

## **La coppia genitoriale e il gruppo di curanti nelle cure date al bambino : come specchi ipocondriaci**

*Jean-Dit-Pannel Romuald*

### **Abstract**

Nella perinatalità e nella prima infanzia la coppia genitoriale e il gruppo dei curanti sono esposti, nelle cure date al bambino, a una ipocondria ordinaria. Prendersi cura di un neonato, di un soggetto che ancora non comunica verbalmente richiede un lavoro di interpretazione dei suoi diversi segnali, specie corporei. Il nostro lavoro clinico continuato al nido ci ha portato a proporre, quando sono in campo la preoccupazione genitoriale primaria, e la preoccupazione curante primaria, la formulazione di una preoccupazione genitoriale ipocondriaca primaria, e una preoccupazione curante ipocondriaca primaria. I membri di un gruppo di curanti propongono in questo senso una vera accoglienza e trattamento delle preoccupazioni ipocondriache dei genitori.

**Parole chiave:** bambini, genitori, nido, preoccupazione ipocondriaca genitoriale (primaria)

### **Una preoccupazione ipocondriaca sufficientemente buona**

Una *preoccupazione ipocondriaca* (Stathopoulos, 2012b, p. 188) *sufficientemente buona* rimane attiva in noi lungo tutta la vita, sul piano intrapsichico, intersoggettivo, nelle nostre famiglie, nei nostri gruppi di appartenenza. Questa preoccupazione ipocondriaca, nei suoi poli estremi, oscilla fra *il troppo* e *il non abbastanza*. *Troppo* di ricerca di cure si traduce in troppi farmaci, consultazioni paramediche, mediche, persino *surfing* nei siti internet. *Non abbastanza* invece si associa a mancanza di ricerca delle cure malgrado i segnali, con il rischio vitale che questo può implicare. La crisi del covid19 ci ha perfettamente illustrato a quanto pare queste due polarità. Fa questi due poli estremi si trova il problema di essere per sé e per un altro, una *madre sufficientemente ipocondriaca*. Una preoccupazione materna ipocondriaca ha radici secondo noi in una preoccupazione materna ipocondriaca *primaria*, specifica della clinica della perinatalità e della prima infanzia, dall'epoca della gestazione, a quella del bambino.

### **Una sensibilità ipocondriaca, a partire da Winnicott**

Per Winnicott « la madre ordinaria normalmente devota » (1949, p.54) deve essere capace « di adattarsi a ogni bisogno del neonato, con delicatezza e sensibilità » (1956). La *preoccupazione materna primaria* è uno « stato organizzato » di ipersensibilità paragonabile a uno stato di follia ordinaria, di « malattia normale », rimosso inseguito (1956, p.40-41) ». Winnicott ci ricorda: « Uso il termine « malattia » di proposito, perché una donna deve essere in buona salute per attingere insieme questo stato e guarirne quando il bambino le dà la possibilità di liberarsene. Se il bambino morisse, lo stato della madre si rivelerebbe bruscamente patologico. E' »

il rischio che essa corre. » (p.41). (1) Il rischio reale e fantasmatico della morte dell'*infans* è quello che potenzia e sviluppa una *preoccupazione ipocondriaca primaria*. Per Winnicott « Solo una madre sensibilizzata in questo senso può mettersi al posto del bambino e rispondere ai suoi bisogni. Prima sono bisogni corporei, che si trasformano progressivamente in bisogni dell'io, nella misura in cui una psicologia nasce dalla elaborazione immaginativa dell'esperienza psichica » (p.45).

Per ogni genitore, i timori legati alla sopravvivenza somatica e al buono sviluppo somato-psichico del bambino nascono dal desiderio di avere un bambino e in seguito li si ritrova dal concepimento ai primissimi giorni di vita. L'inquietudine della madre, del padre o di qualunque altro *caregiver* - come sono i curanti, fra cui il terapeuta - verso l'esistenza di un altro, sta alla « base » del sentimento di esistere di quest'ultimo (Stathopoulos, 2012a, p. 309). La cura ipocondriaca dei genitori crea il bambino. Questa preoccupazione è generata dallo stato di dipendenza assoluta (Winnicott, 1963) e di angoscia originaria (*hilflosigkeit*) nel quale si trova il bambino all'interno del suo ambiente.

