

I VISSUTI EMOTIVI DELLA MALATTIA ORGANICA GRAVE E I SUOI EFFETTI SULLO SVILUPPO PSICHICO DI ALCUNI BAMBINI IN ETA' DI LATENZA, AIUTATI A SCUOLA CON UNO "SPECIAL TIME".

ELENA GELMINI

VIA DELLE MIMOSE 17/A, 00061 ANGUILLARA S.

Tel 06.9968709 06.99609182 cell. 347 9134907

e-mail: elena.gelmini@tin.it

RIASSUNTO

In questo lavoro presento l'attività che ho svolto, circa 14 anni fa in una scuola elementare dove lavoravo come psicologa scolastica, con bambini affetti da gravi malattie organiche. Ho offerto loro un aiuto individuale secondo il modello dello "special time". Questa esperienza mi ha permesso di riflettere sui vissuti emotivi e mentali di questi bambini gravemente compromessi da malattie fisiche.

Introduzione.

Il lavoro che sto per presentarvi è il risultato di una mia esperienza svolta in una scuola elementare di periferia dove ho lavorato per molti anni come psicologa.

In particolare, mi sono occupata **dei bambini a rischio** per i quali, per varie ragioni, era impossibile l'invio alle strutture pubbliche. A tali bambini ho offerto un **intervento individuale, secondo il modello dello "special time"** (M.Boston e D.Daws, 1977; I.Wittenberg, G.Williams, E.Osborne, 1983; B.Copley e B.Forryan, 1987; P.Carignani, 1994), concordato con genitori e insegnanti. Lo scopo era quello di offrire ai bambini a rischio un "setting" strutturato per aiutarli ad affrontare le loro difficoltà.

Nel corso di questi "special time" ho avuto occasione di lavorare con **bambini affetti da malattie organiche gravi che, come conseguenze delle loro condizioni di salute, avevano, in concomitanza, sviluppato seri disturbi di comportamento e apprendimento e segnalato in vario modo le loro difficoltà di contenimento emotivo.**

Questi bambini sono in qualche modo consapevoli della gravità della loro malattia e della morte come evento definitivo, ma rimangono prigionieri di un **processo di doppia negazione**. La prima negazione è intrapsichica ed ha la funzione di allontanare la percezione dell'angoscia di morte, la seconda ha lo scopo di salvaguardare i genitori dall'angoscia della loro condizione di malattia.

Dai contenuti dei colloqui che ho avuto con loro si evidenzierà come è stato importante per la loro salute mentale aver potuto usufruire di un aiuto psicologico. L'intervento non è stato focalizzato sul problema "malattia", ma ha cercato di tener conto di tutti i temi che il bambino portava negli incontri di "special time". **All'interno della relazione terapeutica, ho cercato di offrire al bambino la condivisione di un'esperienza mentale che includesse, quanto più possibile, le sue angosce più profonde, diventate così opprimenti per l'incapacità del bambino stesso di pensarle, conoscerle e comunicarle, nel tentativo di trasformarle in qualcosa di più tollerabile, attraverso un processo di pensiero più simbolico che ne permettesse l'elaborazione.**

Il costituirsi di questa esperienza di **contenimento** (Bion, 1962) ha favorito gradualmente nei bambini il ripristino di un dialogo più fiducioso con l'adulto e con se stessi.

L'ipotesi che ho elaborato è che la sofferenza somatica, connessa alla preoccupazione della propria integrità fisica, attivi fantasie inconsce di castrazione e di morte molto drammatiche e arcaiche che, se non riconosciute ed elaborate, creano uno stato di tensione psichica e angoscia tale da abbassare la soglia individuale di tollerabilità del dolore a livello somatico e a frantumare i processi di pensiero a livello psichico.

Questi bambini non sono in grado di distinguere tra la sofferenza causata dalla malattia che è dentro di loro e la sofferenza imposta loro dall'esterno per curarli (A.Freud,1952); sopportano senza capire e la loro mente, gravata da insostenibili fantasie distruttive, perde man mano la propria capacità di contenimento. Così ogni episodio doloroso, connesso con la cura o con il peggioramento delle condizioni fisiche, provoca un ulteriore trauma psichico. **Trauma, definito da Fenichel (1951) come blocco delle funzioni dell'Io volte a dirigere tutte le energie disponibili per fronteggiare l'irrompere di una eccitazione insopportabilmente intensa e dolorosa. Ciò per l'imporsi violento alla mente di un pericolo sempre presente, determinato dalla realtà di un corpo sofferente e ammalato che a livello fantasmatico è percepito in orribile trasformazione.**

In una ricerca sulla sindrome da stress post-traumatico Pinocci(1992) parla di "...trauma che ha bisogno di essere elaborato e sviluppato per l'influenza che può avere sullo sviluppo attuale e successivo del bambino traumatizzato. In uno studio sulla capacità di recupero Fonagy e collaboratori (1994) hanno isolato un fattore che più di ogni altro agisce come funzione protettiva contro le avversità. Essi chiamano questo fattore "**funzione autoriflessiva**" e dipende dalla capacità del terapeuta di aiutare il bambino a riflettere sul significato delle sue dolorose esperienze emotive, modificando sensazioni insopportabili per renderle disponibili al pensiero (o autoriflessione).

Studi neurofisiologici di Siegal (1993) mostrano che le esperienze traumatiche sono:"...memorie piene di elementi percettivi su cui non si è riflettuto, che non possono essere memorizzate e riappaiono come

flashbacks, cioè riappaiono come l'evento stesso con tutti i suoi elementi percettivi intatti, non essendo state rielaborate dal processo di riflessione. Nei casi in cui l'esperienza traumatica non può essere rielaborata essa è suscettibile di ripetizione...". (K. Emanuel, 1996).

Più in particolare, **nella malattia organica grave del bambino, la presenza di disturbi dell'apprendimento e del comportamento sono, secondo la mia ipotesi, il risultato del fallimento dei normali meccanismi di difesa messi in atto contro le angosce di morte che qualsiasi esperienza di malattia riattiva nella vita di fantasia. Se non elaborate, tali angosce possono compromettere l'integrazione del sistema mente-corpo** soprattutto quando la componente destrutturante e persecutoria rappresentata dal dolore non trova un adeguato contenimento mentale. Inoltre, più il dolore fisico è insopportabile, più difficilmente la mente può svolgere la sua funzione di contenimento.

Penso che per i bambini con malattie gravi si debba parlare di sofferenza in termini di **malattia somato-psichica**, quando i loro disturbi emotivi sono provocati dalla negazione della propria condizione di malato. Inoltre, la malattia somato-psichica può a sua volta innescare la malattia psico-somatica andando ad aggravare così i sintomi organici.

In ogni situazione traumatica, inoltre, il bambino tenta di compensare, per quanto gli è possibile, la sua grave situazione con **la regressione e l'impiego di meccanismi di difesa sempre più primitivi e meno elaborati: negazione, scissione, proiezione** (A.S.Pilleri, A.Oliverio Ferraris, 1989). Si riproduce così uno stato di impotenza simile a quello di un bambino piccolo, con un corto circuito tra la capacità di simbolizzazione e quella dell'esame di realtà. Ciò determina uno stato in cui dolore fisico, angoscia primitiva e traumatica e dolore psichico si confondono e il bambino, divenuto meno capace di tollerare il dolore, utilizza con maggior frequenza i sintomi fisici per comunicare il suo malessere, venendo così a rinforzare la sua identità nella malattia.

Vengono presentati qui di seguito i casi di 2 bambini malati gravi: Andrea e Gino entrambi di 8 anni.

Tutti e 2 i bambini mi sono stati segnalati per disturbi comportamentali e difficoltà apprenditive e sono stati

da me seguiti a scuola, una volta alla settimana, per un intero anno scolastico.

Entrambi hanno subito esperienze traumatiche legate alla malattia: ospedalizzazioni, terapie e interventi chirurgici subiti, fra l'altro, senza essere stati preventivamente preparati.

STORIA DI ANDREA, 8 anni

Andrea nasce di 2,5 Kg, settimino, a causa di una improvvisa e grave emorragia, dopo una gravidanza gemellare durante la quale, al secondo mese, il gemello muore a causa di malformazioni multiple.

Lo sviluppo psicofisico del bambino progredisce normalmente fino a 3 anni. Dopo l'inizio della scuola materna Andrea inizia a zoppiare, senza che il pediatra riesca a spiegarne il motivo. A 3 anni e mezzo il bambino ha un primo improvviso svenimento seguito, pochi mesi dopo, da un altro svenimento.

Da questo momento in poi, inizierà per Andrea una serie di ricoveri, operazioni ed esami alla ricerca di una diagnosi che, malgrado 4 anni di lunghe e sofferte peregrinazioni di medico in medico e di ospedale in ospedale, non può essere fatta in quanto i sintomi fisici del bambino, molto gravi e complessi, non possono essere riferiti ad alcuna patologia conosciuta.

L'arto destro del bambino risulta anomalo per una progressiva riduzione della testa del femore, **per una continua perdita di calcio di cui non si riesce a trovare la causa**. Inoltre, il deposito di calcio nei vari organi provoca sofferenza renale, ossea e cerebrale. La sofferenza cerebrale si manifesta con sintomi epilettici.

Conosco la vicenda di Andrea durante una riunione congiunta tra insegnanti, la madre e il medico scolastico. Tutti sollecitano un mio intervento per aiutare il bambino ad affrontare la sua malattia. Nella riunione la madre ribadisce che lei, il marito e i sanitari, concordemente, hanno scelto di non mettere al corrente il bambino della sua grave condizione fisica per evitargli un trauma; il bambino sa solo che ha dei problemi di salute che con la crescita si risolveranno.

Accetto di seguire il bambino spiegando però che **il mio intervento sarà finalizzato ad aiutare Andrea a riflettere sulle sue esperienze e a comprendere ciò che gli sta accadendo per rendere meno doloroso possibile il processo di adattamento alla sua malattia**.

Con mia grande sorpresa **Andrea porta, fin dai primi incontri, il tema della sua malattia.** Nel primo gioco, infatti, **tenta con una puntura di curare il burattino che raffigura il diavolo, diventato, secondo lui, così per una strana malattia.** In un incontro successivo mi racconta la **fiaba di Pinocchio** cambiandone l'inizio e la fine: mi dice che **il burattino, diventato di legno per una strana malattia, alla fine trova la morte nella pancia della balena perchè non riesce a trasformarsi in un bambino buono.**

Attraverso il gioco **Andrea sembra comunicarmi il suo terrore e la sua impotenza verso la malattia che lui vive come una forza ignota che lo trasforma in un bambino diverso, forse cattivo e gli preclude la possibilità di diventare un bambino normale.**

In questi giochi Andrea sembra essere in grado di narrare la sua disperazione, la sua assenza di speranza e fiducia nel fatto di poter guarire dalla sua malattia. Da questo punto di vista è interessante notare come Andrea, pur non essendo ancora a conoscenza della gravità della malattia e della sua prognosi, sembra avere colto e fatto proprio il senso di disperazione che aleggia in famiglia circa il suo difficile futuro.

