolore fisico, «che punizione severa… è un mondo difficile», le mie parole hanno raggiunto un oggetto interno buono. Si noti che «buono» non significa unicamente che l'oggetto ha delle buone intenzioni, ma anche che assiste il bambino nello sviluppare il pensiero e la comunicazione

119

simbolici. Lo sguardo di sorpresa di Martin dimostrava che l'oggetto buono era venuto alla ribalta.

In sintesi, quando offriamo al paziente una interpretazione psicoanalitica, essa genera dolore e suscita nell'analizzando la sensazione di descrivere in maniera insufficiente la realtà psichica soggiacente, giacché il «complesso compiuto» dell'interpretazione non può che limitarsi a suggerire la rete di rappresentazioni inconsce della cosa. L'elemento che mitiga il dolore e la frustrazione è l'oggetto interno buono. Esso consente al paziente di non essere travolto dal significato primitivo, ma di accogliere le parole dell'analista sul piano simbolico, in modo da potersi concentrare su ciò che l'analista dice e non tanto su come lo dice o che aspetto ha. La modalità del paziente di ricevere una comunicazione interpretativa è influenzata anche dalla consapevolezza del controtransfert che influenza il modo in cui l'analista si esprime nonché il suo aspetto. Apprestandomi a descrivere una tecnica psicoanalitica che permette al bambino di sperimentare l'analista come un rappresentante di un oggetto interno buono, mi preme sottolineare che la tecnica psicoanalitica comprende non soltanto l'azione verso l'esterno ma anche una riflessione su se stesso da parte dell'analista. Le mie raccomandazioni tecniche intendono ispirare l'analista a riflettere sulla situazione transferale e controtransferale.

Tecnica psicoanalitica nei disturbi neuropsichiatrici

Un bambino affetto da DHD e DAMP ha sperimentato sovente il volto accigliato degli altri in reazione a una sua condotta indisciplinata, e può temere che l'analista sia un'altra figura severa. Spesso questa sensibilità agli strati iconici e indicizzati sottesi al messaggio simbolico si spiega come conseguenza delle critiche del suo comportamento da parte degli adulti, tuttavia la ritengo una spiegazione superficiale. Il bambino è alla mercé di un introietto che entra facilmente in azione e respinge con veemenza ogni parola, sia essa emotiva o futile. Se l'oggetto interno è malvagio e intento a comprendere la comunicazione a livello iconico o indicizzato, indipendentemente da ciò che dice l'analista, il bambino si concentrerà su come l'analista parla, sul suo aspetto e su come sta. Se la tecnica psicoanalitica non considera la fragilità semiotica dei nostri pazienti, potremmo bruscamente scoprire che i nostri pazienti hanno reagito a una nostra interpretazione su un livello semiotico diverso da quello voluto. Ciò deteriora la situazione clinica e il bambino avrà l'impressione di essere perseguitato. Dobbiamo quindi valutare il contenuto e la modalità delle nostre interpretazioni nonché il momento in cui le esplicitiamo, ed essere consapevoli dei cambiamenti dell'oggetto interno del bambino in ogni istante.

Il setting

Analizzare dei bambini affetti da ADHD e DAMP è un compito delicato. È necessario incoraggiare ogni misura volta a rendere il setting analitico simile a una madre che contiene le angosce del bambino. Dato che la cornice psicoanalitica tradizionale presenta

120

di per sé una simile somiglianza (Quinodoz, 1992; Salomonsson, 1998), potremmo semplicemente suggerire di impostare come di consueto il trattamento analitico. Una frequenza elevata e una durata prestabilita delle sedute sono necessarie tanto quanto una situazione analitica tranquilla, prevedibile e caratterizzata da un ridotto livello di stimoli. Tale setting contribuisce a conservare saldamente una postura interpretativa e un punto di vista dinamico (Gilmore, 2000, p. 1274). Tuttavia non è facile mettere in pratica questo consiglio quando ci si trova a fronteggiare la violenza e gli insulti. C'è poi da considerare la fragilità semiotica del paziente. Occorre allora esaminare alcuni problemi specifici del setting nell'analisi di questi bambini.