Al posto di una *preoccupazione paterna primaria*, (Delaisi de Perseval, 1981, p. 145, 152, 243), proponiamo una *preoccupazione paterna ipocondriaca primaria*. In neonatologia ad esempio si è osservato che i padri sorvegliano più in particolare la funzione urinaria del loro bambino prematuro mentre le madri sono più preoccupate per l'apporto di ossigeno. Attraverso questo *accordaggio ipocondriaco* madri e padri avrebbero differenti tipi di preoccupazioni ipocondriache.

Poggiando ancora sul lavoro di Winnicott, egli ci ricorda che « per una donna che ha una forte identificazione maschile, questa parte della sua funzione materna può essere particolarmente difficile da realizzare, poiché il desiderio del pene rimosso lascia poco spazio alla preoccupazione materna primaria (1956, p. 42)». In seguito nella sua opera, precisa : « Nella madre, capisco sempre il padre (1962, p. 29)». Dunque come pensare una preoccupazione paterna primaria nella madre e una preoccupazione materna primaria nel padre ? Sulla base di queste affermazioni, interroghiamo una *preoccupazione genitoriale primaria*, riecheggiando il concetto di *bigenitorialità psichica* (Ciccone, 2014, p. 74). La *preoccupazione materna ipocondriaca primaria* e la *preoccupazione paterna ipocondriaca primaria* sarebbero i « due poli » di quello che suggeriamo di chiamare la *preoccupazione genitoriale ipocondriaca primaria*, che poggia su una *preoccupazione bisensuale ipocondriaca primaria*.

Così, sono in discussione le integrazioni sensuali primarie, con le loro risultanze sempre singolari dal trattamento psichico della *preoccupazione genitoriale primaria*.

### **Genitori e curanti: specchi ipocondriaci**

Nelle nostre società contemporanee, dobbiamo considerare la preoccupazione di medicalizzare, paramedicalizzare la gravidanza e il parto (Missonnier, 2015b) come *preoccupazione ipocondriaca* istituita. Le ecografie nutrono la preoccupazione ipocondriaca del o dei genitor(i). Rispondono ai timori delle malformazion(i), di handicap(s), di malatti(e) e sarebbero testimoni obiettivi dello sviluppo fisiologico

*sufficientemente buono* del feto (Soulé, 2001). Per il parto, la madre può temere di morire ella stessa, che muoia il bambino, il padre altrettanto teme per loro, a causa dei rischi che l'esperienza presenta. Dopo la nascita del bambino i(l) giovan(i) genitor(i) si preoccupa(no) del buono stato fisiologico del loro bambino, guardandolo da tutti i lati, il suo colorito, le sue membra, i suoi riflessi, la continuità dei suoi bisogni corporei (fame, sonno, orina, feci..). Questi bisogni costituiscono una vera preoccupazione, che si può ritrovare nella maternità, a casa, al nido (problemi di trasmissione fra professionisti e genitori nei momenti di separazione/ritrovo) o nell'assistente materna.

L'embrione, il feto è preso intrinsecamente nel gioco/problema del ri/sentimento ipocondriaco e psichico dei suoi genitori, dei suoi gestanti – se consideriamo la gestazione del padre – e dei futuri genitori, in un ambiente che è *sempre* particolare. Seguendo Szwec (2002), proponiamo che *il bambino è l'organo ipocondriaco del suo corpo familiare*. Winnicott riportava questo esempio: « Quando ero al mio inizio, un giorno vidi arrivare un ragazzino da solo all'ospedale per dirmi: *Per favore, Dottore, mamma ha male al « mio » stomaco*, e questo attirò la mia attenzione sul ruolo che può giocare la madre ». La depressione della madre di quel bambino si esprimeva dunque facendo ricorso a un sintomo ipocondriaco.

Il nostro corpo, il corpo del partner, il corpo del bambino, ha(nno) la possibilità di essere vissut(i) come estern(i), come estrane(i), come estraneit(à) (Freud, 1919; 1925). I vissuti somatici e psichici sono come le matricosche (Missonnier, Kelalfa-Foucaud, Boige, 2002, p. 82-83): si inscatolano gli uni dentro gli altri per sparire gli uni negli altri e questo in tutte le età della vita di un soggetto. Specificamente, l'embrione, il feto fa irruzione, come un *intruso*, persino un *mostro*, un *alieno*, nella vita psichica e corporea dei genitori, parenti e ambiente. L'embrione diventa feto poi neonato, bambino, adolescente, *adolescente* (parola valigia, che designa il soggetto più adolescente e non ancora adulto, che rimane dipendente dai genitori), giovane adulto, adulto, infine senior, ha vissuto e vive il suo proprio corpo come una strana « immagine riflessa nello specchio », (Freud, 1919), specchio che è molto più che un semplice specchio scopico (Pasche, 1971).

