

Il bambino sostitutivo: riflessioni su una paziente con IVG.

Questo lavoro è stato scritto a quattro mani, utilizzando internet come strumento di comunicazione a distanza per continuare la supervisione di un caso, iniziata nel seminario clinico della Scuola, condotto insieme dai due co-direttori (dr. Nesci e dr. Polisenò). In quella sede vennero raccontati tre frammenti clinici nei quali uno di noi riconobbe la dinamica del “bambino sostitutivo” (Sabbadini, 1988). Nacque lì l’idea di chiedere al Dr. Sabbadini, membro del Comitato Scientifico dell’Istituto che gestisce la nostra Scuola di Specializzazione, l’autorizzazione a pubblicare in italiano il suo lavoro sul replacement child, e quindi l’idea di concepire intorno al suo testo un numero della nostra Rivista scientifica. Abbiamo pensato che il modo migliore per raccontare le nostre riflessioni fosse quello di riportare i testi che ci siamo inviati per posta elettronica fino ad arrivare a questa stesura finale. I testi dello specializzando (dr. Savoia) saranno riportati in corsivo mentre quelli del supervisore (dr. Nesci) in corpo normale.

C. è una giovane donna di 36 anni inviata da un collega che la tiene in cura da diversi anni presso l’U.O.C. di gastroenterologia del nostro ospedale. Alle sedute arriva sempre in anticipo, anche se a volte ne salta qualcuna. Ha solitamente un’espressione stanca, sofferente; lo sguardo è triste ma intelligente. E’ poco curata sia nell’aspetto fisico (tra l’altro è molto in sovrappeso) che nell’abbigliamento; veste quasi sempre con scarpe da ginnastica, jeans e felpa: mi sembra, nel complesso, poco femminile. E’ tanto angosciata. Nelle prime sedute mi colpiscono, in particolare, due aspetti: il suo modo di relazionarsi riflette le caratteristiche del suo corpo; è una donna che “occupa molto spazio”, la sento come un fiume in piena, pronto a straripare, e lei ne sembra consapevole: “... dottore, se vado troppo da sola lei mi interrompa!” E’, inoltre, molto confusa. Quando commento il suo senso di confusione lei dice: “è vero, temo di non riuscire a spiegarmi e farmi capire...”

C. ha una figlia di 3 anni, concepita dopo un’IVG (interruzione volontaria di gravidanza). In riferimento all’aborto racconta: “è stata una decisione difficile ma necessaria. Ho dovuto scegliere tra l’averne un figlio e la possibilità di un lavoro. Mi ero da poco sposata, mio marito aveva appena avviato la sua attività, la situazione economica non era delle migliori e alla fine...” Poi aggiunge: “ho una grandissima paura di morire. Temo in particolare di risvegliarmi nella bara: deve essere un’esperienza terribile! E’ già da un po’ che sto prendendo in seria considerazione la possibilità di farmi cremare...”

Nella seduta successiva C. mi parla della sua seconda gravidanza avuta, tra l’altro, circa un anno dopo la morte del padre: “è stato un periodo difficile, avevo una paura fortissima. Diventava ogni giorno più difficile uscire da casa, ogniqualvolta provavo ad uscire da sola venivo sorpresa da fortissimi attacchi di angoscia ed ero costretta a tornare indietro. La situazione è peggiorata dopo la nascita di mia figlia. Avevo perso l’indipendenza, riuscivo a muovermi solo se accompagnata da mio marito o da mia madre, quelle volte in cui veniva a trovarmi. Poi, fortunatamente, grazie anche all’uso di farmaci, queste paure sono scomparse”. Quando passiamo al rapporto con sua figlia mi confida: “Non dico che abbiamo un rapporto morboso, però non la lascio mai. Pensi che una volta ero andata con mia sorella dall’estetista... avrò telefonato una cinquantina di volte!” Prosegue: “ha tre anni e dorme ancora con me. Non si è mai abituata a dormire da sola. Adesso dormiamo io e lei in una stanza e mio marito in un’altra; dottore lei capirà che la situazione sta diventando davvero pesante.” Quando provo a spiegarle che deve abituarsi a dormire da sola lei mi risponde: “ma che hai mamma, non mi vuoi più bene?” Ha avuto una forma molto precoce di MRGE (malattia da reflusso gastroesofageo) per cui all’inizio aveva bisogno di qualcuno che dormisse con lei perché

non poteva dormire in posizione supina; il problema in pochi mesi è stato risolto ma lei non si stacca più da me...” Ad un certo punto aggiunge: “ stiamo pensando ad un altro bambino...” La mia fantasia del momento è stata che la richiesta di aiuto, in quella specifica fase della sua vita, fosse in relazione con la decisione di avere un’altra gravidanza, vissuta come potenzialmente traumatica.