Seguono giochi in cui il bambino drammatizza scontri molto violenti e confusi tra animali primitivi con una fine letale per tutti. Gradatamente l'elaborazione dei contenuti di queste fantasie aiuta Andrea a creare altri nuclei di pensiero intorno alla sua esperienza di malattia.

Così in gioco successivo, Andrea si confronta nuovamente con l'intollerabile realtà della devastazione che la malattia produce sul suo corpo. Mentre sta giocando con **una tigre di plastica e la gratta con le dita sulla pelle mi dice che è nata ammalata con la pelle che si sta spaccando e ciò l'ha fatta diventare cattiva.**

Il contenuto di tale fantasia sembra avvicinarsi ad emozioni molto violente riferite alla percezione, sul proprio corpo, della distruttività della sua malattia. La pelle sembra qui perdere la sua funzione di contenimento e appare essere l'organo che lui sente colpito dalla malattia: è proprio la membrana che dovrebbe offrire un primo contenimento a essere colpita e a non poter più svolgere la propria funzione.

Man mano che **il bambino coscientizza le emozioni** suscitate dalla realtà della sua dolorosa **condizione di ammalato è sempre più spinto alla disperata ricerca di protezione** e di un contenimento che lo possa aiutare perchè si trova di fronte ad una situazione confusa e pervasa di angosciante silenzio.

Non sa come trovare una spiegazione a ciò che gli sta accadendo anche perchè medici e genitori, nella sincera convinzione di preservarlo dalla paura e dal terrore, hanno deciso di aspettare ancora prima di metterlo al corrente della sua malattia. **Ma il silenzio pervaso d'angoscia sembra convincerlo che la sua situazione sia insopportabile e innominabile.**

Dopo una assenza da scuola per una colica renale, Andrea, sempre attraverso il gioco, riesce ad esprimere la sua impotenza e il suo disperato bisogno di protezione.

Drammatizza una storia in cui il personaggio principale dopo aver subito il furto dei propri abiti e delle proprie armi viene crudelmente ucciso dal nemico.

Il bambino sembra mostrare, in giochi di questo tipo, quanto sia vicino ad una consapevolezza della pericolosità della sua situazione di ammalato. **Si sente disperatamente solo e impotente di fronte alla malattia che gli sottrae forze e difese consegnandolo, così, ad una morte violenta.**

Il graduale lavoro di avvicinamento del bambino alla sua sofferenza continua a sollevare intense angosce di morte; ciò è espresso in una serie di **giochi aggressivi e crudeli come quando prende alcuni animali feroci e preistorici e li fa scontrare, con rabbia, uno contro l'altro fino alla morte. Gli animali si mordono tra di loro proprio all'altezza dell'attaccatura delle gambe al corpo.**

L'estrema violenza che viene drammatizzata in questi giochi sembra **rappresentare l'azione aggressiva e crudele della malattia che colpisce il corpo del bambino.**

Andrea mostra in questi giochi la grande difficoltà a contenere un'esperienza corporea che, per varie ragioni, non riesce ad essere elaborata mentalmente. Innanzitutto perchè la non chiarezza circa lo stato della sua malattia, connessa all'angoscia circolante in casa, non lo può aiutare a costruire un inizio di contenimento mentale; in secondo luogo perchè la natura stessa della malattia che sembra corroderlo all'interno senza poter essere eliminata produce, probabilmente, una sensazione del corpo che rimane

concreta e con scarse possibilità di essere simbolizzata. In questo senso **le aggressioni tra gli animali sembrano essere una concreta rappresentazione del conflitto tra la malattia e il suo organismo e non una simbolizzazione o elaborazione dello stesso conflitto.**

L'aggressività che Andrea inizia sempre più spesso a drammatizzare nei giochi, è forse anche **un tentativo per negare la propria impotenza** con la quale dolorosamente si confronta durante i sempre più frequenti momenti di malessere generale.

Questa difesa ben presto si manifesta **anche in classe dove Andrea spesso provoca i suoi compagni e li conduce verso intensi litigi.** Le reazioni altrettanto violente dei compagni spingono però Andrea ad iniziare un doloroso confronto tra le sue fantasie e la realtà. I contenuti di questi litigi con i compagni vengono riportati in seduta, dove Andrea comincia ad elaborarli e questo sembra aprire il suo sguardo verso la realtà della sua esperienza. In questo modo, piano piano, iniziano ad **emergere alcune funzioni dell'Io e di un Super-Io più capace di mitigare gli aspetti persecutori della malattia.**

La figura paterna nei suoi giochi assume progressivamente un aspetto meno tirannico e consente ad Andrea di dialogare maggiormente con essa, lasciandole svolgere anche una **funzione protettiva.**

Naturalmente la situazione fisica di Andrea influisce pesantemente sulla sua condizione emotiva; l'ansia fondamentale che accompagna le fantasie dominanti, **nei momenti di maggior malessere, è riferita al terrore di essere annientato e quindi di morire.** L'angoscia di morte è sempre così invasiva che Andrea non può che proiettarla e ciò è evidenziato dalla fantasia del seguente gioco dove Andrea fa scontrare in una lotta furibonda un leone contro un cavallo che rimane ferito. Poi fa scontrare una giraffa contro un dinosauro e anche la giraffa rimane ferita. Preoccupato cura con premura gli animali feriti e, alla fine del gioco grida con sollievo "sono salvi".

La violenza con la quale **Andrea fa scontrare gli animali feroci contro il cavallo e la giraffa è particolarmente intensa e sembra indicare lo stato di grave allarme e pericolo nel quale il bambino sente di trovarsi. Il cavallo e la giraffa** assumono in vari giochi **il ruolo dei genitori** che vengono aggrediti dagli **animali feroci** che, a loro volta, **sembrano rappresentare le violente emozioni**

distruttive, prive di un adeguato contenimento.

Questa esplosione di distruttività genera un ulteriore allarme in Andrea che a questo punto si preoccupa anche di rimediare all'attacco realizzato, ma la violenza e l'intensità delle scissioni e delle proiezioni sembra consentire solo **una prima forma di riparazione di tipo "maniacale" che ripara il danno in maniera magica**, attivando un processo che fa intravedere la possibilità di una iniziale riparazione, rapida e totale, una riparazione che potrebbe essere definita maniacale secondo la definizione kleiniana ben descritta da H.Rey (1986). **Il senso di sollievo** provato per la riparazione effettuata, gli permette di sollevarsi dall'angoscia di morte e dal senso di colpa e **di avvicinarsi per la prima volta alla speranza della sopravvivenza**. In questo modo può cominciare a contenere i propri aspetti aggressivi. Grazie a questo processo Andrea può continuare a portare nelle sedute materiale connesso con il problema della distruttività della malattia; **la malattia inizia ad essere percepita come aggressione reale al suo corpo**. Lo sforzo di esprimere sensazioni ed emozioni così travolgenti e dolorose comporta anche un aumento dell'angoscia che sollecita ulteriormente l'aggressività del bambino.

Nei primi giochi il diavolo, il dinosauro e gli animali feroci, con la loro distruttività, rappresentavano in modo molto concreto la distruttività della malattia e la conseguente angoscia di morte. Con intensa sofferenza il bambino inizia **a confrontarsi adesso con i propri aspetti aggressivi che percepisce come qualcosa che può esistere indipendentemente dalla malattia e rendergli invece di fatto più difficile sopportare quest'ultima**. Infatti alla fine di una seduta mi dice che la cattiveria e non la malattia è causa di morte in quanto quest'ultima può essere guarita dalle medicine.

In quest'ultima affermazione il bambino, sostenuto dal suo stesso processo di speranza, imputa alla malattia i suoi problemi organici e distingue così il senso della vita che continua, in quanto le medicine "guariscono la malattia". **Dentro di lui c'è però ancora il dubbio che la sua malattia possa essere la conseguenza della sua aggressività e la morte potrebbe essere la giusta punizione**. Questo dubbio sembra così dare un significato di colpevolizzazione alla sua situazione di ammalato e, a livello inconscio, forse sente tuttora di essersi ammalato perchè cattivo.

Contemporaneamente a scuola Andrea diventa ancora più litigioso e spesso si trova implicato in bisticci perchè si appropria degli oggetti dei compagni affermando con estrema sicurezza essere suoi.

Il bisogno di possedere gli oggetti, adesso sentito in modo così intenso dal bambino, sembra legarsi allo sforzo di affermare una sua consistenza vitale. Possedere sembra legato, per Andrea, ad un disperato e concreto tentativo di esistere, di sentirsi integrato e, quindi la sua "prepotenza" ha forse la funzione di affrancarlo dalla minaccia, rappresentata **a livello inconscio, dell'equazione simbolica "non possedere=non esistere=morire"**.

Tuttavia, piano piano, il bambino inizia a conoscere e a utilizzare i significati delle sue fantasie inconse e a rendersi conto degli effetti che hanno su di lui. Questo lavoro fa emergere altro materiale che lui evidenzia in un confronto/scontro con il padre.

Andrea durante **un gioco inscena una corsa sfrenata tra lo stallone(padre) e il pony(se stesso), quest'ultimo vince, ma dopo la vittoria cade e si ferisce gravemente**. Commenta che il pony forse è caduto perchè si è dispiaciuto di aver superato lo stallone.

L'ansia è resa devastante dal sentirsi mutilato nel corpo. Le dolorose percezioni corporee invadono la mente di fisicità e sollecitano sentimenti ambivalenti a cui è difficile dare una svolta evolutiva. **Il padre è percepito come robusto, alto, può fare tutto, Andrea ha solo limiti e divieti. In lui non c'è la sicurezza e la speranza di diventare grande, per questo la competitività con il padre è un sentimento molto penoso.**

Freud (1905) sostiene che il bambino sopporta questa competizione in quanto proietta nel futuro la sua capacità di diventare grande come il padre, Andrea sente che a lui tale speranza è negata e **la competizione non ha una svolta evolutiva con l'identificazione.**

Il pony, di cui il bambino mi parla estesamente in molte sedute, sembra rappresentare il senso della sua impotenza e la sua mancanza di speranza di diventare grande. Mentre per il bambino lo stallone rappresenta forse la libertà di crescere e di provare piacere.