La « radicale estraneità » della scoperta del nostro corpo, che talvolta [scopriamo] « in maniera quasi persecutoria », crea una « minaccia di straniamento » fra psiche e soma e questo favorisce « un inizio della prima coscienza di sé » (Villa, 2004, p. 125). Ciò ci riconduce a quella ipotesi di Stathopoulos (2012, p. 555): « Il modo secondo il quale è percepito il corpo all'inizio è generalmente di natura ipocondriaca ». La differenziazione fra mondo interno e mondo esterno, alla fonte delle pulsioni, è originariamente ipocondriaca, e questo vale sia per il bambino sia per i suoi specchi ipocondriaci che sono i genitori.

Secondo Winnicott, « Non vi è, parlando in modi appropriati, una frontiera ben netta fra l'ipocondria dichiarata di una madre depressa e la preoccupazione che una madre normale prova per il suo bambino. Una madre deve effettivamente essere capace di ipocondria se vuole riuscire ad attenuare nel suo bambino quei sintomi su cui i medici

s'interrogano per curare il male precocemente » (1948, p. 84). Genitori *sufficientemente* ipocondriaci sono specchi cinestesici dunque ipocondriaci: « giocano » agli « apprendisti » curanti infermieri, pediatri, educatori e « psy », fra gli altri.

I medici (internisti, ginecologi e ostetrici, pediatri,..) sono l'essenza degli specchi ipocondriaci (Fédida, 1995; 2002). Si *lamentano* pertanto loro stessi di consultazioni richieste dai genitori che appaiono « inutili » a priori, di mamme ipocondriache, che debordano in un vissuto sulla gravidanza, con il loro bambino, che non sanno più fare quella parte delle cose che si trovano fra gli aspetti somatici, psicologici, reali e/o fantasmatiche. Capita che un medico somatico possa fare una diagnosi, per rispondere all'esigenza di una diagnosi da parte del paziente e/o di non saper riconoscere i propri limiti, la propria impotenza, mentre in altre situazioni l'impotenza per disconoscimento porta il medico somatico a dire che « sta nella testa ». Ciò potrebbe avere l'effetto di cristallizzare nella ricerca somatica un lamento ipocondriaco che vi si è spostato poi perduto, rendendolo malato «immaginarmente ». Vi è il rischio di prendere l'ipocondria come una farsa, come il *malato immaginario* di Molière.

Un'altra forma di ipocondria sarebbe quella che può condurre a diventarne malati (immaginari) al posto di, per sostituzione, con, all'estremo, la sindrome di Münchhausen semplice o per procura (Belot, 2009).

All'estremo, vi è la ricerca per sé, per e attraverso un altro, di uno specchio ipocondriaco.

### **La mamma di Ottavio e di Olivia**

Pensiamo con Winicott (1948) che l'équipe di un nido possa accogliere e trattare le preoccupazioni ipocondriache di madri e padri, a condizione che incontri una preoccupazione curante ipocondriaca.

Gli scambi fra curanti e genitori al momento dell'accoglienza quotidiana al nido (momenti detti di « trasmissione » sono spesso centrati sullo stato psicologico del bambino: sonne, pasti, sfinteri...Più il bimbo è piccolo, più questo interesse è importante per i parenti e i professionisti, nelle nostre osservazioni.

Riprendendo il modello bioniano (Mellier, 2004; 2005), consideriamo che il gruppo-corpo-nido ha una funzione essenziale: quella di essere un potenziale recettore e disintossicante dell'ipocondria delle famiglie accolte al suo interno.

Riprenderemo qui una scena che lo illustra: quella della mamma di Ottavio e di Olivia.

#### *Incontro clinico e scambi informali con la mamma*

Lo psicologo riceve in colloquio al nido una madre obesa di quarantadue anni, incinta di cinque mesi, madre già di due bambini.

Olivia ha nove anni, Ottavio tre. Al nido mostra difficoltà a integrare i limiti, e questo ha portato la madre e chiedere un appuntamento con lo psicologo.

