

CRISTINA FACCINCANI\*

## Di madre in madre: depressioni e paradossi del materno

Nella tradizione psicoanalitica, la maternità è stata da sempre considerata come una tappa di sviluppo affettivo della donna a valore identitario, ossia implicante una crisi di identità.

Infatti, l'insieme dei processi psicoaffettivi che si sviluppano e si integrano nella donna in occasione della maternità ha una complessità paragonabile a quella dei grandi passaggi di crisi e di costruzione identitaria, come ad esempio la pubertà e l'adolescenza, con la quale peraltro ha in comune anche movimenti ormonali di grande portata.

Lo psicoanalista francese Paul-Claude Racamier (1979) ha utilizzato il termine maternalità per definire la complessa costellazione dei processi psichici della madre alle prese con le prime fasi di vita del bambino. Si tratta di una costellazione contrassegnata da quelle strutture di funzionamento fragili, labili e fluttuanti che caratterizzano lo psichismo di tutte le fasi di riorganizzazione dell'equilibrio psichico; nel caso della maternalità, tale riorganizzazione, peraltro, non ha ancora avuto luogo quando la madre si trova già alle prese con la realtà fisica concreta del neonato e con le esigenze che le si impongono.

Parto e puerperio costituiscono una cesura che ha la potenzialità di un cataclisma: il regime narcisistico e fusionale che caratterizza la gravidanza è interrotto dalla nascita. Per la madre come per il bambino questa separazione corporea è una rottura e un trauma. Il bimbo in grembo è stato vissuto e portato in gestazione dalla madre come parte integrante della propria persona, sicché il parto può facilmente rappresentare per la donna la perdita di una parte di sé con cui si era totalmente identificata e narcisisticamente riconfermata. Nella gestazione, inoltre, è stato amato il bambino immaginato e fantasticato non solo durante la gravidanza, ma fin dai giochi e dalle fantasie infantili della bambina. Il parto dunque, accanto al giubilo della nascita, comporta, sul piano psichico, l'apertura di un processo di lutto dato dall'esperien-

---

\* Psichiatra, psicoanalista indipendente.

za di perdita dell'unità narcisistica fusionale della gestazione e dall'esperienza della inevitabile disillusione derivante dalla percezione dello scarto tra il bambino immaginato e il neonato reale.

Dopo la nascita, le esigenze di funzionamento simbiotico della diade madre-bambino, comportano l'approfondirsi di una posizione psichica funzionale dell'io ad impronta schizoide, posizione già attivata nella gravidanza. Con Winnicott (1958, pp. 357-363), si potrebbe affermare che la maternalità implica una posizione psichica "normalmente psicotica": a questo proposito, infatti, Winnicott parla di un funzionamento paragonabile ad uno stato di ritiro e di dissociazione, con un senso di continuità del sé fluttuante e fragile caratterizzato da una diffusione di identità. Una "malattia normale" la definisce Winnicott, malattia normale che caratterizza la "preoccupazione materna primaria". La madre, per essere sufficientemente buona, dovrebbe essere in grado di ammalarsi e progressivamente guarire da questa malattia. È questa salutare malattia materna che consente alla diade madre bambino di creare la loro reciproca relazione e di colmare il vuoto che il parto ha generato.

La relazione simbiotica viene ripristinata sul piano psichico come continuità d'essere che convive e risponde all'esperienza di una discontinuità enigmatica e potenzialmente angosciante. Così la madre, pur mantenendo la capacità di relazionarsi in modo evoluto in rapporto al mondo, vive con il bambino una esclusiva continuità d'essere data da quella capacità psichica creatrice che Bion (1963) chiama *rêverie* e che consiste nel percepire come in sogno nel bambino e per il bambino contenuti psichici a cui poter e dover dar forma. Attraverso questo funzionamento la madre si dispone a portare in gestazione, nella sua propria psiche, la psiche del bambino senza appropriarsene e a restituire al lattante quegli stessi contenuti per così dire 'digeriti'.