Il confronto tra il pony e lo stallone è insopportabile perchè pone il bambino di fronte alla sua invalidità

che non gli dà speranze di crescita. Andrea tenta allora di **annullare la differenza tra sè e il padre e passare dalla dimensione dell'impotenza, determinata dalla minaccia della malattia, a quella dell'onnipotenza di poter trionfare sullo stallone e ritrovare così una parità assoluta con il padre, visto che non può trovare una svolta evolutiva con l'identificazione.**

Piano piano l'elaborazione e il contenimento aiutano il bambino a sopportare con minor dolore questo senso di impotenza, **riconducendolo a contare su se stesso in modo tale da sostenere il processo di speranza avviato.**

Quando però la recrudescenza della malattia (gli attacchi epilettici e le coliche renali si fanno più frequenti) pone il bambino di fronte ad un angoscioso e assoluto senso di impotenza, lui, difensivamente, fa ricorso a fantasie onnipotenti. Queste difese sembrano essere attivate per ridurre il dolore della sua esperienza e cercare un rimedio alla sua realtà troppo dolorosa. L'angoscioso conflitto che ne deriva lo rende molto insicuro, Andrea mi racconta storie sempre più grandiose e insiste spesso perchè io gli creda. Il fatto di essere creduto sembra essere per lui una prova della verità, validità e realtà delle sue fantasie rispetto alla realtà dei fatti, ma al tempo stesso manifestano il desiderio di essere compreso nella propria sofferenza. Questo genere di fantasie contrasta con quelle in cui in lui rimane ancora la coscienza che si tratta "semplicemente" di immaginazione.

Il fluttuare dalla fantasia onnipotente, (per esempio mi racconta che possiede una tenuta con molti cavalli e una moto di grossa cilindrata con la quale scorazza per il paese), con le evidenti bugie, all'assoluta impotenza, con la sua malattia, gli impedisce di attivare il processo di integrazione mentale e questo lo porta ancora a ricadute con un disperato senso di perdita di sè.

A metà anno scolastico Andrea parte per l'America per essere visitato da un professore di Boston e assiste, senza che nessuno se ne accorga, al colloquio dei suoi genitori con il professore che, senza mezzi termini, spiega la gravità della situazione fisica e della scarsità di speranza che il bambino possa sopravvivere alla malattia.

Appena Andrea, nascosto dietro un tavolo, sente pronunciare dal dottore le parole relative alla gravità della sua malattia ha una crisi nervosa con conati di vomito. Solo a questo punto genitori e medico si accorgono della sua presenza nella stanza, ma, a quel punto, a nulla valgono i loro tentativi di tranquillizzarlo.

Vedo Andrea una settimana dopo il suo rientro, trovo il bambino molto angosciato e agitato coinvolto in una disperata lotta con il pensiero della morte. Riporto i momenti più significativi della seduta:

"E' teso, il viso cupo, respirando con difficoltà mi dice che deve subire un'operazione estremamente rischiosa e difficile che, se fallisse, potrebbe farlo morire. Con fatica aggiunge che farebbe la stessa fine se si rifiutasse di farsi operare. Gli dico che capisco la sua pena e quanto lo faccia soffrire e star male la preoccupazione per l'operazione. Con estrema difficoltà mi racconta che ha assistito al colloquio tra i genitori e il professore americano e mi ripete che se l'operazione fallisse lui morirebbe."

Pensando al bisogno del bambino di essere sostenuto da verità con speranze di vita anche se senza obiettivi definiti, lo aiuto a considerare l'eventuale fallimento dell'operazione come una non soluzione al suo problema fisico più che come causa di morte sicura. Il bambino utilizza immediatamente le mie parole come certezze di vita, ma ciò contrasta dentro di lui con il dubbio della morte per la pericolosità dell'operazione più volte ribadita dal professore.

Il bambino mostra, in tutta la sua intensità, un enorme dolore mentale per la difficoltà a pensare ad un'esperienza ignota e pericolosa come quella di un intervento chirurgico dagli esiti incerti e forse mortali. **L'angoscia che il suo corpo malato produce è talmente terrificante che, per annullarla, il bambino ricorre ad una massiccia scissione che lo porta ad una specie di delirio nel quale mi racconta quelle che mi sembrano essere delle vere e proprie allucinazioni.**

"Andrea mi dice che lui vede Dio e gli angeli e mi chiede angosciato di credergli. Rispondo che forse vorrebbe avere vicino a sé un'essere onnipotente che sconfigga la sua malattia. Lui ripete che si sente solo di fronte alla sua malattia e questa è così cattiva-diavolo perchè lui è "il più cattivo". Abbassa le palpebre, sbadiglia più volte e mi dice che si sente troppo stanco. Delicatamente gli dico che la sua malattia non è la conseguenza di una punizione, mi sta invece mostrando tutto il suo dolore nella sua

disperata lotta tra la malattia rappresentata dal diavolo e la guarigione rappresentata da Dio. Andrea si rianima un po' e più sollevato mi dice che forse con l'aiuto di Dio potrà anche guarire. Quindi mi sussurra di non dire a nessuno quello che mi ha detto.

Andrea prova, in questa seduta, un dolore troppo intenso e violento che non riesce più a contenere, se ne sente pericolosamente minacciato e rapidamente **si trasforma in delirio**. Andrea non può tollerare un'esperienza così devastante e, attraverso un violento processo di scissione e proiezione cerca di difendersi dall'angoscia di morte risvegliata dalla consapevolezza della gravità della sua malattia. **Il conflitto fra Dio e il diavolo indica con molta forza il grado di scissione a cui Andrea deve arrivare per affrontare il pensiero della propria malattia.**



L'elaborazione dell'angoscia di morte è riproposta drammaticamente due sedute dopo: *"....prende quindi un foglio e mi dice che vuole parlare della sua malattia. Disegna un osso lungo e mi spiega che il "cosa" (che è il nome che dà alla malattia) è entrato nel suo corpo per distruggerlo, poi congiunge le mani e chiude gli occhi in segno di morte. Con il pennarello nero segna con più cerchi*

concentrici la zona che lui chiama malata e con il pennarello grigio colora la zona che lui chiama destino poi aggiunge che il destino è voluto da Dio e disegna in alto un triangolo e segna la zona con il pennarello verde. Inizia a calcare il foglio con i pennarelli e a spiegare: "Il "coso" è voluto dal destino, ma c'è anche il diavolo, che è prima del destino, che ha voluto e reso grave la mia malattia". Andrea si sta angosciosamente chiedendo il perchè della sua malattia. Continua a spiegarmi il disegno calcando con i colori: "La speranza, quella forza di cui mi hai parlato prima....quella che abbiamo tutti, quella sì che viene da Dio....Lui è onnipotente. Intanto calca a tal punto la zona identificata come destino che buca il foglio, buca poi anche la zona corrispondente alla parte interna malata del suo corpo che lui chiama "coso". Il foglio si presenta tutto scarabocchiato e si individuano quattro zone colorate: verde=Dio e la speranza, il rosso=diavolo e la punizione, il grigio=destino e l'incertezza e il blu=malattia e morte.

Andrea, in questa seduta, sembra essere più capace di contenere e rappresentare la sua angoscia. Questa capacità di rappresentazione sembra consentirgli di avvicinarsi al problema della sua malattia. **Di fronte ad una così grande consapevolezza del pericolo in cui si trova è ancora necessaria una scissione, scissione che tocca dei livelli estremi. Dio e il diavolo rappresentano qui per Andrea il conflitto tra la vita e la morte, tra la salute e la malattia.** Questo è l'unico modo in cui Andrea sembra potersi avvicinare a questa angoscia, riuscendo a ridurre il dolore della sua esperienza. Credo che in questa fase il mio compito non poteva essere altro che quello di accogliere la sua angoscia così come si presentava, senza tentare di introdurre nuovi livelli di comprensione non ancora integrabili per il bambino. L'unico tentativo di chiarimento da parte mia è stato quello di sottolineare come le malattie non vengano come punizione, ma fanno parte delle cose della vita.

Andrea gradualmente è così arrivato a parlarmi non più solo dei contenuti delle sue angosce, ma anche dei contenuti di alcune sue fantasie meno terribili, dove i personaggi non trovano più la morte, ma, dopo aver risolto situazioni difficili, cambiano le loro condizioni di vita. Tale cambiamento è anche stato determinato dal lieve miglioramento delle condizioni fisiche del bambino, seguite alla somministrazione di una cura farmacologica più efficace.

Durante tutto l'anno scolastico il bambino ha avuto molte assenze dovute a brevi ricoveri e ai molti malesseri fisici, ma ha saltato poche sedute di "special time" con me. Tutto ciò, a mio parere, sembra dimostrare l'estremo bisogno del bambino di una persona adulta che lo sostenga nella sua lotta contro la malattia e lo aiuti a dare un significato e un valore alla sua esperienza di dolore.

Si è così arrivati alla fine dell'anno scolastico e Andrea, dopo tutto questo lavoro, è riuscito ad affrontare il delicato lavoro emotivo della separazione espressa nella paura di essere abbandonato al suo dolore.

In un ultimo gioco, dopo un inizio drammatico in cui esprime il suo terrore di morire, mi chiede di stargli vicino e di sentirgli il cuore e di fargli il vaccino contro l'epatite B commentando che solo così ci si difende dal virus. Questo ci permette di parlare delle difese dell'organismo fino a giungere a parlare di quelle che aiutano la mente, come l'essere aiutati a sopportare il dolore, la preoccupazione, la tristezza, e.... il bambino aggiunge:"la malattia".

Prima di lasciarci, riprendendo il ruolo di paziente, mi chiede di confermargli il prossimo appuntamento sottolineando che sente che la questa cura gli sta facendo bene.

Il pensiero del bambino sembra, in quest'ultima seduta, essersi mobilitato e essere più in grado di contenere l'esperienza rendendo l'angoscia della malattia più tollerabile senza aver bisogno di scivolare nel delirio. **Così Andrea riesce a tenere all'interno della propria mente i dati emotivi e sensoriali della propria esperienza senza scissioni e proiezioni e il pensiero può integrarli in un processo di conoscenza.**

I miglioramenti di tale lavoro si sono evidenziati quando il bambino ha potuto cominciare a portare negli incontri materiale relativo alle sue esperienze di vita al di fuori della malattia: le difficoltà scolastiche, i rapporti con i compagni, con i genitori ecc..

Progressivamente Andrea ha cominciato a migliorare a casa e a scuola. Infatti a scuola Andrea ha cominciato a partecipare alle attività didattiche con minor fatica e il rapporto con i compagni è diventato sempre meno conflittuale. A casa il bambino ha iniziato a raccontare i suoi malesseri e a chiedere spiegazioni delle cure e visite mediche a cui è continuamente sottoposto. Anche i genitori, forse sotto lo stimolo dei miglioramenti del bambino, sono diventati più capaci di sostenere emotivamente il figlio. Ciò

è evidenziato nell'ultimo colloquio con l'équipe medica quando i genitori, dopo aver espresso la loro preoccupazione per il futuro del figlio, **hanno affermato che solo ora si sono resi conto che il poter parlare e condividere il proprio dolore con qualcuno aiuta notevolmente a renderlo meno insopportabile.**

DISCUSSIONE

Inizialmente, la malattia sembrava essere vissuta da Andrea come una forza ignota e inconnoscibile che lo avrebbe distrutto dall'interno a causa di una qualche sua grave colpa. Questa difficile situazione è stata anche determinata dal fatto che Andrea si è trovato di fronte alla realtà della malattia senza alcun sostegno emotivo e con un assoluto senso di impotenza, in quanto genitori e medici non lo mettevano al corrente di ciò che gli stava accadendo. Per sollevare Andrea da tale dolore ho cercato di rompere il silenzio che lo circondava e di facilitare una presa di coscienza sulla sua condizione. Sin dall'inizio del nostro lavoro Andrea ha mostrato, nei suoi giochi, come fosse difficile per lui darsi una spiegazione di quanto gli andava accadendo. La malattia che in maniera così violenta aggrediva il suo corpo dall'interno, sembrava essersi impadronita anche della mente di Andrea che, da solo, cercava di dare un ordine e un significato a questa sua drammatica esperienza. L'incapacità da parte dei genitori di affrontare il tema con il bambino e l'angoscia che loro stessi proiettavano su Andrea aveva messo Andrea in una condizione difficilmente sopportabile. Così, nei suoi primi giochi, Andrea mostra come sia difficile per lui separare la malattia da una fantasia di punizione rivolta contro se stesso.

