

**LE TANTE DECLINAZIONI DELLA PSICOANALISI
INFANTILE**

(a cura di Francesco Carnaroli e Marco Mastella)

Dal 15 settembre 2012 al 15 gennaio 2013

- INDICE DEGLI INTERVENTI	2
- RELAZIONE di MARTA BADONI: <i>I bambini e la Cura</i>	4
- RELAZIONE di TONIA CANCRINI: <i>Bambini in analisi. Angosce primitive e legami profondi</i>	9
- DIBATTITO	15

INTERVENTI di Adela Abella, Marta Badoni, Giuliana Barbieri, Tiziana Bastianini, Daniele Biondo, Carla Busato Barbaglio, Tonia Cancrini, Paola Catarci, Laura Colombi, Carmelo Conforto, Barbara Cupello Castagna, Laurent Danon-Boileau, Franco De Masi, Liliana Ferrero, Maria Paola Ferrigno, Anna Ferruta, Elena Fieschi Viscardi, Giuliano Fuortes, Mirella Galeota, Florence Guignard, Ana Kaplan, Lidia Leonelli Langer, María Mabel Levi, Sandra Maestro, Paola Marion, Marco Mastella, Marisa Melega, Anna Migliozi, Elena Molinari, Anna Maria Nicolò, Irene Olivotto, Paola Orofino, Valdimiro Pellicanò, Fiorella Petri, Barbara Piovano, Cristina Ricciardi, María Sánchez Grillo, Elsa Schmid-Kitsikis, Daniela Scotto di Fasano, Sarantis Thanopoulos, Luca Trabucco, Gemma Trapanese, Ana Fleischer de Trenes, Virginia Ungar, Dina Vallino, Adamo Vergine

BIBLIOGRAFIA	179
---------------------	------------

INDICE DEGLI INTERVENTI

Adamo Vergine, Analisi infantile o di un particolare tipo di mente?	15
Marco Mastella, Ad un bambino mai analizzato ed al suo analista mancato	17
Dina Vallino, Il lavoro con i bambini e i genitori nella stanza d'analisi	18
Giuliana Barbieri, Bambine e bambini	21
Barbara Piovano, Il genitore come miglior collega dell'analista infantile	25
Sandra Maestro, Una breve nota sulla specificità del nostro intervento clinico	28
Paola Catarci, Come lavoriamo con i bambini	30
Laura Colombi, I contributi della psicoanalisi infantile all'ampliamento della comprensione e cura dei dis-funzionamenti di natura primitiva anche nel paziente adulto	31
Liliana Ferrero, Commento all'intervento di Barbara Piovano	36
Elena Molinari, Quadri comunicanti	37
Paola Orofino, Scendere in strada: la psicoanalisi nelle strutture territoriali	38
Marisa Melega, Risposta all'intervento di Barbara Piovano	41
Irenea Olivotto, Questioni di plasticità	42
Giuliana Barbieri, Bambine e bambini 2°	43
Adamo Vergine, "Quando il bambino era bambino non sapeva di essere bambino"	45
Franco De Masi, Una silenziosa mutazione?	48
Anna Ferruta, Insegnamento B/A nel Training	49
Marisa Melega, Commento a De Masi. A proposito di interventi terapeutici genitori-bambini	50
Maria Paola Ferrigno, Bambini, genitori e adulti nella stanza d'analisi	51
Barbara Piovano, Risposta a De Masi	54
Marco Mastella, Come color che son sospesi, tra ambiente, psicoterapia e psicoanalisi	56
Franco De Masi, Risposta a Mastella	61
Tiziana Bastianini, Alcune brevi riflessioni sull'analisi infantile	61
Daniela Scotto di Fasano, Nel lontano Far West	62
Laura Colombi, Specificità del caso e intervento terapeutico	65
Adela Abella, Il rispetto dell'individualità del bambino nella psicoanalisi	67
Sarantis Thanopulos, La psicoanalisi dell'infanzia e il futuro della ricerca psicoanalitica	69
Paola Marion, Uno o due punti di specificità dell'analisi infantile	71
Anna Migliozi, Psicoanalisi infantile o soltanto psicoanalisi?	73
Giuliano Fuortes, Cuore dislessico, ma c'è rimedio	75
Carmelo Conforto, Riprendendo uno spunto di Thanopulos	79
Tonia Cancrini, Alcune considerazioni sugli interventi	80
Fiorella Petri, Il bambino nell'adulto	84
Luca Trabucco, A proposito di prematurità. Riprendendo le osservazioni di Thanopulos e Conforto	87
Daniele Biondo, Dare senso ai sensi, dare corpo alla mente	89
Marta Badoni, "Toglietevi il cappello...parlate sottovoce"	96
Mirella Galeota, La madre in sala d'attesa	98
Sarantis Thanopulos, Il bambino nell'adulto, l'arcaico e l'infantile	100
Dina Vallino, Qualche spunto in più	101
Paola Orofino, Il bambino che non c'è più nell'adulto e qualche riflessione sulla formazione (made up is mind)	103
Lidia Leonelli Langer, Per favore, non parlate! Facciamo buio su tutto!	104
Barbara Cupello Castagna, Infant e young child observation	106
Ana Kaplan, Prospettive attuali sulla Psicoanalisi dei bambini. Il posto dell'analista di bambini nella clinica di oggi. Quando l'analista di bambini cambia il suo posto.	108
Elsa Schmid-Kitsikis, L'infantile e l'elaborazione del sogno nel bambino	114
María Mabel Levi, Alcuni commenti sui lavori di Dina Vallino e Barbara Piovano	118

Ana Fleischer de Trenes, Processo diagnostico di un bambino di 9 anni: caso Marcos	120
Florence Guignard, Interpretare nelle diverse età della vita	127
Virginia Ungar, Il metodo psicoanalitico: continuità e cambiamenti nella clinica coi bambini	133
Gemma Trapanese, La famiglia...scende in “campo”?	137
Daniela Scotto di Fasano, I familiari in terapia: ‘ostacoli’ o ‘collegli’ dell’analista?	142
Valdimiro Pellicanò, Curare il bambino curando i genitori / curare i genitori curando il bambino.	150
Cristina Ricciardi, E perché non psicoanalisi della Coppia?	151
María Sánchez Grillo, Gioco ed “enactment” nella psicoanalisi dei bambini	153
Anna Maria Nicolò, Sulla psicoanalisi con la coppia e la famiglia: un altro punto di vista	160
Laurent Danon-Boileau, Conservare il gusto dell’oreficeria	163
Elena Fieschi Viscardi, Senza parole	167
Carla Busato Barbaglio, Nella relazione, senza riserve	169
Barbara Piovano, Psicoterapia /Analisi parallela a madre e bambino	170
Marta Badoni, Intervento finale	173
Tonia Cancrini, Alcune considerazioni finali sul dibattito	176

I bambini e la Cura

Marta Badoni

Alla fine degli anni 60, stavo terminando i miei studi di Medicina Interna. Abitavo da qualche anno a Losanna che era allora un centro molto vivo sia per la psichiatria, sia per la psicoanalisi. Tre psicoanalisti che hanno lasciato tracce importanti del loro lavoro dirigevano i servizi universitari dedicati alla psichiatria degli adulti, al Centro Psicossociale, a quello per bambini e adolescenti; Christian Muller, Pierre Bernard Schneider e René Henny.

Una sera ascoltai una conferenza nell'aula dell'ospedale psichiatrico: riguardava l'analisi di un bambino. Mentre il conferenziere proiettava i disegni di questo bambino, io fui impressionata dalla grande dimestichezza che egli mostrava nel risalire dai contenuti del disegno ai funzionamenti inconsci del suo piccolo paziente. Tutto sembrava straordinariamente chiaro e facilmente accessibile. L'esperienza mi affascino e attorno ad essa si coagulò un progetto che avrebbe rivoluzionato la mia vita: lasciai la medicina interna e iniziai a interessarmi di psichiatria e di psicoanalisi. Andai dunque a chiedere di iniziare un internato al servizio universitario che si occupava di bambini e di adolescenti, ma mi sentii rispondere che prima di lavorare con i bambini è consigliabile lavorare con gli adulti; iniziai così un internato nell'ospedale psichiatrico per adulti. Mi venne affidata una paziente schizofrenica e fui affiancata da un supervisore: imparai moltissimo. Non lo sapevo allora, ma in queste prime mosse avevo preso contatto diretto con due grandi temi della psicoanalisi dei bambini.

Il primo riguarda la relativa facilità di un accesso diretto al loro (ma è il loro o il nostro?) inconscio: esso infatti porta con sé uno dei grandi rischi e delle sfide per lo psicoanalista che si occupa di bambini: quello di contaminare la mente del bambino con i propri contenuti inconsci o, al contrario, di difendersi dalla violenza di questi contenuti con quella che, comunemente intesa come "interpretazione brillante", spesso non è che una resistenza dell'adulto di fronte all'ignoto e al proprio "infantile".

Il secondo è che il bambino presume un adulto che lo abbia messo al mondo ... "prima gli adulti" : della presenza dei genitori egli ha bisogno non solo per la sicurezza del vivere, ma come garanzia di crescita e sviluppo mentale.

Successivamente, quando iniziai effettivamente a lavorare nel servizio universitario per bambini e adolescenti (vi rimasi per circa 4 anni, prima di rientrare in Italia), presi atto di una ulteriore evidenza.

Stante l'incompiutezza del bambino il lavoro con lui o per lui presume che la mente dell'analista ospiti una dimensione gruppale: ancora una volta, non si tratta solo di fantasmi, ma di vere presenze, con un potente impatto sullo sviluppo mentale del bambino stesso.

Lo psicoanalista che si dispone al trattamento di un bambino si avventura quindi in un gioco delicato e complesso, legato a fattori che si influenzano reciprocamente.

Lo stato raggiunto dal bambino nel suo sviluppo, la qualità dell'ambiente familiare e extra-familiare concorrono a promuovere o a rendere ardua la cura, a volte a sconsigliarla. L'analista di bambini lo sa, ma su questo terreno egli è chiamato a fare un primo esercizio di astinenza: da un lato dovrà evitare la tentazione onnipotente di controllo sull'ambiente, dall'altro la suggestione di considerarsi al di sopra di queste dinamiche, come se fosse portatore di un messaggio unico, speciale e salvifico.

Quando possibile, egli cercherà di interagire con l'ambiente e di operare per trasformarlo. Questo comporta una ulteriore complicazione nell'analisi dei bambini che è quella, oggi assai trascurata per gli adulti, delle indicazioni. Non tutti i sintomi di un bambino chiedono analisi, anche se spesso richiedono una raffinata competenza analitica per intervenire su di essi. Il recente dibattito sull'autismo ha mostrato quanto debba essere articolato e sfaccettato il lavoro con questi bambini.

Non ultimo: il bambino per cui si chiede aiuto è spesso soprattutto l'ambasciatore di un disagio familiare di cui porta la pena: che strumenti ha l'analista per alleviarla?

Per tutte queste ragioni ho chiamato il mio intervento: i bambini e la Cura.

Esso si ispira al bel libro di Laurence Kahn (Kahn, 2004), ma è anche un omaggio grato al mio itinerario di formazione: esso mi ha insegnato non solo le basi teoriche e cliniche del lavoro di analista, ma il significato etico profondo del prendersi cura: non solo l'affinamento costante dei propri strumenti terapeutici, ma un sondaggio sulla loro utilità e sull'uso possibile per quel paziente, in quel momento, in quella situazione.

La Cura, intesa e praticata dalla psicoanalisi francese come l'analisi nella sua classica forma, non può nel caso dei bambini essere disgiunta dal prendersi cura, da una attenta valutazione delle forze in campo, dalla tollerabilità o meno di un intervento terzo, quello dell'analista. Il codice etico dell'IPA da noi adottato chiede che prima di intraprendere l'analisi di un bambino venga valutata la capacità da parte dei genitori di tollerare l'intervento stesso. Ho visto troppe volte, nel mio lavoro di supervisione, analisi precocemente interrotte perché l'analista si era avventurato nella cura senza tenere conto dei fattori sopra descritti. Ora l'interruzione di una analisi rappresenta per tutti una ferita, ma per il bambino ha il sapore di un tradimento e di una mortificazione spesso senza vie d'uscita.

Bambini e Genitori

Iniziamo da Freud, il cui scritto sul piccolo Hans, nonostante la ricchezza e l'arguzia, da solo sarebbe una conferma della intuizione di Luciana Nissim Momigliano (1987):

“Ma Freud era un freudiano?”

Intorno a questo testo è stato scritto moltissimo da moltissimi, che non posso tutti citare (Borgogno, 2006, Guignard, 1996). Midgley (2006), ne fa una buona rassegna documentata da una ricca bibliografia.

Si è sottolineata la precarietà del setting, il prevalere del bisogno di dimostrare assunti teorici piuttosto che di aiutare Hans a sostenere le proprie percezioni e il proprio sapere sulla sessualità propria e dei genitori, lo sbilanciarsi sulla forza della rimozione piuttosto che sul trattamento dell'angoscia, la sottovalutazione della fragilità della madre (già paziente di Freud), la precarietà di una “supervisione” che supervisione propriamente non è: l'analista che parla con Dio come suppone Hans di Freud, è un supervisore assai scomodo da molti punti di vista.

Qui però vorrei aprire uno sguardo su un altro punto: perché Freud non vede direttamente Hans se non una volta (dimostrando peraltro, in quella unica volta, molto tatto nello stare col bambino)? E' possibile pensare che Freud, come ogni analista che si avvicina a un bambino in tenera età, come era il caso di Hans, fosse alle prese con un problema lessicale, e non solo, che a volte ci tiene sospesi sull'abisso? Come gli parlo? Che parole uso? Le mie parole hanno per lui lo stesso significato? La comunicazione adulto/bambino apre, scrive Ferenczi, alla confusione delle lingue. Inoltre, il bambino piccolo ha un linguaggio intriso di corporeità che va poi a poco a poco estinguendosi, restando appannaggio dei poeti.

Lo psicoanalista di bambini saprà essere un po' poeta? Quale sarà il lessico più adatto a intendersi? D'altra parte, e questo è il secondo punto che mi intriga sulla scelta di Freud, la psicoanalisi dei bambini è, innanzi tutto, psicoanalisi di figli (Badoni, 2007): come entrare allora nella casa familiare senza intrudere, senza giudicare, e d'altra parte senza essere considerati semplicemente ospiti, col rischio di durare come dice il proverbio, non più di tre giorni? Era una supervisione quella di Freud o invece una anteprima del “Fare analisi con bambini e genitori”? (Vallino, 2009). Dina Vallino e Giuliana Barbieri (Barbieri, 2011) pensano, lavorano e scrivono sul tema, seppur da angolature diverse.

Prima di incontrare di nuovo i genitori per parlare con loro delle osservazioni fatte e delle mie riflessioni, chiedevo a una bambina che cosa avremmo potuto dire alla mamma e al papà dopo i nostri incontri. La risposta fu: “Di di invitarti a giocare a casa mia”. Nell'area di gioco che Winnicott postula per la psicoanalisi dei bambini e non solo, come tener presente di poter giocare in presenza dei genitori? C'è un bellissimo lavoro di Winnicott (1958b) che riguarda la capacità di

essere solo, solo in presenza della madre. Forse potremmo prendere questo suggerimento come condizione della praticabilità della analisi con un bambino: che si possa giocare col bambino, sapendo entrambi profondamente che i genitori ci sono. E d'altronde se le cose funzionano, quanta analisi respirano i genitori nel va e vieni dell'accompagnamento dei loro bambini!

Questa mi pare una clausola fondante quando arriviamo a proporre la Cura, che nel lessico francese, è l'analisi. Sappiamo perfettamente che, per poter sostenere l'essere solo in presenza, il bambino deve avere potuto contare su cure affidabili: è ancora possibile oggi, tracciare una linea di demarcazione netta e a volte cieca tra il prendersi cura e la Cura? Non ho mai iniziato l'analisi di un bambino senza aver lavorato con i genitori fino al punto in cui li ho sentiti capaci di incuriosirsi, senza sentirsi in colpa, del funzionamento del loro bambino e del proprio.

Solo a quel punto i genitori riescono a chiedere e ad accettare, se necessario, un aiuto per sé. Neppure vale la clausola che genitori analizzati siano migliori accompagnatori dell'analisi dei propri figli, in quanto la genitorialità e le dinamiche di coppia toccano aspetti specifici che non necessariamente sono transitati nell'analisi personale.

Discussioni e Controversie

Come ogni controversia che si rispetti, anche quella tra Anna Freud e Melanie Klein, sulla presenza o meno nonché sulla qualità del transfert nella psicoanalisi dei bambini, aveva uno sfondo meno nobile che non l'amore per la psicoanalisi: si trattava anche di una questione di potere, nell'Istituto, per le supervisioni, i pazienti. Questa volta però tra i due litiganti, nessuno ha goduto, men che meno la psicoanalisi dei bambini che è stata semplicemente messa in disparte assieme ai termini del dibattito. A giudicare dalla virulenza con cui Melanie Klein attacca Anna Freud nel 1927, si capisce che l'incontro ravvicinato, con l'arrivo dei Freud a Londra, abbia rischiato lo scontro.

Al centro sta, se di centro si tratta, la possibilità di considerare analisi l'analisi dei bambini. La chiave di volta del teorema è la presenza o meno di una nevrosi di transfert nel bambino e quindi di dirigere l'interpretazione sul qui ed ora, come là un tempo. Melanie Klein, retrodatando il costituirsi del super-Io in tempi assai precoci e allo stesso tempo considerandolo compiuto, in tutto simile a quello dell'adulto, risponde di sì e chiude il dibattito. Le resistenze compariranno in forma di angoscia, angoscia legata alla colpa inconscia e da interpretarsi precocemente. "We can establish a quicker and surer contact with the Ucs of children if, acting on the conviction that they are much more deeply under the sway of the Ucs and their instinctual impulses than are adults, we shorten the route which adult analysis takes by way of contact with the ego and *make direct connection with the child's Ucs*".