Questa devozione materna ha però un lato oscuro e perturbante legato all'importante sollecitazione di istanze inconsce di tipo onnipotente: l'inconscio materno è inevitabilmente attraversato da "sentimenti omicidi che caratterizzano il materno come rovescio della condizione di dipendenza per la vita. In questi fantasmi inconsci il dare vita si rovescia in dare morte, in una dimensione psichica in cui non sono ben separabili, cioè nella dimensione psichica inconscia dell'onnipotenza del materno" (con tutta la sua portata di angoscia) (Faccincani, 2010, pp. 89-108). All'interno della dimensione psichica dell'onnipotenza del materno, i sentimenti omicidi costituiscono il contrassegno grezzo dei fantasmi di separazione nella loro qualità primaria di interdetto.

Per quanto inquietanti, questi fantasmi di matricidio/figlicidio sono normalmente e inevitabilmente contenuti nell'inconscio e nel preconscio della relazione madre-bambino nei primi mesi di vita, e il loro inquadramento può essere collocato in quello strato psichico primario

legato alla dimensione di reale dipendenza per la vita, e alla dimensione somatica della simbiosi nel rapporto madre-bambino, nella quale i sentimenti di separazione non hanno la forma simbolica resa possibile dal successivo sviluppo di aree transizionali, ma mantengono la forma nuda e cruda di reciproci sentimenti omicidi.

Non sono molti gli autori che hanno avuto il coraggio di parlare in modo esplicito di questa area come tratto della relazione della madre con il bambino. H. Searles (1966) formula interessanti ipotesi sulla funzione psichica di questi sentimenti: l'importanza dei sentimenti omicidi inconsci nella relazione madre-lattante risiede, per questo autore, proprio nel fatto che non apparterebbero unicamente alla dimensione distruttiva, costituendo di fatto i precursori inconsci dell'accesso all'area transizionale. I sentimenti omicidi inconsci, come taglio della simbiosi, consentirebbero l'innesto della dinamica psichica di accesso alla dimensione separata, alla progressiva creazione di uno spazio, spazio nel quale comincerebbe a strutturarsi l'area transizionale. Attraverso l'esperienza che si genererà poi proprio a partire dallo spazio transizionale, i sentimenti omicidi stessi subiranno una metamorfosi simbolica, creativa e sostanziale: si trasformeranno in sentimenti e desideri di separazione quali sentimenti vitali appartenenti al legame d'amore.

Un effetto plastico dei sentimenti omicidi e della capacità inconscia della madre di attraversarli e di rispecchiarli nel bambino sarebbe dunque quello di innescare, all'interno del funzionamento simbiotico stesso, quel movimento che fa da sfondo, da matrice da cui staglia l'identità del piccolo come identità separata da quella della madre.

Ricordare che esiste questa componente perturbante della maternalità è necessario per comprendere ciò che fa da sfondo all'irruzione di simili contenuti nelle depressioni gravi e nei deliri delle psicosi puerperali. Questi fenomeni psicopatologici costituiscono infatti una sorta di iperbole deformata dei fantasmi di morte o di uccisione, quando essi non sono più circoscritti e ben contenuti nell'inconscio e quando non sono più saldamente arginati e controbilanciati, come accade nella maternalità sana, dai processi trasformativi vitali con le loro feconde realizzazioni relazionali e le loro sane soddisfazioni narcisistiche.

La riorganizzazione identitaria della psiche materna dopo il parto implica dunque ampie virate di investimenti, maree emotive, spostamenti del centro di gravità della personalità, processi di lutto legati alle necessarie separazioni da parti di sé, immersioni regressive nel funzionamento simbiotico con le forme di piacere corrispondenti, ma anche con la inevitabile necessità di fronteggiare le dimensioni psichiche del negativo. Sono queste particolari costellazioni di fenomeni che coesistono e si alternano, insieme all'alta sensibilità alle situazioni esterne reali, che fanno sì che la maternalità sia contraddistinta da una condi-

zione di temporaneo funzionamento simil-psicotico. Questa quasi-psicosi, fisiologica e funzionale alle mete della fase puerperale, regredisce mano a mano che la crisi di identità della maternità (con i lutti che vi sono implicati) può venire elaborata e mano a mano che si accresce la responsività reciproca nella diade madre-bambino verso un progressivo funzionamento oggettuale.

Naturalmente questa condizione può al contrario virare verso una deformazione patologica, che può innestarsi sulla particolare vulnerabilità della crisi identitaria della maternalità.