Sin dai primi giochi è emerso il terrore di Andrea di essere trasformato dalla malattia in un bambino diverso. La temuta irreversibilità di tale trasformazione era legata alla distruttività della malattia, la cui percezione inconscia suscitava continuamente intollerabili angosce di morte. Andrea aveva vissuto per molto tempo la sua malattia come conseguenza della sua "cattiveria" e la morte veniva fantasticata come una punizione. Tale nesso è stato rinforzato dal peggioramento, nel tempo, delle condizioni fisiche del bambino che hanno determinato anche un impoverimento delle sue risorse mentali. Il bambino ha tentato allora, attraverso scissioni e proiezioni e il ricorso a fantasie onnipotenti, di espellere le parti del proprio sé che sentiva cattive e allontanare così l'idea intollerabile che era la cattiveria la causa della sua malattia. L'elaborazione di tali difese ha aiutato il bambino a percepire i propri impulsi aggressivi e a

distinguerli dalla distruttività della malattia; questo lavoro gli ha permesso di confrontarsi anche con altri conflitti emotivi della sua crescita che coinvolgevano la percezione del suo corpo malato.

Le percezioni corporee dolorose e le ferite subite con le operazioni erano sentite da Andrea come causate da una forza ignota, penetrante e distruttiva. Tutto ciò ha sollecitato in lui sentimenti ambivalenti, cosicchè il bambino ha sperimentato una dolorosa perdita di speranza di poter crescere (pony) e diventare grande come il padre. Questa disperazione ha aggravato la sofferenza di Andrea e, nei momenti più drammatici, per esempio durante l'elaborazione dell'esperienza americana, il bambino è dovuto ricorrere di nuovo a meccanismi difensivi primari come la scissione, la proiezione e l'identificazione proiettiva.

L'angoscia di morte non contenuta si è fatta così violenta che il bambino si è rifugiato, anche attraverso il delirio, in una dimensione di onnipotenza. Il delirio diventava così il mezzo con cui Andrea salvaguardava la propria mente da angosce intollerabili. La malattia in questi momenti di dolore insopportabile è stata di nuovo percepita come la conseguenza di una grave colpa.

A livello inconscio Andrea ha iniziato ad equiparare la distruttività della malattia ai suoi aspetti aggressivi. Nei momenti di grande dolore fisico Andrea tentava disperatamente di difendersi dall'angoscia del suo corpo in distruzione mettendo in atto una scissione tra corpo e mente. Questa ed altre difese si alternavano man mano che emergevano nuove paure. Quest'ultime facevano riferimento, a livello intrapsichico, alle conseguenze della sua aggressività che lo facevano temere per la sopravvivenza dei suoi oggetti buoni interni. Andrea ha tentato di porvi rimedio con un processo di riparazione inizialmente di tipo maniacale, in quanto rapido e totale. Ma attraverso l'avvio di tale processo il pensiero del bambino si è aperto al senso della vita e non più solo al senso della morte che fino ad allora lo aveva bloccato. Ciò si è rivelato molto importante in quanto, insieme alla esperienze di vita che iniziava ad elaborare in seduta, Andrea ha potuto dare nuovo spazio alla speranza.

Gradualmente, attraverso un maggiore contenimento delle angosce più intense e l'elaborazione delle fantasie inconsce, il bambino è riuscito a sviluppare una sua capacità di pensare che gli ha permesso di elaborare e dare una forma più sopportabile alla sua dolorosa esperienza di malattia.

Con il procedere dello "special time" Andrea è riuscito, anche se con grande sofferenza, ad affrontare situazioni ad alto contenuto d'angoscia, riuscendo a contenerle all'interno di una dimensione mentale. Ha potuto così avere la possibilità di reintegrare ed elaborare ulteriormente la traumatica esperienza vissuta in America.

Nel corso dello "special time" Andrea ha così potuto fare l'esperienza di un contenimento che ha ridato forza integrante al suo pensiero; ha potuto cominciare a discriminare e a distinguere l'esperienza fisica della sua malattia dalle emozioni ad essa connessa, riuscendo, almeno parzialmente, a dipanare il groviglio precedente in cui malattia ed emozioni erano la stessa cosa.

I disturbi dell'apprendimento di Andrea sono così apparsi essere non solo la conseguenza della sua malattia, ma anche il risultato di messa in atto per non pensare; la memoria, ad esempio, era stata la prima facoltà ad essere colpita, come se il bambino cercasse nell'oblio di cancellare la percezione del dolore.

Attraverso la mobilitazione del pensiero Andrea è riuscito, dopo un anno di lavoro, a distinguere con minore fatica la realtà esterna da quella interiore e a confondere meno il dolore fisico da quello mentale, quest'ultimo reso più sopportabile in quanto riconosciuto e accolto. I suoi netti miglioramenti in ambito scolastico, il recupero della capacità di ricordare quanto andava studiando per la scuola, la realizzazione di migliori rapporti con i suoi compagni e le sue insegnanti mi sembra che stiano a dimostrare una nuova capacità di contenimento di Andrea delle sue esperienze fisiche ed emotive.

STORIA DI GINO, 8 anni

Gino, secondogenito, è nato a termine, con parto eutocico, dopo una gestazione molto sofferta a causa di una toxoplasmosi che la madre ha contratto al settimo mese di gravidanza. Lo sviluppo psicofisico del bambino è proseguito nella norma fino a 4 anni, durante i quali, però, la madre aveva notato con preoccupazione che il figlio diventava cianotico ad ogni sforzo od emozione eccessiva. Tali sintomi erano stati riferiti ai vari pediatri consultati, ma nessuno di loro aveva riscontrato qualcosa di patologico. L'inizio della scuola materna è risultato molto difficile per il bambino a causa del dolore e della disperazione provati al momento della separazione dalla madre; separazione già subita in precedenza a 1 anno, a causa di un ricovero di 15 giorni in ospedale della sorella accompagnata dalla madre e, successivamente a 2 anni, della madre stessa per un mese. Un'altra separazione si è ripetuta l'anno successivo con il ritorno a scuola, ma è stata interrotta dalla prima influenza che è subito peggiorata in polmonite e che quindi ha reso necessario il ricovero urgente in ospedale. Qui i sanitari si sono immediatamente resi conto che il problema più grave del bambino non era la polmonite, ma una malformazione cardiaca (morbo blu).

Il bambino è stato quindi operato al cuore: l'operazione è riuscita bene e, nel giro di pochi mesi, si è ristabilito facilmente, anche se ha dovuto subire per un anno intero le conseguenze fisiche e psicologiche di un'infezione all'uretere causatagli dal catetere inseritogli in vescica dopo l'intervento al cuore.

Queste vicende mi vengono riferite dalla madre in un colloquio richiesto dalla stessa perchè preoccupata per i disturbi apprenditivi del figlio evidenziatesi soprattutto nella difficoltà a memorizzare gli apprendimenti scolastici.

La signora appare molto sensibile ai problemi del figlio; dal racconto emerge che il bambino ha vissuto, ospedalizzazione e intervento chirurgico in modo drammatico anche se lei stessa, il marito e i sanitari avevano cercato di preservarlo dalla paura e dal terrore tenendolo all'oscuro di tutto ciò che gli accadeva.

Mi racconta che il bambino, subito dopo l'operazione (4 anni), è stato per molti giorni legato e sotto effetto di psicofarmaci perchè con disperazione tentava di strapparsi i vari cateteri inseriti per il drenaggio. Lei e il marito non sapevano come tranquillizzarlo, si sono sentiti incapaci, soffrendo moltissimo. Si sono però resi conto che l'intervento aveva ormai determinato un trauma irreversibile nel figlio; trauma che si è evidenziato con una lenta, ma progressiva regressione.

Il bambino una volta tornato a casa, ha smesso di parlare dei suoi bisogni o dei malesseri, non ha più voluto disegnare, giocava poco preferendo invece attività di movimento. Ultimamente, esegue, con ossessiva ripetitività, sempre di nascosto e per più di un'ora al giorno, dei salti ritmici a zig-zag. Il bambino ha grosse difficoltà ad esprimersi con scioltezza e, a scuola, presenta un comportamento timido ed inibito, mentre a casa ha frequenti scoppi d'ira, soprattutto quando si trova di fronte alle difficoltà dei compiti scolastici.

La signora con l'approvazione del marito, assente per lavoro, mi autorizza per uno "special time".