Scompare, o di moto si attenua nella teoria della Klein, lo sviluppo in due tempi della sessualità umana.

Nonostante i molti aspetti geniali della sua teoria, le affermazioni della Klein hanno attirato per lo più l'attenzione dei seguaci sul simbolico e sulla interpretazione precoce, con il rischio di un reale fraintendimento tra adulto e bambino. Inoltre l'insistenza su scenari apocalittici nelle fantasticare dei bambini, male inteso, ha finito col produrre una generazione di analisti con struggenti quanto inefficaci atteggiamenti riparatori: a madre cattiva, psicoanalista buono. L'intento, mal riposto, era forse quello di sopire gli odi e le invidie dirette alla madre arcaica.

Per Anna Freud l'analista è per il bambino innanzi tutto una presenza reale e perturbante: familiare come il genitore, estraneo come Altro. Il Super-Io si plasma nel rapporto con genitori e educatori. E' quindi un Super-Io incompiuto.

L'angoscia del bambino in seduta è in primis un transfert di angoscia legato alla paura di perdere l'oggetto d'amore.

Si è pensato spesso, e anche io ho pensato ai miei inizi ad Anna Freud come a una brillante pedagoga, ma il concetto di educabilità di A. Freud va bene al di là di un abc delle buone maniere. Il bambino in analisi non è un adulto in miniatura, è un soggetto incompiuto e in via di sviluppo che si potrà fidare dell'adulto che lo cura, solo se, accanto alla proposta in verità

spaventosa di liberare le sue fantasie, trova un adulto capace di accompagnare questa libertà e anche di garantire dei limiti.

Sono qui in gioco il trattamento della rimozione e il lavoro di controtransfert.

“Avvertiamo manifestazioni negative nel momento in cui vogliamo affrontare un frammento di materiale rimosso a liberarsi dall'inconscio, attirando così su di noi la resistenza dell'Io. In quel momento appariamo al bambino come tentatori pericolosi e temuti, e attiriamo su di noi le manifestazioni di odio e di ripulsa che agli altre volte oppone ai suoi moti pulsionali proibiti” (A. Freud, op.cit.p. 63)

L'odio vale anche e soprattutto per l'analista e solo se egli è in grado di lavorare nel controtransfert i sentimenti di angoscia e di ostilità che l'esplosione delle pulsioni e la turbolenza emotiva comporta, potrà in seduta evitare da un lato atteggiamenti seduttivi, dall'altro cortocircuiti interpretativi, o il peso schiacciante della sua autorità.

Lo sviluppo ulteriore della teoria psicoanalitica, molto anche a partire dal lavoro con i bambini, ha di fatto dato ragione ad Anna Freud quando affermava che l'analista dei bambini deve essere tutt'altro che un'ombra. L'accento messo sulla “scommessa” della separazione e sulle sue vicissitudini, ha di molto smussato le ragioni della polemica, senza peraltro intervenire più che tanto sul pregiudizio iniziale: ancora ci si chiede se far posto nella istituzione all'analisi dei bambini, e ancora una volta, credo, vi contribuiscono questioni di influenze, di visibilità, di potere.

Eppure nessuno più nega oggi il peso dell'ambiente e del suo intervento nello sviluppo della mente del bambino. Lo ha fatto Winnicott (1975, p. 99) portando al limite il concetto di oggetto soccorritore di Freud e affermando : *'There is no such thing as a baby'*, lo ha fatto Bion (1962), affidando alla identificazione proiettiva una valenza comunicativa, lo ha fatto la psicoanalisi italiana con l'accento posto sulla persona dell'analista, sul campo analitico e sulla relazione, lo ha fatto la psicoanalisi francese elaborando, a partire da Lacan il concetto di soggetto e lavorando sulla soggettivazione e sul soggettuale.

Il concetto di 'madre morta' (Green, A. 1983) corre tra le righe di moltissimi lavori psicoanalitici. Il dibattito mai sopito sulla pulsione come entità biologica o come veicolo di messaggi è stato affrontato largamente soprattutto dalla psicoanalisi francese a proposito della sessualità infantile e della sessualità arcaica il cui compito specifico sarebbe la differenziazione tra sé e altro da sé (moi et non-moi) soggetto e soggetto altro. Se ne parlerà nella prossima giornata scientifica del training.

In queste teorie pulsione e intersoggettività non sono più mondi in opposizione: con la nozione di pulsione messaggera (Roussillon, 2004) in quanto rivolta a un altro-soggetto e sensibile alla sua risposta, ivi compresi gli enigmi che essa comporta (Laplanche, 1995), il biologico e l'intersoggettivo concorrono alla formazione del soggetto in un processo di soggettualizzazione (Cahn, 2004).

Gli studi sull'attaccamento, una migliore comprensione dell'inconscio non rimosso, le aperture alle riflessioni delle neuroscienze hanno accompagnato questo movimento. Un dibattito come quello pubblicato nel su: Sessualità infantile e attaccamento (Widlocher, 2000) avrebbe fatto scandalo ai tempi della controversia.

E allora?

E allora cosa ne facciamo degli analisti che si occupano dei bambini?

Li teniamo in una riserva indiana, li logoriamo fino a che abbandoneranno l'idea di occuparsi dei bambini e delle loro famiglie? Costruiamo tante scuole quante sono le teorie di riferimento? Dichiariamo che il problema non sussiste?

Debbo dire in estrema sintesi che mi pare assai meno interessante decidere se l'analisi di un bambino sia o non sia omologabile a quella di un adulto che non l'essere convinti che ogni analista avrebbe molto da imparare se passasse parte del suo tempo a occuparsi di bambini.

Imparerebbe ad esempio un buon ritmo tra silenzio e parola. L'attività rapida e mutevole dei bambini in seduta impone all'analista una attenzione sospesa e pensante. I bambini si accorgono subito se li guardiamo con il pensiero altrove.

La parola dell'analista, come spesso succede anche con i pazienti in cui si è consumata una frattura tra mente e corpo, serve spesso come esperienza di appoggio e di accompagnamento: "sono qui, continua pure a esplorare".

E' una parola semplice, che deve raggiungere i sensi senza eccitarli, aperta. Il praticarla servirà allo psicoanalista di adulti a non usare lo 'psicoanalitico' quando si rivolge ai suoi pazienti.

Una parola troppo frettolosa nell'attribuire significati rischia di violare la mente del bambino e di essere percepita come un veto al suo lavoro mentale (Goretti, 1997).

Si riconoscerà al bambino (e non solo) che spesso viene da noi perché la comunicazione con i genitori si è interrotta, che noi abbiamo bisogno che ci insegni (Badoni, 2005): la mente dell'analista riceverà la sua impronta (Bertolini), ma funzionerà anche da tampone se la parola è troppo eccitata o da catalizzatore, se la parola è troppo concreta.

L'analista di bambini si trova spesso a dover porre dei limiti: si dirà ai bambini che possono dire e fare, ma non farsi o fare del male.

L'esperienza di porre dei limiti non è tuttavia un esercizio di autorità, ma è spesso l'unica via che permette al bambino di sentire assieme la forza del suo mondo interno e di sentirsi protetto quel tanto che gli permetta di osservarlo. Riguarderà lo scrivere sui muri, il rompere gli oggetti, il portarsi via i disegni o i giochi, il curiosare nelle scatole degli altri bambini, la trasgressione esercitata sul proprio corpo o su quello dell'analista.

Altri tempi e altri modi, ma qualche volta nelle supervisioni di casi di adulti sono colpita da quanto poco ci si avvalga di questa competenza: si concedono ad esempio spostamenti di sedute a pazienti che avrebbero solo bisogno di poter contare sulla ferma fedeltà dell'analista. Non è sempre questo il caso, ma a volte sì, e le conseguenze possono essere gravi. Il bambino selvaggio esce anche nell'analisi degli adulti e bene sarebbe poterselo aspettare. Qualche volta la gentilezza è solo stanchezza o omissione di soccorso.

Si imparerà a osservare le ricchissime espressioni del corpo: dai vorticosi giochi di equilibrio, alle fughe in bagno, ai modi di entrare o di abbandonare la seduta, alla postura nel gioco. Così qualche volta potremmo lasciarci ispirare anche dai corpi dei nostri pazienti adulti e dall'uso che ne fanno.

Ci si abituerà a un esercizio di pazienza e di umiltà che renderà più agevole l'aver a che fare con la Ripetizione, senza relegarla immediatamente tra le cose ostili e cattive della cura (Riolo, 2007).

E infine sì, anche le analisi dei bambini hanno un tempo e una fine e magari anche una fine "naturale". I bambini lo sanno: a volte per cautela la programmano, lontana, fin dalla prima seduta, ma se le cose hanno funzionato bene i bambini lavorano sulla fine analisi. Magari iniziando a entrare in una dimensione temporale: Ti ricordi quando avevamo fatto questo gioco? I bambini (ma solo loro?) finiscono l'analisi quando si sono sentiti sufficientemente pensati e si fidano di poterlo continuare a fare anche da soli. Ci lasciano a volte i loro disegni, ma soprattutto ci affidano la possibilità di essere ricordati: loro potranno dimenticare.

BAMBINI IN ANALISI. ANGOSCE PRIMITIVE E LEGAMI PROFONDI

Tonia Cancrini

1. Melanie Klein e la psicoanalisi dei bambini. Come nasce e perché.

Fin dai tempi del piccolo Hans (Freud, 1909a) si è compreso quanto possa essere importante l'intervento diretto sul bambino. Le prime esperienze con i bambini le fece Hermine Hug-Hellmuth. Seguirono poi Melanie Klein e Anna Freud.¹ Sia Ferenczi che Abraham spinsero molto Melanie Klein ad occuparsi di psicoanalisi infantile. La Klein si appassionò così tanto al lavoro con i bambini che dedicò tutta la sua energia e il suo entusiasmo ad approfondire la psicoanalisi con i bambini che riteneva di poter trattare con il metodo psicoanalitico anche in età molto precoce. Le si aprì così un mondo di scoperte e di approfondimenti che arricchirono enormemente la teoria psicoanalitica. Da lei ricaviamo alcune indicazioni che, a mio parere, rimangono ancora del tutto valide sia nella clinica che nella teoria.

Nel 1932 Melanie Klein scriveva: "...i principi fondamentali dell'analisi infantile sono gli stessi che presiedono all'analisi degli adulti" e cioè corretta interpretazione, continua analisi delle resistenze, costante riferimento alle situazioni di transfert positive e negative.

Ma ci sono comunque delle caratteristiche dell'analisi dei bambini che ci fanno riflettere e ci colpiscono. La prima di queste riguarda l'inconscio con cui il bambino ha un contatto diretto e immediato. Melanie Klein sottolinea come con il bambino viene prima il contatto con l'inconscio che con l'Io (1932, 27). Il bambino infatti comunica innanzi tutto e in modo immediato l'inconscio e i livelli arcaici e primitivi dell'esperienza. È importante quindi nel lavoro terapeutico con i bambini non attardarsi sull'Io, ma rivolgersi direttamente all'inconscio. Melanie Klein scrive: "È sorprendente come talvolta i bambini accettino facilmente e persino con evidente piacere l'interpretazione che viene loro proposta. Indubbiamente ciò è dovuto al fatto che in taluni strati del loro psichismo la comunicazione tra conscio ed inconscio è ancora relativamente agevole, per cui il cammino verso l'inconscio è molto più facile da percorrere" (ibid., 22). Per questo Abraham diceva che il futuro della psicoanalisi è nell'analisi del gioco, una nuova via maestra per l'inconscio, come il sogno per gli adulti (ibid., 2-3).

Il contatto immediato con l'inconscio significa anche contatto con i bisogni primari legati al corpo, con i sentimenti di base e le emozioni più profonde. Questo comporta anche un'immediatezza delle angosce: angosce arcaiche, primitive, assolute: morire di fame, non controllare i propri bisogni corporali, cadere, perdersi, morire (Winnicott, 1957).

Si potrebbe parlare per i bambini di irruzione dell'inconscio nella stanza di analisi. A volte siamo colpiti da come il bambino possa non raccontarci nulla di quello che fa, degli eventi accaduti tra una seduta e l'altra, dei suoi pensieri, ma si precipita nella stanza e riparte dalla fine della seduta precedente – dalla macchinetta che ha voluto distruggere o dalle cassette che ha costruito. Qual è il filo della comunicazione? Non ci sono racconti, né razionalizzazioni, ma il punto focale è il suo inconscio: quello che gli preme dentro e che cerca una via per venire fuori.

La psicoanalisi con i bambini ci permette quindi un'esperienza viva e immediata di contatto con questi livelli arcaici e primitivi, esperienza che non solo ci aiuta a livello clinico, ma che amplia le nostre possibilità conoscitive arricchendole di nuovi e impreveduti vissuti. Tutto questo fa sì che la psicoanalisi infantile non abbia solo un valore terapeutico molto alto, ma anche una potenzialità di approfondimento e di ricerca enorme.

¹ E dopo Melanie Klein e Anna Freud, Donald Winnicott e tanti altri. Per la storia della psicoanalisi infantile cfr. Geissmann C. e Geissmann P. (1992). Per la storia italiana cfr. a cura di Algni M.L. (2007).

Quella stanza straordinaria piena di giochi, di animali, di fogli per disegnare è per il bambino un luogo dove confrontarsi con le proprie paure più profonde, con quelle angosce terribili che lo fanno piangere disperato e inconsolabile. Nella psicoanalisi con i bambini sono fondamentali modalità di comunicazione nuove in particolare **il gioco e il disegno** (Klein 1932, 1961, Winnicott 1958, Ferro 1992, Vallino Macciò 1996). È infatti attraverso il gioco e il disegno che il bambino ci rende partecipi dei contenuti profondi del suo mondo interno.

Incapace di parlare, e solo agendo violentemente, riempiendo la stanza di scrosci d'acqua sempre più forti, Emanuele, il bambino di cui parlerò tra breve, riuscì a comunicarmi il suo tumulto interno disegnando una nave nella tempesta. Ricordo una seduta dove le parole non servivano e dove l'ascolto era impossibile, tanto forte e assordante era l'urlo e lo scroscio disperato dell'acqua che inondava tutto. In quella situazione soltanto il disegnare dell'analista prima e poi del bambino è riuscito a rompere quell'atmosfera terrificante di violenza e di incomunicabilità. E il bambino ha potuto rappresentare quanto si muoveva confusamente dentro di lui disegnando così una nave nella tempesta che ha reso possibile la rappresentazione grafica di una turbolenza interna così violenta e tumultuosa che non poteva ancora essere espressa in parole.

La psicoanalisi dei bambini ci offre l'opportunità di lavorare nella relazione e con il mondo interno del bambino e ci permette così di confrontarci in modo diretto e intenso con le vicende emotive del transfert e del controtransfert in una dimensione del setting viva e immediata. Dalla psicoanalisi dei bambini apprendiamo sempre di più quanto sia importante un percorso verso i livelli più precoci dell'esperienza, dal rapporto con la madre in gravidanza fino alle prime relazioni madre-bambino.

2. La relazione madre-bambino.

Sulla osservazione della relazione madre-bambino come strumento di ricerca e di approfondimento delle prime dinamiche si è molto lavorato fin dai tempi di Ester Bick (1964). Rimando ad alcuni scritti fondamentali di Dina Vallino (2004) e Gina Ferrara Mori (1998). Si è così compresa sempre più a fondo l'importanza della relazione madre-bambino nelle prime fasi dello sviluppo. L'osservazione madre-bambino ci getta nel cuore della relazione, ci permette di vedere le prime fasi di costituzione della mente all'interno di una matrice relazionale e di affinare la sensibilità dell'analista alla comunicazione corporea, non verbale e immaginativa.

L'osservazione della relazione madre-bambino, così come la psicoanalisi infantile ci fanno cogliere nel vivo e direttamente quei livelli primitivi che sono così importanti anche per i nostri pazienti adulti.

Nel bambino che viene in analisi, come spesso anche nell'adulto, sentiamo di dover entrare in contatto con zone cieche: qualcosa di nascosto e di incomprensibile, che pure avvertiamo, opera in modo sotterraneo. Vediamo bambini inquieti, carichi di rabbia oppure chiusi e incapaci di esprimersi e di apprendere e avvertiamo che c'è qualcosa in loro, nella loro vita interna che è come una zona oscura, che appare lontana e irraggiungibile. Ed è in questi casi che diventa essenziale un percorso psicoanalitico per poter arrivare a quei livelli profondi e arcaici, perché solo così possiamo affrontare le difficoltà all'origine. Nel percorso analitico cerchiamo così di avvicinarci alle zone della mente più nascoste e spesso ritroviamo allora nella memoria implicita tracce di traumi precoci, violenti e dolorosi che riguardano le relazioni primarie del bambino e che condizionano tutta la sua vita mentale e affettiva. Scrive Mancia "Queste diverse forme di dolore che il bambino incontra nelle sue relazioni più precoci e che riguardano esperienze emozionalmente molto significative, sono archiviate a livello preverbale e presimbolico nella memoria implicita e diventano parti essenziali di un inconscio non rimosso che condizionerà la sua vita affettiva, emozionale, cognitiva e perfino sessuale anche da adulto" (2004, 192).