Lo stato di vulnerabilità può essere inoltre accentuato anche dalle influenze socio-ambientali che generalmente condizionano una nuova madre, che vanno spesso nel senso di una svalutazione esercitata attraverso gli atteggiamenti prescrittivi: una sorta di tecnologia del materno che ha come rovescio della medaglia un rinforzo dei divieti inconsci. Voglio aggiungere che spesso si tratta di contenuti giudicanti e colpevolizzanti che passano criptati al di sotto di messaggi di idealizzazione di cui sono spesso rivestiti, e vengono per di più connotati come aiuto e tutela della neo madre: l'effetto di questo doppio messaggio è, come si può ben immaginare, decisamente svilente, disorientante e disorganizzante.

Come in ogni fase di riorganizzazione della personalità, possono contribuire al destino evolutivo della maternalità sia fattori storici che contingenti, ma ciò che mi interessa qui mettere in evidenza è l'impatto di ciò che sta sullo sfondo della relazione della madre con il nuovo nato, ossia l'evoluzione psichica inconscia della madre stessa, delle sue relazioni affettive e delle immagini interiorizzate di queste. Così l'inconscio, il passato e l'immaginario entrano insieme nella relazione attuale della madre con il bambino per arricchirla o al contrario per comprometterla.

Innanzitutto la madre del bambino nuovo nato è nello stesso tempo la bambina della propria madre. È quindi una ambivalenza profonda quella che segna la relazione madre-bambino nel suo doppio orientamento, essendo la madre bambina di sua madre e madre del suo bambino al tempo stesso. A ciò si aggiunge il doppio movimento identificatorio: della donna con la propria madre e della donna con il proprio bambino.

Se ne deduce che la qualità della relazione della neo-madre con la propria madre è un elemento determinante: la qualità della relazione madre-lattante è strettamente intrecciata alle vicende psichiche dell'identificazione della madre con la propria madre, identificazione che può essere impregnata di elementi conflittuali e paradossali.

È questa la questione decisiva che occorre approfondire, esplorando quel particolare fattore di rischio psichico per lo svilupparsi di una

patologia nel post-partum insito nel possibile tramandarsi di lacune significative nella funzione materna attraverso le genealogie psichiche femminili. Queste eredità transgenerazionali possono coinvolgere la funzione materna in senso esteso, sia nella sua componente interiorizzata, che concerne l'accettazione e l'accoglienza di sé, l'ospitalità a sé, sia nella sua componente oggettuale che concerne la capacità di amore materno attivo e passivo.

Prima di addentrarci nelle questioni transgenerazionali, va premesso innanzitutto che ogni relazione madre-figlia è attraversata dal problema originario della coesistenza fra la dimensione speculare identitaria implicata nell'appartenenza allo stesso sesso e la dimensione asimmetrica, ossia appartenente alla differenza di posizione (chi accudisce e chi viene accudita, chi nutre e chi viene nutrita, chi contiene e chi viene contenuta, chi cura e chi viene curata ecc.) e la realizzazione del bisogno d'amore segue, nella relazione, il destino delle possibilità, degli spazi lasciati aperti dalle traversie, dalle vicissitudini di questa difficile coesistenza fra simmetria identitaria e asimmetria della differenza (estesa a qualsiasi differenza d'essere).

A questo si aggiunge che, diversamente da ciò che accade nel bambino, nella bambina, per la quale il primo oggetto d'amore è dello stesso sesso, il modellarsi di quell'insieme di regole e di aspirazioni che definiamo super-io/ideale dell'io (Millot, 1984) avviene in rapporto alla minaccia di perdita dell'amore o addirittura della sopravvivenza della relazione. La fonte dell'angoscia è proprio il rischio di perdita dell'amore, la minaccia è quella dell'agonia legata al crollo della relazione.

Va aggiunto anche che, sul piano psichico, la dimensione temporale del rapporto fra generazioni non è solo unilineare (di scorrimento dal passato al presente) come siamo abituati a pensarla, ma contiene anche una componente retroversa, presente appunto nel riscatto e nella riparazione che le generazioni successive sono chiamate a fare su quelle precedenti.