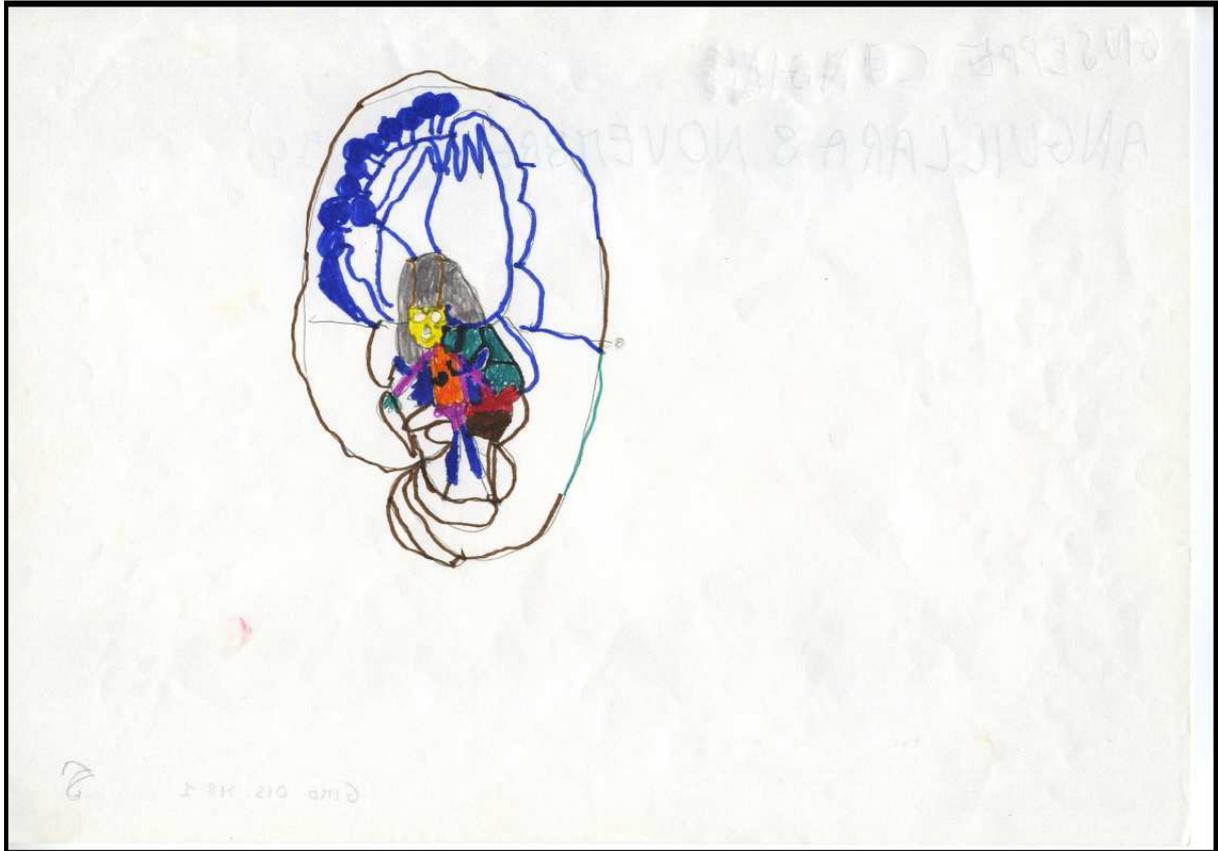
Mi trovo davanti un bel bambino, biondo con gli occhi azzurri, risponde con timidezza e imbarazzo al mio sorriso accogliente. La voce rauca, l'enorme difficoltà ad esprimersi e l'abbondante salivazione rallentano in modo esasperante il dialogo di conoscenza reciproca. Con delicatezza aiuto il bambino a ricostruire le frasi che, composte da parole distanziate da pause estremamente lunghe, perdono di significato.



Nel primo disegno il bambino mi presenta in modo simbolico la sua situazione interna, dove predomina una casa chiusa con sopra un sole nascosto a metà da una porzione di cielo e, vicino, un fiore esile; lui è sulla sinistra con una enorme bocca aperta che sembra urlare. Non riesco a definire quell'urlo, il sentimento che mi provoca è di solitudine e di dolore.

In questo colloquio devo controllare l'esasperazione che il procedere lento ed estenuante dell'espressione verbale del bambino provoca in me: impiega molti minuti a portare a termine una frase. Senza interrompere il fluire lento e stentato della sua parola, piano piano si tranquillizza e sento che si va instaurando un rapporto di fiducia.

Seguono altri colloqui dove Gino ripropone sempre lo stesso tema elementare e semplice dei primi disegni: un bambino, la casa, il sole, dei fiori. Nel disegno del quinto incontro avviene qualcosa di nuovo e molto significativo:

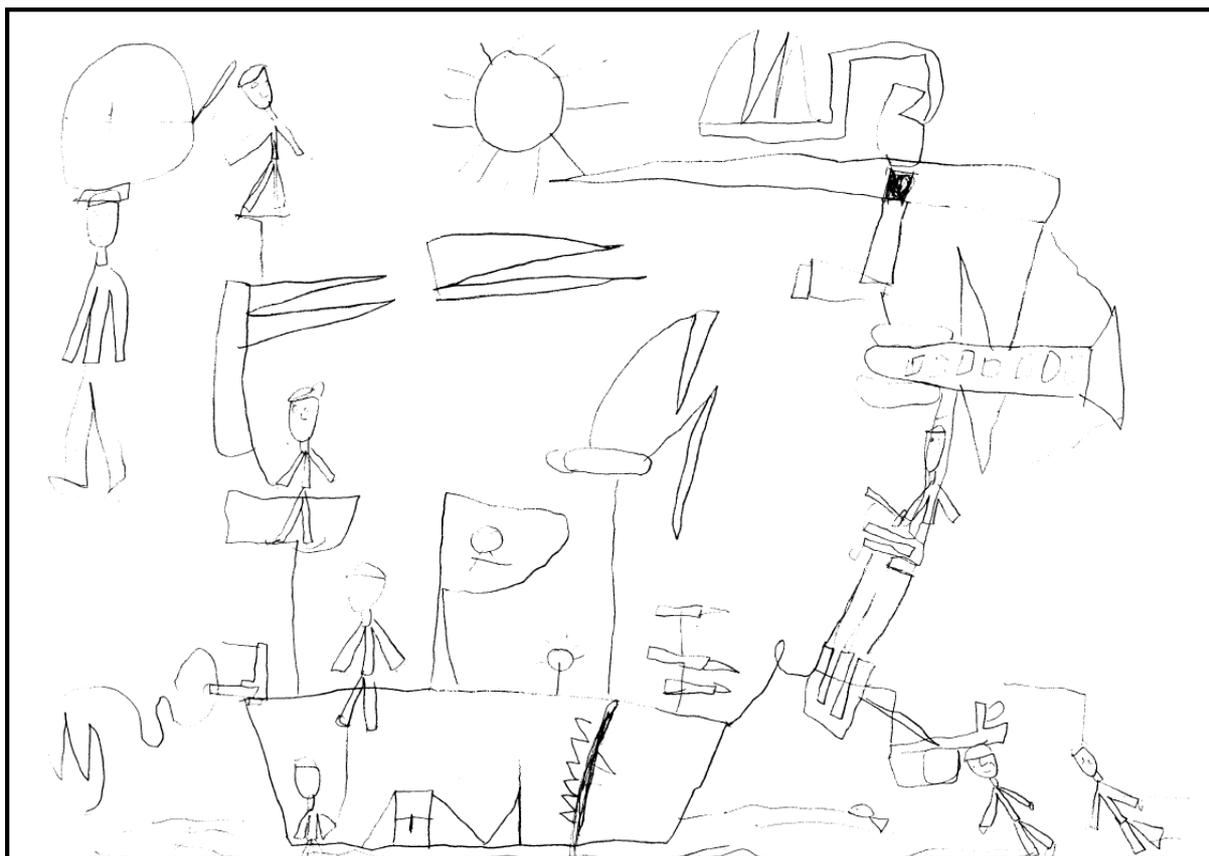


".....disegna un robot che lega tutto intorno con dei fili e poi incapsula in un groviglio. Tutto ciò mi fa immediatamente pensare alla traumatica situazione di essere legato dopo l'operazione, non dico nulla in riferimento a ciò e lui alla mia domanda risponde che il personaggio è un robot. Commento che mi sembra un bambino legato e lui: "No,..è... un... robot!"...l'espressione diventa tesa, saliva e deglutisce molto e nel mentre si tormenta le mani, alza il viso solo per un fugace sguardo, quando delicatamente gli dico che mi sembra un bambino disteso. Lui con estrema difficoltà ribadisce: "Si,..ma,.. è... un robot,... non io!". Intuisco che il bambino si sta avvicinando con estrema cautela alla sua esperienza traumatica. Vedo in quel disegno lui steso sul lettino dell'ospedale con i molti tubi del drenaggio. Così gli dico: "Forse mi stai dicendo che non riconosci in questo disegno te stesso perchè quando eri steso su quel lettino di ospedale ti sentivi come un robot, non un bambino perchè troppo era il dolore, lo spavento e forse la rabbia che ti ha provocato quell'esperienza". Il bambino con foga: "Mi hanno legato....legato mi hanno....non potevo più muovermi!". Sono sentimenti di terrore e disperazione che il bambino sta rivivendo nel ricordo dell'esperienza e che mi comunica attraverso l'espressione

allarmata del suo viso e del suo faticosissimo incedere nel racconto: "...poi avevo...avevo... tanti fili...che mi portavano via il sangue...". Si ferma abbassa lo sguardo e tormenta le mani, io gli dico che quelle cannucce erano necessarie per far guarire bene la ferita che aveva in mezzo al petto. Continua: "...mi avevano detto ...che mi ...portavano al mare e...invece mi ...hanno fatto...un buco grosso qui!". Si avvicina tremante, si solleva gli indumenti e mi mostra l'enorme cicatrice che ha sul petto.

In questo inizio di elaborazione del trauma il bambino ha potuto, comunicarmi la terribile angoscia della sua esperienza chirurgica, prima con il disegno e poi, tradotta in pensiero, condividerla con me e iniziare a dare senso e significato alla sua sofferenza.

I successivi colloqui rimangono sempre difficoltosi nell'espressione, ma meno esasperanti, **mentre i disegni diventano straordinariamente ricchi di storie fantastiche che invadono tutto lo spazio a disposizione.** Riporto la storia del primo dei disegni di questo periodo, in quanto evidenzia in modo paradigmatico la qualità e l'intensità dei sentimenti che forse l'esperienza traumatica aveva paralizzato nel suo mondo interno.



"Mi racconta che la barca dei pirati, nonostante la protezione delle sabbie mobili, era stata assalita dai soldati. La battaglia era scoppiata perchè i pirati volevano sbarcare sulla terra ferma e fare razzie. Così la barca, sotto l'attacco dei soldati e i contraccolpi dei pirati, alla fine si era spezzata nel mezzo, lasciando cadere in mare alcuni pirati; i soldati catturati erano finiti nella stiva. Alla mia richiesta di come finisce la storia mi risponde esitante che proprio non lo sa".

Credo che la mia domanda lo abbia posto di fronte ad una risposta da dare in tempo reale, mentre la sua possibilità di storicizzare e raccontare quella storia, che si riferiva a lui stesso, era in corso di svolgimento e dipendeva dal transfert e da quanto sentiva di poter trarre aiuto da me. Le sabbie mobili sembrano rappresentare l'estenuante fatica del suo processo di sviluppo. La battaglia sembra essere la lotta che il bambino sente dentro di sè tra la distruttività, vissuta con l'operazione e rappresentata dai pirati e le difese rappresentate dai soldati; gli elementi appuntiti potrebbero invece rappresentare dei fantasmatici bisturi, mentre la sua ferita somatica sembra essere rappresentata dallo squarcio provocato in mezzo alla barca. Credo che **il bambino in fantasia s'identifichi nel pirata** come se volesse

rimpossessarsi dei beni di cui si è sentito derubato e raziato. Alla fine del colloquio, infatti, **mi chiarirà che lui è sempre stato convinto che i medici, durante l'operazione, gli avessero rubato il cuore.**

Quel disegno mi ha espresso un senso di smarrimento, in quanto sembrava rappresentare il corrispettivo fantasmatico di sue antiche e sofferte sensazioni corporee che, diventate patrimonio della sua fantasia e qui sepolte, non sono state dimenticate, ma hanno continuato a esistere come presenza inconscia e a provocare angosce di morte.