Queste considerazioni ci rimandano a quanto siano importanti i primi momenti dello sviluppo e la relazione madre - bambino e quanto essenziale sia in particolare la funzione della mente della

madre nel primo rapporto con il bambino. La madre infatti non solo può sentire affettivamente i bisogni del suo piccolo, ma può comprenderli e dar loro un senso, aiutando così il bambino a esprimere sempre di più quello che prova. Attraverso la fiducia, la sicurezza e l'amore la madre costruisce e fornisce al bambino il senso di sé e della relazione. Invece, nel momento in cui la madre non riesce a espletare questa funzione di amorevole contenimento e comprensione, ma vive una situazione in cui è lei stessa travolta da inquietudine, ansia, odio, risentimento, il bambino viene non solo non compreso e non contenuto, ma invaso dalle angosce e dalle paure materne. Si sente allora perso e colmo di vissuti negativi e incontenibili e si determina in lui un senso di abbandono e di catastrofe interna che provoca sensazioni ed emozioni negative colorate di rabbia, di distruttività e di fantasie persecutorie.

Le cure della madre riguardano infatti non solo il corpo, ma anche le emozioni e la psiche. Se certamente è fondamentale il modo con cui la madre tocca il corpo del bambino, il modo con cui lo tiene al caldo, lo accarezza, lo accudisce, altrettanto importanti appaiono, come sottolineavo prima, le cure della mente: l'attenzione, il pensiero sul bambino, la *rêverie*, cioè la capacità della mamma di elaborare e restituire accettabili per il bambino la sua aggressività, le sue angosce, i suoi malesseri. Mi sembra molto interessante in questo senso quanto osserva Ogden (2005) a proposito del concetto winnicottiano di *holding* e di quello bioniano di contenitore-contenuto e di *rêverie*. Ogden sottolinea come l'*holding* evoca l'immagine di una madre "che con tenerezza e sicurezza tiene tra le braccia il suo bambino". Il contenitore-contenuto di Bion invece "riguarda principalmente l'elaborazione dei pensieri derivati dall'esperienza emotiva vissuta" (117). Una rilevanza particolare, dunque, data, nell'ottica bioniana e direi anche kleiniana, all'elemento del pensare, del capire, del sognare. Nella relazione primaria la capacità materna è dunque non solo quella di accudire, ma anche di pensare e amare con attenzione e continuità il bambino e dare senso e significato a quello che accade.

3. La psicoanalisi dei bambini: una via privilegiata e unica per sanare le ferite più profonde.

Mi tornano in mente bambini che ho avuto e ho in analisi che mi hanno portato in modo diretto e immediato tutta la loro sofferenza e il loro dramma interno. Perché quello che avviene in analisi è che i bambini possono portare proprio le angosce più primitive e fare quindi i conti con i traumi precoci che hanno lasciato dentro di loro zone morte e cieche. Ricordo il pianto disperato di Emanuele che, dopo poche sedute, ha fatto irrompere nella stanza di analisi tutta la sua disperazione e i suoi malesseri profondi. Quando l'ho visto per la prima volta Emanuele aveva tre anni e mezzo e i genitori erano preoccupati per un disturbo del linguaggio e dell'apprendimento e per momenti di forte aggressività quasi incontrollabile. Abbiamo subito iniziato un'analisi a quattro sedute a settimana che è durata diversi anni e che ha permesso che si aprisse una via per la comprensione del suo mondo interno. Alla fine dell'analisi dopo circa quattro anni il bambino parlava bene e aveva anche iniziato la scuola con ottimi risultati. Non era più aggressivo, ma anzi molto socievole. L'analisi ci ha messi subito in contatto con le sue angosce primitive e ha permesso che si instaurasse immediatamente un rapporto profondo capace di dare al bambino la possibilità di sentirsi capito e aiutato e di superare il suo vissuto di catastrofe interna che limitava le sue capacità espressive e mentali e lo rendeva particolarmente aggressivo. Ne parlo a lungo nel mio libro *Un tempo per il dolore* (Cancrini, 2002).

Dopo aver drammaticamente portato in analisi il problema della "cacca": dolori improvvisi e violentissimi che lo facevano correre al bagno urlando disperato, riesce finalmente a rappresentare quello che sta avvenendo dentro di lui. L'uso del corpo e delle funzioni corporali come espressione diretta e concreta di disagi profondi, di impulsi aggressivi o di valenze emotive primitive è una delle modalità espressive e comunicative più significative dei bambini, in particolare dei bambini piccoli. In questo caso la cacca che esce dal culetto è strettamente connessa con il bruciare delle sue ferite e della sua sofferenza e con l'esplosione della sua rabbia. Il bambino non riesce in un primo momento a distinguere e a separare; è tutto immerso nella concretezza dell'esperienza. La stessa fantasia è

non distinta, ma totalmente equiparata alla funzione corporea. Ritroviamo così dei traumi profondi che il bambino sta comunicando e rivivendo nella stanza di analisi dove, non a caso, le separazioni e gli abbandoni diventano sempre più intollerabili proprio perché rievocano un vissuto catastrofico. Ricostruiamo nell'esperienza del bambino una madre a volte molto affettuosa, ma in altri momenti così travolta dalle sue angosce e dai suoi problemi da essere totalmente assente nella relazione con i figli. Una coppia genitoriale che oscilla fra un'unione molto esclusiva ed escludente e dei momenti di rottura totale e violenta. Tutte esperienze che evocano nel bambino un senso di assoluta catastrofe. Quando questi vissuti sono comparsi nella stanza di analisi, la mente dell'analista ha dovuto contenere la violenza di questo forte impatto emotivo. Soltanto così si è potuto piano piano comprendere e dare un nome alle emozioni. La mente dell'analista, come quella della madre, è il necessario contenitore che permette gradualmente di distinguere i vari piani: la concretezza delle funzioni, le fantasie e il pensiero. Se l'analista, come del resto il genitore, riesce a contenere, allora nasce una possibilità di distinguere e si apre la dimensione della fantasia, dell'immaginazione e del pensiero che rende affrontabile l'irruenza dei vissuti interni altrimenti incontenibili.

Come accennavo prima c'è una bella seduta - dopo qualche mese di analisi- dove il bambino può finalmente rappresentare quanto sta avvenendo dentro di lui e dove si raggiunge un livello di integrazione molto alto. Il "male alla pancia" diventa qualcosa di cui si può parlare e che apre alla possibilità di ricostruire il senso del suo disagio, della sua sofferenza e della sua rabbia. Emanuele rappresenta la scena: il pallino, trovato nell'ovetto, che fa la cacca e dice: "male": c'è qualcosa dentro la sua pancia e in lui che fa molto male e sono tutte le brutte cose che sente dentro di sé: le violenze e le frustrazioni che ha subito, le rabbie, le gelosie, i sensi di colpa, che vorrebbe sparare fuori come la cacca. Il conflitto, la gelosia, la rabbia, i sensi di colpa sono alla base del suo disagio e, se non compresi, impediscono che si ristabilisca un contatto con l'oggetto buono. Ma ora può rappresentarli, immaginarli e comunicarli nella relazione con me e questo lo fa sentire subito meglio.

La rappresentazione avviene **nel gioco**: è il pallino che rappresenta Emanuele. Una simbologia espressa nel gioco che attiva la fantasia e apre la strada al pensiero. Nei giochi e nei disegni emergono nuove possibilità di simbolizzazione e anche il linguaggio verbale migliora notevolmente.

Ho più volte sottolineato come molto è stato enfatizzato nella tradizione psicoanalitica il complesso di Edipo, dove prevalgono gelosia, rabbia, senso di esclusione verso i genitori uniti nel loro rapporto di amore. E certamente questa è una condizione a volte assai dolorosa e difficile da superare per il bambino, soprattutto se vissuta a livelli molto primitivi. Ma è certamente molto più catastrofica per il piccolo la rottura del legame tra i genitori. In questo caso infatti non c'è solo l'esclusione e la gelosia edipica, ma il sentimento di un disastro nel legame tra i genitori che non sono più in grado di aver cura né di se stessi, né di lui. Mi rivengono in mente quei bellissimi versi dell'*Oresteia* di Eschilo (*Agamennone*.1141-5) dove Procne, mutata in usignolo, piange e chiama disperatamente il figlio Iti, che lei stessa ha ucciso per gelosia verso il marito. C'è dunque, in questa situazione, una coppia così occupata da se stessa, dai suoi problemi, dalle sue gelosie, che non riesce a dare spazio al bambino, una coppia che rompe il legame e si distrugge e così facendo lascia il bambino nella catastrofe interna facendolo sentire annientato e disintegrato. Per Emanuele sono state esperienze molto precoci sia l'allontanarsi della madre, sopraffatta dai suoi vissuti depressivi, sia il venir meno di una buona coppia genitoriale che potesse aver cura di lui. Ci sono state diverse sedute in cui Emanuele ha portato in analisi le angosce di annientamento e disgregazione legate al venir meno della buona coppia genitoriale. E ha potuto portare queste angosce, e tutta la sua rabbia e disperazione in sedute molto drammatiche dove ha potuto rivivere tutto ciò nella relazione analitica e ha potuto cominciare a rappresentare, immaginare e comunicare e questo lo ha fatto sentire subito meglio perché gli ha permesso di affrontare il disagio, di comprenderlo e di dividerlo.

Nella seduta del pallino che ha male alla pancia c'è l'inizio di una lunga esperienza di analisi in cui abbiamo dovuto ripercorrere insieme e più volte la complessità di questi vissuti. Scrive Bion: "Il

paziente può vedere che le impressioni sensoriali hanno qualche significato, ma si sente incapace di sapere quale sia questo significato” (1962, 46). È a questo punto che diventa essenziale che l’analista metta a disposizione del paziente la sua facoltà di vivere l’esperienza e di pensarla svolgendo quella funzione materna primaria indispensabile per dare un senso alle esperienze. È dunque nella situazione relazionale che si può andare avanti nella comprensione e nella trasformazione.

Un’esperienza altrettanto significativa ho potuto viverla con Rodolfo, un bambino di 8 anni che porta in sé i segni di un lutto familiare che ha colpito la madre un mese prima della sua nascita. Il bambino è molto chiuso, poco socievole e ha dei momenti di rabbia incontrollabile. Io credo che questo evento gli abbia fatto sperimentare, almeno momentaneamente, la catastrofe di una funzione mentale materna assente che lo ha lasciato per un po’ nel vuoto di un terrore senza nome. In Rodolfo c’è una grande distanza tra la parte di lui che ha subito la catastrofe e la parte di lui accudita, voluta bene, compresa che lo ha reso un bambino affettuoso e simpatico. Non è stato facile con lui avvicinarsi a questo territorio buio dove angosce profonde di morte e di distruzione, di solitudine e disintegrazione interna stavano lì come una terribile minaccia. Il bambino oscillava tra la possibilità di essere aiutato e di poter aggiustare e la minaccia che la distruzione fosse irrimediabile. Rodolfo nelle prime sedute si muove nervosamente sulla sedia come per scaricare un sentimento di angoscia incontenibile e mi comunica dei sogni molto inquietanti. In uno c’è il nonno che guarda, lui è sulla strada ed è investito da una specie di camion. Una botta terribile che sembra essere mortale. Il trauma che ha subito nella sua esperienza precoce, che ha lasciato una ferita dolorosa che si riapre ogniqualvolta c’è qualcuno, l’istruttore Paolo, o la maestra Enrica, che non lo capisce e che ingiustamente lo ferisce. E allora è preso dal panico e vuole scappare via, lasciar perdere tutto. Nelle prime sedute non fa che smontare le sedie, i pupazzi, il trenino e rimontarli; poi via via diventa sempre più violento. Sembra esserci l’idea di una catastrofe, si rompe tutto, ma sembra che si possa sempre riparare. Però poi la violenza aumenta e passa una seduta a spaccare irrimediabilmente una macchinina che poi viene buttata. In una seduta che segue c’è un disastro aereo. Angosce profonde di morte e di distruzione, di solitudine e disintegrazione interna, che lo fanno oscillare tra una possibilità di essere aiutato e di poter aggiustare: lo scotch, il rimontare i pezzi, il mettere a posto, e la minaccia della distruzione irrimediabile e il terrore che nessuno possa aiutarlo, che mi sembra corrispondere al momento in cui è venuto meno il contenimento e la *rêverie* materna. Tutto questo viene espresso direttamente nella stanza di analisi. C’è bisogno di vivere e portare in seduta la catastrofe, rompere oggetti e sedioline in modo irrimediabile. Nel controtransfert sento quanto è importante e primaria per lui questa comunicazione e controagisco permettendoglielo. Trovata questa modalità comunicativa attraverso l’acting, è necessario in analisi riuscire a contenere e a dare un senso, esercitando quella funzione materna di *rêverie* così fondamentale perché si possa riprendere il contatto con quella zona oscura che così pesa nel vissuto di Rodolfo. Bisogna costruire un ponte che metta in contatto Rodolfo angosciato e terrorizzato e Rodolfo socievole e affettuoso. E questo ponte deve costruirlo l’analista con la sua mente e con l’interpretazione, che aiuta il bambino a entrare nella dimensione del capire. In molte sedute, dopo la distruzione prevarrà nel bambino il bisogno di costruire e di riparare. E sarà proprio attraverso questo lungo percorso di ricucitura, aggiustamento (le costruzioni, i disegni ecc.) che finalmente si potrà arrivare a parlare delle angosce catastrofiche e a ricostruire in qualche modo quel momento molto traumatico vissuto dalla madre all’ottavo mese di gravidanza dove, travolta da emozioni confuse e inesprimibili è venuta meno la sua capacità di capire, e da K si è passati a -K (Bion 1962), cioè da una situazione di presenza e attenzione mentale a un’assenza di pensiero.

E tutto questo viene espresso direttamente nella stanza di analisi: non ci sono racconti, non ci sono parole, il bambino ha bisogno di fare esperienza e di comunicare quello che si agita dentro di lui inconsciamente e che in qualche modo irrompe nella stanza di analisi. E soltanto in questo modo, attraverso il lavoro analitico il bambino ha potuto confrontarsi con questi vissuti profondi ed elaborarli. Questa esperienza ha cambiato completamente il suo modo di vivere e di confrontarsi

con gli altri. Di tutto ciò mi hanno dato testimonianza i genitori che hanno voluto e appoggiato la sua analisi con grande tenacia ed enorme impegno.

Nel rapporto con l'analista e perciò nella dimensione transferale e controtransferale è infatti possibile il contatto con l'inconscio del bambino, con i livelli arcaici del bisogno e del desiderio, con la memoria implicita. È il setting psicoanalitico che favorisce l'espressione profonda dell'inconscio, dei bisogni primari, delle difficoltà e delle difese precoci.

Momenti traumatici, violenti sia per Emanuele che per Rodolfo che hanno fatto loro provare un vissuto di catastrofe interna, custodito nella memoria implicita che deve essere rivissuto e capito, ripercorrendo in analisi le complesse vicende relazionali sottostanti che permettono un dispiegarsi dei sentimenti, dal dolore alla rabbia e alla violenza. Portare tutto questo in analisi è dunque un modo per ricominciare a vivere e a sentire. La nuova esperienza che il bambino può vivere nel rapporto analitico rende possibili profonde e significative trasformazioni che gli permettono anche di affrontare in modo nuovo le difficoltà che gli provengono dalla famiglia e dal mondo esterno.

Certamente ci sono situazioni in cui può essere importante un intervento con i genitori o terapie congiunte madre-bambino, genitori- bambino (Dina Vallino, 2009), ma ci sono situazioni – come quelle che descrivevo prima o comunque situazioni in cui c'è una ferita precoce e profonda² – che possono trovare sollievo ed evoluzione soltanto in un rapporto psicoanalitico diretto con il bambino a più sedute a settimana, preferibilmente quattro, in cui attraverso il transfert e il controtransfert è possibile raggiungere i livelli più arcaici e profondi. Ed è a queste situazioni che ho voluto rivolgere la mia attenzione perché ritengo che sia ancora fondamentale la funzione della psicoanalisi dei bambini a più sedute.

Nella situazione analitica è estremamente importante l'attenzione rivolta alla propria mente e al proprio controtransfert. Transfert e controtransfert giocano nell'analisi infantile un ruolo fondamentale perché il rapporto con il bambino è molto intenso. Il bambino potrà vivere con l'analista la complessità del suo mondo interiore: nel transfert e attraverso l'aiuto del controtransfert riusciamo infatti a cogliere i livelli più primitivi dell'esperienza mentale e affettiva. Transfert e controtransfert saranno così la chiave per accedere a ogni possibilità trasformativa.

4. Arricchimenti che vengono dall'analisi dei bambini.

Molti di noi ricordano che Adda Corti oltre che a raccomandare di seguire l'osservazione del bambino, raccomandava di fare un'analisi di un bambino anche durante la formazione. Penso avesse ragione perché il contatto immediato e diretto con l'inconscio del bambino, e la dimensione del setting in cui si può vivere così profondamente una relazione con i livelli più primitivi e arcaici, rendono l'analista ancora più attento ai vissuti transferali e controtransferali e arricchiscono di molto la sua fantasia e la sua immaginazione. E certamente può diventare per l'analista più agevole il contatto con le parti infantili dei pazienti adulti e sappiamo che a volte questo contatto è molto importante perché l'analisi possa veramente essere un percorso trasformativo profondo.

² In particolare mi sembra molto importante un'analisi a più sedute a settimana nelle situazioni in cui ci sono stati traumi e ferite profonde. Cfr. su ciò *Una ferita all'origine*, a cura di T. Cancrini e D. Biondo, 2012.

DIBATTITO

20 settembre 2012

Analisi infantile o di un particolare tipo di mente?

Adamo Vergine

Non sono uno psicoanalista infantile, ma poiché ho trovato le due relazioni di apertura molto interessanti per la psicoanalisi in generale, mi permetto di intervenire, anche per fare domande a me stesso e agli altri.