Il processo di individuazione psichica di ogni figlia si realizza dunque nelle sue possibilità di riuscita o di fallimento, come il frutto di un difficile equilibrio fra identificazioni, disidentificazioni, differenziazioni in rapporto alla salvaguardia dell'amore nella relazione con la propria madre. Nella mia esperienza clinica ho potuto tuttavia ripetutamente constatare che per rintracciare il senso di alcuni fenomeni che investono la relazione madre-figlia, si rendeva necessario osservare ed esplorare la dimensione genealogica trigenerazionale della funzione materna.

Le vicissitudini dei processi psichici della maternalità possono di fatto implicare contenuti psichici inconsci per così dire ereditati dalle due generazioni femminili precedenti: in questo senso la funzione ma-

terna nella terza generazione femminile (la figlia) è correlata in modo altamente complesso ai contenuti inconsci della madre in rapporto alla propria madre (la nonna), alle componenti identificatorie e alle capacità di disidentificazione e differenziazione nei diversi passaggi generazionali.

Ma cosa accade in questi passaggi generazionali quando viene inconsciamente ereditata una lacuna nella funzione materna?

Si tratta di situazioni nelle quali i residui psichici legati alla funzione materna lacunosa non elaborati, rimasti impermeabili, non modificati dalle diverse relazioni, comprese quelle con il maschile, passano di madre in figlia e quindi di madre in madre, nello stato grezzo in cui si trovano nell'inconscio, fino a quando producono una ferita manifesta, aprendone la crisi.

Occorre dunque avventurarsi a ritroso nei territori emotivi della relazione fra la madre e la madre della madre (la nonna) per rintracciare il senso di tutto ciò che la figlia si trova a incarnare, sia come eredità vivente di quella relazione, sia, e soprattutto, per il vincolo alla riparazione delle falte di quella relazione, ciò che paradossalmente può averla posta fin da bambina nella posizione psichica di madre della propria madre bisognosa di madre.

È chiaro dunque che quando la funzione riparatrice della figlia sulla madre implica l'inversione della funzione materna e la figlia si trova coinvolta nel paradosso infelice di questa funzione materna rovesciata nel rapporto con la propria madre, il suo percorso di individuazione femminile può incepparsi: possono risultare compromessi, infatti, proprio quei passaggi fondamentali di distacco e di differenziazione che consentono di modificare plasticamente e creativamente il proprio investimento futuro.

Se la figlia resta impigliata in questo vincolo, la sua maternalità futura può risultarne fortemente condizionata o, in alcuni casi, persino compromessa.

Posso raccontare al proposito la storia clinica di una donna che svolgeva questa funzione equilibratrice della psiche materna e che si trovò in una situazione di serio rischio depressivo dopo il parto. Trattandosi di una paziente che avevo già in cura psicoterapeutica da cinque anni, la crisi poté essere superata bene e in tempi brevi, semplicemente con una intensificazione delle sedute con la compresenza di madre e lattante, intervento questo che di per sé, come direbbe Racamier (1979, pp. 352-355), costituì una "azione parlante" ad alto valore simbolico. Ma veniamo alla storia clinica.

Lisa si rivolge a me un paio d'anni prima di sposarsi con una richiesta di terapia legata a degli stati di angoscia che la colgono nel mo-