La terapia farmacologica dell'ADHD desta molta preoccupazione tra i terapeuti. Dopo avere osservato gli effetti di alcuni farmaci moderni e specifici, credo che il rifiuto aprioristico dei farmaci significhi sacrificare il paziente sull'altare dell'ortodossia psicoanalitica. I farmaci non alterano la propensione del bambino a muoversi liberamente tra diversi livelli semiotici, ma talvolta lo aiutano a concentrarsi su questo tipo di problemi quando vengono affrontati in analisi o a scuola. Le decisioni sull'assunzione di farmaci esulano dal compito analitico (Salomonsson, 2004), e un analista che decide in materia farmacologica viola il quadro analitico. Il farmaco inevitabilmente assumerà dei significati di oggetto buono o cattivo, e se fosse l'analista a prescriverlo esso interferirebbe nella relazione transferale. Nel controtransfert l'analista potrebbe sentirsi disperato e desiderare: «Se solo questo bambino fosse in terapia farmacologica!». Penso che la principale reazione a una simile fantasia dovrebbe essere quella di esaminare attentamente che cosa, nel qui e ora della seduta, ha scatenato quei sentimenti controtransferali tanto possenti.

I fattori esterni incidono sulla situazione analitica, come dimostra la questione della terapia farmacologica. Le informazioni si insinuano nell'analisi e si ripercuotono sul transfert e sul controtransfert: «Spesso le informazioni extra analitiche complicano la comprensione psicoanalitica. Perciò qualsiasi materiale esterno ricevuto dovrebbe essere gestito con cautela, tanto più se in fase iniziale della cura, prima che si sia consolidato il processo psicoanalitico » (Salomonsson, 2004, p. 123). È faticoso restare immuni dalla pressione dei genitori, degli insegnanti e degli operatori. A volte l'analista deve incontrarsi con altri professionisti e spiegare l'importanza della regolarità delle sedute e di una frequenza preferibilmente di quattro sedute alla settimana. Come rileva Schaff (2001, p. 553), le tensioni intrapsichiche di questi bambini sono tendenzialmente proiettate sugli insegnanti, gli educatori e i terapeuti. Per l'analista è facile identificarsi con i sentimenti di impotenza e stupidità proiettati, ed essere indotto ad coprire una posizione difensiva. Il prestigio è dunque il primo nemico interno da affrontare, accanto al timore dell'analista di essere stupido, impotente e ridicolizzato. Questi problemi appaiono in primo piano nel contatto dell'analista con i genitori. Il lavoro genitoriale è vitale per conservare una buona alleanza di lavoro con i genitori. La frequenza e il contenuto degli incontri con i genitori variano a seconda dei bisogni e dei rapporti che il bambino ha stabilito a casa.

121

La formulazione verbale degli interventi

Quando questi bambini sono alla mercé dell'oggetto cattivo reagiscono violentemente alle interpretazioni di affetti positivi, quali l'orgoglio, il perdono o la gioia. Se l'analista si sforza di aggirare questo rischio parlando metaforicamente potrebbe, con suo sgomento, essere respinto in ogni caso. La comprensione di una metafora richiede qualche cosa che va al di là della comprensione del significato manifesto delle parole. Una metafora scatena facilmente nel bambino dei sentimenti di stupidità, che a sua volta conducono a reazioni ostili.

L'arte dell'analista consiste nel valutare lo stato interno del bambino che, per complicare la faccenda, cambia molto rapidamente. Nella prima sequenza clinica ho ricordato a Martin del graffio sull'armadio del giorno prima perché avevo valutato erroneamente il suo oggetto interno. Avevo infatti pensato che il suo desiderio di operare rappresentasse degli impulsi curativi e sadici, ma la mia riflessione era stata offuscata dalla mia rabbia controtransferale irrisolta sul fatto che aveva danneggiato l'armadio. La mia interpretazione non era ben calibrata temporalmente ed era stata vissuta su un livello semiotico diverso rispetto alle mie intenzioni. Di conseguenza il suo sadismo era esploso e la sua funzione dell'Io si era deteriorata.