Ho sentito che l'eco della "controversia" tra Anna Freud e Melanie Klein è lontano, però ancora c'è, e quello che mi sembra interessante discutere è il fatto che gli aspetti che la fanno ricordare sono quelli più dogmatici o quelli che non si possono argomentare né smentire. Ciò significa che si trasmettono per inerzia, identificatoria o di fede, si usano ma non ci sono argomenti per metterli in discussione o accettarli per come sono stati tramandati.

Tra questi quelli che mi sembrano i più importanti sono quelli che riguardano: a) il numero delle sedute (che riguarda tutta la psicoanalisi e non soltanto quella infantile), b) la tecnica dell'interpretazione che "dovrebbe parlare all'inconscio", e c) il fatto che questo tipo particolare di analisi che richiede un particolare supplemento formativo sia riferibile ad un arco di età biologica e non ad un tipo di formazione o sviluppo della mente, anche se in fondo l'arco di età implica comunque un certo tipo di sviluppo psichico.

Poiché nella situazione attuale ci troviamo a prenderci cura di adulti gravemente ammalati, che sembrano bambini nelle loro manifestazioni psichiche, mi chiedo se questo non ci abbia portati ad avere maggiore interesse per i bambini, ma, attraverso l'esperienza dei casi gravi anche una maggiore competenza a lavorare con una mente poco sviluppata come quella di un bambino.

A volte l'analogia risulta essere così stretta che si è portati a pensare di usare in questi casi la tecnica del gioco, del disegno o della sabbia ed a tollerare anche un minimo di agito, come appunto si fa con i bambini che hanno una mente sempre "al limite" o "non ancora nevrotica".

Dico che i bambini, specialmente quelli molto piccoli, hanno una mente "al limite" perché non si sa ancora come si potrà sviluppare, mentre quelli, per esempio già scolarizzati, credo che giungano a noi già in una condizione prepsicotica o già nevrotizzata.

Considerando che le nuove esperienze di analisi, spesso ci hanno messo in condizione di dover essere analisti infantili, o anche di adolescenti (nel senso, per esempio, dell'adolescente adulto), mi chiedo se, invece di mantenere competenze e poteri separati, non si potrebbe avviare un processo di integrazione teorico e tecnico, però esplicitando differenziazioni che riguardano il grado di sviluppo della mente, anziché l'età.

I criteri tramandati, come sarebbe auspicabile, si potrebbero argomentare anche con l'aiuto di altre discipline. Ciò, però, anche se potrebbe alterare il senso di appartenenza, potrebbe invece accrescere il senso scientifico dell'operare. Per esempio, si potrebbero usare i dati delle neuroscienze sulla necessità di continuità e di ripetizione per formare un circuito cerebrale, per dare credito all'ampio numero delle sedute che era stata un'intuizione sia di Freud che della Klein.

Un'altra possibilità sarebbe quella di considerare il gioco e il disegno una modalità per formare la capacità di simbolizzare, che secondo molte discipline (psicologia sperimentale alla Piaget, Antropologia evolutiva e Filosofia, che oggi spesso utilizzano la teoria dell'evoluzione e le neuroscienze) quando riesce a soddisfare il bisogno interno del soggetto, già contiene di per sé la conoscenza, la vendetta, la gratitudine, la trasformazione e quindi non c'è bisogno di doverli

interpretare, esautorando la capacità dell'altro a conoscere (Merleau-Ponty 1964)³ che potrebbe risultare una prepotenza anziché una terapia.

Per quanto riguarda il setting, oltre le variazioni citate da Marta Badoni e quelle di Dina Vallino, vorrei ricordare anche quelle di Giannotti⁴ e quelle che si evidenziano nella “Storia della psicoanalisi infantile” a cura di M. L. Algini⁵. A queste poi sarebbero da aggiungere le ricerche sperimentali (sul tipo di quelle condotte da Piaget)⁶ e quelle di osservazione diretta in molti contesti, come, per esempio, fece molti anni fa anche Eugenio Gaddini⁷ nell'Istituto di Pediatria dell'Università della “Sapienza” di Roma.

Per la verità, le due relazioni di apertura ci hanno già dato molte informazioni importanti, forse più per quello che è stato e contemporaneamente già ratificato dal vertice che decide i criteri della psicoanalisi, che per quelle che potrebbero essere le aperture e le prospettive di ricerca.

Però, credo che se non avessimo timore di avere come interlocutori, anche soltanto interni, i concetti di altre discipline, potremmo dare un contributo ad una migliore conoscenza dello sviluppo della mente, iniziata da Freud, ma che la nostra esperienza già potrebbe portarci molto oltre, non soltanto nei riguardi della teoria ma anche della tecnica. Siamo trattenuti dal timore di abbandonare la tradizione o di tradire l'appartenenza, ma per fare scienza questo è inevitabile.

Marta Badoni dice: “Che ne facciamo degli analisti per bambini? Ne facciamo tante scuole quante sono le teorie?”

Io vorrei dire che un tale metodo si usa solo per il pensiero religioso, mentre la scienza è una, con tante ramificazioni provvisorie, che a volte si ricongiungono e a volte arrivano a divaricarsi maggiormente. Solo in quest'ultimo caso estremo si crea una nuova disciplina. Mentre è proprio dalla psicoanalisi infantile, che sembra avere notevoli prospettive di “cura”, solo che noi riuscissimo ad essere più tolleranti verso le distanze che necessariamente si devono prendere per fare ricerca, che potremmo ricevere un forte impulso al progresso della psicoanalisi in generale.

Per esempio, ci sono molti punti del funzionamento mentale che mi sembra non siano stati ancora compresi pienamente:

Che cosa vuol dire regressione? Se ci sono dei livelli psichici o di mente caratteristici, quali sono?

Quali e quante sono le tappe dello sviluppo psichico (non ci dimentichiamo che Freud ne ha indicate alcune, ma nella famosa lettera 52 a Fliess mette molte X) ed in funzione di quali fattori si formano o si inibiscono?

Per questi interrogativi si è già lavorato molto, ma non siamo ancora giunti a poterli pensare con chiarezza.

La Nissim si chiedeva se Freud fosse freudiano. Io penso che lui non lo fosse se è riuscito ad avere tante di quelle intuizioni che poi, come lui diceva, sono state confermate dalle neuroscienze e dalla biologia. Invece lo sono i post-freudiani, quando non hanno il coraggio di andare oltre.

³ Merleau-Ponty, M. (1961) 1°edizione postuma (1964) *Il visibile e l'invisibile*. Bompiani, Milano 1969.

⁴ Giannotti, A. e De Astis, G. (1989) *Il diseguale*. Borla, Roma.

⁵ Algini, M. L. (a cura di) (2007) *Sulla storia della psicoanalisi infantile in Italia*. Quaderni di psicoterapia infantile, vol. 55, Borla Roma

⁶ Tomasello, M. (1999) *Le origini culturali della cognizione umana*. Il Mulino, Bologna 2005.

⁷ Gaddini, E. (1969) Sull'imitazione- In: *Scritti 1953-1985*. Cortina, Milano 1989, pag. 159.

26 settembre 2012

Ad un bambino mai analizzato ed al suo analista mancato

Marco Mastella

In questi giorni di attesa di interventi nel Dibattito sulla Psicoanalisi infantile, ho sentito parlare di Campagnolo, un corridore ciclista che ha inventato il famoso cambio per biciclette chiamato 'Campagnolo' (parola che significherebbe anche 'che vive in campagna'), che permette di 'cambiar passo' (o 'cambiar rapporto') a seconda che ci si trovi in pianura, in salita, a fare uno scatto, a seguire a ruota... Ha così reso molto più sciolta la corsa (o la pedalata) in bicicletta; prima, per cambiar rapporto, bisognava smontare la ruota e le mani talora gelide potevano trovarsi in gravi difficoltà nell'eseguire l'operazione.

Ecco, da 'campagnolo' qual sono, penso che per diventare psicoanalisti infantili, che lavorano anche con bambini dotati di un corpo (ed uno status) di bambini, occorra dotarsi di un buon cambio di rapporto (e di velocità) sempre a disposizione, periodicamente revisionato.

Ho sognato in queste notti il dolore provato tante volte in quaranta anni di lavoro: l'incontro con un bambino in grave difficoltà, spesso incapace di parlare e di lenire il suo dolore attraverso il gioco, per il quale propongo ai genitori una terapia analitica (ho colto nell'incontro e dentro di me qualche segno di speranza) e loro decidono di 'portarlo via', da un riabilitatore che gli insegni a parlare e a stare al mondo come si deve.

E ho pensato al dolore delle tante volte in cui, avendo trovato la disponibilità dei genitori a far curare analiticamente il loro bambino, ed avendo la mia settimana lavorativa già colma, non avevo trovato colleghi disposti a lavorare con lui e/o i suoi genitori.

Un dolore che questa mattina ho associato al dolore di un bambino mai nato, riprendendo il titolo del libro di Oriana Fallaci.

E mi sono chiesto ancora una volta da dove venga questa incessante propensione ad occuparmi da medico e da analista dei bambini e dei loro genitori.

Mi è tornata alla mente la storia di Ernst Halberstadt Freud, il nipote di Sigmund, il famoso bambino del rocchetto, la cui storia successiva, chissà perché poco ricordata, è narrata da L. J. Kaplan (1996): ha poi purtroppo perso la madre Sophie, morta mentre era incinta quando lui aveva cinque anni, e, dopo tre anni, ha sopportato la morte del fratellino Heinz (praticamente adottato da una zia).

In seguito il padre si è risposato con la sua ex insegnante di asilo, che è così diventata la sua matrigna. Ernst ha avuto un'adolescenza difficile, mitigata dal caldo interesse della zia Anna, che ha implorato il nonno Sigmund di ospitarlo da loro. Ha così frequentato la scuola privata fondata da Doroty Burlingham e animata e sostenuta da Eva Rosenfeld (una sorta di nido adottivo). Alla chiusura della scuola, la zia Anna l'ha aiutato a trovare una scuola, a Berlino, apparentemente adatta a lui in quella fase della sua vita. E' stato tra i primi della famiglia ad avvertire i pericoli dell'antisemitismo; ha avuto difficoltà a trovare uno sbocco lavorativo (provò un kibbutz in Palestina, studiò fotografia per emulare il padre), poi fu costretto a fuggire in Inghilterra con la famiglia materna. Tra varie peripezie, lavorando e studiando la sera prese la laurea in Psicologia; deluso dalla psicologia accademica, accarezzò l'idea di diventare psicoanalista, anche se avanti con gli anni. Cambiò il suo nome in W. Ernest Freud. Ha interrotto dopo trenta anni una vita matrimoniale difficile, che gli aveva permesso di diventare padre di Colin a 43 anni. Ha scoperto finalmente la sua vocazione a 63 anni. In California gli capitò di frequentare un reparto di Neonatologia: "Dovevo sapere tutto di quel reparto (...) ne ero completamente catturato". Collegò i giochi da adolescente con le immagini di sé che lanciava il rocchetto per farlo sparire e ricomparire e concluse che "In fondo giocavo con il cordone ombelicale, e forse questa è la ragione per cui mi sentivo a mio agio vicino a tutti quei tubi e fili ai quali i nati prematuramente sono collegati." Si rese conto del collegamento con la perdita del fratello e del fratellino non ancora nato quando la

madre morì. Avviò ricerche estremamente interessanti sulle sensazioni e vissuti del feto, e sugli inizi precoci del dialogo umano, allargando l'attenzione ad un più ampio contesto sociale in un profondo rispetto del ruolo dei genitori.

Dovette affrontare la morte del figlio ventottenne e contribuì a rievocare ed elaborare, a Vienna, gli effetti dei crimini nazisti, di questo apocalittico regno della morte.

Tornando a noi, mi chiedo, ora, cosa sta trattenendo, come sospesi, i colleghi che condividono questa 'passione' ed esperienza lavorativa dal raccontarla in questo dibattito, che può essere un'occasione irripetibile per conoscerci meglio, per raccontarci cosa accade nelle nostre stanze d'analisi infantile o nelle altre situazioni in cui lavoriamo con bambini, genitori, educatori, sanitari, Giudici.

Tornando alla metafora ciclistica, mi tornano alla mente le sfide in pista tra Antonio Maspes e Sante Gaiardoni, dove era fondamentale rimanere in surplage per cercare di far partire per primo l'avversario, per seguirne la scia e superarlo all'ultima curva...

Non vorrei che fosse il timore degli stranieri interessati al Dibattito, o dei nostri colleghi più vicini, forse, all'astrazione teorica che ai cambi di rapporto e velocità resi possibili dall'invenzione del 'campagnolo'.

27 settembre 2012

Dina Vallino

Il lavoro con i bambini e i genitori nella stanza d'analisi

Partecipo volentieri al dibattito sulla psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti, organizzata da Marco Mastella e Francesco Carnaroli, che ringrazio. Come premessa sento il bisogno di contestualizzare le mie riflessioni, facendo riferimento al mutamento delle famiglie italiane: dopo la legge istitutiva del divorzio (1 dicembre 1970), dagli inizi degli anni '80 ad oggi entrano in scena nuove configurazioni di famiglie e nuove culture familiari. Le famiglie adottive, affidatarie, le famiglie di immigrati, del divorzio, ricostituitesi, allargate, le famiglie sorte dalla procreazione assistita ecc. mostrano una tipologia assai varia, all'interno della quale i mutamenti nella relazione tra genitori e figli possono mettere i bambini in sofferenza e di conseguenza allarmare i genitori.

Le problematiche delle famiglie risuonano nel nostro lavoro: la diversità di approcci teorico-clinici nella psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti lascia intravedere la presenza di un lavoro creativo che mira ad un adeguamento della psicoanalisi infantile ai mutamenti dei tempi e delle "culture familiari". È interessante, come ci segnala Adamo Vergine, che si stia prendendo consapevolezza della ricchezza della psicoanalisi dei bambini, da cui si può attingere ispirazione per il contatto con l'inconscio persino dei pazienti adulti più gravi e più deprivati. Comunque rimane la necessità di trasformazioni nella psicoanalisi dei bambini. Il cambiamento comporta qualcosa di violento, mentre la trasformazione avviene più dolcemente. La trasformazione richiesta, a mio parere, non può astenersi dall'esame delle problematiche dei genitori, per continuare a dare risposte sia all'infelicità dei bambini che al loro specifico disturbo mentale.

Tonia Cancrini, con accorate parole, descrive la sofferenza del bambino non accolto nella mente della madre: l'ambiente ha un grande influsso nel condizionare il disturbo del bambino. Cancrini scrive: *"Si è così compresa sempre più a fondo l'importanza della relazione madre-bambino nelle prime fasi dello sviluppo. L'osservazione madre-bambino ci getta nel cuore della relazione, ci permette di vedere le prime fasi di costituzione della mente all'interno di una matrice relazionale e di affinare la sensibilità dell'analista alla comunicazione corporea, non verbale e immaginativa. L'osservazione della relazione madre-bambino, così come la psicoanalisi infantile ci fanno cogliere nel vivo e direttamente quei livelli primitivi che sono così importanti anche per i*

nostri pazienti adulti." (Cfr. anche Cancrini T. (2002), *Un tempo per il dolore*, Boringhieri, Torino). Siamo sempre confrontati con l'infelicità dei bambini, la loro "sofferenza è particolarmente conturbante, penosa, difficile da tollerare" (Lupinacci M.A., 2012, "L'esperienza del soffrire il dolore. Dalle prime esperienze dolorose viste nell'osservazione della relazione madre bambino verso la clinica". In *Una ferita all'origine*, a cura di Cancrini e Biondo, Borla, Roma).

Questa fondamentale trasformazione teorica nella psicoanalisi infantile costringe, a mio avviso, ad intraprendere un nuovo percorso clinico: oltre all'intrapsichico bisogna trovare il modo di dare tempo e spazio, nell'analisi dei bambini e adolescenti, all'interpsichico. Ma come? Bisogna tener presente le due componenti di base del bisogno di tenerezza del lattante: la pulsione fusionale e la pulsione a sentirsi esistere per qualcuno (il sentirsi importante, necessario, cioè amato). Esse si ripresenteranno nel bambino più grande: appartengono ai livelli primitivi della mente e come analisti dobbiamo farci un'idea di come il bambino si sente esistere in famiglia e quanta tenerezza gli è corrisposta durante la crescita. (Vallino D. e Macciò M. (2004), *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Borla, Roma).

Come trovare la via non soltanto per intercettare le paure profonde del bambino, le sue angosce e la sua infelicità, ma anche per avvicinarlo alla conoscenza delle sue relazioni buone e disturbanti con l'ambiente (genitori, nonni, fratelli e sorelle, scuola, baby sitter etc)? (Cfr. Barbieri G. (2012), Pimpa e l'Intervento Psicoanalitico Contestuale. In *Quaderni di psicoterapia infantile n. 65*, Borla, Roma)

Alla mia proposta di intervento ho dato il nome di Consultazione Partecipata con genitori e bambini; essa ha come elementi costitutivi: vedere le cose dal punto di vista del bambino; incoraggiare i genitori ad osservare il bambino per superare il fraintendimento e l'incomprensione; invitare i genitori "a mettersi in gioco" nel doppio senso, sia del coinvolgersi nell'osservazione che del giocare col bambino nella stanza, insieme a me. Si tratta di una proposta di prevenzione, basata su un setting che sia idoneo ad accogliere i genitori e i figli nella stanza d'analisi. In effetti ho avuto modo di constatare che i genitori vengono aiutati ad avvicinarsi ai vissuti del loro bambino quando si percepisce la famiglia del paziente non più come un ostacolo alla presa in carico (come nella consultazione classica), ma come una risorsa. Chi più dei genitori è capace di profondo affetto e reali informazioni sulla vita del figlio? (Vallino D. (2002), La consultazione con il bambino e i suoi genitori. *Rivista Psicoan.*, 2002, XLVIII, 2).