Questa fantasia faceva ancora rivivere al bambino l'esperienza traumatica dell'operazione, espressa alcuni incontri prima con estrema sofferenza: in quelle parole, separate da pause molto lunghe che frantumavano il significato, tentava forse di distanziarsi da emozioni intollerabili. Inoltre, le lunghe pause, che poneva sistematicamente tra le parole dei suoi stentati discorsi, riproducevano forse le sue dolorose esperienze di separazione che, subite senza alcuna spiegazione, gli impedivano di capire il significato di ciò che gli stava accadendo. Forse proiettavano anche in me l'esperienza, da lui vissuta, di essere tenuto in sospenso e senza qualcosa a cui appigliarsi. D'altronde non c'erano state parole, all'epoca della sua operazione, per contenere e comprendere il suo dolore e la sua disperazione; ora invece attraverso le parole io cercavo di tradurre in pensieri i suoi sentimenti, le sue fantasie, i suoi significati inconsci.

Con il procedere dei colloqui il bambino passa da storie piene di aggressioni, all'espressione più esplicita di angoscia relativa al bisogno di protezione. Questo gli permette di elaborare ulteriormente le angosce abbandoniche vissute durante la sua esperienza traumatica e **comincia ad usare i giocattoli**; tra questi utilizza solo ed esclusivamente gli animaletti. In un gioco simula, **con un atteggiamento molto controllato e senza alcun suono**, una lotta tra tutti gli animali; quelli feroci uccidono quelli domestici, perchè, mi spiega, sono solo cattivi. Poco dopo però si sofferma a far interagire con un abbraccio un'orsa con un piccolo panda che, abbandonato dalla madre, viene salvato da morte sicura da quest'altra madre. Il gioco, così aggressivo nelle azioni simulate e muto nell'espressione, sembrava indicarmi i **contenuti dei silenzi vissuti dal bambino come abbandoni e subiti come violenti**. Attraverso i momenti del mio

silenzio attento e partecipe ho cercato allora di **restituire al bambino, un'esperienza silenziosa che lui invece potesse introiettare come accogliente.**

Gino è andato avanti con giochi simili a questo per molte sedute in cui, dopo aver simulato degli scontri violenti, un piccolo veniva abbandonato o si perdeva, ma alla fine era sempre ritrovato. Il contenimento offerto dalla relazione gradatamente riattiva nel bambino la capacità di apprendimento e, ben presto, emergono altre paure riferite al timore di essere escluso dal rapporto tra i suoi genitori. A questo punto inizia veramente ad entrare in comunicazione con se stesso e a confrontarsi con inquietanti e aggressive fantasie edipiche. Ciò è rappresentato, all'inizio, in un disegno dove evidenzia un minaccioso conflitto fonte di un doloroso stato interno.



Disegna un robot arancione e mi specifica che è una madre buona, vicino a lei 3 robot viola che identifica come padre, figlio e madre cattivi. Il figlio cattivo ha una solida barriera nera. Di lato disegna un robot nero, padre buono, che attacca la madre cattiva che ha una difesa molto fragile rappresentata dal contorno giallo. Il racconto si limita a drammatizzare l'alternarsi degli attacchi tra padre cattivo e madre

buona e viceversa, dove il cattivo è quello che attacca e ferisce perchè è cattivo.

Il bambino in fantasia si vive come cattivo, bloccato da qualcosa di rigido che non gli permette di esprimersi e lo mantiene in uno stato di immobilità emotiva, estraniato rispetto al flusso dei sentimenti contrapposti di amore e odio, buono e cattivo, che la relazione con me inizia a riattivare e differenziare.

Dal disegno passa ad elaborare ulteriormente tale situazione con il gioco: rovescia sul ventre gli animali per determinarne il sesso, poi li contrappone maschio e femmina in una lotta estenuante, dove alla fine i maschi vincono con la forza. Successivamente mi racconta, sempre un po' stentatamente, che ha assistito più volte alla monta di un toro su una mucca e di un cavallo su una cavalla (il padre ha una fattoria), ma **ciò che più lo ha impressionato, per la drammaticità, è stata per lui la nascita.** Tale evento lo ha sconvolto per il dolore, a suo parere insopportabile, che provoca alla madre. A questo proposito mi dice che si ritiene fortunato di essere nato maschio perchè non dovrà "più" soffrire tanto. Quel "più" mi ha fatto pensare che **la nascita per lui equivalesse al togliere con violenza alla madre qualcosa di vitale, come è sempre stato convinto fosse successo a lui, quando pensava che i medici gli avessero tolto il cuore.** Dopo queste sedute il bambino inizia a parlarmi del suo dolore.

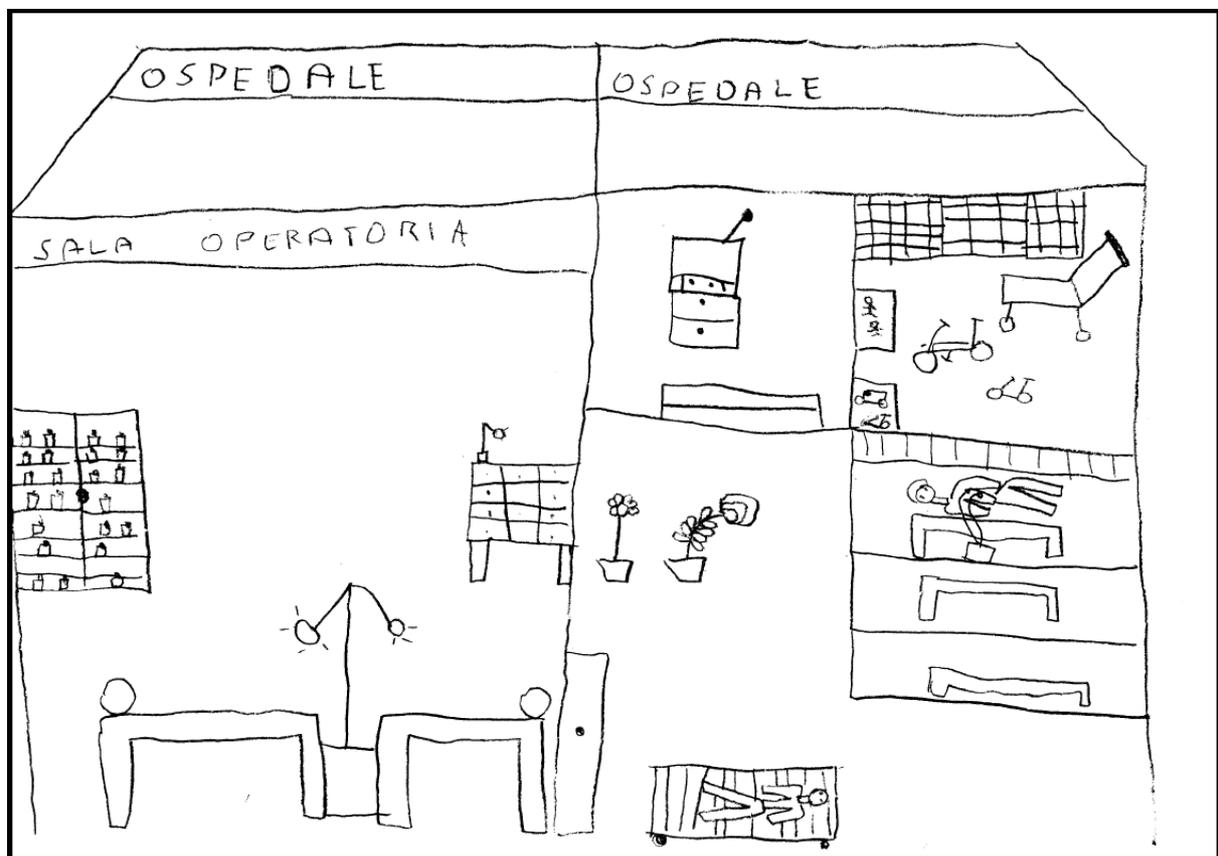
"...sentivo dolore, e non riuscivo a muovermi e mi faceva male la ferita ... il dolore che sentivo al petto mi faceva pensare che morivo..."

Questo gli permette di rielaborare ulteriormente, attraverso la parola, il trauma subito e, in un successivo colloquio, mi spiega con disperata difficoltà che, dopo l'operazione, vedendo del sangue nei tubicini che uscivano dal suo corpo, era terrorizzato perchè pensava che i medici volessero farlo morire. Il bambino nella seduta ha potuto esprimere la fantasia terrificante da lui vissuta come reale. Il lento, ma profondo processo di elaborazione, avviato intanto dalla relazione di transfert, sembra permettere al bambino di sentire come più tollerabili anche le esperienze emotive conflittuali del suo normale processo di sviluppo, da lui vissute a causa del trauma, in modo estremamente angosciante e violento. Il bambino può così confrontarsi con un oggetto accogliente e i sentimenti distruttivi vengono modulati dalla nascita di affetti positivi.

Lentamente inizia a migliorare e a scuola riesce, anche se ancora con difficoltà, a ricordare meglio e a ripetere la lezione; a casa, mi riferisce la madre, gli scoppi d'ira sono più contenuti, permangono invece i salti ripetuti ossessivamente anche se diminuisce il tempo di esecuzione.

Il susseguirsi degli incontri sembra aiutarlo poco a poco a **elaborare l'esperienza di una continuità di uno spazio mentale a sua disposizione al quale affidarsi con fiducia e le interruzioni sono vissute da lui in senso meno catastrofico.**

Dopo un anno di lavoro, in una seduta, prima della interruzione delle vacanze estive, rappresenta la sua esperienza traumatica attraverso un disegno. Suddivide il foglio in più settori che rappresentano le varie stanze dell'ospedale dove lui è stato.



Per primo disegna la sala giochi e mi racconta che lì si è così divertito che pensava veramente di essere in vacanza. Poi disegna lui steso sul lettino davanti alla sala operatoria e mi racconta della sua angosciante attesa mentre era lì ad aspettare qualcosa di terrificante perchè non sapeva a cosa andava incontro e, violentemente, tentava di divincolarsi dalla morsa del sonno prodotto dall'anestesia. **Dopo**

l'operazione lui si è sentito impazzire dal dolore che sentiva al petto e che gli sembrava aumentasse quando pensava che i dottori gli avessero portato via il cuore, sicuro di ciò dalla visione dei tubi di drenaggio dai quali usciva sangue.

Dopo questa seduta il bambino migliora nel linguaggio, il suo raccontare, anche se ancora un pò stentato, diventa meno frammentato perchè le lunghissime pause spariscono. A poco a poco appaiono nel gioco, a fianco dei sentimenti rabbiosi, sentimenti teneri e delicati che lo aiutano ad elaborare la separazione per le vacanze estive. Nell'ultimo incontro, dopo avermi chiesto se durante le vacanze vedo ancora i bambini e aver ottenuto una risposta negativa, mi parla dei suoi salti che esegue di nascosto; mi dice che sono diminuiti, ma li esegue ancora e che ora sente la voglia di eliminarli del tutto. Il fatto che il bambino mi parli del suo segreto penso sia un ulteriore segno della caduta di una sua difesa e un corrispettivo rafforzamento da parte dell'Io. Sembra che il bambino abbia sentito il beneficio del lavoro svolto e ora, attraverso la consapevolezza del suo disagio, ricerchi quella continuità nella relazione che lo ha aiutato a superare il blocco emotivo creato dal trauma.

