

Psicologia delle cure materne

Il tema delle cure materne nella formazione della personalità del bambino è un argomento ampiamente trattato in psicologia. Autorevoli psicologi quali Freud, Klein, Bowlby,

Winnicott, Fairbairn, e Lacan hanno affrontato da **più prospettive un tema tanto complesso**. Cerchiamo, per quanto possibile, di **configurare alcune di queste autorevoli prospettive verso una visione di insieme**, atta a individuare gli effetti delle cure materne e della genitorialità sullo sviluppo dell'individuo.



Photo by [Jonathan Borba](#) on [Unsplash](#)

L'arrivo del bambino: i 3 ordini della genitorialità

Quando all'interno di una coppia arriva un bambino, questi trova già **un posto assegnatogli dalla dinamica di 3 ordini della genitorialità** in relazione tra loro.

Ogni ordine è dominato da una domanda (manifestazione) conscia, da una inconscia e dal relativo fantasma (termine freudiano da intendere come luogo del desiderio e di difesa contro il reale, mediante proiezione e conversione nell'opposto).

1° ordine tecnocratico

Il "bambino reale" si confronta con l'adulto nella relazione dinamica madre-bambino. Il fantasma di questo ordine è il "fantasma della seduzione" la madre si domanda a livello conscio "saprò prendermi cura del mio bambino?", mentre a livello inconscio si chiede: "saprò sedurre il mio bambino?".

2° ordine capitalitistico

In questo ordine troviamo il desiderio e il bisogno di avere un bambino. Troviamo qui il bambino fantasmatico con il quale l'adulto si confronta. Il "bambino fantasmatico" occupa per ogni individuo il posto all'interno della nevrosi edipica nella relazione triangolare

sincronica: padre-madre-bambino. Il fantasma che domina la scena è il “fantasma della scena primaria”. La domanda conscia è “Io posso avere un bambino?”, quella inconscia: “Sarò capace di prendere il posto di mia madre/padre nella stanza nuziale?”.

3° ordine simbolico

Implicato in questo ordine è il “bambino immaginario”, quello progettato per essere iscritto nella storia familiare. Siamo in presenza di una seconda relazione triangolare, ma in questo caso è diacronica: nonni-genitori-figlio. Il fantasma della scena è “il mito delle origini”. La manifestazione conscia: “Lui/lei chi diventerà?”, quella inconscia: “Da dove vengo?”.

Il complesso intricarsi di questi 3 ordini determina lo svolgersi della funzione parentale, delle cure materne, a partire dal legame di attaccamento.

Le cure materne: il legame di attaccamento



Photo by [Austin Wade](#) on [Unsplash](#)

Il concetto della “base sicura”

Bowlby ha introdotto il termine di “legame di attaccamento” all’interno della sua “Teoria dell’attaccamento” (1969) a indicare l’attitudine biologica del bambino a sviluppare un attaccamento (legame di lunga durata, emotivamente significativa) per chi si prende cura di lui (*caregiver*, in genere la madre) con il solo scopo di proteggerne la vita (madre come “base sicura”).

Tale teoria nasce da un’impostazione esclusivamente etologica, il termine “base sicura” viene coniato da Bowlby a seguito dell’osservazione di identici comportamenti nei piccoli dei macachi e nei primi mesi di vita dei bambini. Per entrambi i soggetti **la madre è quella “base sicura” che consente al piccolo di allontanarsi per esplorare il mondo e di farvi ritorno per cercare sicurezza e conforto.**

La madre che prende in braccio il piccolo in lacrime, è da considerarsi una risposta adeguata al disagio espresso dal bambino. Tale risposta è la manifestazione del comportamento di attaccamento: **il bambino si mantiene vicino alla figura che ritiene in grado di affrontare il mondo in modo adeguato.**

Il comportamento di attaccamento si sviluppa dalle prime settimane di vita e diventa stabile intorno al nono mese, per mantenersi attivo fino ai 3 anni. In questa ultima fase il bambino è capace di mantenersi tranquillo in ambienti sconosciuti, con figure di riferimento secondarie, sapendo che il *caregiver* farà comunque presto ritorno.

Modelli operativi interni

Bowlby introduce il concetto di Modelli Operativi Interni (MOI) come di *pattern* di attaccamento nevrotico che nascono dall’incontro di “5 istinti specie specifici” (pianto, riso, presa, suzione, locomozione) con l’ambiente (*caregiver*).