Il giocare è un'attività mentale complessa, matrice della metafora e del transfert (Ferro A. (1992), *La tecnica nella Psicoanalisi Infantile*, Cortina, Milano). Il gioco simbolico e il gioco narrativo, presenti durante la consultazione partecipata ai genitori (e più tardi nel corso della psicoterapia), sono i soli strumenti di cui disponiamo per permettere ai bambini, dai più piccoli fino ai più malati, di esprimersi e di iniziare a immaginare "piccole narrazioni", mediante le quali, l'interpretazione narrativa dell'analista può modificare le angosce rimosse del bambino (cfr. Maggioni G.(2011), Il bambino non visto e i suoi genitori nell'incontro analitico. *Quaderni Psicoter. Inf. n63*, Borla, Roma)

Mi trovo d'accordo con Marta Badoni nel suo orientamento di apertura ai genitori, che ella ribadisce in più punti del suo scritto, sottolineando la matrice dell'incomprensione familiare: "*il bambino viene da noi perché la comunicazione con i genitori si è interrotta*". (Cfr. anche Badoni M. (2004). La psicoanalisi dei Figli: Paradossi. In: *Quaderni di psicoterapia infantile n.48*, Borla, Roma)

Naturalmente questa interruzione è di differente gravità.

Quando la coppia coniugale si rompe, nel senso di avviarsi alla separazione e al divorzio, riversa sui figli il proprio dissidio (diventato odio) e di conseguenza a noi analisti è richiesto di riparare l'infelicità del bambino. Il bambino/a della coppia in via di separazione accusa sintomi vari, i genitori separatamente chiedono la consulenza dello psicoanalista. Possiamo certamente intervenire con un progetto di psicoterapia o di psicoanalisi del figlio, ma non prima di aver chiesto ai genitori di "mettersi in gioco", di esaminare le proprie responsabilità e competenze con un lavoro condiviso con il figlio e l'analista. Per loro bisogna allestire un setting idoneo, in cui i genitori

possano intuire la gravità della solitudine del bambino (Cfr. Lepore S. (2011), *La sedia vuota. Il posto dei figli nella separazione dei genitori, tra psicoanalisi e diritto. Quaderni Psicoter. Inf. n. 63*, Borla, Roma.)

Quando la Consultazione Partecipata non risulta efficace, rimane l'esigenza di procedere ad analisi individuali col solo paziente bambino, ma ugualmente non si possono escludere madre e padre nella presa in cura dei figli. È opportuno quindi aggiungere una correzione del setting di base, in cui lo psicoanalista è aperto ad ogni richiesta di incontro da parte dei genitori quando ne sentono la necessità: con incontri regolari con loro, vuoi da soli, vuoi insieme al figlio, magari una volta al mese o più di frequente, se si è instaurata una relazione amichevole e di collaborazione con loro (magari preparata nella precedente Consultazione partecipata).

Il problema del fraintendimento attraversa le famiglie odierne. Persino nelle famiglie “più tradizionali” c'è un sollecitare i figli con richieste e aspettative a volte incompatibili con i ritmi infantili. Quelli che possiamo definire “bambini campioni o bambini manager”, affollati di impegni per tutta la settimana, spesso eccellenti almeno in un campo, intenti a realizzare le attese dei genitori nei loro confronti, sono frequentemente tra i nostri pazienti. Infatti, quando le attese dei genitori non possono essere più corrisposte per il malessere che generano, il figlio inizierà a presentare sintomi di vario tipo, a seconda dell'età e del tipo di “rottura” dell'identificazione inconscia con madre e padre. Paradossalmente, se i figli riescono a esprimersi con un sintomo abbastanza inquietante per i genitori, si potrà ristabilire, con l'aiuto dello psicoanalista, una comunicazione in famiglia.

Nella mia esperienza i due concetti, *fraintendimento familiare e identificazione patologica*, sono connessi, nel senso che non c'è mai l'uno senza l'altro. Un soggetto può adattarsi, può conformarsi, può omologarsi a ciò che la famiglia desidera, ma perdendo se stesso e le radici della sua identità (Vallino D. (2009), *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.).

In conclusione noi psicoanalisti, nel 2012, non solo non possiamo negare che la famiglia e l'ambiente abbiano un'influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio, ma neanche possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto dell'analista. Marta Badoni fa riferimento al “codice etico dell'IPA da noi adottato”, secondo il quale “*prima di intraprendere l'analisi di un bambino, si chiede che venga valutata la capacità da parte dei genitori di tollerare l'intervento stesso*”.

Dal mio punto di vista, condiviso con Franco Borgogno, l'attenzione all'intrapsichico, al mondo interno, all'espansione immaginativa e dialogica, non può in alcun modo fare dell'analisi una zona esentata dal *principio di realtà*. Perciò, sostenevamo, non si poteva tenere come unico obiettivo dell'analisi solo ciò che accade tra analista e paziente, con un restringimento del lavoro analitico al “qui ed ora” della seduta. Infatti tutti noi psicoanalisti abbiamo sperimentato l'insufficienza della nostra funzione di terapeuti nei confronti dei nostri pazienti, i quali senza il sostegno dell'ambiente non possono farcela “a guarire”. (Cfr. Borgogno F., Vallino D. (2006), “*Spoilt children: un dialogo fra psicoanalisti*”. In *Quaderni Psicoter. Infantile*, n.52),

Se il genitore invece si accorge, col nostro aiuto, del fraintendimento, che dà luogo al sintomo del bambino, si avvia un processo di autoriflessione che non finisce nell'ora della seduta, ma prosegue dopo, nella quotidianità, con mutamenti che avvengono nella relazione col bambino fuori della seduta.

È una riflessione psicoanalitica vera e propria, un contatto con il proprio inconscio infantile e transgenerazionale che, per il padre e per la madre di quel bambino, implica la scoperta di ciò che hanno rimosso. E non sono soltanto pensieri quelli che i genitori pongono al di fuori della loro attenzione, sono soprattutto azioni, attese, richieste. Con la consultazione partecipata invito i genitori a portare alla consapevolezza la rimozione delle loro identificazioni proiettive sul figlio. Dobbiamo deciderci a progettare e a praticare un nuovo setting idoneo ad accogliere madre e padre, salvaguardando la privacy del bambino. Restituire ai genitori la responsabilità nella cura dei propri figli, anche nel senso mentale e affettivo, è compito del lavoro congiunto terapeuta genitori e bambino. Questo lavoro di collaborazione faccia a faccia con i genitori è complesso ed

emotivamente difficile. È di grande ausilio una preparazione pregressa quanto all'essersi fatti una familiarità nel relazionarsi ai genitori nel vivo della quotidianità con i loro figli, esperienza che è uno degli apporti principali dell'Infant observation.

E le identificazioni proiettive intrusive dei terapeuti? Sin dalla fine degli anni '80 mi impegnai con alcune colleghe, tra cui Marta Badoni, per una formazione dei candidati che li preparasse a non "contaminare" con le proprie identificazioni proiettive patologiche le menti dei loro pazienti. Alcune di noi ritenevano elettivo a tal scopo il metodo dell'Infant Observation di Esther Bick e di Martha Harris. Ci sembrava utile, per i futuri psicoanalisti di bambini, prima che avessero responsabilità terapeutiche dirette, una conoscenza del neonato e del bambino risultante dall'aver fatto una infant observation e dall'aver partecipato a seminari di infant observation. Nell'attuale Perfezionamento in analisi bambini/adolescenti è tuttora vigente, tra altri insegnamenti, una formazione con l'infant observation, che deve aiutare il candidato a saper riconoscere le valenze della relazione precoce madre-bambino, l'effetto della presenza del padre e dei fratelli e sorelle, nonché i vari livelli della comunicazione infantile non-verbale, l'intenzionalità dei piccolini espressa nel comportamento e tutti gli altri fattori di rischio legati alle identificazioni patologiche. Inoltre, dal punto di vista della formazione teorica degli analisti di bambini e di adolescenti, la trasformazione può avvenire iniziando un percorso di avvicinamento ad autori lasciati in disparte: oltre che Winnicott, Bion, Bick, maestri di pensiero già ben noti, occorre approfondire lo studio di Ferenczi, della Scuola di Budapest, di Bowlby e dell'Infant Observation e dell'Infant Research.

3 ottobre 2012

Bambine e bambini

Giuliana Barbieri

Mi scuso con tutti voi per la lunghezza di questo intervento dovuta all'inserimento di una seduta di giovedì 27 settembre.

PIMPA

Pimpa ha 10 anni; ha un fratello e una sorella più grandi che studiano all'estero, due fratelli più piccoli di 8 e 3 anni; 4 cani e un gatto; il papà, che vive in un'altra città, e la mamma.

La mamma è molto amorevole sensibile ed intuitiva; è preoccupata perché Pimpa è tormentata da voci che le dicono che deve fare o evitare di fare delle cose, altrimenti succederà qualche cosa di molto brutto alla mamma o a sé e ha una forte paura quando la mamma si allontana; Pimpa chiama queste voci "controlli". Durante l'estate è stata ricoverata in ospedale per "una infezione alle ghiandole salivarie così grande da farle rischiare la vita, perché trattiene la saliva per timore di avvelenamenti"; Pimpa ha chiesto alla mamma di parlare con qualcuno; la mamma in passato ha avuto una buona esperienza di analisi.

Al secondo colloquio propongo alla mamma di incontrarci con Pimpa e dalla prima seduta propongo, per ora, tre sedute condivise alla settimana; quella che segue è l'undicesima seduta.

Seduta di giovedì 27 settembre 2012

Pimpa arriva sorridente con la mamma; ci dice che cosa disegnerà: "Macchia e Lola che si danno il cinque con le zampe perché sono saltate sulla nuvola", come a dire che hanno fatto una bella impresa, e comincia a disegnare; lei sembra soddisfatta di avere avuto una buona idea, ci fa capire che l'aveva già programmata come prosecuzione dei disegni precedenti, "come una storia", e noi le

diciamo che, in effetti, è proprio una buona idea; Macchia, Lola, Camilla e Africa sono i suoi cani; le prime tre sono bianche con macchie nere, Africa è marrone.

(Gli altri disegni sono a mucchietto sul tavolo, sovrapposti dal primo all'ultimo; nell'ultimo, che quindi è in vista, ci sono Macchia, che è una alana di un anno e mezzo e Lola, una meticcina tutta pelosa anche lei di circa un anno e mezzo, che insieme stanno guardando proprio l'ultimo minuto consentito della tv; arriva Africa, una chiwawa di due anni, ovviamente di taglia molto più piccola, che vorrebbe guardare la tv, "ma le altre due sono ingombranti e allora si mette sopra la tv e dice: ora gliela faccio pagare- (Pimpa ride); avrebbe avuto posto se si fosse spostata davanti, ma loro sono ingombranti; guarda: mette anche giù le zampe così non gliela fa vedere (di nuovo ride), e allora Macchia e Lola si scocciano; qui metto Camilla che sa già come andrà a finire e le dice: -guarda che va a finire male-; Camilla è la più grande ha sette anni, e lei sa come vanno a finire queste cose").

Mentre Pimpa sta disegnando è divertita e la mamma ed io la accompagniamo con commenti sul disegno; Macchia e Lola si stanno godendo il salto sulla nuvola; Pimpa le guarda un attimo soddisfatta dell'esecuzione, poi, ci dice che vuole "fare una storia, allora faccio che fanno una catena perché Africa sta cadendo e allora si tengono tutti per la zampa, così guarda (ci fa vedere con le sue mani che si tratta di una tenuta salda) perché loro non hanno le mani, però ci riescono". Completa il disegno e mette i fumetti: Macchia sta tenendo Lola che tiene Camilla che tiene Africa; Africa, sospesa nel vuoto, grida: -aiuto-; Camilla urla a Lola: -reggimi Lola-; Lola le risponde: -sì, ti reggo-; Macchia dice a Lola: -Lola stai attenta-"; decide di aggiungere anche un'aquila vicino ad Africa che minaccia di portarsela via e dice: -mmm! bocconcino-.



Mentre colora il disegno dico: "prima Macchia e Lola erano soddisfatte della loro impresa, erano anche volate via, su in alto...che poi così in alto nessuno le avrebbe disturbate, neanche Africa, come aveva fatto nel disegno di ieri..."; dice: "eh già!"...riprendo: "poi ad Africa succede di cadere giù e ha paura, noi sappiamo che la tengono bella stretta..."; aggiunge: "sì, ma lei ha paura lo stesso"; "certo -dico- lei è lì sospesa nel vuoto, chi non avrebbe paura...a proposito di paure, Pimpa, come vanno i controlli?" (sapevo dal colloquio con la mamma, del giorno precedente, che Pimpa stava meglio). Pimpa risponde: "sono diminuiti, certe volte non li sento proprio"; mentre sta finendo

la frase, lancia un'occhiata rapidissima alla mamma, come se le fosse sfuggita; penso: "sfuggita la frase e di conseguenza anche la mamma?"

Dopo qualche minuto, la mamma, visibilmente stanca, dice: "Pimpa, ho un sonno terribile, sa, ho dormito mezz'ora, andrei a prendere un caffè, cosa ne dici?"; Pimpa abbassa la testa e le sussurra un no che non dovrei sentire; prova vergogna; la mamma subito aggiunge: "ma posso anche non andare"; ci scambiamo uno sguardo con cui le propongo di non rinunciare e chiedo a Pimpa che cosa c'è se la mamma va a prendere un caffè; Pimpa tiene la testa abbassata senza rispondere, il motivo dovrebbe rimanere implicito; un altro mio sguardo alla mamma invita a rispondere al posto di Pimpa, e la mamma dice: "Pimpa ha paura se io vado via"; vado sotto la faccia di Pimpa per vederle gli occhi e sorridendo le dico: "anch'io mi morivo di paura quando la mamma andava via; mi sembrava sempre di non sapere dove andava e quando tornava"; Pimpa mi guarda, aggiungo: "sì, è proprio così, e sono sicura che sarà capitato anche alla mamma"; la mamma dice che certo, è successo anche a lei, che è una cosa di tutti; Pimpa alza la testa e si riaggiusta sulla sedia come avesse trovato una posizione più comoda, riprende a colorare, probabilmente convinta che la cosa sia finita lì ma, dopo qualche secondo aggiungo: "Pimpa, vediamo come si può fare; il bar è qui vicino e la mamma ci mette lo stesso tempo di quando le altre volte è andata in bagno, cosa ne pensi?"; guarda subito la mamma con uno sguardo implorante; aggiungo: "aspetta, nessuno qui deve sentire paura, facciamo come la catena del tuo disegno, troviamo una soluzione; per esempio se ti faccio vedere il bar?"; mi guarda poi guarda la mamma poi mi guarda di nuovo. È evidente che tra due adulti sta temendo una forzatura subita; e in effetti, purtroppo, come scrive Marta Badoni, nella diversità di proporzioni generazionali, ci vuole poco a colonizzare i bambini.

Le dico: "andiamo di là con la mamma che ti faccio vedere il bar"; ci spostiamo nella stanza adulti, che è adiacente e comunicante attraverso una finestrella a quella dei bambini, e dalla finestra le faccio vedere la porta aperta del retro del bar da cui la mamma potrebbe passare e lei la vedrebbe al bancone mentre beve il caffè; la porta del bar è a una decina di metri di fronte alla porta di ingresso dello studio. Non riesce a vedere l'evidente *via d'uscita* del bar; la mamma la solleva perché veda meglio, ma niente; allora propongo di andare in anticamera per vedere meglio; apro la porta e Pimpa si aggrappa al braccio della mamma; la mamma le dice che se non vuole lei non andrà, che può fare a meno del caffè; dico che si può pensare ad un'altra soluzione che vada bene a tutti partendo dal fatto che lei ha bisogno di un caffè e Pimpa di non avere paura; Pimpa mi guarda, sembra dubitare che io prenda sul serio i bisogni di tutti, ci guardiamo un attimo tutte e tre e poi dico: "cosa ne pensate se andaste insieme e io vi aspetto qui?" si guardano e con un sorriso, prima di intesa e poi divertito, vanno. Rimango ad aspettare sulla soglia e dopo meno di un minuto arriva Pimpa da sola, che entra direttamente in studio dicendo: "ma tanto, è attaccato, ci riesco".

Siamo sole e le dico: "Pimpa, non succederà mai che tu rimanga qui da sola con me per forza, dico sul serio". Mi lancia uno sguardo penetrante, che va direttamente dalle mie parole al mio interno, alla ricerca di una coerenza garantita, e mi risponde sorridendo a riaggiustando il sedere sulla sedia con una comodità guadagnata; torna la mamma e la seduta prosegue e, come Pimpa, anche la mamma ha guadagnato una diversa *comodità*. Prima della conclusione ho l'occasione di fare due interventi in cui, con un tono scherzoso e provvisorio, riracconto la storia; parlo di Africa, che ieri voleva vedere la tv, e della sua naturale dispettosità verso Macchia e Lola "perché sono ingombranti e occupano quasi tutto il posto, e che sembra che le rispondano oggi, prima andandosene da sole per starsene un po' in pace e poi, ancora un po' incavolate, sembra che si vendichino un pochino; gliela fanno pagare loro, la spaventano facendole venire la paura di mollarla, però si preoccupano anche di salvarla e di non farla cadere per davvero"; e del fatto che "magari Africa, che sa di essere stata birichina, un po' si aspetta o addirittura pensa di meritarselo che la mollino"; Pimpa, a cui avevo chiesto di dirmi quando le cose che dico le sembra che c'entrino o invece no, commenta con un sorriso d'assoluzione: "si sente un po' in colpa perché voleva vedere la tv anche lei, ma loro sono ingombranti"; poi, forse per attenuare la vendicatività e/o accentuare la volontà di salvare Africa, dice che ce la stanno mettendo proprio tutta per tenere su Africa e disegna dei raggi al sole:

Macchia deve sopportare i raggi del sole che le colpiscono il sedere (sorride) e Lola e Camilla devono sopportare una bella fatica per tenersi per le zampe.