DISCUSSIONE

Nel corso del lavoro con Gino mi sono spesso chiesta se il riproporsi, nel tempo, delle sue difficoltà connesse alla separazione dalla madre non fossero state, in parte, causate dalla malattia. In altre parole, la malattia, all'epoca in cui non era stata ancora diagnosticata, provocando affanno e mancanza di respiro, portava il bambino alla ricerca disperata della presenza materna che, con il suo intervento, riusciva a dargli sollievo e a risolvere la difficile situazione respiratoria. Ho pensato quindi che la malattia abbia reso il bambino più sensibile alla problematica della separazione.

Già al primo incontro l'exasperante modalità con cui Gino si esprime segnala che il suo mondo emotivo interno è paralizzato e che, forse, lui è spaventato ad iniziare questa nuova esperienza. Le pause molto lunghe, poste tra le parole dei suoi stentati discorsi, rendono difficile la comprensione di ciò che vuole comunicare; sembrano esprimere la sofferenza delle sue separazioni subite senza capire, perchè nessuno ha cercato di prepararlo e sostenerlo ad eventi così traumatizzanti, come l'ospedalizzazione e l'operazione al cuore, ma soprattutto sembrano avvertirmi che per lui la comprensione e la conoscenza sono processi molto pericolosi oltre che troppo dolorosi. Per controllare tali processi ha dovuto bloccare tutto il suo mondo affettivo paralizzando il rapporto tra l'Io, il mondo interno e quello esterno.

Nel primo disegno, dove rappresenta un bambino che urla, comunica invece il terrore di avvicinarsi al suo dolore. E'ancora il disegno il mezzo attraverso il quale Gino riesce prima a rappresentare la sua esperienza traumatica dell'operazione e poi, lentamente, a più riprese durante tutto l'anno di "special time", ad avviare il processo di elaborazione. Lentamente l'esperienza dell'accoglienza e del contenimento consentono a Gino di ricordare e dare significato ad antiche e sofferte "memorie somatiche" (P.Heimann, 1942-80), attraverso il graduale processo di elaborazione delle sue fantasie

inconsce. Queste, all'epoca del trauma, tradotte in sensazioni ed emozioni violente, avevano saturato la sua mente come cose non pensabili e perciò stesso dolorosamente incontenibili. Tutto ciò penso abbia continuato a sollecitare nella fantasia inconscia del bambino intollerabili angosce di morte che, a loro volta, hanno ostacolato il delicato processo di integrazione mente-corpo.

Tuttavia, l'aver sollecitato Gino a dare spazio alla sua fantasia penso lo abbia aiutato a superare la confusione paralizzante ed incongrua della sua realtà interna, in quanto, proprio grazie all'espressione delle sue fantasie attraverso il gioco e il disegno, le emozioni e i sentimenti hanno potuto essere rappresentati e successivamente pensati. Così Gino ha potuto esprimere e capire i sentimenti di terrore che aveva provato con l'operazione e che successivamente lo avevano reso intollerante a qualsiasi dolore fisico. Il lento, ma profondo processo di rielaborazione permette al bambino di arrivare ad una maggiore integrazione mentale e a ristabilire un maggiore equilibrio della relazione mente-corpo. Con meno timore Gino riesce a dare un significato reale alle sue sensazioni corporee e a distinguerle dalle emozioni. In tal modo arriva a capire perchè il dolore fisico diventa angosciosamente incontenibile quando è confuso con quello psichico; "Mi dice che appena uscito dalla sala operatoria sentiva un grande dolore al petto che diventava insopportabile quando pensava che i medici gli avessero portato via il cuore". Le sensazioni dolorose provenienti dal corpo non potevano essere contenute nella mente del bambino perchè, nella fantasia inconscia, erano sentite come conseguenza di una aggressione violenta reale, forse una punizione, verso la quale il bambino si è sentito impotente e, sprovvisto di qualsiasi difesa, invaso da un'angoscia di morte violenta e intollerabile, che Bion definisce "terrore senza nome". L'elaborazione aiuta Gino a mitigare l'onnipotenza delle fantasie inconsce e a differenziarle dalla realtà e lui migliora le sue capacità apprenditive. Forse le difficoltà a capire e memorizzare gli apprendimenti scolastici rappresentavano per lui una difesa contro una realtà da conoscere che in precedenza aveva subito con terrore e inimmaginabile dolore.

Diventato più sereno, Gino riesce anche ad esprimere con maggiore facilità le proprie necessità. La

madre stessa mi dirà con sollievo, in un breve colloquio, che il figlio finalmente ha ripreso ad esprimere verbalmente i suoi bisogni; dopo l'operazione non si sapeva mai se aveva fame, sonno, se era triste, se aveva qualche malessere ecc...; era la madre ad indovinare gli stati d'animo del figlio, ma non poteva nominarli perchè diventavano per Gino un pretesto per i suoi scoppi d'ira.

Il blocco emotivo era, quindi, una difesa estrema di Gino per controllare, io penso, anche la sua distruttività equiparata a livello inconscio alla violenza dell'operazione e avente quindi come effetto, se espressa, quello di togliergli parte della sua vitalità. Gli scoppi d'ira rappresentavano, forse, un modo per espellere violentemente un'angoscia e un terrore intollerabili quando questi erano dominati da aspetti di fisicità non pensabili. Forse, per il bambino, dopo il trauma, gran parte dei suoi processi proiettivi erano da lui vissuti, a livello delle sue fantasie inconsce, con terrore per paura, se attivati, di perdere qualcosa di vitale. In questa ottica, anche i problemi di ritenzione urinaria potrebbero essere interpretati come un tentativo concreto, da parte del bambino, di trattenere parti di sè, per non rimanere vuoto, come si è sentito da quando aveva creduto che i medici gli avessero portato via il cuore. Questo terribile pensiero, forse, è anche alla base della sua coazione a ripetere che, espressa nell'angosciosa stereotipia motoria, sembra rappresentare la realizzazione di un movimento vitale continuo e rappresentazione della ferita corporea, in contrapposizione all'angoscia di morte che la paralisi emotiva sollecitava dentro di sè.

Nel corso del lavoro Gino arriva a drammatizzare nel gioco la violenza che lui sente di aver subito con l'operazione e che, a livello delle sue fantasie inconsce, identifica con la ferocia degli animali selvaggi che si accaniscono contro gli animali domestici. Quest'ultimi rappresentano forse la sua disperata impotenza e solitudine in quanto l'animale domestico soccombe alla ferocia dell'animale selvaggio senza essere salvato da nessuno. Questo confronto lo spinge ad affrontare ed elaborare le angosce abbandoniche che sollecitano ulteriori fantasie dolorose e violente. E' l'elaborazione di una di queste violente fantasie, legate al dolore della partoriente e all'espulsione del feto che permette di capire come la nascita sia da lui equiparata all'operazione che ha subito facendogli credere che i medici gli avessero

strappato via il suo cuore.

Dopo un anno di lavoro, sono via via spariti gli scoppi d'ira e il bambino ha iniziato a comunicare i propri bisogni e a relazionarsi con gli altri con maggiore interesse. Altro segno di miglioramento è la completa remissione della problematica della ritenzione urinaria e il netto miglioramento a scuola. Permane invece la stereotipia motoria, ma alla fine dell'anno Gino mi parla dei suoi salti eseguiti di nascosto, facendo così cadere una sua ulteriore difesa. Il suo Io, più rinforzato, può in tal modo chiedere liberamente di continuare ad essere aiutato per procedere con più sicurezza e serenità sul suo cammino di crescita.

CONCLUSIONI

In questo lavoro ho cercato innanzitutto di evidenziare come l'esperienza di gravi malattie organiche abbia provocato degli effetti negativi sullo sviluppo emotivo dei bambini malati che ho seguito a scuola. In secondo luogo ho voluto descrivere il tipo di aiuto che ho potuto offrire loro con lo "special time" e il tipo di evoluzione che questo lavoro ha consentito.

Nella dissertation ho riportato, per ragioni di spazio, i casi di due soli bambini, ma nel corso dello stesso anno scolastico ho seguito altri bambini malati: Filippo, 8 anni, trapiantato di fegato e sempre sotto terapia antirigetto ed Enrico, 9 anni, con un accelerato e precoce sviluppo puberale per un sospetto tumore all'ipofisi.

Le conclusioni qui riportate si riferiscono pertanto al lavoro che ho svolto con questi quattro bambini. E' singolare il fatto che nessuno di loro avesse avuto, fino al momento della segnalazione a scuola, una spiegazione rispetto alla propria malattia o un adeguato sostegno psicologico.

La segnalazione da parte dei genitori e la loro autorizzazione per uno "special time" è avvenuta solo quando i disturbi del comportamento e dell'apprendimento di questi bambini sono diventati evidenti a scuola ed hanno iniziato ad interferire pesantemente sul loro processo di apprendimento. Tali disturbi sembravano essere l'espressione di una profonda sofferenza psichica che non potevano altrimenti esprimere. Infatti dalla loro storia risultava evidente che tale sofferenza non era stata presa in seria considerazione né dai genitori né dai medici, troppo preoccupati e impegnati a risolvere i problemi fisici legati alla sopravvivenza di questi bambini. Inoltre, nella sincera convinzione di proteggerli dal dolore della consapevolezza della malattia, li tenevano all'oscuro della loro condizione di malati gravi. Ma il

silenzio non ha fatto altro che appesantire le sofferenze dei bambini, che si sono trovati soli e impossibilitati a contenere emozioni, sensazioni e sentimenti relativi alla loro malattia. L'intensità dell'angoscia ha toccato i livelli più profondi dell'integrazione mente-corpo, minacciata anche da un utilizzo esorbitante di difese quali la scissione, la proiezione, la negazione, la regressione, l'onnipotenza. La loro mente è stata così totalmente impegnata nei processi difensivi e impossibilitata ad affrontare le trasformazioni del loro corpo malato.

Questi bambini si sono trovati quindi di fronte ad una realtà ignota e priva di senso di una malattia non conosciuta. Ciò ha prodotto in ognuno di loro una sensazione di impotenza in quanto la componente psichica del dolore fisico veniva da loro negata allo scopo di allontanare la consapevolezza del pericolo e veniva perciò avvertita come un'emozione non contenibile, violenta, travolgente e distruttiva. Questa situazione mentale così confusa e dolorosa ha spinto questi bambini alla ricerca di spiegazioni consapevoli e inconscie relative alla malattia, nel tentativo di dare una coesione al loro sé continuamente minacciato e un senso alla loro esperienza. Il tentativo di darsi delle spiegazioni aveva quindi la funzione di contenere il dolore psichico sollecitato dalle loro malattie e aggravato dal fatto che riattivava, secondo la definizione di P.Heimann, antiche "memorie somatiche" (Heimann P. 1942-80).