mento di prendere sonno o mentre fa la doccia a casa sua, dove vive da sola. Viene assalita dal terrore che qualcuno entri in casa a sua insaputa e la uccida o le faccia del male. Lisa, parlandone con me, si accorge pian piano di fare cose assurde e contraddittorie rispetto a quel terrore: da un lato controllare in casa, ispezionare, lasciare le luci accese, dall'altro lato rifugiarsi sotto le coperte soprattutto con la testa *"per non vedere"* chi la terrorizza. Spinta da me ad associare trova l'immagine dell'infanticidio del bambino di Cogne. Morire, essere uccisi nel buio, sotto le coperte e da un adulto, forse la madre. La precisione di questa associazione si rivela presto sbalorditiva nella sua funzione di accesso a ciò che era, fino ad allora, rimasto impensato intorno ad un trauma infantile che aveva vissuto. Lisa non era figlia unica come mi aveva detto, aveva avuto un fratellino che era morto ancora prima di compiere un anno quando lei non ne aveva nemmeno tre. Era morto per una malattia congenita. A partire dal trauma a poco a poco diviene possibile la ricostruzione della storia affettiva della relazione fra Lisa e la madre, in rapporto alla grave rimozione della morte del bambino. La madre, che non aveva desiderato la gravidanza del secondo figlio, aveva sviluppato un senso di colpa gravemente patologico sulla malattia e sulla morte del bambino: l'idea inconscia di averlo ucciso, un'idea di colpa peraltro rinforzata dall'atteggiamento distante, crudele e pesantemente giudicante della propria madre, la nonna di Lisa. Verosimilmente la madre era entrata in una grave depressione legata alla scoperta della malattia del neonato. Il tentativo di controllo onnipotente della morte del figlio attraverso il fantasma omicidario, aveva bloccato nella madre il processo di lutto e lasciato la bimba Lisa senza sostegno nelle sue angosce legate alla sparizione del bambino, al problema del darne una plausibilità, alle angosce terrorizzanti di poter sparire lei stessa da un momento all'altro portata via o uccisa da qualcuno. Il fratello era sparito, ciò che restava negli sporadici discorsi della madre era la sua idealizzazione, ma anche l'idealizzazione della sua morte e l'idealizzazione di sé madre come vittima sofferente (immagini idealizzate in funzione difensiva rispetto ai sentimenti di colpa). La madre ripeteva a Lisa che era una bambina fortunata: se fosse vissuto il fratello malato le avrebbe rovinato la vita. Nella relazione fra Lisa e la madre si erano immobilizzate identificazioni e idealizzazioni sia della vittima che del carnefice, rigidamente riconfermate come armi contro la morte e l'angoscia di morte. La richiesta inconscia della madre a Lisa era che la bambina riconfermasse la madre nell'idealizzazione di sé come madre ineccepibile, idealizzazione da cui la madre dipendeva per non cadere nella angoscia scatenata dai fantasmi di colpa di essere una assas-

sina. Quando un gesto spontaneo della bimba smentiva questa idealizzazione, la madre diventava violenta e la picchiava, senza che la bambina capisse perché. La sua stessa vivacità veniva percepita dalla madre come rottura della cripta idealizzata in cui la relazione doveva stare: la relazione fra una madre perfetta e una bambina che poteva essere perfetta solo se silente, assolutamente obbediente, dominata e adorante la madre. Lisa si era difesa da queste violenze improvvise della madre conformandosi e tentando di controllare così la violenza materna. Controllando la sua vitalità, pensandosi come stupida, sbagliata e incapace tentava di mantenere la madre nella posizione di colei che è perfetta e ha sempre ragione: conformandosi ad essere dominata dalla madre, evitava il contatto e ovviamente il pensiero di uno stato di terrore legato al fantasma di essere uccisa dalla madre o di uccidere la madre. Mantenere intatta la struttura idealizzante era dunque una strategia difensiva per poter arginare le angosce legate ad un fantasma terrorizzante del materno come potere di dar morte più che come potere di dar vita. Quando Lisa rimane incinta avevamo già alle spalle un significativo lavoro su tutte queste tematiche, anche se notavo, dietro la disponibilità di Lisa a trattare questioni così inquietanti, una certa riluttanza emotiva, come se facesse molta fatica ad accettare che le cose potessero essere andate proprio così. L'esperienza della prima gravidanza è per Lisa una drammatica conferma delle ipotesi che mano a mano si erano venute a formare nella psicoterapia: si trova infatti pesantemente impegnata in un corpo a corpo con fantasmi di morte, con i fantasmi omicidi. La gestazione gemellare si interrompe per un aborto spontaneo, ciò che attiva in modo drammatico l'angoscia di essere una madre assassina e che le riempie la testa di pensieri tormentosi, che Lisa definisce *"pensieri mangia morte"*. Questa esperienza la segna profondamente, ma la crisi che essa comporta, con il lutto che implica, ha come esito una evoluzione decisamente positiva. La seconda gravidanza si svolge senza problemi fisici e in una sorta di limbo psichico, favorito anche dal fatto che Lisa decide di mantenere il più a lungo possibile il segreto sulla sua condizione. In particolare si tiene a distanza di sicurezza dalla madre che, dice: *"mi inonderebbe della sua angoscia e delle sue previsioni da uccello del malaugurio"*.