Sulla base di tali MOI si vanno a determinare le tre tipologie di legame di attaccamento (sicuro, evitante, insicuro ambivalente) che saranno poi descritte con accuratezza da Mary Ainsworth (1983, allieva di Bowlby); a questi si aggiungerà poi un quarto tipo, quello “disorganizzato” individuato da Mary Main (1990, allieva Ainsworth).

La forma delle cure materne nei tipi di attaccamento

Grazie al lavoro di Ainsworth (*Strange situation*), Main e anche dell'italiano Liotti sono stati individuati 4 diverse tipologie di stili di attaccamento:

Stile sicuro: quando il bambino si separa dall'adulto subentra l'angoscia della separazione che però viene subito neutralizzata dalla fiducia che ha il bambino nell'adulto disponibile nei momenti difficoltà. Tale sicurezza permette al bambino di poter esplorare il mondo.

Stile evitante: nei confronti della separazione, il bambino maschera l'angoscia con un comportamento indifferente alla presenza dell'adulto di riferimento. Il bambino impara a non esprimere le proprie emozioni, soprattutto la rabbia.

Stile insicuro ambivalente: al momento della separazione dall'adulto di riferimento il bambino mostra un'angoscia tale da non calmarsi neanche alla ricomparsa del caregiver. Il comportamento è ambivalente, alle volte aggressivo, alle volte caratterizzato da lamenti inconsolabili. L'esplorazione del mondo è ridotta, il bambino ha timore per tutto ciò che è nuovo.

Stile disorganizzato: in questo quarto tipo si riscontra ansia ed evitamento elevati. La figura di riferimento rappresenta per il bambino una fonte sia di sicurezza che di pericolo. La paura che provoca non trova una soluzione né nei comportamenti di allontanamento, né in quelli di avvicinamento. Il comportamento dunque si disorganizza.

La Main nel 1987 offrì un contributo importante nello scoprire come mediante intervista (questionario semi-strutturato, *Adult Attachment Interview*), si potesse **individuare i MOI e il tipo di attaccamento in essere nell'individuo adulto**. Secondo questo tipo di analisi l'adulto veniva classificato in: sicuro, distanziante, preoccupati, irrisolti. È logico ipotizzare come **lo stile di attaccamento possa poi trasferirsi nelle cure della prole, come a ricordare un mandato transgenerazionale**.

La carenza delle cure materne

[Winnicott](#) ha fatto della "madre sufficiente buona" o "madre sufficiente devota" il fulcro attorno al quale si sviluppa la sua teoria.

Il bambino non testa l'operosità della madre, ma quel qualcosa in più che occorre al niente.

Riflettendo su questa frase che ben rappresenta l'atmosfera entro la quale Winnicott ci cala, possiamo da subito intendere che il bambino venuto al mondo, non cerca solo il nutrimento (il *bios*), ma in sé è già presente la richiesta "muta" di altro o meglio dell'Altro. A conferma citiamo l'esperimento di Spitz avvenuto tra il 1945-1946, quando furono messi a confronto due gruppi di bambini: quelli aventi madri detenute e quelli abbandonati in un ospedale. L'esperimento mise in luce che i bambini che erano rimasti a contatto con la madre, seppur detenuta (problematica), non sviluppavano depressione anaclitica. La depressione anaclitica che sviluppavano i bambini ospitalizzati condusse il 37,3% alla morte; **i bambini in assenza della cure materne si lasciavano letteralmente morire.**



Photo by [Jammis Lucas](#) on [Unsplash](#)

L'ospitalismo non rientra nelle cure materne

Nutrire e curare dal punto di vista igienico, non è abbastanza quando parliamo di cure materne.

La “madre sufficiente buona” deve sapere entrare in relazione con il bambino, deve poterlo accogliere mentalmente, nella mente della madre ci deve essere spazio per il figlio/a

Altrimenti se lo spazio mentale di accoglimento manca, se la madre non è matura a tal punto, il vuoto, l’angoscia che si genera apre lo spazio alla psicopatologia. Il bambino cercherà lo stesso di adattarsi al mondo, ma lo farà in modo non sicuro, quindi contraendo, con l’adattamento stesso, patologia.