Il frammento clinico mi fa pensare che questa figlia che “non si stacca più” sia un bambino sostitutivo, concepito per elaborare il lutto dell’interruzione della prima gravidanza - a questo proposito, anche per sgomberare il campo da sterili moralismi e facilitare in te un atteggiamento di neutralità, valorizzerei il dato del conflitto reale tra lavoro e gravidanza suggerendoti la lettura di un paper etnopsicoanalitico della nostra Scuola (Nesci e Coll., 1995). Estenderei quindi la definizione di bambino sostitutivo (Sabbadini, 1988) anche ai bambini concepiti per elaborare il lutto di embrioni o feti, bambini reali/immaginari morti prima ancora di essere del tutto formati, nel corso di gravidanze interrotte volontariamente, o per aborti spontanei. Anche la fantasia della paziente, di essere sepolta viva in una bara, in questa prospettiva, può essere riletta come segno dell’esperienza traumatica di una morte intrauterina non ancora elaborata. L’interruzione volontaria della gravidanza è stata probabilmente precoce (sarebbe interessante sapere a che mese o settimana di gravidanza è avvenuta) e quindi l’embrione o il feto (la definizione è diversa in base appunto all’età del prodotto del concepimento) è soprattutto un essere che si attacca e che la madre teme che si possa staccare = aborto spontaneo. La terza gravidanza che si profila mi sembra invece il concepimento di un bambino per “staccare” la bambina attuale: un rimpiazzo tra vivi per un distacco senza morte, che forse fa parte della prosecuzione dell’elaborazione di quel primo lutto traumatico, mai elaborato (tra l’altro l’obesità può essere un camuffamento di una gravidanza, come se C. dovesse coattivamente espandersi fisicamente per confessare quella prima gravidanza tenuta nascosta e poi addirittura interrotta volontariamente).

Forse potrebbe essere utile interrogarsi di più sul controtransfert (Freud, 1886-1938) nel processo psicoterapeutico, soprattutto in relazione all’ipotesi che C. abbia chiesto aiuto per essere supportata in una terza gravidanza.

Il materiale clinico che ho a disposizione conferma decisamente, a mio parere, le intuizioni del supervisore. Per quanto riguarda il primo punto, quello relativo al bambino sostitutivo concepito per elaborare il lutto dell’interruzione di gravidanza, la paziente, in una seduta successiva, mi ha parlato del fortissimo senso di colpa che ha sentito e sente tuttora in relazione all’aborto volontario. A proposito della seconda gravidanza dice: “ho sperato fino all’ultimo in un parto gemellare, come se avere due gemelli potesse in un certo qual modo permettermi di rimediare a quanto avevo fatto con l’interruzione di gravidanza... sono molto cattolica ed embrione o feto per me non fa differenza, è comunque un omicidio...”

L’interruzione è avvenuta molto presto. Non ha saputo essere precisa comunque la gravidanza è stata interrotta sicuramente entro il primo mese. C. teme fortissimamente che “l’embrione si possa staccare”. Quando la figlia era molto piccola, la madre era ossessionata dall’idea che le potesse accadere qualcosa di brutto; spesso si svegliava anche di notte per controllare che fosse ancora viva. “Avevo comprato un apparecchio elettronico che durante la notte mi potesse segnalare eventuali alterazioni del battito cardiaco...” Ancora oggi teme che la figlia possa ammalarsi e morire. Vive in una zona ad alta densità di cancro all’apparato gastrointestinale per via delle sostanze tossiche rilasciate da una discarica non molto lontana dalla sua area di residenza: “penso costantemente alla bara, ed alla possibilità che mia figlia possa ammalarsi di cancro; ogni segnale fisico che coinvolge l’area gastrointestinale lo interpreto come un sintomo di questa brutta malattia...” L’idea di una terza gravidanza è stata, almeno momentaneamente, abbandonata in quanto i medici che la tengono in cura le hanno consigliato di evitarla essendo affetta dal morbo di Crohn.

Nonostante l’enorme quantità di informazioni che la paziente mi ha portato nel corso delle prime due sedute mi è sembrato subito che il suo nucleo psicopatologico ruotasse intorno ad una

problematica di separazione (il parto ho pensato potesse essere letto come un simbolo della separazione/individuazione dall'altro inteso quindi come altro da sé). Nel vissuto di C., infatti, tutti gli eventi negativi che hanno caratterizzato la sua vita, morbo di Crohn compreso, avrebbero avuto origine da una separazione, quella dal suo primo ragazzo.

E' interessante notare che, apparentemente, sarebbe stata una bambina che si è precocemente resa autonoma (mi racconta che a nove anni addirittura andava in banca per conto della madre) e ora, invece, sembra avere con la madre (abbandonata a sua volta dai genitori quando era piccola) un rapporto quasi simbiotico, per certi aspetti molto simile a quello che ha oggi con sua figlia.

BIBLIOGRAFIA

FREUD S. (1886-1938) Opere, Boringhieri, Torino.

NESSI D. A., AVERNA S., POLISENO T. A., MANCUSO A. K. (1995): Concepire un bambino oggi: nuove paure, nuove speranze. *Consultori Familiari Oggi* 1 (3): 18-23.

SABBADINI A. (1988) The replacement child. *Contemporary Psychoanalysis*, 24 (4): 528-547.