P. Heimann, d'accordo con il modello teorico proposto da Freud che dichiarò che l'Io è in primo luogo un Io corporeo, ha sottolineato che le esperienze fisiche precoci hanno degli effetti duraturi in quanto, depositandosi come memorie somatiche, si rimettono in moto in determinate situazioni. Le memorie somatiche poi, nello stadio operativo dell'apparato psichico, assumono il significato di dati psicologici.

Le esperienze fisiche di questi bambini sono state dolorose e traumatiche fin dalla nascita ed hanno lasciato "memorie" che, durante i periodi di recrudescenza della malattia, si sono rimesse in moto sollecitando emozioni violente e incontrollabili. Con processi difensivi massicci questi bambini hanno tentato da soli di tenere a bada queste emozioni negandole e facendole defluire in sensazioni senza mai

poter accedere al loro significato (A.B.Ferrari,1992).

Così Andrea tentava, attraverso meccanismi di difesa maniacali e violente scissioni e proiezioni, di allontanare da sé la percezione della pericolosità della propria malattia, mentre Gino, attraverso una paralisi dell'espressione delle sue emozioni, ha tentato di tenere a bada le sue fantasie persecutorie. Degli altri due bambini che non ho potuto presentare si è evidenziato che Filippo, attraverso l'ipercinesia e con modalità aggressive e provocatorie, tentava disperatamente di allontanare il pensiero dalla gravità della sua malattia, mentre Enrico tentava di difendersi dalla percezione di un corpo che troppo in fretta mostrava i segni di una pubertà avanzata attraverso una particolare forma di regressione psichica.

Il dolore fisico e la preoccupazione per la propria integrità corporea ha sollecitato e intensificato arcaiche e terrificanti angosce di morte riferite alla perdita dell'unità del proprio sé. Questi bambini sono quindi vissuti sempre nell'incertezza di continuare ad esistere, in un'angoscia definita da Winnicott come un "cadere senza fine" (Winnicott, 1962) oppure da Tustin come "uno straripare e dissolversi" (Tustin, 1986).

Ho preso in prestito queste immagini perchè descrivono bene le angosce di questi bambini relative al loro apparato somato-psichico, in quanto la loro mente non riusciva più a contenere e controllare la loro esperienza di malattia. Ciò ha fatto emergere incontenibili angosce di morte che hanno sollecitato l'aggressività di questi bambini malati che, proiettata, ha determinato anche i loro disturbi a livello relazionale. Questa era la situazione emotiva dei bambini quando hanno iniziato il lavoro con me: tutti presentavano una sofferenza mentale in quanto i loro disturbi psichici erano difese della mente per annullare o negare la consapevolezza della gravità e pericolosità della loro malattia fisica. I disturbi della sfera motoria, in particolare l'ipercinesia, rappresentavano invece un tentativo di contenimento attraverso una modalità corporea molto muscolare, da contrapporre alla perdita di integrità e interezza fornita dalla pelle (Bick, 1967) ripetutamente aggredita dalle varie terapie e dagli interventi chirurgici. Queste difese hanno creato una scissione a livello dell'integrazione mente-corpo producendo, in forma diversa in

ciascuno di loro, uno stato di estrema impotenza con un corto circuito nella capacità di simbolizzazione e nell'esame di realtà. Ciò determinava una confusione tra dolore fisico e sofferenza psichica e su tale confusione questi bambini hanno costruito un'immagine di loro stessi che è andata a rinforzare la loro identità nella malattia.

Il lavoro di "special time" si è rivelato per questi bambini come un'importante spazio mentale del quale hanno gradatamente cominciato a fare uso fino ad arrivare a poter elaborare nuovi pensieri intorno alle loro esperienze di malattia.

Solo con l'organizzazione di un "setting" adeguato questi bambini sono riusciti a dare significato alle loro esperienze di dolore che da soli avevano tentato di tenere a bada attraverso violenti processi di scissione e proiezione. Come la madre, attraverso la fondamentale funzione della *réverie* (W.R.Bion,1962) permette al bambino di contenere esperienze penose, così l'aiuto offerto con lo "special time" ha permesso a questi bambini malati di compiere un lavoro di contenimento aiutando la loro mente a poter pensare e a poter tollerare le esperienze emotive connesse con la malattia.

Questo spazio per pensare si è sviluppato in quanto l'esperienza di contenimento ha permesso a questi bambini di dare espressione, attraverso il gioco e il disegno, ai contenuti inconsci delle loro fantasie che, fino ad allora non ascoltate, avevano determinato una confusione paralizzante ed incongrua tra realtà esterna e realtà interna. Quest'ultima realtà, fatta di emozioni e sentimenti, ha potuto così essere rappresentata, elaborata e trasformata in pensiero. Lentamente questi bambini sono riusciti, anche se con molto dolore, ad elaborare ad un livello più simbolico le loro sofferenze psichiche e a sviluppare un migliore contenimento mentale per quelle fisiche. Nel corso di un anno di "special time" si sono via via evidenziati i cambiamenti positivi di questi bambini che, riattivate le loro capacità evolutive, hanno iniziato a migliorare nell'apprendimento. I miglioramenti nel comportamento hanno subito invece delle oscillazioni in concomitanza con la recrudescenza della malattia.

Penso sia stato molto utile che l'istituzione scolastica abbia potuto offrire un aiuto a questi bambini che, per vari motivi, non avrebbero mai potuto affrontare una psicoterapia esterna. I genitori stessi, stimolati dai miglioramenti dei loro figli, si sono resi conto che il loro silenzio aveva aggiunto sofferenza invece di attenuarla e che solo ascoltando e parlando con i figli di questa sofferenza era possibile renderla meno drammatica. Sono diventati così più capaci di sostenere emotivamente i loro figli. Ciò, a detta dei genitori, ha permesso di instaurare un dialogo più aperto in tutta la famiglia creando un maggior grado di coesione, grazie al quale i bambini hanno ritrovato quella comprensione e protezione di cui avevano bisogno per riaprire il loro pensiero alla fiducia e alla speranza.

In conclusione vorrei sottolineare che anch'io, come chiunque si impegni a sostenere un bambino ammalato, ho vissuto questa esperienza con un doloroso senso di impotenza, consapevole di non poter risolvere la situazione di malattia dei bambini che ho seguito. Tuttavia, mi sembra che l'aiuto che lo "special time" ha potuto offrire loro, con tutti i suoi limiti, ha prodotto degli effetti positivi permettendo loro una maggiore integrazione interna della loro esperienza di malattia.

REFERENCES

- Arlow J.A. (1965), The reaches of intrapsychic conflict, *Amer. J. Psychiat.* 122:425.
- Bick E. (1968), "The experience of the skin in early object relations", *International Journal of Psychoanalysis*, vol.49.
- Bion W. (1962), *Learning from Experience*, New York: Jason Aronson.
- Bion W. (1984), *Second Thoughts*, Maresfield Reprints/Karnac.
- Boston M. and Daws D. (eds.) (1977), *The Child Psychotherapist and Problems of Young Children*, London, Wildwood House.
- Bowlby J. (1979), "On knowing what you are supposed to know and feeling what you are not supposed to feel", *Can. J. Psychiat.* 24(5):403-8.
- Carignani P. (1994), "Introducing the observational model in school. Reflections on possible applications of psychoanalytic observations and on the technique of "Special Time" as a therapeutic interaction", **M.A. Dissertation**, Tavistock Clinic/UEL.
- Copley B. and Forryan B. (1987), *Therapeutic Work with Children and Young People*, London, Robert Royce.
- Emanuel R. (1996)"Children Traumatized in Infancy", *Journal of Child Psychotherapy*, vol.22:2.

Fenichel O. (1951), *Trattato di psicoanalisi*, Trad. it., Roma: Astrolabio.

Ferrari A. B. (1992), *L'Eclissi del Corpo*, Roma, Ed. Borla.

Freud A. (1952), "The role of bodily illness in the mental life of children", *Psychoanal. Study Child*, 7:69-81.

Freud S. (1914), *On Narcissism: an Introduction*, Standard Edition, XIV, London, Hogarth.

Freud S. (1905), *Three Essays on the Theory of Sexuality*, Standard Edition, VII, London, Hogarth.

Freud S. (1925), *Inhibition, Symptoms and Anxiety*, Standard Edition, XX, London, Hogarth.

Heimann P. (1989), *About Children and Children no-longer*, The New Psychoanalytical Library Inst. of Psycho-Analysis, London.

Judd D. (1994), *Give sorrow words: working with a dying child*, London, Free Association Books.

Kahana R. (1972), "Personality and response to physical illness", *Arch. Psychosomat. Med.* 8:42-46.

Klein M. (1949), "The relations between obsessional neurosis and the early stages of the super-ego", in *The Psycho-Analysis of Children*, Hogarth, pp.149-75.

Musatti C. (1949), *Trattato di Psicoanalisi*, Torino: Einaudi.

Novelletto A. e Gozzano E. (1983), "Somatic injury and narcissistic injury. Psychopathologic consequences of surgical traumas in infancy", *Neuropsychiatria Infantile* 266-267:479-493.

Pynocs R. (1992) "Grief and Trauma in Children and Adolescents", *Bereavement Care*, 11 (1):2.

Rank O. (1929), *The Trauma of Birth*, New York Harcourt, Brace.

Rey H. (1986), "Reparation", *Journal of Melaine Klein Society*, 4:5-36.

Rheingold J.C.(1967), *The Mother Anxiety and Death*, Little, Brown and Company.

Siegel D. (1993) *Memory and Trauma; A Cognitive Science View*. Submitted for publication.

Spinetta J.J. (1982), "Behavioural and psychological research in childhood cancer: an overview", *Cancer* 50:1939-43.

Pilleri A.S. e Oliverio Ferraris A. (1989), *Il Bambino Malato Cronico*, Milano, Raffaello Cortina.

Tustin F. (1986), *Autistic Barrieres in Neurotic Patiens*, ed. Karnac Books, London.

Winnicott D.W. (1962), "Ego integration in child development", in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Hogarth, 1987.

Wittemberg I., Henry G. and Osborne E. (1983), *The Emotional Experience of Learning and*

Teaching, London, Routledge & Kegan Paul.

DIDASCALIE DELLE FIGURE

Fig 1: Disegno n. 1 di Andrea, colloquio pag. 38.

Fig 2: Disegno n. 2 di Andrea, colloquio pag. 39.

Fig 3: Disegno di Gino, pag 55.

Fig 4: Disegno n. 1 di Gino, colloquio pag. 57.

Fig 5: Disegno n. 2 di Gino, colloquio pag 58.

Fig 6: Disegno n. 3 di Gino, pag. 62.

Fig 7: Disegno n. 4 di Gino, pag. 65.