In altri termini il prezzo di una “madre non sufficientemente buona” è l’adattamento al mondo secondo una modalità psicopatologica.

3 modalità della carenza affettiva

La carenza affettiva non può essere definita in modo univoco perché è determinata da 3 dimensioni diverse, quali:

- i. la carenza da interazione (la madre assente)
- ii. l’insufficiente di legame (la madre discontinua)
- iii. la distorsione (la madre caotica)

La carenza da interazione

Nella carenza da interazione la relazione madre-bambino è caratterizzata da un’insufficienza di stimoli, siamo all’interno del paradigma dell’ospitalizzazione di cui sopra. Questa dimensione è caratterizzata dall’assenza della figura materna, **la madre è assente, oppure anche se presente sono assenti quelle modalità di interazione tanto fondamentali a istituire un [legame di attaccamento sicuro](#).**

Ad un livello semiologico si riscontrano diverse fasi: del piagnucolamento, delle grida acute, della perdita di peso, del ritiro del contatto, e infine della depressione anaclitica. **Prima della depressione il bambino manifesta la sua rabbia, l’aggressività non trova un bersaglio, così molto spesso il bersaglio diventa lo stesso corpo.** Il lattante non è in grado di investire il proprio corpo del piacere che può scaturire dalla fase di tipo narcisistica secondaria; siamo in

presenza di una versa e propria **miseria fisiologica**.

L'insufficienza di legame

Questo tipo di carenza denota una **discontinuità del legame madre-bambino**. La madre alterna fasi di presenza e assenza, tale discontinuità produce stati di ansia e di attaccamento non sicuro che presentano semiologia diversa a seconda dell'età.

Dai 5 mesi ai 3 anni, il bambino sviluppo **angoscia alla separazione dalla madre e diviene troppo dipendente dal proprio ambiente**. I sintomi variano a seconda dell'età dell'avvenuta separazione e anche della sua durata, si passa da: perturbazioni somatiche (frequenti infezioni e malattie), a disturbi psicosomatici (es: anoressia, bulimia, disturbo del sonno), a difficoltà di adattamento al sociale (es: problemi scolastici).

La distorsione

Nella distorsione siamo in presenza di un **clima familiare caotico e di miseria sia sociale e economica**. Il bambino in questi ambienti può sviluppare un tipo di **attaccamento disorganizzato** che può condurre a futuri problemi di emarginazione, tossicodipendenza e delinquenza. In un contesto come questo, il bambino quando viene capito viene nutrito e pulito (ospitalismo), altrimenti è lasciato a se stesso. **Il bambino impotente di poter cambiare il proprio ambiente svuota la mente dei propri significati**, arresta lo sviluppo dei processi mentali, chiudendosi nei confronti della vita.

Madre buona/cattiva: la risposta del bambino



Photo by [Jason Rosewell](#) on [Unsplash](#)

Klein: dalla posizione schizo-paranoide alla depressiva

Posizione schizo-paranoide

Secondo la [Klein](#) il bambino, a partire dalla nascita fino ai 5/6 mesi di vita, si trova all'interno di una fase definita "schizo-paranoide": egli tende a tenere lontano da sé, a tagliare via (schizo, dividere) le esperienze negative vissute con l'altro; in questo caso con la madre. La madre, lui e l'oggetto seno, sono sempre positivi e buoni (idealizzazione).

Per il bambino non è sopportabile che aspetti libidici e aggressivi possano derivare dalla stessa persona. La madre è sempre buona e gratificante, perché il bambino ha solo bisogno di questo.

Intorno ai 6 mesi, il bambino comincerà a rendersi conto che la madre che lo fa stare bene, e quella che lo fa soffrire (seno buono / seno cattivo) è sempre la stessa persona. Tale consapevolezza colloca il bambino all'interno della "posizione depressiva".

Posizione depressiva

Nella "posizione depressiva" il bambino tende a integrare gli aspetti positivi e negativi della madre, quindi della realtà.

Tuttavia egli può temere la propria aggressività verso la madre cattiva e avere paura di distruggere la madre in generale. Solo se il bambino potrà sperimentare la propria aggressività, senza sentirsi distrutto da essa allora potrà superare questa fase. In caso contrario il bambino può barricarsi in posizioni troppo rigide, di terrore dei propri sentimenti.