Gli interventi sembrano funzionare al meglio quando sono guidati da una certa ludicità da parte dell'analista. Non intendo con ciò affermare che l'analista giochi con il bambino, ma che assuma un atteggiamento rilassato. Talvolta mi lascio coinvolgere in discussioni concrete su automobili, areoplani e orologi, mentre al contempo registro il mio controtransfert. Nicholas, un bambino di 7 anni (affetto da ADHD, come si vedrà in seguito), raccontò che il pilota di un areoplano di carta che aveva appena realizzato era «malfermo» perché l'areoplano si era appena schiantato. Indagai con lui che cosa significasse «malfermo». Il pilota stava forse tremando, oppure significava qualcos'altro? In tal caso, poteva avere a che fare con ciò che provava il pilota quando si era schiantato? Che cosa aveva provato? Probabilmente paura. Invece di interpretare «malfermo» come simbolo di uno stato interno, i miei commenti miravano ad allentare il rigido nesso tra segno e oggetto.

Bion (1967) ci consiglia di condurre l'analisi «senza memoria e desiderio». La prima sequenza clinica dimostra che cosa può accadere se l'analista è guidato da ricordi di episodi precedenti e vuole includerli nella sua interpretazione — un comportamento che è spesso dettato da una posizione controtransferale non chiarita. Il bambino si sente perseguitato, e si evoca un oggetto cattivo. Un altro elemento che seduce facilmente l'analista ad allontanarsi dalla posizione senza ricordo e senza desiderio è quando si sono apprese delle informazioni extra analitiche. Egli corre un enorme rischio affermando: «Ho sentito dalla tua mamma che ti sei azzuffato con i compagni ieri a scuola».

Il paradosso della raccomandazione bioniana, che non dovrebbe essere considerata una prescrizione secondo la quale non menzionare mai eventi passati, diventa gestibile e creativa se manteniamo una distanza speciale nella relazione con l'analizzando. Tale distanza è attenta e giocosa, ma non accondiscendente. Essa impone una situazione controtransferale che ci consenta di lasciare affiorare un” interpretazione al nostro

122

interno e poi di trasmetterla al paziente. Presento due frammenti clinici per illustrare i punti tecnici che propongo.

Terzo frammento clinico

A Frederic, 8 anni, è stato diagnosticato un ADHD. Si azzuffa a scuola e non riesce a seguire le indicazioni degli insegnanti. I suoi sintomi sono stati preoccupanti sin dall'ultimo anno di scuola materna. Forse non hanno causato allarme in un'età più precoce perché alcuni tratti della sua personalità genuinamente deliziosi avevano occultato l'orrenda condizione del suo mondo interno. Ha appena iniziato l'analisi. Per motivi pratici mi vede due volte la settimana e ben presto la frequenza aumenterà a tre sedute settimanali. In un incontro disegna dei Pacman, personaggi di un giochino elettronico. Quelli blu danno la caccia a un Pacman rosso, e se lo colpiscono accumulano dei punti, mi spiega Frederic. Seguo la sua storia. Poi commento che, pur avendomi chiesto inizialmente se conoscevo i Pacman, era subito passato a spiegarmi il gioco. Adesso Frederic sembra insicuro. Credo si sia sentito criticato dalla mia osservazione. Sapendo quanto teme le mie interpretazioni degli affetti negativi, taccio.

P: Posso mangiare i biscotti che ho portato? Li ho fatti a scuola.

Annuisco e lui ne sbocconcella uno.

P: Ne vuoi?