Sulla sua attuale gravidanza la mamma rievoca « una negazione di gravidanza » : lei non si è resa conto « che al terzo mese di gravidanza ». La mamma aveva ripreso gli studi universitari e « gli esami di fine anno sono passati avanti a tutto il resto ». L'annuncio di questa gravidanza la costringe a sospendere gli studi tanto attesi che aveva ripreso da un anno. Si chiede: « sarò « capace » di riprendere l'anno dopo, quando il bimbo avrà nove mesi ?

Si rivela una posizione differente dei genitori relativamente ai limiti che riguardano Ottavio: può darsi perché è più piccolo, perché è un maschietto. La sorella più grande, Olivia, nove anni, riprende molto il fratello « è come una madre con il fratello », confida la mamma. E' Olivia a volte che « fa attraversare il fratello » sul passaggio pedonale.

Secondo la mamma, sono i due aborti spontanei che ci sono stati fra la nascita della figlia e quella del figlio che giustificano quello scarto di sei anni.

Ricorda un sogno: « si sogna incinta di gemelli » e non sa che pensarne. Lo psicologo le propone una interpretazione: « questo sogno di una gravidanza gemellare può tradurre il desiderio di ritrovare i suoi due bambini non nati ? ». La mamma immediatamente annuisce, appare contenta, come confortata dalla proposta.

Parla di un altro cambiamento in arrivo: la famiglia sta per traslocare, per avere una nuova camera per il bimbo, e questo obbligherà la sorella maggiore di Ottavio a cambiare scuola in corso d'anno.

Qualche mese dopo lo psicologo rivede la mamma di Ottavio e di Olivia al suo arrivo nel corridoio del nido con il figlio, dopo pochi giorni dal parto. Sbuffa, affaticata dal peso del suo corpo obeso, dalla sua fine gravidanza, dalla sfida di suo figlio. Le è difficile sedersi, chinarsi. Allora chiede a Ottavio di spogliarsi da solo, di togliersi le calze, di mettersi le pantofole, lui non risponde. Lo psicologo intuisce nella mamma il bisogno che intervenga, che la sostenga, la conforti. Propone così a Ottavio di accompagnarlo. Allora Ottavio risponde alle domande e la mamma può portare il bambino nell'unità dei grandi.

Quando la madre esce dal corridoio del nido presso l'uscita, confida allo psicologo che « Ottavio è difficile in questo momento », « dopo il trasloco, con la gravidanza », « spesso parla del bimbo », « vuole carezzare la pancia della mamma ». La mamma « si sente molto in colpa in questo momento » degli « ultimi momenti senza il bimbo di cui occuparsi ». « Supera » le regole ora per questo, anche perché, fisicamente, non può più. Si è seduta nel corridoio al momento di questo scambio, aspettando di ripartire quando avrà trovato « forza e coraggio ».

Parla della sua pressione, del suo tasso glicemico, di cui è molto preoccupata. Farà presto un prelievo di sangue. E' molto inquieta per l'arrivo di questo nuovo bimbo, di questa imminente nascita. Lo psicologo percepisce la paura di perdere il feto presto bambino, dato che quello è stato il caso dei suoi due aborti. Per un breve istante fa la fantasia di condurla da un medico o un farmacista per misurare la pressione, il tasso glicemico.

Lo ringrazia molto per il suo aiuto con Ottavio, per il suo ascolto e lascia il nido. La direttrice del nido va incontro allo psicologo dopo averlo osservato. Confida di non riuscire più a tollerare i lamenti di questa mamma e di trovarla invadente. Qualche giorno dopo la mamma partorisce: il bimbo e la mamma stanno bene. Ottavio sarà un po' « geloso » del bimbo, e non vuole guardarlo al suo primo incontro con lui. Il secondo giorno, prima di andare alla maternità con la sorella e il papà, esprimerà, secondo la mamma, il desiderio di « vedere bimbo ».

### *Difetto, avvento e eccesso ipocondriaco*

Nella mamma di Ottavio e di Olivia, secondo noi i due aborti interrogano un *difetto ipocondriaco*. La difficoltà di sentirsi incinta e scoprire la sua quinta gravidanza al terzo mese, ci ha spinto a chiederci: doveva dunque aspettare tre mesi per essere certa che la sua quinta gravidanza tenesse bene, secondo la nostra ipotesi? Poniamo su questo punto l'ipotesi di un *avvento ipocondriaco*, quando l'ipocondria diventa sufficientemente buona.