Il tempo della gestazione risulta essere di fatto un periodo felice per Lisa, un periodo nel quale miracolosamente si sospendono le sue tendenze autoaccusatorie e nel quale sorprendentemente riesce a vivere la propria sessualità in modo del tutto diverso dal solito come serena e soddisfacente. Il parto avviene senza problemi, il bimbo è sano, bello e vivace. Con la nascita del figlio, un maschio, Lisa ha un riavvicinamento con la madre. Ma la tranquillità dura poco: tornata

a casa, nel periodo di fisiologica depressione puerperale, la madre inizia a volersi imporre con i suoi giudizi negativi e la sua angoscia. Lisa non ce la fa ad estrometterla fino a quando accade un evento decisivo. Non avevamo ancora ripreso le sedute, Lisa mi telefona disperata: la madre sentendo piangere il bambino aveva avuto un violento scoppio di pianto, furiosa di ira, urlando, aveva intimato a Lisa di fare immediatamente qualcosa per farlo smettere, altrimenti lei, Lisa, la avrebbe fatta morire, avrebbe fatto morire sua madre. Mi è immediatamente molto chiaro, e lo è questa volta dolorosamente anche a Lisa, che la madre agisce in quel modo una triangolazione nella quale si pone in competizione con il neonato per ottenere le attenzioni affettive di Lisa e la sua devozione. È probabilmente anche una riattualizzazione nella madre della propria esperienza con il pianto del proprio neonato ammalato, ma il tutto si riattualizza nell'intreccio nefasto di un attacco invidioso violento nei confronti della coppia Lisa-bambino riproponendo se stessa come centro delle attenzioni della figlia. Lisa raccontando capisce che non è possibile, nella fase che sta attraversando, volendo innanzitutto salvaguardare se stessa e il bambino, affrontare la madre, e chiede in modo esplicito il mio sostegno rispetto alla decisione di farsi aiutare dal marito, delegando a lui un allontanamento della madre. Mi chiede anche di riprendere le sedute il prima possibile a patto che io accetti che lei venga con il suo bambino, cosa che accolgo immediatamente. Sono convinta infatti della portata simbolica di una simile esperienza, data anche la necessità in quel momento di una riparazione nella relazione terapeutica della dolorosissima ferita legata all'impossibilità di una dimensione accogliente e buona del triangolo madre-madre-bambino. Diventa inoltre possibile per me, in questo modo, effettuare un riconoscimento valorizzante delle capacità e delle realizzazioni materne della paziente nell'*hic et nunc* della seduta e della sua relazione in carne ed ossa con il suo bambino, decolpevolizzare l'autonomia che Lisa può prendersi come madre, i movimenti di aggressività o di semplice stanchezza che può provare, e rassicurarla ricordandole che non è soltanto inevitabile, ma è necessario e fecondo frustrare il bambino di una parte dei suoi desideri. In effetti questa fase della relazione terapeutica con Lisa si rivelerà decisiva per rinforzare in profondità l'identificazione con una buona immagine materna e favorire un irreversibile ammorbidente del suo super-io tirannico.

Spero risulti evidente da questa storia clinica quale possa essere l'impatto delle dimensioni paradossali del materno nella relazione diadica madre-lattante dopo il parto e nelle prime fasi di vita del bambino e

come possa costituire un importante fattore di rischio psicopatologico. Infatti, quando una figlia vincolata alla propria madre in modo così paradossale si trova a sua volta alle prese con la propria gravidanza e maternità, i processi di riorganizzazione psichica che vi sono implicati comportano l'attraversamento di un conflitto particolarmente difficile da trattare, venendo a generarsi nella nuova madre una situazione psichica simile ad un insostenibile conflitto di lealtà, situazione psichica potenzialmente paralizzante nella quale la mia paziente rischiava di rimanere intrappolata.

In questi casi, i bisogni infantili della madre, che non sono stati sufficientemente riconosciuti e accolti dalla madre della madre nella storia passata della sua infanzia, infiltrano e condizionano la relazione madre-figlia in misura più o meno significativa a seconda sia del loro grado di intensità sia del grado di permeabilità della figlia alla comunicazione inconscia. È attraverso questo canale di comunicazione inconscia, infatti, che passa, come un'infiltrazione sotterranea, la domanda della madre alla figlia di essere una madre per lei, ed è attraverso l'adattamento inconscio a questa domanda che la figlia eredita, insieme ai bisogni infantili insoddisfatti della propria madre che si confondono con i propri, quella missione riparatrice a cui le è difficile o a volte addirittura impossibile sottrarsi, dato che la posta in gioco è il riconoscimento, l'appartenenza, o persino la possibilità della relazione.