Secondo la tecnica analitica che solitamente adotto, davanti a una simile domanda aspetto che Frederic aggiunga qualche altro commento oppure suggerisco un possibile motivo che spieghi la sua offerta di un biscotto. Con lui però ho sperimentato reazioni avverse, quando ho cercato la motivazione della sua azione. Perciò temo che se indagassi la sua offerta, mi volterebbe le spalle per il resto della seduta. Un «No, grazie» accrescerebbe la sua sensazione di essere criticato da me. Siamo all'inizio del trattamento analitico ed egli ha la sensazione che i suoi genitori lo hanno costretto ad andare da uno «psico» alieno che gli impedisce di stare con i suoi amici. Non ci sono problemi né zuffe a scuola, il suo unico problema è che deve vedere me! Avendo presente queste considerazioni — formulate in quella manciata di secondi che costituisce il consueto lasso di tempo per riflettere a disposizione di un analista infantile — rispondo: «Sì, grazie».

Fredric allora prosegue con la sua storia e racconta che il Pacman rosso inseguito può girarsi e divorare quelli blu. In quel caso, è il rosso a fare un punto.

A: Questo mi fa venire in mente un altro gioco che hai fatto dove un coccodrillo rincorreva un cavallo, che cominciava a rincorrere il coccodrillo… Non è un po’ come le zuffe a scuola quando tu e i tuoi compagni vi rincorrete e vi date le botte?

Le sue zuffe a scuola sono un argomento delicato. Poiché ho preparato il terreno per la mia interpretazione, Frederic può gestire questo affronto alla stima di sé e ammetterlo

123

annuendo. Effettivamente, afferma con una fiducia insolita per lui, ha dei problemi con le zuffe a scuola. Ne parla un poco e poi disegna «un elefante con una maschera a gas».

P: Non avevo neppure pensato di disegnare un elefante!

A: Forse sei diventato più coraggioso, più inventivo. Hai osato disegnare qualche cosa, senza decidere in anticipo che cosa sarebbe dovuto venire.

Questo intervento era nato dalla mia impressione che il bambino, che prima si era rifiutato di discutere dei possibili significati del suo comportamento in seduta, adesso era cambiato. La mia interpretazione non si limitava a confermare la sua spontaneità, ma anche il fatto che quella spontaneità era ostacolata dalla mancanza di coraggio e non, come sosteneva lui, dalla mancanza di interesse a parlare con uno «psico».

Palombo sostiene

… piccole deviazioni dalla correttezza sociale, quali potrebbero essere il mancato riconoscimento di un evento significativo nella vita del bambino o il rifiuto di rispondere a delle domande senza spiegarne il motivo, introducono nel setting un elemento di artificiosità che non può evitare di generare disagio e/o imbarazzo nel bambino (2001, p. 266).

Un analista che vuole evitare l'artificiosità accettando un biscotto deve naturalmente esaminare attentamente le sue motivazioni controtransferali. Magari teme il conflitto o vuole essere gentile. Accettare il biscotto è stato frutto di una scelta compiuta dopo avere considerato le alternative possibili. Ad essa sarebbe seguito un rinnovato e attento esame della relazione transferale e controtransferale. Il seguito della storia del Pacman e il fatto che Frederic accettava il mio interesse rispetto alla sua vita quotidiana dimostrava che il nostro contatto si stava rinsaldando. Nel frattempo seguitavo a riflettere sull'universo Pacman di Fredric e sulla consolazione orale dei biscotti. Nelle mie interpretazioni non esplicitate i biscotti simboleggiavano sentimenti e relazioni, mentre nel mio comportamento analitico manifesto li trattavo come una comunicazione indicizzata: voglio un biscotto o no?