All'opposto troveremo una *ipocondria in eccesso* in questa madre nel momento di prospettarsi il parto, con le inquietudini che la gravidanza finisca male. Così comprenderemo i suoi scambi con lo psicologo che descrivono il suo bisogno di essere rassicurata da un altro(i) sulle sue paure ipocondriache.

Quando la direttrice del nido va a lamentarsi dallo psicologo dell'invasività della mamma, secondo noi quelli sono precisamente i timori ipocondriaci della mamma che sono stati invasivi, perché insufficientemente contenuti dalla mamma stessa, per la direttrice come per l'insieme dell'équipe del nido.

Infine, a proposito del caso della mamma di Ottavio e di Olivia, poniamo in discussione la necessità – ordinaria – di un *apporto ipocondriaco* [sufficientemente buono, NdT]. Questo apporto è una garanzia di vita: portare l'ipocondria di una madre a maturare perché riesca a portare l'embrione poi il feto a svilupparsi nel suo corpo, e questo fino al termine della gravidanza.

### **La complessità transnosografica dell'ipocondria**

L'affermazione secondo cui l'ipocondria è *transnosografica* (Aisenstein, Fine, Pragier, 1995 ; Fine, 2002, p. 802-803 ; Baudin, 2005, p. 61) è completamente complessa e difficile da apprendere. L'ipocondria ricopre un campo psico(pato)logico molto ampio e alla fine, poco pensato in questa direzione. L'ipocondria è ridotta spesso al senso più specifico del termine, strutturale, psichiatrico (Jean-Dit-Pannel, 2015; 2017; Jean-Dit-Pannel, Cupa, Riazuelo, 2018).

Aisenstein et Gibeault (1990) suppongono necessario « un minimo di investimento ipocondriaco del corpo in qualsiasi organizzazione psichica », che « sarebbe correlativo dell'investimento d'oggetto, e particolarmente della madre, del piacere e del dolore corporeo nel corso delle esperienze primarie di soddisfazione » (p.34).

Queste affermazioni pongono la questione di una *preoccupazione materna ipocondriaca primaria*.

All'interno del legame madre-bambino (Winnicott, 1948; Aisenstein, 1990, 1991; Fédida, 2002 ; Szwece, 2002; Stathopoulos, 2012ab, 2015, 2017; Jean-Dit-Pannel, 2015, 2017, 2018), della triade padre-madre-bambino e del *corpo familiare* (Cuynet, 1994; 1998; 2005; 2010; Loncan, 2015), si trova una preoccupazione ipocondriaca « ordinaria ».

E' per il motivo che i (futuri) madre e padre (Missonnier, 2017a) cercano di essere *sufficientemente buoni* (Winnicott, 1948), che diventano *sufficientemente ipocondriaci*. Vere « guardie del corpo » del loro bambino (Missonnier, 2017b), i genitori diventano sufficientemente preoccupati della *salute corporea del loro embrione, feto, neonato poi bambino*. « All'incrocio della pulsione di autoconservazione e della pulsione sessuale » (Stathopoulos, 2015, p. 563), l'ipocondria dei genitori crea una vera *attenzione ipocondriaca*, del tutto sana, fondamentale e portatrice di vita.

Mantnuta da e per un *gruppo familiare*, questa attenzione ipocondriaca è ereditata, trasmessa attraverso le vie generazionali, inter- (quello che può essere detto fra generazioni) e trans- (quello che è trasmesso fra generazioni al di là delle parole) (Granjon, 2005, p. 152-153) (ad esempio i traumatismi inter- et trans- generazionali, le malattie somatiche, specie somatiche genetiche e ereditarie (Jean-Dit-Pannel, 2015). E' il nostro interesse al bambino, in una visione psicoanalitica e psicosomatica (Bénony, Golse, 2003; Debray, Belot, 2008), sostenuto dalla nstra pratica con il bambino e la sua famiglia (Mellier, 2004; 2005; Mellier, Delion, Missonnier, 2015; Jean-Dit-Pannel, Delfini, Sarrey, Michel, Nachin, 2015; Jean-Dit-Pannel, 2019), così come le nostre ricerche sull'ipocondria (Jean-Dit-Pannel, 2015; 2017; 2018), che ci hanno portato a pensare una *preoccupazione materna ipocondriaca primaria*.