In queste zone psichiche di annodamento oscuro e paradossale fra madre e figlia, incastonato nelle generazioni femminili precedenti, più l'annodamento è intricato e vincolante, più è probabile che un prototipo relazionale vada a ripetersi e a conservarsi, e il futuro finisce per essere investito più o meno pesantemente come attesa delle condizioni di un ritorno di ciò che è avvenuto prima, nell'illusione di poterlo sanare. Può succedere così che i tempi si mescolino e può venire a mancare la possibilità di una cesura, di una differenza, di una opposizione o di un accostamento fra il tempo di un soggetto e il tempo dell'altro, il ché equivale ad una dimensione di assenza di storia e di assenza di sicurezza identitaria.

Quando le lacune del materno sono così massicce da prevalere in modo schiacciante sulla dimensioni evolutive della relazione, e l'angoscia che le accompagna è così intensa da mettere in pericolo la vita psichica, si arriva a relazioni madre-figlia parassitarie e tiranniche, nelle quali il prezzo pagato dalla figlia per far vivere la madre (e di conseguenza la relazione), è la propria alienazione. Queste relazioni fra madre e figlia parassitarie e tiranniche implicano nella figlia una sorta di mortifera responsabilità del mondo interno di una madre che le chiede inconsciamente di dipendere da lei (dalla figlia) per la propria vita psichica; un carico di responsabilità mortifera alla quale la figlia si

trova vincolata attraverso il fantasma (e/o l'esperienza) del crollo della relazione. La figlia può allora tentare di evitare il crollo della relazione attraverso un modellamento inconscio del proprio essere.

Si tratta di situazioni dove il tratto oscuro e paradossale dell'inversione del materno raggiunge forme di perversione così distruttiva da costituire un fattore di rischio determinante nell'insorgenza di patologie post-partum: i bisogni infantili insoddisfatti della madre possono infatti riattualizzarsi e riacutizzarsi proprio in coincidenza con la maternità della figlia, come è accaduto nella storia di Lisa.

Nelle depressioni post-partum che hanno nello sfondo questa inversione del materno, è possibile dunque che si confonda il distacco dalla propria madre con il distacco da sé come madre.

Riassumendo, si può dire che tale rischio psicopatologico è tanto più grave quanto più è compromessa o impossibile una identificazione attiva con una buona immagine materna, che può essere bloccata da una iper-identificazione di dipendenza con il lattante sentito come un rivale, da un eccesso di rabbia verso il bambino, da una rabbia importante e indistinta verso di sé come madre e verso la propria madre, con la quale insistono aree di confusione e sovrapposizione; ma può essere bloccata anche da un eccesso di idealizzazione della maternità e della relazione madre-bambino che rischia di avere un impatto mortificante sulla madre in carne ed ossa, facendola sentire sola, colpevole e sbagliata.

Affido la conclusione del mio testo alle parole straordinariamente efficaci che la scrittrice Sylvia Plath scrive in uno dei suoi diari, parole che descrivono in modo esemplare proprio il cuore della questione che ho cercato di approfondire:

"Mi sentivo imbrogliata: non ero amata ma tutto mi diceva che lo ero. [...] Mia madre aveva sacrificato la vita per me. Un sacrificio che io non volevo. [...] Vuole essere me, vuole che io sia lei: vuole strisciarmi nella pancia, essere la mia bambina e farsi scarrozzare. Su una strada che sceglie lei" (Plath, 2002, pp. 1354-1355).

## Bibliografia

- Bion W. (1963), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1979.
- Faccincani C. (2010), Paradossi del materno. In: *Alle radici del simbolico*. Liguori, Napoli.
- Millot C. (1984), Le surmoi féminin. *Ornicar* 29.
- Plath S. (2002), Diari. In: *Opere*. Mondadori, Milano.
- Racamier P. (1979), *Di psicoanalisi in psichiatria*. Loescher, Torino 1985.

Searles H. (1966), Sviluppo di una identità. In: *Il controtransfert*. Bollati Boringhieri, Torino 1994.

Winnicott D. W. (1958), La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.

Cristina Faccincani  
crfaccincani@tin.it