La seduta che ho trascritto è una seduta "al limite", nel senso che di solito non ho occasione di spostarmi fuori dalla stanza, e l'ho scelta proprio perché al limite, forse, mi permette di articolare meglio quello che vorrei esprimere.

Le due relazioni, di Tonia Cancrini e Marta Badoni, mi sembra presentino due modi diversi di intendere la psicoanalisi infantile; le differenze investono differenti piani; vorrei prendere in considerazione quelli che posso collegare alla seduta con Pimpa e la mamma:

- a) la posizione dei genitori, e del contesto intero di vita del bambino, all'interno di un progetto terapeutico;
- b) il concetto di cura, rispetto a cui Marta Badoni prefigura indicazioni diverse a seconda delle diverse situazioni, e Tonia Cancrini sembra indicare l'analisi individuale a quattro sedute come trattamento elettivo;
- c) l'impostazione teorico-tecnica dello svolgimento del lavoro analitico.

Sono tre piani su cui mi interessa molto confrontarmi; lascerei tuttavia il terzo ad un eventuale intervento successivo per evitare una eccessiva lunghezza.

Di solito guadagno in comprensione quando le argomentazioni si avvalgono di esemplificazioni cliniche, per cui ringrazio chi di voi potrà portare proprie sedute o che volesse utilizzare con molta libertà la seduta di Pimpa.

a) Dalla psicoanalisi e dalla ricerca infantile ci viene una conoscenza ormai acquisita in base alla quale lo sviluppo mentale è funzione della matrice relazionale; una delle conseguenze è che la posizione dei genitori e del contesto di vita del bambino acquistano una particolare rilevanza all'interno di un progetto terapeutico. Questo non comporta che l'unico intervento possibile siano sedute condivise genitori-bambino e tanto meno che non ci siano sedute individuali per il bambino; comporta che si configuri come imprescindibile un lavoro con e attraverso le figure significative del suo contesto di vita; è una impostazione che trovo presente nell'intervento di Marta Badoni e di Dina Vallino.

A questa impostazione di fondo, una variante, forse percepibile dalla lettura della seduta, a cui sto lavorando, è l'utilizzo della scoperta della memoria procedurale che fa parte della memoria implicita.

Dagli studi relativi ai pazienti amnesici di Brenda Milner e di Larry Squire (2009), ci viene la scoperta della memoria procedurale che comporta che il nostro sistema mentale sia, fino a questo punto della ricerca, composto da due sistemi di rappresentazione: quello simbolico-verbale, che conosciamo da sempre, e quello procedurale di azione. Entrambi i sistemi sedimentano rappresentazioni; attraverso pensieri e parole il primo, attraverso azioni e comportamenti il secondo; senza azioni e comportamenti, il sistema procedurale non lavora, non c'è codifica o stoccaggio mnestico. Le procedure d'azione e i comportamenti "parlano" di affetti intenzioni significati e, pare, abbiamo una incidenza maggiore sulla forza delle connessioni sinaptiche in termini di persistenza.

Nella variante cui sto lavorando, c'è il tentativo di utilizzare entrambi i sistemi di rappresentazione e quindi di produrre cambiamenti attraverso sia le parole che le azioni, dei pazienti e mie, intendendo le azioni e i comportamenti non come pensieri mancati ma come un altro modo di pensare. Abbiamo tutti l'esperienza, nelle sedute con i bambini, di quanto si intersechino continuamente interventi verbali e azioni; pensiamo, parliamo, partecipiamo al gioco, ci chiedono di andare in bagno, possono venirci in braccio, ci offrono la merenda che stanno sbriciolando, li aiutiamo con il gelato che gocciola e noi *stiamo* in questi comportamenti e vi prendiamo parte con naturalezza e, mentre ne prendiamo parte, veicoliamo significati reciprocamente. Dalla lettura del

lavoro del Gruppo di Boston (BCPSG, 1998) e in particolare del lavoro della Lyons Ruth (1998) sulla conoscenza relazionale implicita, mi sono chiesta quanto potenziale trasformativo potesse esserci nei comportamenti e quanto potessero essere integrati con i nostri interventi verbali; cosa poteva succedere procedendo anche all'incontrario rispetto al consueto modo di lavorare e cioè utilizzare i comportamenti per modificare e riarredare le rappresentazioni del mondo interno anche attraverso una via non simbolica. Mi rendo conto di quanto sia scivoloso questo piano e tuttavia, per quello che sto constatando nelle sedute individuali e in quelle condivise genitori-bambino, non posso negarne l'utilità.

Nella seduta di Pimpa si vede l'utilizzo dell'azione da parte mia quando propongo di uscire dalla stanza per far vedere la porta del bar. È stata una decisione pensata in una frazione di secondo, come spesso avviene con i bambini, che ha utilizzato controtransfert e identificazione bidirezionale verso Pimpa e verso la mamma, con un pensiero guida: ci sono due bisogni differenti che nella realtà esterna non possono, per ora, essere negoziati, vediamo di *farli esperire* e di fare in modo che Pimpa abbia a che fare con la mamma oggetto oltre che con la mamma ambiente e che la mamma possa prendere fiato sia rispetto alle identificazioni proiettive di Pimpa che verso le proprie proiezioni di danno a Pimpa. Dall'andamento successivo della seduta, in cui entrambe prendono più colore e una maggiore interazione tra di loro, si può ipotizzare che la breve esperienza sia servita.

b) La conseguenza di questa impostazione è che non sia praticabile concludere una consultazione avendo in mente le quattro sedute come intervento psicoanalitico d'elezione; diversamente, qualunque sia la situazione, è sempre presente il pensiero di non potere che lavorare con e attraverso i genitori, e decidere poi, se come e quanto lavorare individualmente con il bambino.

Come dicevo, utilizzerei successivamente la seduta con Pimpa per riprendere il punto

c) l'impostazione teorico-tecnica dello svolgimento del lavoro analitico; è un punto che permette di dibattere di aspetti che vanno oltre l'analisi per i bambini, come scrive Adamo Vergine, e può entrare in configurazioni specifiche del trattamento su cui confrontarsi. Nella seduta con Pimpa, ad esempio, ci sono molte variazioni oltre quelle relative all'azione, che spostano il focus dell'intervento dall'analisi delle difese e del conflitto ai processi di regolazione e di alfabetizzazione dell'esperienza.

4 ottobre 2012

Il genitore come miglior collega dell'analista infantile

Barbara Piovano

Partecipo anch'io volentieri al dibattito sulla psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti, organizzata da Marco Mastella e Francesco Carnaroli, stimolata dal contributo di Vallino Macciò sul lavoro con i bambini e i genitori nella stanza di analisi infantile.

In un libro del 1994 (Piovano B, 1994- *Le esperienze parallele: percorsi psicoanalitici dal bambino al genitore*, Borla Roma; 1998, *Parallel Psychotherapy with children and parents*. J Aronson NJ) ho messo a punto un modello di psicoterapie e analisi parallele a genitori e bambino che prevede una terapia/analisi al bambino e al/ai genitori in settings separati, nel quale gli analisti dei genitori e del bambino vengono supervisionati separatamente da un unico supervisore.

La supervisione unica si configura come una *area transizionale* che raccorda le due terapie nella mente del supervisore e nell'esperienza terapeutica degli analisti che lavorano in setting separati e che possono scambiare informazioni tra loro, nella misura in cui lo ritengono utile o necessario.

Questo tipo di approccio ai problemi del bambino che richiede un *coinvolgimento dei genitori*, non solo nella consultazione ma anche nella terapia, sperimentato nel setting istituzionale e esportato nel privato, andava *contro* all'orientamento generale degli analisti infantili che effettuavano analisi infantili a 4-5 sedute confidando sull'alleanza di genitori rispettosi dello spazio analitico del bambino e *incontro* all'esigenza che sentivo sempre più forte, anche in risposta ai cambiamenti sociali e culturali e alla tipologia della domanda:

1) di offrire uno spazio di ascolto e di aiuto ai genitori – la stanza dei genitori.

2) di stabilire un'alleanza terapeutica con il genitore nell'ottica di considerare il genitore il *potenziale* miglior collega dell'analista infantile.

Dal vertice privilegiato della supervisione unica effettuata dal supervisore unico- osservatore partecipe del progetto nel suo complesso - è possibile approfondire interessanti temi di ricerca.

Ne elenco solo alcuni:

a- esplorare il campo strutturato dalla rete delle relazioni che si tessono tra le varie persone che partecipano, ognuna con il proprio ruolo e le proprie funzioni, all'esperienza terapeutica.

b- mettere a fuoco l'una o l'altra delle relazioni terapeutiche senza perdere di vista la visione integrata e unitaria del materiale clinico e dei complessi fenomeni transferali e controtransferali che si attivano non solo tra pazienti e terapeuti, ma anche tra i terapeuti e il supervisore.

c- osservare i processi interattivi- *identificazioni proiettive*, *actings*, collusioni patologiche- che alimentano la patologia relazionale familiare e si oppongono all'avvio e allo evoluzione della relazione analitica e del processo analitico in ciascun setting.

d- cogliere la corrispondenza tra le modalità di organizzazione del mondo interno del figlio e dei genitori.

e – identificare la trasmissione di fantasie transgenerazionali (Lebovici, 1998), fattori ego-alieni (Winnicott, 1972), introietti scarsamente integrati appartenenti all'inconscio genitoriale (Searles, 1986).

f- osservare come la famiglia si trasforma e si ristruttura a partire dai cambiamenti intrapsichici dei membri che effettuano la terapia parallela.

Mi rendo conto che l'applicazione del modello di cui ho parlato, che pure presenta notevoli aperture di tipo conoscitivo e terapeutico (ampliamento del campo di osservazione e di applicabilità della psicoanalisi), in quanto comporta un intenso sforzo organizzativo ed emotivo, può essere di fatto impiegato solo in alcune situazioni cliniche o a scopi didattici.

La filosofia a cui si ispira è comunque quella condivisa da molti analisti infantili: la necessità di trasformare la psicoanalisi di bambini, dando maggiore spazio ai genitori sia nella consultazione che nella terapia e ponendo attenzione non solo all'intrapsichico, ma anche all'ambiente e alle relazioni familiari.

Molti analisti infantili che hanno lavorato con i genitori sono stati riluttanti a comunicare le loro esperienze per il timore che il lavoro con i genitori fosse considerato dagli analisti di adulti e dagli stessi analisti infantili come una psicoterapia di seconda classe e come un tipo inferiore di occupazione professionale o come una forma annacquata di analisi (Kerry, Kelly -Novick, Jack *Working with parents makes therapy work*. Jason Aronson, 2005).

Personalmente ritengo che il lavoro con i genitori, lungi dall'essere una 'forma annacquata di analisi', sia una applicazione particolare della teoria e tecnica psicoanalitica che richiede una esperienza di analisi di adulti e di soggetti in età evolutiva ed un training che include Pre infant Observation (Gina Mori, 2001) e Infant Observation (Klein, 1937; Bick, 1964, 1968, 1989; Vallino & Macciò, 2004; Lussana, 1998), Infant-Parent Psychotherapy (Fraiberg, 1980, 1999; Alicia Lieberman, 1993) ed una conoscenza dei dati provenienti dalla Ricerca Infantile (Stern, 1985, 1994; Brazelton, 1990; Emde, 1983) e dalla teoria (Bowlby, 1969, 1973, 1980) e dalla ricerca sull'attaccamento (Cassidy e Shaver, 1999)

Esso è rivolto a migliorare le funzioni genitoriali sia in quanto *funzioni della mente* (Di Chiara et Al, 1985. Preconcezione e funzione psicoanalitica della mente. *Riv Psicoan.* 31.3:327-341) sia in

quanto *funzioni genitoriali introiettive* (Meltzer, 1989) capaci di generare amore, sostenere la speranza, contenere la sofferenza e pensare, attraverso il mettere a contatto il genitore con il proprio sé infantile e con gli aspetti disturbati delle relazioni coniugali e delle relazioni con le famiglie di origine (Piovano, B 2004 Parenthood and parental functions as a result of the experience of Parallel Psychotherapy with children and parents. *Int. Forum Psychoanal* 13: (187-200)).

L'esperienza di analista di bambini, adolescenti, adulti, genitori e di supervisore di terapie parallele a genitori e bambino mi ha dotato di un bagaglio di strumenti conoscitivi e di esperienza clinica che mi consente oggi di affrontare il problema del bambino con un'analisi o terapia del bambino includendo colloqui regolari o on demand con i genitori su loro richiesta, con molta elasticità (cfr. Vallino), pur nel rispetto del setting del bambino.

La gestione del rapporto con gli adolescenti è più complessa e problematica: l'atteggiamento nei confronti dei genitori è comunque meno fobico, considerati i cambiamenti della cultura familiare e sociale (la maggiore permanenza dell'adolescente in famiglia).

Dall'intervento di Vallino cito alcune osservazioni sulle quali concordano gli analisti infantili italiani e dell'IPA che sottolineano l'importanza dell'ambiente nel condizionare il disturbo del bambino e la necessità di intervenire sull'ambiente primario del bambino e sulle relazioni familiari.

'il bambino viene da noi perché la comunicazione con i genitori si è interrotta'

'la famiglia va considerata una risorsa e non un ostacolo'

'si può intervenire con un progetto di psicoterapia o di analisi del bambino valutando prima la capacità dei genitori di tollerare l'analisi del figlio o chiedendo ai genitori di mettersi in gioco'

Vorrei concludere il mio intervento proponendo una schema di consultazione terapeutica a bambino e genitori che ho messo a punto a partire dalla mia esperienza clinica, ispirandomi al concetto di consultazione terapeutica di Winnicott (Winnicott 1971), e che si articola in alcuni colloqui.

CONSULTAZIONE TERAPEUTICA A BAMBINO E GENITORI

(Piovano 2012).

1- La prima telefonata dei genitori: fornisce i primi elementi per farsi una idea del problema, di chi ha il problema e delle eventuali resistenze ad affrontarlo.

2- Il primo incontro : viene effettuato con coloro che si presentano *spontaneamente* al colloquio: genitore o genitori, madre e bambino, padre e bambino, nonna-madre- bambino etc. nella '*stanza degli adulti*'

Esso offre l'opportunità di raccogliere informazioni sulla storia del bambino e della famiglia e di farsi una idea della personalità dei genitori e del bambino e delle relazioni familiari.

3- Consultazione- terapeutica con il bambino e i genitori (1-2 sedute)

Consultazione terapeutica con il bambino: si svolge attraverso il colloquio, il disegno, lo *scenotest* (usato non come test ma come teatrino che consente al bambino di rappresentare il suo mondo interno ed il suo mondo esterno) nella '*stanza del bambino*'. La *valutazione* del problema del bambino include una osservazione del modo in cui il bambino interagisce e comunica attraverso il linguaggio e il corpo, una valutazione clinica del livello intellettivo del bambino, del livello o disturbo di organizzazione del sé e del mondo interno del bambino (conflitti preedipici, edipici, assetto difensivo e qualità delle angosce), una valutazione delle relazioni familiari interne ed esterne del bambino e del sistema di relazioni esterne in cui è inserito.

L'intervento terapeutico sul bambino viene effettuato nel corso della stessa seduta (o sedute) in cui viene effettuata l'osservazione, mediante il gioco e il disegno

- attraverso una modificazione *ri-strutturante e trasformativa del gioco o del disegno* del bambino accompagnata da *trasformazioni narrative*, con il contributo del bambino
- attraverso l'interpretazione di angosce, difese e conflitti
- attraverso la *relazione* che si stabilisce con il bambino.

A tre quarti della seduta con il bambino, con il consenso del bambino, il genitore (o i genitori) che ha accompagnato il bambino viene invitato ad entrare nella stanza del bambino e ad *associare con il disegno e il teatrino* del bambino: ciò consente di valutare specificamente *l'interrelazione delle fantasie inconscie del bambino e del genitore* e di intervenire come figura terza che facilita la comunicazione emotiva tra genitori e bambino

4- Colloquio - risposta con i genitori (nella stanza degli adulti, senza il bambino): oltre che per rispondere alla domanda originaria del genitore sul problema del bambino, serve per valutare se:

- a) la consultazione terapeutica può *concludersi* a questo punto- passando, per così dire le consegne ai genitori,
- b) se sono necessari *controlli a distanza*,
- c) se è necessaria una *psicoterapia o analisi* per il bambino o un *psicoterapia parallela* a genitori e bambino.

5- Intervento sull'ambiente sociale.

Se ritenuto necessario, per es. se il bambino è stato riferito da una Scuola e se i genitori lo richiedono, nell'arco di tempo in cui vengono effettuati questi 4-5 colloqui, lo psicoanalista infantile si rende disponibile ad offrire un consulenza telefonica all'insegnante.

4 ottobre 2012

Una breve nota sulla specificità del nostro intervento clinico

Sandra Maestro

Mi inserisco nel dibattito sulla psicoanalisi dei bambini con una breve nota, sollecitata dal passaggio nell'intervento di Marco Mastella, quando parla del "dolore provato tante volte....." quando propone ai genitori una terapia analitica per il loro bambino e "loro decidono di portarlo via, da un riabilitatore che gli insegna a parlare e a stare al mondo come si deve".