Per la Klein la fase "schizo-paranoide", seppur superata dalla "depressiva", può rimanere una tendenza e quindi riapparire in qualsiasi momento della vita.

Altri autori come la [Mahler](#) collocano la fase "depressiva" non nel secondo semestre, ma tra il sedicesimo e il ventiquattresimo mese. Ovvero nel momento della presa coscienza da parte

del bambino della propria separazione dalla madre, dalla perdita della propria onnipotenza, cioè di **sentirsi dipendente dall'altro e di non poter provvedere in modo autonomo, onnipotente, al proprio benessere.**

[Bowlby](#) invita a **non mettere sullo stesso piano la separazione con la depressione**, anche Sandler e Jaffe sono dello stesso parere. La posizione depressiva è uno dei modi per reagire alla perdita, però non è l'unica, ci sono altre modalità come: rabbia, evitamento, rifiuto. La sofferenza che nasce dalla perdita, quindi dalla mancanza, accresce collera, e quando questa non può essere scaricata innesca un sentimento di impotenza che conduce alla reazione depressiva.

Occorre quindi ricordare che l'aggressività nel bambino deve potersi manifestare, non deve essere rinnegata, il soggetto deve poterla esprimere.

Sandler e Jaffe: la reazione depressiva accettata o rifiutata

Con Sandler e Jaffe si parla di una "reazione depressiva" a seguito della sofferenza che si determina dalla perdita dell'oggetto, ovvero dalla scoperta del bambino di non essere così tanto onnipotente come credeva. Alcuni bambini esibiscono dei sintomi come difesa contro la posizione depressiva:

- inibizione
- eccessiva docilità
- insuccesso scolastico
- bisogno di punizioni
- sentimento di colpa

Altri presentano una depressione mascherata da sintomi e condotte di protesta, o rivendicazione, di fronte allo stato di sofferenza:

- broncio, collera
- aggressività
- furti, fughe, delinquenza, tossicodipendenza



Photo by [Tadeusz Lakota](#) on [Unsplash](#)

Madre buona/cattiva: la depressione infantile

La depressione infantile, non è la “posizione depressiva” appena descritta. Piuttosto è legata alla cura materna e alla carenza affettiva. A livello eziopatologico (analisi delle cause e dello sviluppo di una patologia) può essere determinata da:

- separazione dalla figura di attaccamento per decesso o malattia
- depressione nella madre
- sentimento di inaccessibilità della madre, incapacità del bambino di gratificarla, consolarla
- carenza contatto genitore-bambino (i. carenza da interazione)
- genitore rifiutante o svalutante
- eccessiva severità educativa (favorisce la costituzione di un Super-Io particolarmente severo e impietoso)

Tale depressione è diversa in funzione dell'età:

Nel neonato (dalla nascita fino a 24/30 mesi)

La depressione nel neonato si manifesta nel ritardo delle conquiste evolutive dello sviluppo. Ritardo nell'assumere la posizione seduta, della lallazione, del gorgheggio. Assenza di desiderio esplorativo, del camminare e del controllo degli sfinteri. Tanto più il bambino è piccolo tanto più la condotta si instaura all'interno dei disturbi psicosomatici (anoressia, alterazione del sonno), perturbazioni somatiche (eczema, alopecia), affezioni respiratorie (asma).

Nel bambino piccolo (dai 3 fino ai 5/6 anni)

La sintomatologia depressiva è variabile:

- alterazione comportamentale (isolamento, ritiro, calma eccessiva, pianti silenziosi, agitazione euforica)
- alterazioni somatiche (disturbo del sonno, sonnolenza, difficoltà di separazione con l'adulto)
- relazioni autonome impossibili da realizzare in quanto il bambino cerca continuamente di compiacere l'adulto
- sciocchezze e marachelle al fine di essere punito, rimproverato

Nel bambino grande (dai 5/6 anni fino ai 12/13 anni)

Nel bambino grande la sintomatologia si organizza su due poli:

- autodisprezzo, autosvalutazione, con sofferenza direttamente espressa: "non posso", "non ce la faccio", "non lo so"
- protesta e opposizione a questi sentimenti depressivi (collera, menzogne, fughe, insuccesso scolastico costante)

La depressione nel bambino non prevede una continuazione nell'età adulta.