Rispetto al disegno dell'elefante, un'interpretazione alternativa avrebbe tentato di chiarirne il contenuto simbolico. Esso evocava, a mio parere, un oggetto bizzarro che si era già palesato quando Fredric esaminava il suo mondo orale di impronta sadica. Costituiva una rappresentazione sia di sé come personaggio strano sia dell'oggetto contenitivo folle e impotente. Sarebbe però stato un errore interpretare esplicitamente questi significati. Infatti, i legami di questo oggetto bizzarro con il suo mondo interno erano così distanti dalla coscienza che qualsiasi interpretazione avrebbe determinato indifferenza, confusione o riottosità. Reputavo invece più fecondo confermare il livello indicizzato della sua comunicazione. Era come se egli dicesse: «Ehi tu, io disegno e voglio parlare con te, psico!». Perciò avevo commentato il disegno su un piano dell'Io, evidenziandone le proprietà creative. Fredric, che ce la mette tutta per darsi un'apparenza decente e organizzata, è felice quando può cominciare a disegnare senza sapere che cosa verrà fuori. Ciò accresce la stima di sé e probabilmente, in una fase successiva dell'analisi, contribuirà ad aprire la strada a una esplicitazione del significato dei suoi disegni.

124

Dopo l'episodio del biscotto, ho sollevato nuovamente l'argomento delle sue zuffe nel gioco e a scuola, intervento che si contrappone a un approccio privo di ricordo e desiderio, ma che segnala come la raccomandazione bioniana sia un ideale, non una prescrizione. Di fatto è impossibile non ricordare o non desiderare.

Quarto frammento clinico

Nicholas, 7 anni, è un nuovo paziente con diagnosi grave di ADHD. I sintomi sono comparsi all'età di 2 anni. Il bambino non è incline alla violenza ma suscita seria preoccupazione perché non riesce a concentrarsi e agisce impulsivamente. «La mia testa è un casino», dice. Nella prima fase dell'analisi rifiuta di stare in seduta senza la mamma o il papà. Spesso resta seduto in silenzio in un angolo, ma nella seduta qui riportata è più estroverso. Chiede infatti al padre di piegare un foglio per trasformarlo in un quadrato con dei risvolti. Inventa dei messaggi segreti che invita al padre a scrivere dentro il foglio piegato. Poi mi chiede di indicare con il dito uno dei risvolti, lo apre e mi ordina di eseguire l'azione indicata. Allegramente mi chiede di leggere che cosa c'è scritto.

A: “Bacia e abbraccia il muro!”.

P: Allora devi farlo! Fallo adesso!

A: Sto riflettendo su queste parole…

P: Fallo!

A: Sto pensando a che sensazione si proverebbe a baciare e abbracciare un muro, e che cosa direbbero le persone intorno a me. Credo che mi canzonerebbero…

P [con aria rattristata]: Mio fratello mi canzona. Mi dà dello stupido… Bacia il muro!… Devo andare al gabinetto.

Quando Nicholas mi rivela che suo fratello lo deride, dimostra una insolita fiducia in me, trattandosi di un argomento molto delicato. Probabilmente avermene parlato gli ha alleviato un sentimento doloroso, che doveva essere evacuato come urina. Quando gli ho parlato dell'ordine di baciare la parete, ho riconosciuto un sentimento triste, desolato e umiliato dentro di me. Mi sono identificato con un bambino che si strugge dinanzi a un oggetto interno che gli sembra piatto e inospitale come una parete.

Non ho esplicitato nessuna delle mie considerazioni, ma mi sono spinto fino a metà del gioco: è stato come giocare ad alta voce con l'idea ma non con l'azione. Non ho baciato la parete perché mi avrebbe messo a disagio; né ho detto alcunché sui motivi che lo avevano spinto a ordinarmi quell'azione o sul suo possibile significato. La mia posizione aveva così aumentato un po’ la sua fiducia verso di me e aveva aperto uno spazio per potermi fare la confidenza che il fratello si prendeva gioco di lui. Era il massimo dolore depressivo che Nicholas fosse in grado di tollerare. Mi si potrebbe obiettare di non averlo aiutato a comprendere la rilevanza simbolica della parete in quanto introietto ostile, o l'analogia tra la parete e come egli percepisce le modalità relazionali degli altri nei suoi confronti. È proprio questa la tesi che sostengo. Nella situazione qui descritta il muro è stato trattato come tale, e il suo «Bacialo e abbraccialo!» è stato trattato come un ordine. La sua associazione al fratello è seguita al mio

125

commento su come ci si può sentire dinanzi a un muro e sul rischio di essere presi in giro. La sua associazione segnalava che Nicholas aveva intuito un nesso tra me davanti alla parete e se stesso davanti al fratello. Tuttavia parlarne sul piano simbolico avrebbe sconvolto quel legame tra noi e turbato ulteriormente la sua capacità di riflettere.