Ma noi psicoanalisti di bambini cosa facciamo con i nostri piccoli pazienti? In che misura siamo in grado di condividere con i genitori il senso del nostro lavoro, in modo da strutturare con loro una alleanza terapeutica forte e stabile nel tempo, senza cui, come sottolineano giustamente Marta Badoni e Dina Vallino, ogni intervento è destinato a interrompersi o a fallire almeno in parte?

Qualche tempo fa intervenendo nel dibattito su autismo e psicoanalisi sostenevo che se il bambino autistico o l'adulto autistico sono considerabili a tutti gli effetti "persone" dotate di mente personalità e affetti, la psicoanalisi che è una tecnica per la cura della mente, degli affetti e della struttura di personalità, può essere praticata anche nell'autismo.

Nell'intervento sottolineavo anche la necessità che lo psicoanalista sia capace/disponibile(?) ad "allineare" il proprio punto di vista con quello di logopedisti, educatori e soprattutto con i genitori nella ricerca di una visione integrata o "democratica" del funzionamento del bambino....Ma questa operazione di "allineamento" dei punti di vista, a cui noi psicoanalisti, permettetemi, siamo poco abituati, richiede una idea chiara di quale è la specificità del nostro punto di vista, del nostro intervento, che cosa siamo in grado di offrire, quale è il nostro contributo per aiutare i bambini "a stare al mondo come si deve".

“La mamma di Alfredo, un bambino autistico di 4 anni e 10 mesi, che seguiva nell’istituzione con frequenza bisettimanale dall’età di 24 mesi, mi telefona mentre lo sto aspettando per la seduta, per dirmi che è mezz’ora che il bambino sta piangendo e sta tornando indietro per riportarlo a casa.

Era uscita di casa con la sorellina maggiore e Alfredo quando ha visto che la sorella andava da un’amichetta e lui proseguiva per la terapia, ha cominciato a piangere, a disperarsi e lei non riesce a calmarlo.

Mi dice che in queste condizioni è inutile che venga in terapia, è troppo agitato e non gli servirebbe a niente.

La convinco a portarlo, spiegandole che proprio quando A è in queste condizioni è necessario che venga al trattamento.

A. arriva piangendo disperato, mi si getta tra le braccia, alla ricerca di un “contenimento”. Mi aggancio/ aggrappo alla motivazione/nesso di causa- effetto individuata dalla madre (voleva andare con la sorellina a giocare) per avviare con A. un doppio registro di intervento, di “holding” e “rêverie” utilizzando disegno, parole e gioco. La seduta si conclude come al solito con alcuni minuti in presenza della madre da cui ascolto gli elementi salienti della settimana e con cui condivido alcuni passaggi del mio intervento, le mie interpretazioni del comportamento di A, in modo da co-costruire una rappresentazione sufficientemente “coerente/coesa” del funzionamento di A.

In questa occasione comunico alla mamma la mia percezione che A. oggi, a quasi 5 anni, può essere in grado di superare le angosce di separazione dalla sorellina, ma che questa sua capacità è (purtroppo) ancora molto dipendente da chi gli sta vicino...”

La stessa notte mi sveglio improvvisamente con una intensa crisi di ansia e tachicardia che attraverso un complesso filo associativo⁸⁹ metto in relazione con la seduta con A del giorno prima.

Per tornare quindi alla domanda iniziale su cosa facciamo con i nostri piccoli pazienti e quale è il nostro contributo per aiutarli a stare al mondo, risponderei, prendendo spunto dalla vignetta clinica, che la funzione di rêverie, messa al servizio della trasformazione degli elementi beta, o dell’alfabetizzazione delle emozioni rappresenta una delle specificità del nostro contributo; nella situazione descritta il punto di vista della madre mi ha aiutato nell’hic et nunc ad orientarmi nel marasma della disperazione di A e a “immaginarli” una serie di scenari, (la sorellina che saluta, poi ritorna, io e lui che “pensiamo/visualizziamo” insieme questi passaggi), che tranquillizzano sul momento entrambi.....

(Lascio ovviamente sospese tutte le interpretazioni possibili della relazione analitica, come pure della mia successiva crisi notturna)

Forse il deficit di sviluppo in questo bambino, tra i molti problemi, porta anche ad un deficit della funzione di rêverie (Bion 1970), in lui e nel suo sistema di relazioni e questo è certamente qualcosa che la psicoanalisi può offrire ai bambini, (oltreché agli adulti, ovviamente). L’ineludibile accoglienza dell’inconscio e della realtà intrapsichica dei genitori (Badoni 2002), nelle varie forme bene esemplificate anche negli interventi di tutti i colleghi che mi hanno preceduto, complica certamente il lavoro dello psicoanalista dei bambini, perché lo costringe ad un esercizio continuo di decentramento del proprio punto di vista. Ma questo allenamento a oscillare tra punti di vista diversi è molto utile anche nella psicoanalisi con gli adultio no?

⁸ Ho messo insieme uno snodo evolutivo mio personale, con l’intervento di “promozione allo sviluppo” che avevo fatto la mattina prima con A e poi insieme alla madre. Ho “pensato” allora che un cambiamento della rappresentazione della me stessa/A . lasciava tuttavia un “quantum” di elementi B indigeriti al mio interno che non potevo altro che far sostare in attesa di nuove trasformazioni... (Bion 1965) Negli ultimi mesi mi è capitato di sognare A. che inizia a parlare

8 ottobre 2012

Come lavoriamo con i bambini

Paola Catarci

Giuliana Barbieri ci ha offerto, con generosità ed immediatezza, un accurato resoconto di una seduta, esortandoci a *giocare (nel senso di Winnicott)* col materiale clinico, allo scopo di far crescere il dibattito sulla psi infantile e le sue molte declinazioni.

Allora mi inserisco nella discussione proponendo un certo punto di vista sulla seduta: ma quanto inconscio portano i bambini, e come possiamo utilizzare questa immediatezza della loro comunicazione?

La piccola paziente di Giuliana annuncia di voler disegnare i due cani più grandi: ma la questione che la opprime, la tenuta o meno della relazione - alla prova di sentimenti dirompenti come la paura o la rivalità - è lì che preme e chiede rappresentazione e significazione. E subito il disegno parla e ci parla: le zampe che si toccano o che si sfiorano, i legami che tengono e quelli al limite della rottura...che bell'esempio del "contatto diretto ed immediato con l'inconscio" (citazione di Klein ripresa da Cancrini).

Poi la seduta vira sulla questione della separazione e lì l'angoscia della piccola diventa palpabile.... La questione, tra le tante che gli interventi che mi hanno preceduto hanno posto, per me risiede nella modalità che possiamo utilizzare per il lavoro di traduzione dei contenuti inconsci quando lavoriamo con un bambino. E questo perché credo che, nel lavoro con loro, si tratta di trovare un modo di stare nella seduta che consenta, di accogliere questi contenuti, mentalizzarli, non necessariamente metterli in parole, piuttosto rimetterli in circolazione nella relazione, nel gioco, in una parola nello scambio della seduta.

A me sembra, ogni volta, di passare per complicati passaggi acrobatici, quando penso di aver capito qualcosa ed il piccolo - o la piccola - mi dice: "Non parlare, gioca!" Così la paziente della dott. Barbieri, col suo bel disegno "parlante", *inciampa* nella uscita della madre dalla seduta, ed i contenuti del disegno, col dilemma "lasciar andare o trattenere" si trasformano nell'azione: "uscire - non uscire".

Giuliana ci fa vedere come si sia sintonizzata sui sentimenti della madre e della bambina (mi fa fatica chiamarla Pimpa, ma non è il nome del cane di Altan?) e ci propone il suo modo peculiare di gestire tutta la situazione. Non so se mi sarei mossa nello stesso modo, ma quello che mi preme sottolineare, è che, nel muoversi come ha fatto, mi sembra che non si sia limitata a proporre un livello di sintonizzazione e di condivisione dell'esperienza emotiva: se fosse solo questo, sarebbe difficile darci ragione della qualità trasformativa che spesso queste cure presentano.

A me sembra che noi offriamo al bambino (ed al genitore che lo porta, parla con noi o con altro collega, o ancora è presente nella seduta, non so dire se c'è un modello prevalente, personalmente decido di volta in volta) una risposta che consente di coniugare l'essere lì presenti e riuscire, nello stesso tempo, a lasciare la questione come una questione aperta, vitale e, però, ancora assente, ancora da costruire, solamente schizzata nel suo contorno. Penso insomma alla possibilità che l'analista si ponga, con il bambino, come un oggetto pensante e nel pensare offra al bambino una funzione diversa dal puro rispecchiamento o sintonizzazione. Gli fornisce, piuttosto, un modello di relazione dove c'è un adulto che cerca di capirlo, che si sforza di diventare un oggetto che comprende un'altra persona, prefigurandone nella propria mente lo sviluppo. Una funzione anticipatrice, insomma, che coniughi la ricezione dei contenuti inconsci con l'attenzione all'interazione attuale. Dico funzione anticipatrice e mi rendo conto di poter sollevare perplessità su un termine che allude all' *infant- research* e quant'altro. Lo traduco ancora e dico: l'offerta di una potenzialità, che alimenti la crescita e lo sviluppo. Mi fermo così, non vorrei appesantire l'intervento con citazioni e raccordi teorici. Se ne può discutere?

8 ottobre 2012

I contributi della psicoanalisi infantile all'ampliamento della comprensione e cura dei dis-funzionamenti di natura primitiva anche nel paziente adulto.

Laura Colombi

Ho letto con interesse gli interventi di partenza e quelli che li hanno seguiti, trovandoli ricchi di spunti specifici.

Nel mio contributo vorrei riprendere alcuni punti significativi sottolineati da Vergine dall'ottica di uno 'psicoanalista di adulti', per poi passare allo specifico del mio intervento.

In primo luogo mi sembra centrale la sottolineatura della necessaria elasticità del funzionamento della mente dell'analista infantile, sottolineatura che apre al quesito se sia o no possibile un'ulteriore integrazione tra le competenze derivate dall'analisi infantile e quelle derivate da chi più da vicino si confronta con pazienti adulti cosiddetti 'al limite', integrazioni focalizzate più sullo sviluppo della mente, che sull'età con cui si ha a che fare.

Quesito cui mi verrebbe subito da rispondere affermativamente, e penso, per esempio, che la valorizzazione degli sviluppi del pensiero di un autore come Ogden, o di una rilettura specifica di alcuni contributi tecnico teorici di autori quali Winnicott, Tustin, Meltzer, Bick, S. Klein, Gaddini (e dei molti altri che hanno approfondito questioni differenti a partire dall'esperienza con pazienti con danni di natura preoggettuale), siano una risposta già molto significativa al quesito posto. Come sottolinea Cancrini, la comprensione dei livelli di funzionamento più primitivi e l'ampliamento della tecnica di cura è passata e continua a transitare attraverso lo sviluppo dei contributi dell'analisi infantile e delle ricerche più allargate sullo sviluppo.

Da cui un secondo punto: le ulteriori prospettive di apertura e ricerca. Proprio perché la funzionalità della cura dipende in molti casi da una sufficiente comprensione di dis-funzionamenti precocissimi, la psicoanalisi (ho sempre in mente un nesso di continuità forte tra psicoanalisi infantile e adulta) ha necessità di integrare il proprio percorso di ricerca con quello proveniente da altri campi limitrofi. E qui penso che si potrà/dovrà fare di più (il recente dibattito sullo *Statuto scientifico della psicoanalisi* ha indicato, per esempio la necessità di linee prospettive di sviluppo proprio in questa direzione), ma penso anche che si sia molto avanzati, laddove mi sembra ormai obsoleta un'affermazione di autosufficienza possibile del modello psicoanalitico (a questo proposito dico ora, più alla giusta distanza, che il limite dell'intervento di Corbellini e di alcune risposte di colleghi sul tema della 'cura del bambino autistico', sia stato quello a mio parere di stare ancorati ad una lettura ristretta e limitata a posizioni teorico/tecniche vetero-psicoanalitiche sul tema; si è finiti così in parte con il far scivolare la discussione su una buccia di banana, per giunta, credo, buttata lì ad hoc da Corbellini).

Ma torniamo a noi.

Un terzo punto che mi sta particolarmente a cuore è introdotto dalle parole di Vergine quando dice: "Per esempio, ci sono molti punti del funzionamento mentale che mi sembra non siano stati ancora compresi pienamente: che cosa vuol dire regressione?"

La clinica infantile ha svolto un grande contributo nello spingere la psicoanalisi verso un ampliamento della concettualizzazione dello sviluppo psichico e quindi del funzionamento mentale: l'importanza dell'ambiente nel favorire o inibire sviluppo, non è più in discussione: Sul piano della tecnica ciò ha significato una focalizzazione specifica sul funzionamento di entrambe le menti al lavoro e sulle componenti controtransferali oltre che transferali (tanto più essenziali nella 'cura infantile', come nota Badoni). Ed è proprio per merito di questo ampliamento che possono oggi accedere all'analisi pazienti adulti con quadri clinici un tempo preclusi al modello psicoanalitico.

Ma quale 'modello'?

Un “modello fondamentale” – come giustamente insiste Di Chiara (2003)- quello della *metapsicologia* freudiana, con un “riassetto senza termine di questo, insieme alla sua applicazione e verifica nella terapia psicoanalitica” (p.11). Ma proprio per le strettoie della verifica nella terapia psicoanalitica il modello si è riassetto e, pur considerando gli elementi di continuità, non credo sia possibile, né auspicabile, negare i punti di discontinuità che questo riassetto evolutivo ha anche comportato. Non “più psicoanalisi”, ma sicuramente “più modelli teorico-clinici” sorti dall’esperienza di cura di differenti stati di sofferenza e funzionali allo specifico dis-funzionamento presente in esso.

Sul concetto di regressione, ad esempio, non credo sia tracciabile una linea di continuità - se pur in dinamismo- tra una concettualizzazione interna al modello pulsionale, o a quello kleiniano della relazione d’oggetto o, ancora, a quello relazionale winnicottiano. Lo sviluppo della teoria e tecnica psicoanalitica, strettamente legato alla “*diagnosi*” (termine che tende a spaventarci forse eccessivamente, su cui invece un autore trasformativo come Winnicott è molto chiaro quando afferma: “*Non possiamo descrivere la psicoanalisi come terapia se non facciamo riferimento alla diagnosi*” (1958c, p.148)) trasforma i concetti, che assumono dunque accezioni diversificate perché diversi sono i quadri clinici dai quali è partita l’indagine.

Passo allora al cuore del mio contributo.

Nella mia esperienza clinica infantile mi sono spesso dovuta confrontare con analisi di bambini in cui, con il procedere delle sedute, diventava mano a mano più chiara la presenza di nuclei di sofferenza collegabili non tanto a *regressioni* a livelli precedenti causati di impatti con difficoltà troppo grandi, ma bambini in cui il “difetto di base” stava ‘prima’: nella precarietà dei processi di *integrazione*. Bambini con un funzionamento apparentemente nevrotico, ma che nascondeva angosce e difficoltà più arcaiche. Situazioni cliniche in cui “il crollo è già avvenuto” ed è avvenuto ai primissimi esordi dello sviluppo “...nello stadio di dipendenza dell’individuo dal sostegno dell’Io parentale o materno”. E in cui : “...Spesso il fattore ambientale non è un trauma singolo, ma un modello d’influenze deformanti (Winnicott, 1959, p176)”.

Allora: La *precocità* del danno inferto allo sviluppo mentale-emotivo del bambino dalle carenze primarie di contenimento, holding, sintonizzazione e/o la loro *ripetitività*, creano aree traumatiche che lasciano smagliature anche profonde a livello dei processi di integrazione; smagliature che possono pregiudicare le potenzialità evolutive in direzione di dis-funzionamenti in cui finiscono con il predominare *modalità d’esperienza sensoriali* su quelle di carattere simbolico, relazionale-emotivo-mentale. Gli apporti che ci vengono dalle neuroscienze, dall’*infant observation*, dall’*infant research*, dagli studi sull’attaccamento, ci confermano quanto incisivamente traumi nelle interazioni oggettuali precoci, esasperino e distorcano l’uso della fisiologica attività autosensuale infantile che, andando a sostituirsi alla normale relazionalità, spinge il bambino verso forme ipertrofiche di ritiro in questi stati.

La posizione dell’analista al lavoro nella stanza infantile ha di fatto un enorme potere trasformativo sia per le potenzialità che una ‘cura precoce’ ha, sia perché ci porta a poter formulare ipotesi che aiutano ad una migliore comprensione di possibili dinamiche di partenza di patologie gravi negli adulti (come si evince da alcuni interventi nel dibattito SPIweb “*Psicoanalisi delle Psicosi: un tema da sviluppare*”).

In un mio lavoro sull’importanza del monitoraggio dell’uso che della ‘fantasia’ fa il paziente in analisi e/o nei diversi momenti di una seduta (*I.J.P.*, Vol.91, N.5, 2010), ho sottolineato come l’analista infantile si trovi in una situazione complessa, ma privilegiata, potendo osservare possibili processi patogeni in fieri che, finiscono, se non individuati e trasformati precocemente con il radicarsi nella crescita, diventando funzionamenti ben più difficili da cogliere e trasformare nell’adulto.