Abbiamo fatto nostra l'affermazione di Ciccone (2012, p. 426-427; 2016, p. 20), secondo cui sarebbe preferibile parlare di una preoccupazione *genitoriale* primaria, piuttosto che una preoccupazione *materna* primaria, poiché « la preoccupazione primaria per un bambino non è più materna che paterna. » In questo articolo proponiamo così una *preoccupazione genitoriale ipocondriaca primaria* come una componente della *preoccupazione genitoriale primaria*.

I membri di un gruppo di curanti, qui un nido, possono proporre un'accoglienza e un trattamento delle preoccupazioni ipocondriache dei genitori, attraverso la loro *preoccupazione curante primaria* (Ciccone, 2012 ; 2016), e in particolare attraverso una delle componenti che è secondo noi, la *preoccupazione curante ipocondriaca primaria*. Qui ricordiamo su questo punto che per *preoccupazione genitoriale ipocondriaca primaria* Winnicott (1948, p. 84), pediatra prima di essere psicoanalista, le sue consultazioni erano secondo lui « un vero centro di trattamento dell'ipocondria delle madri ». Al nido, le richieste di consultazione del(i) genitore(i) con uno psicologo possono avere come motivazione preliminare un trattamento ipocondriaco.

### **Prospettive: l'ipocondria del corpo-gruppo familiare**

Se lo sviluppo della psiche poggia sul corpo (Anzieu, 1985), Kaës ci aggiunge il corpo sociale. Le cure corporee date all'*infans*, poi in tutte le età della vita, sono determinanti al fine che l'entità psicosomatica di questi sopravviva (Raimbault, 1982): «Il secondo corpo, il corpo erotico, nasce dal primo, il corpo fisiologico. Fra i due si situano i gesti dell'adulto sul corpo del bambino» (Dejours, 2002, p. 85). Dal corpo somatico del bambino al corpo erotico di questo, si trova secondo noi la *preoccupazione genitoriale ipocondriaca primaria*.

Un bambino rappresenta una continuità corporea, una estensione di un *corpo familiare*, di un *corpo-gruppo familiare*, nozione che ci auguriamo di sviluppare in un ulteriore lavoro, al fine di situare il fra corporeità-gruppalità. Potremmo allora proporre, una *preoccupazione familiare ipocondriaca primaria*. La *preoccupazione ipocondriaca* sul bambino come la troviamo nel(i) genitore(i), all'interno di un corpo familiare e nel(i) curante(i) del bambino, avrebbe secondo noi una influenza decisiva sulla qualità dell'ipocondria nel bambino stesso, poi lungo tutto il suo sviluppo, fino a che diventa lui stesso genitore.

### **Nota**

(1) Le parentesi lasciate qui sono di Winnicott.

### **Bibliografia**

- Aisenstein, M., Fine, A. & Pragier, G. (1995). *L'hypocondrie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.
- Aisenstein, M., Gibeault, A. (1990). Le travail de l'hypocondrie. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 21, 19-48.
- Aisenstein, M., Gibeault, A. (1991). The work of hypochondria (A contribution to the study of the specificity of hypochondria, in particular in relation to hysterical conversion and organic disease). *The International Journal of Psycho-Analysis*, 72(4), 669-681.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod, «Psychismes», 1985. Tr.it. *L'Io-pelle*. Roma: Borla.
- Athanassiou, C. & Jouvét, A. (1987). *L'enfant et la crèche*. Lyon: Césura.
- Baudin, M. (2005). La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle. *Champ psychosomatique*, (3), 55-66.
- Belot, R.-A. (2009). Un cas d'un syndrome de Münchhausen par procuration: apport des tests projectifs, Rorschach et T.A.T. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(3), 182-191.
- Bénony, C. & Golse, B. (2003). *Psychopathologie du bébé*. Paris: Nathan.