Riepilogo delle raccomandazioni tecniche

Concludo elencando le raccomandazioni tecniche proposte. Fornisco un elenco necessariamente semplificato e diretto, presentato in forma di breve sunto dei punti tecnici che ho posto in luce e come fonte di ispirazione per lavorare in analisi con bambini affetti da ADHD e DAMP.

—Si presti attenzione a non interpretrare i contenuti affettivi, a meno di non essere certi che esiste una alleanza di lavoro con l'analizzando fondata sulla presenza di un oggetto interno che, almeno in quel momento, è buono e sicuro.

— Si evitino le metafore, a meno di non essere sicuri che il bambino possiede la capacità cognitiva ed emotiva di comprenderle. Il bambino si sposta rapidamente tra livelli semiotici diversi e non di rado analista e bambino si trovano su livelli diversi. Ciò che viene detto dall'analista + il modo in cui viene detto + l'aspetto e il tono della voce dell'analista + l'aspetto e l'odore della stanza d'analisi — tutto converge per dare corpo a un messaggio che il bambino potrebbe interpretare su un livello diverso da quello che intende l'analista.

— Ci si lasci guidare dal principio secondo cui si conducete l'analisi senza ricordo e senza desiderio. Se si rileva una tendenza a esplicitare un'interpretazione ad ogni costo, si consideri la possibilità di tacere e di riflettere ulteriormente sul proprio controtransfert. Se affiora un ricordo e lo si desidera includere in una interpretazione, ci si interroghi se si ha la sensazione di essere spinti a farlo o se si dubita che l'oggetto interno del bambino presente in quel momento può tollerarlo. Se la risposta è affermativa in uno o nell'altro caso, si aspetti!

— Si indaghino i sentimenti di minaccia, rabbia, tristezza, disperazione, umiliazione o spaesamento presenti nel controtransfert e il motivo della loro comparsa. Si prenda in considerazione il fatto che i sentimenti dell'analista entrano in risonanza con il caos insopportabile del bambino proiettato nell'analista. Ciò potrebbe aiutare l'analista a raggiungere una calma priva di senso di superiorità dinanzi agli assalti del bambino. Se si viene feriti e ci si sente dare dell'emerito idiota, una calma simile potrebbe sembrare irraggiungibile. Considerare il controtransfert come strumento informativo rispetto allo stato interno del paziente può contribuire a mantenere la calma. Se si trova una distanza giocosa e attenta, probabilmente si è acquisito un atteggiamento più rilassato rispetto al controtransfert e alla situazione difficile del paziente. Questo aiuta enormemente ad assisterlo.

— La violenza nella stanza di analisi è da considerarsi con grande serietà. Se si verifica, dite al bambino che cercherete di aiutarlo per prevenire una nuova manifestazione violenta, dato che sta male dopo avervi picchiato, e la vostra possibilità di aiutarlo

126

è ostacolata da una sua aggressione. Spesso il bambino capisce quando gli viene spiegato che un analista spaventato non può fare un buon lavoro.

Spero di avere contribuito alla nostra comprensione di come gestire in analisi dei bambini affetti da ADHD e DAMP. Come si può vedere, occorrerebbe offrire a questi bambini molta più analisi di quanto non avvenga oggi. Infatti una volta che si giunge a superare il loro aspetto violento o sprezzante, indifferente o incomprensibile, si rileva l'enorme desiderio di esprimere il loro mondo interiore. Purtroppo, in un'epoca di sentimenti biologistici antipsicoanalitci, antiterapeutici e caratterizzati da una visione limitata, tale possibilità non di rado viene negata a questi bambini.