- Birsan, S. & Lacaze, I. (2012). Être psychologue en réanimation néonatale : pratique clinique atypique. Dans P. Brun (dir.), *Du nouveau dans la psycho* (p. 109-119). Nîmes : Champ Social.
- Ciccone, A. (2012). *La part bébé du soi*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et fantasme de transmission. La parentalité à l'épreuve. *Cahiers de psychologie clinique*, 43(2), 59-79.
- Ciccone, A. (2016). *Violences dans la parentalité*. Malakoff: Dunod.
- Cupa, D. (2004). Le complexe de grossesse du père. Dans S. Missonnier, B. Golse, M. Soulé (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 161-191). Paris : Presses Universitaires de France.
- Cupa, D. (2009). Le silence des organes n'est pas la santé... *Revue française de psychosomatique*, 36(2), 87-100.
- Cuynet, P. (1994). Le corps sémaphorique et le corps familial. *Revue Psychanalytique de Groupe*, 22, 131-143.
- Cuynet, P. (1998). L'image inconsciente du corps familial : Le dessin familial de l'arbre généalogique : Secrets de famille : dits, non-dits, émotions. *Dialogue*, 140, 5-20.
- Cuynet, P. (2005). L'image inconsciente du corps familial. *Le divan familial*, 15(2), 43-58.
- Cuynet, P. (2010). Lecture psychanalytique du corps familial. *Le divan familial*, 25(2), 11-30.
- Debray, R. & Belot, R.-A. (2008). *La psychosomatique du bébé*. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.
- Dejours, C. (2002). Le corps, comme «exigence de travail» pour la pensée. Dans R. Debray, C. Dejours & P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 53-88). Paris: Dunod.
- Delaisi de Perseval, G. (1981). *La part du père*. Paris: Seuil, 1998.
- Ey, H. (1950). *Études psychiatriques*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Fédida, P. (1995). L'hypocondriaque médecin. Dans M. Aisenstein, A. Fine & G. Pragier, *L'hypocondrie* (p. 113-136). Paris : Presses Universitaires de France.
- Fédida, P. (2002). L'hypocondrie de l'expérience du corps. Dans R. Debray, C. Dejours & P. Fédida, *Psychopathologie de l'expérience du corps* (p. 107-164). Paris: Dunod.
- Fine, A. (2002). Hypocondrie. Dans A. Mijolla, (dir.) *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 802-804). Paris: Éditions Hachette littératures, 2005.
- Freud, S. (1909). *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006. Tr.it. La negazione. OSF, 6.
- Freud, S.(1919). *L'inquiétant familial*. Paris: Payot, 2011.Tr.it. La negazione. OSF, 9.
- Freud, S. (1925). La négation, *Œuvres Complètes*, XVII (p. 165-172). Paris: Presses Universitaires de France, 1992. Tr.it. La negazione. OSF, 10.
- Freud, A. & Bergmann, T. (1965). *Les enfants malades: introduction à leur fonctionnement psychanalytique*. Toulouse: Privat, 1976.

- Granjon, É. (2005). Les configurations du lien familial. *Revue de psychothérapie psychanalytique du groupe*, 45(2), 151-158.
- Hinshelwood, R. D. (2002). Position dépressive. Dans A. De Mijolla (dir.) *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p. 1310-1312). Paris: Hachette Littératures, 2005. Tr.it. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Milano: Cortina 1990.
- Jean-Dit-Pannel, R. (2015). *Le «travail de l'hypocondrie» chez le sujet malade somatiquement, chroniquement et héréditairement : quel travail de mise en rêve par les plaintes corporelles des angoisses de cadavérisation ? Exemple du sujet en insuffisance rénale chronique génétique héréditaire et hémodialysé – À propos de cinq cas cliniques*. Thèse de doctorat : Paris 10, 3 décembre 2015.
- Jean-Dit-Pannel, R. (2017). Le travail psychique de l'hypocondrie, de la maladie somatique grave et adolescents : entrer dans son adolescence lorsque sa mère a un cancer. *Psycho-Oncologie*, 11(3), 167-175.
- Jean-Dit-Pannel, R. (2019). Quelle place pour les pères en périnatalité ? Des « groupes de papas » en crèche. Dans D. Mellier, M. Dugnat, R.-A. Belot & S. Nezelof (dir.) *Quelles psychothérapies pour bébé (173-190)?* Toulouse: Érès, Coll. 1001 Bébés.
- Jean-Dit-Pannel, R., Delfini, B., Sarrey, A., Nachin, A. & Michel, C. (2015). Le bébé à la crèche : solitude des parents, sollicitude du psychologue, quel espace psychique ? La sollicitude du psychologue en lieu d'accueil. Dans D. Mellier, P. Delion & S. Missonnier, *Le bébé dans sa famille* (p. 159-178). Toulouse: Érès, Coll. 1001 Bébés.
- Jean-Dit-Pannel, R., Riazuelo, H. & Cupa, D. (2018). Le travail de l'hypocondrie chez le sujet en insuffisance rénale chronique et hémodialysé. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 55-66.
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1974). *L'enfant et son corps*. Paris: Presses Universitaires de France, 1974.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le Centurion, 1983.
- Loncan, A. (2015). Du corps individuel au corps psychique familial. *Le divan familial*, 34(1), 11-26.
- Mellier, D. (2004). *L'inconscient à la crèche*. Toulouse: Érès, 2004.
- Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien : Une théorie de la fonction contenante*. Paris : Presses Universitaires de France, 2005.
- Mellier, D., Delion, P. & Missonnier, S. (2015). *Le bébé dans sa famille*. Toulouse: Érès, 2015.
- Mijolla-Mellor, S. (1999). Les mythes magico-sexuels sur l'origine et la fin. *Topique*, 68, 9-32.
- Missonnier, S. (2015a). *Devenir parent, naître humain: la diagonale du virtuel*. Paris: Presses universitaires de France, 2015.
- Missonnier, S. (2015b). *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*. Toulouse: Érès, 2015.