Bibliografia

Balkányi C. (1964), On verbalization. Int. J. Psychoanal., 45: 64-74.

Barkley R.A. (19982), Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, Guilford Press, New York.

Beebe B., Lachmann F. (2002), Infant research e trattamento degli adulti, Cortina, Milano 2003.

Bion W.R. (1954), Note sulla teoria della schizofrenia. In Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando, Roma 1970.

Bion W.R. (1967), Notes on memory and desire. In: Spillius E.R. (a cura di), Melanie Klein Today, Vol. 2, Tavistock, London [trad. it. In Cogitations].

Bion W.R. (1970), Attenzione e interpretazione, Armando, Roma 1973.

Bion W.R. (1992), Cogitations, Armando, Roma 1996.

Carney J. (2002), Prologue to an issue on ‘self-regulation’: Issues of attention and attachment, Psychoanal. Inq., 22: 299-306.

Chused J.F. (1996), The therapeutic action of psychoanalysis: Abstinence and informative experiences. J. Am. Psychoanal. Assoc., 44: 1047-71.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. (2002), Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé, Raffaello Cortina, Milano 2005.

Freud S. (1915), L'inconscio, O.S.F. 8.

Gillberg C. (1996), Ett barn i varje klass - Om DAMP, MBD och ADHD [Un bambino in ogni classe-Su DAMP, MBD e ADHD]. Cura, Stockholm.

Gilmore K. (2000), A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. J. Am. Psychoanal. Assoc., 48: 1259-93.

Katan A. (1961), Some thoughts about the role of verbalization in early childhood. Psychoanal. Study Child., 16: 184-8.

Levin F. (2002), Attention deficit disorder: A neuropsychoanalytical sketch. Psychoanal Inq., 22: 336-54.

Maze J.R., Henry R.M. (1996), Problems in the concept of repression and proposals for their resolution. Int. J. Psychoanal., 77: 1085-100.

Muller J. (1996), Beyond the psychoanalytic dyad. Routledge, New York.

Norman J. (2001), The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. Int. J. Psychoanal., 82: 83-100.

Norman J. (2004), Transformations of early infantile expériences - A 6-month-old in psychoanalysis. Int. J. Psychoanal., 85: 1103-22.

Orford E. (1998), Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ ADHD. J. Child Psychother., 24: 253-6.

127

Palombo J. (2001), Learning disorders and disorders of the self. Norton, New York.

Peirce C.S. (1998), The essential Peirce, Vol. 2: 1893-1913, Houser N., Eller J., Lewis A., de Tienne A., Clark C., Bront Davis D. (a cura di), UP, Bloomington.

Quinodoz D. (1992), The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. Int. J. Psychoanal. 73: 627-35.

Salomonsson B. (1998), Between listening and expression: On desire, resonance and Containment. Scand. Psychoanal. Rev., 21: 168-82.

Salomonsson B. (2004), Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. Int. J. Psychoanal., 85: 117-36.

Schaff C. (2001), Das Hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper Dialogs - Oder: Jakob, wo bist du? [Il bambino ipercinetico nel campo di tensione del dialogo corpo-mente -Oppure: Jacob, dove sei?] Analytische Kinder- und Jugendliche Psychotherapie, 32: 543-60.

Segal H. (1957, with 1979 postscript), Note sulla formazione del simbolo. In: Scritti psicoanalitici: un approccio kleiniano alla pratica clinica, Astrolabio, Roma 1984.

Tooley K. (1974), Words, actions and ‘acting out’: Their role in the pathology of violent children. Int. Rev. Psychoanal., 1: 341-35.

Tronick E., Adamson L., Wise S., Brazelton T. (1978), The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiat., 17: 1-13.

Tronick E., Cohn J. (1989), Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. Child. Dev., 60: 85-92.

Walsh M. (1968), Explosives and spirants: Primitive sounds in cathected words. Psychoanal. Q., 37: 199-211.

Widener A. (1998), Beyond Ritalin: The importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD. J. Child Psychother., 24: 267-82.

128