- Missonnier, S. (2016). Père et mère. Le refus de choisir. *Le Carnet PSY*, 196(2), 46-49.
- Missonnier, S. (2017a). Le groupe de parole des apprentis papas : entre dépressivité et dépression. Dans N. M. Glangeaud-Freudenthal & F. Gressier (dir), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 197-216). Toulouse: Érès.
- Missonnier, S. (2017b). Spécificités de la consultation thérapeutique. *Quelles psychothérapies pour bébé ? Les soins parents-bébés*. Journées Waihm-France : Besançon, 18 Novembre 2017.
- Pasche, F. (1971). Le bouclier de Persée ou psychose et réalité. *Revue française de psychanalyse*, 35(5-6), 859-870.
- Pirlot, G. Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris: Armand Colin, 2012.
- Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel: la psychanalyse et les frontières du médical*. Paris: Seuil, 1982.
- Soulé, M. (2001). *L'échographie de la grossesse*. Toulouse : Érès, 2001.
- Stathopoulos, G. (2012a). La préoccupation maternelle hypocondriaque dans la clinique du cancer. *L'évolution psychiatrique*, 77(2), 303-317.
- Stathopoulos, G. (2012b). À propos de la reconnaissance et de la représentation des organes du corps. Se transmettre à soi-même. *Champ psy*, (2), 179-191.
- Stathopoulos, G. (2015). L'organe hypocondriaque comme placenta du moi. *Revue française de psychanalyse*, 79(2), 551-564.
- Stathopoulos, G. (2017). Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory. *The Psychoanalytic Quarterly*, 86(2), 359-381.
- Missonnier, S., Kelalfa-Foucaud, F. & Boige, N. (2002). Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) : un avatar de la transmission orale? *Champ psychosomatique*, 25(1), 75-93.
- Szwec, G. (1990). Pensée animique, hypocondrie et allergie. (Un état hypocondriaque de l'adolescence chez un ex-nourrisson asthmatique). *Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 21, 49-71.
- Szwec, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.
- Szwec, G. (2002). L'enfant-organe hypocondriaque de sa mère. *Revue française de psychosomatique*, 22(2), 65-83.
- Villa, F. (2004). À propos de l'ordinaire et extraordinaire détermination humaine à rester en vie. *Champ psy*, 35(3), 105-129.
- Winnicott, D. W. (1948). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 59-65). Paris : Payot, 1989. Tr.it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Roma: Armando.
- Winnicott, D. W. (1949). L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 66-79). Paris: Payot, 1989. Tr.it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Roma: Armando.

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Paris: Payot, 1989. Tr.it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Roma: Armando.

Winnicott, D. W. (1962). L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise. *Processus de maturation chez l'enfant* (p. 19-30). Paris: Payot, 1989. Tr,it. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

Winnicott, D. W. (1963). Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence. *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement* (p. 233-242). Paris: Payot, 1989. Tr,it. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

**Jean-Dit-Pannel Romuald** è Psicologo clinico, Dottore in Psicopatologia dell'Università Parigi Ovest, Maestro di Conferenze delle Università, Université de Bourgogne-Franche Comté, Laboratoire de Psychologie, EA 3188, Besançon, France (Membre de la WAIMH-France, dell'Associazione Pikler-Lóczy).

Romuald Jean-Dit-Pannel, 1, Rue Léopold Frégoli, F-25000 Besançon, France.

Email: [romuald.j\\_d\\_p@yahoo.fr](mailto:romuald.j_d_p@yahoo.fr)

Tradotto dal francese da Stefania Marinelli