Avvalendosi della doppia esperienza d’analista infantile e di adulti, Winnicott, ha delineato un’ipotesi molto fertile per la comprensione di stili di funzionamento di carattere psicotico: ha infatti sviluppato l’idea che anche il ‘ritiro’ nella fantasia – da lui considerato causa di gravi

deterioramenti identitari - derivi da sistemi di difese precoci con cui il bambino si protegge da angosce di carattere catastrofico (qualcosa di simile a quei “gusci”, “forme”, “oggetti” di cui parla Tustin (1986) o a quelle aree di esperienza “contiguo-autistica” ipertrofiche di cui parla Ogden (1989)).

Queste difese antirelazionali che contrastano esperienze di “agonia” psichica, assumono tuttavia nel corso del tempo una pericolosa natura automatica idiosincrastica, che finisce con l’alimentarsi del piacere fascinante dell’onnipotenza che il ritiro in queste aree di “non esperienza” comporta. Tustin (1986) e Alvarez (1992) avvalendosi della loro esperienza con bambini autistici - o con tratti di funzionamento autistico - hanno molto insistito su questo punto che, se sottoesposto, può comportare errori terapeutici antitrasformativi.

Nella clinica è allora molto importante un attento e continuo monitoraggio di questi stati, per poterne distinguere la natura benigna e autoprotettiva - funzionale al consolidamento di un Sé in fieri che lotta - da quella maligna, di fuga in una dimensione di non contatto che da ‘piacere’, ma intacca subdolamente i processi di integrazione e di pensiero.

Maria e il ‘richiamo della foresta’.

Maria, 10 anni, unica figlia di una coppia non più giovane, mi viene inviata in analisi (fu possibile in questo caso lavorare a 3 sedute) a seguito di ricovero in un reparto neurologico dal quale era stata dimessa con la diagnosi di “Disturbi del comportamento su base depressiva associati a manifestazioni di ordine somatico”.

Quando incontro per la prima volta i genitori, mi trovo di fronte a due persone, che, pur mosse da un’autentica preoccupazione, mostrano dietro una particolare analiticità nella ricostruzione dei possibili ‘fatti’ che hanno portato alla “*malattia*”, un’ altrettanto particolare carenza di intuizione nel connettere i possibili fatti al mentale.

L’inaspettato delinearci in Maria – fino allora “*bambina tranquilla, allegra, buffa*”- di insonnia, stati malinconici “*immotivati*”, rituali, contrazioni motorie involontarie, parestesie diffuse a carattere intermittente (di cui Maria non ha coscienza né memoria), mi vengono comunicati come “qualcosa” del tutto inspiegabile e oscura, che li lascia totalmente disorientati.

Dalle mie domande emerge via via quanto sia isolata e quanto da lungo tempo viva in una sequenza organizzata di fantasie:

“...è stata ed è una bambina facile, mite... passa il suo tempo tranquilla in camera ad inventarsi personaggi immaginari; le piace così tanto che non ha nessun interesse per chiamare delle amichette a casa o andare a giocare all’oratorio”.

Al primo incontro Maria - accompagnata in studio dalla famiglia al completo: madre, padre, nonna materna, in un’atmosfera un po’ sovraeccitata- mi appare una bambina che, una volta staccatasi dalla famiglia ed entrata nella nostra stanza mostra un’espressione seria, distaccata, con un notevole contrasto con quella Maria che, in sala d’aspetto, appariva come l’allegra *mascotte* di un gruppo familiare quasi dipendente da quel clima.

Ci sediamo e io, reputandolo opportuno, le riassumo brevemente l’incontro avuto con i genitori e il loro desiderio di venire a capo di questa situazione sentita come difficile per lei stessa, per loro e per le loro relazioni.

Maria ascolta come se tutto ciò riguardasse un’altra persona. Cambio registro e cerco un contatto più diretto che possa “incuriosirla” per ciò che può avvenire nel nostro incontro.

A. “ *...sai immagino che venire qui sia un po’ scombuscolante dopo essere stata alcuni giorni in ospedale. Ora ti tocca cominciare un po’ da capo...una nuova situazione, una nuova persona....Poi so che hai molti impegni ...*”

Maria assume un’espressione più vivace. Continuo:

A “ *Quest’anno sei passata alle medie, non è un gradino da niente, come è stato?*”

Animandosi:

M. *“Siamo in classe in 26, è molto diverso dalle elementari dove eravamo solo in 16!”*

Penso ai “26 compagni nuovi” come personaggi che possono inscenare la turbolenza di emozioni ignote e ingestibili che sembrano aver travalicato gli argini di un precedente assetto, rompendo un equilibrio precariamente raggiunto.

Attenta a non premere, alludendo prematuramente alle possibili angosce, cerco un possibile sviluppo del dialogo/senso in formazione, con il dirle:

A. *“Non deve essere tanto semplice avere a che fare con 25 compagni nuovi...”*

M. *“No per niente! Tutti i miei vecchi compagni sono in altre scuole; la mamma ha scelto questa sezione perché secondo lei è la migliore. Lei è un’insegnante e mi ha detto che è la cosa che per me va meglio”.*

Un passato ‘rassicurante’ che Maria sembra sentire perduto per sempre; qualcosa di ‘nuovo’ che sembra suscitare profonde ansie (da cui non va esentato anche il nostro incontro). Una madre che sembra più sostituirsi che sostenere, dalla quale - penso – dovrò cercare di differenziarmi permettendole di fare esperienza di un potenziale nuovo oggetto che, capace di “sostenere ma non dominare”, offra lentamente un modello di relazione introiettabile, animato di passione e pazienza.

A. *...Ci vorrà un po’ di tempo allora per conoscersi meglio...”*

M. *“Sì. Per ora frequento di più una compagna che spero possa diventare mia amica...”*

La nuova possibile ‘amica’ mi fa ben sperare.

Ma entra subito in scena il repentino viraggio da una modalità di funzionamento mentale più relazionale e comunicativa ad un ritiro che la cattura pericolosamente in una dimensione di un piacere solipsistico ed eccitante.

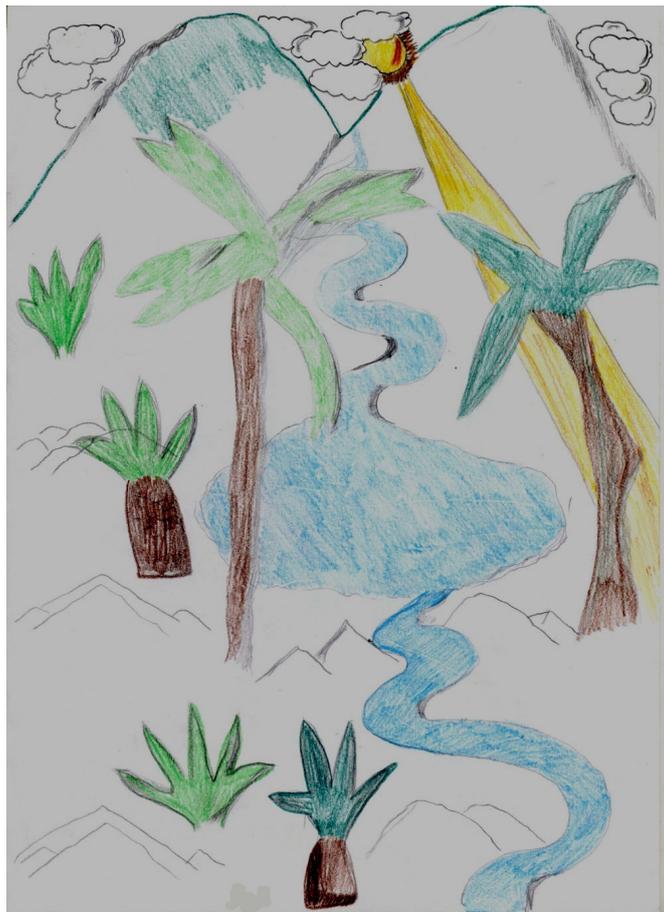
M. *... non mi piace stare con le persone... mi piace moltissimo andare a cavallo perché mi fa sentire una regina... però la settimana scorsa sono caduta e ho fatto un bel volo: il cavallo si è imbizzarrito, non so perché, è molto mite in genere...”*

Maria sembra ‘comunicarmi’ la sua percezione inconscia di quanto le è successo: una “caduta”, con cui si ripresenta nella ‘malattia’ di ora il fallimento di un precario sistema difensivo. Il cavallo “imbizzarrito”- possibile segnale di un’angoscia relazionale potenzialmente in agguato nel rapporto analitico- è il personaggio con cui si inscena l’esplosione di elementi beta angoscianti, che abbisogneranno di un delicato e paziente lavoro di quell’ ‘addomesticamento’, di cui la parte ‘sana’ e relazionale di Maria sembra desiderosa. Ma il cavallo imbizzarrito, controparte di quel cavallo “molto mite in genere” inscena anche la dissociazione tra un Sé acquiescente, e un Sé vero che, non sufficientemente riconosciuto e sostenuto, tende ad autoalimentarsi onnipotentemente di un piacere fantasticante e sensoriale (il ‘suo’ andare a cavallo la fa ‘sentire’ una “regina”).

L’assenza di un ambiente vivo ed emotivamente intuitivo sembra aver creato le premesse per una fuga verso la ricerca di un eccitamento sensoriale che dovrebbe vicariare il vuoto: un’ ‘immersione’ in dimensioni onnipotenti-fantasticanti che la captano.

M. *A me piacciono gli animali, ma quello che mi piace di più è lo squalo. Fa paura a tutti ma a me no! Anzi, mi piace pensare che io potrei vivere in fondo al mare in un grande acquario silenzioso, dove tanti squali di tanti colori e forme mi girano intorno come se fossi la loro padrona... quando mi annoio a casa o sono sola nel letto mi immagino tante cose... così tanto che mi sembra tutto vero e non vorrei più uscire di lì”.*

Chiede a questo punto di fare un disegno, sul quale sta assorta, isolandosi, tutto il tempo, ingenerando in me una sensazione controtransferale di una certa qual sedazione e intorpidimento.



Pur giunte alla fine della seduta, penso che lasciare cadere questa comunicazione figurativa significherebbe riprodurre nella relazione analitica quell'assenza di attenzione partecipe, che sembrava aver fatto sfondo alla tendenza di Maria a rinchiudersi 'indisturbata' nei suoi ritiri. Penso inoltre che sia molto importante che io provi a comprendere, ascoltando attentamente Maria, se la 'qualità' della fantasia che entra in scena nel disegno, sia di carattere simbolico, comunicativo-rappresentativo – evidenziando oltre a livello di possibili contenuti, anche a livello di funzionamento mentale, una momentanea e 'sana' necessità autoprotettiva rispetto un ambiente vissuto come troppo intrusivo - o sia una 'fuga' idiosincratica in uno stato di piacere di carattere sensoriale, che la fascina e distacca dalla realtà.

A. *E' una natura molto affascinante, quasi magica...forse anche un po' inquietante: non deve essere facile orientarsi in una foresta come questa.*

M. *Sì, è un posto magico, un'altra realtà dove ci sono cose bellissime... piante, fiumi, vulcani...*

A. *Immagino che affascini molto una realtà così, ma mi chiedo anche se questo mondo magico non possa diventare anche pericoloso...*

M. *(guardando con attenzione il disegno) Forse sì...ci si può perdere lì dentro.*

A. *Già, non bisogna spaventarsi troppo, ma neppure andarci troppo dentro a queste foreste.*

Spero che questa *tranche* clinica mostri – anche attraverso *come* Maria si 'perse' nel disegno - come la fascinazione sensoriale, magica ed eccitante possa opporsi al contatto e allo sviluppo, conducendo in alcuni casi ad aree 'morte' nel funzionamento adulto .

Ma il livello immediato e iperdinamico dell'inconscio di Maria – e di quello dei bambini in genere - permettendomi di vedere questa dimensione , idealizzata e seducente, mi permise anche di poter entrare con lei in "questo posto magico". Un posto che condividemmo man mano, senza che io mi

lasciassi troppo confondere, aiutandola così lentamente a comprendere – quando si ripresentava- la pericolosità che questa fuga esercitava su di lei.

9 ottobre 2012

Commento all'intervento di Barbara Piovano

Liliana Ferrero

(Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires - APdeBA)

Ho letto l'intervento di Barbara Piovano e sono pienamente d'accordo con lei.

Non sono una psicoanalista di bambini, ma bensì di adulti e adolescenti. Lavoro nel reparto di ostetricia dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires, e casi come lei presenta ne vedo molti, dato che vengono le future mamme che hanno bambini più grandi e tante volte questi bambini presentano problemi al di là della venuta del fratellino, fatto per cui suggerisco un'analisi per il bambino stesso. Però qui, sfortunatamente, quello che sarebbe lo spazio analitico per il bambino, molte volte viene occupato non da un analista ma bensì da psicopedagogiste, che finiscono col dare alla coppia indicazioni concrete, compiti a casa, tante volte visitano le dimore per vedere come vive la famiglia, sono a carico della "terapia" del bambino e consigliano i genitori a prendere questo o quest'altro atteggiamento.

Questo intervento non fa altro, a mio avviso, che intralciare il lavoro del terapeuta di coppia, se i genitori già fossero in terapia o quello individuale di uno di loro e mettono l'analista in una difficile situazione transferale con il suo paziente, oltretutto in una situazione controtransferale in relazione alle indicazioni date dalla psicopedagogista.

Mi domando se noi analisti non stiamo troppo quieti e non ci facciamo sentire sufficientemente in questo campo affinché altri professionisti non occupino posizioni che non dovrebbero occupare, mantenendo la mente dei genitori in una situazione concreta e comoda invece di approfondire nella loro problematica.

A questo punto mi domando pure se si potrebbe pensare ad una supervisione unica in modo da poter abbinare questo intervento psicopedagogico con quello analitico dei genitori. Altrimenti si finirebbe col supervisionare la terapia genitoriale includendo il racconto dei genitori di quanto dice lo psicopedagogista.

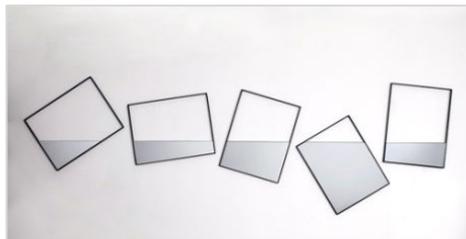
L'intervento di Barbara Piovano, molto chiaro, a mio avviso è indicativo di un profondo lavoro a modo meltzeriano, cioè quello del buon genitore introiettato che abita nel mondo profondo della psiche e guida il benessere del suo bambino interno. Come far capire questa posizione ad un psicopedagogista?

Concludendo questo mio breve intervento, intendo ribadire il mio pieno accordo con la posizione di Piovano: nei casi in cui sia il bambino che i genitori sono in terapia analitica, lo spazio per i genitori unito alla supervisione unica arricchisce la mente e porta alla percezione di una famiglia interna che può dare amore e speranza seguendo il modello meltzeriano.

10 ottobre 2012

Quadri comunicanti

Elena Molinari



G. Varisco 2008 Quadri comunicanti

Metto in apertura una piccola sollecitazione visiva che nel nostro confronto mi sembra evidenzia come continuità/discontinuità, setting e orientamenti diversi possano comporsi in modo generativo e soprattutto possano fornire percezioni diverse a seconda del punto di osservazione (una linea retta se si privilegia la linea interna alle cornici, una linea ondulata se si considera la posizione dei quadrati sullo sfondo).

Questa immagine appartiene alla parte di me più ecumenica e a quella che “sente” l'unicità processuale profonda del metodo psicoanalitico. Poi ne esiste un'altra che pensa invece che la psicoanalisi dei bambini sia differente da quella degli adulti non solamente per la tecnica utilizzata. Sono convinta che modi diversi di praticare la psicoanalisi producano processi diversi nella mente dell'analista. Per chiarire vorrei dire che la stessa questione si può porre rispetto al maschile e al femminile. E' indiscutibile che in ciascun soggetto ci sia una quota di femminilità e di mascolinità, ma affermare che la differenza di genere non esiste risulta altrettanto problematico. Io penso che individuare e descrivere alcune differenze sia utile a mantenere una certa tensione dialettica e favorisca sviluppi generativi.

Tornando al nocciolo della questione, in estrema sintesi mi sembra che praticare la psicoanalisi con i bambini abbia alcune peculiarità da cui derivano poi specificità processuali.

I bambini molto più degli adulti impongono di poter tollerare un'immersione profonda e prolungata nella comunicazione sensoriale. Questo tipo di comunicazione chiede un processo più lento per approdare a forme simboliche e impone a lungo risposte non verbali cosa che, per una mente adulta, risulta piuttosto difficile. Così, la regressione che nella stanza degli adulti sembra essere un effetto del setting sul paziente, nella stanza dei bambini sembra invece una conquista dell'analista.

Quando sono nella stanza degli adulti e sento parlare, ciò che ascolto si trasforma nella mia mente in immagini, fantasie, si collega a ricordi ad ipotesi di senso e così via.

Quando lavoro con un bambino questo processo avviene molto più lentamente perché spesso non ho possibilità di attivare il pensiero riflessivo in quanto sollecitato a rispondere con un'azione al gioco in atto¹⁰.

Mi sono immaginata che la rêverie che si attiva in questo modo sia molto più simile a quella che sottende la creazione nei processi figurativi mentre quella che si attiva nella stanza degli adulti sia più prossima a quella che genera processi narrativi.

¹⁰ Interessante rispetto al ruolo del movimento nella trasformazione estetica il capitolo “Bellezza in movimento” Harris Williams M. (2010). *Lo sviluppo estetico*. Borla, 2012.

Mentre con gli adulti si ha la sensazione di due menti creative al lavoro che cercano di comunicare, con i bambini ci si sente più immersi in una co-creazione che parte dalla condivisione delle sensazioni. Inoltre, la maggior sollecitazione sensoriale che i bambini impongono produce ciò che Marion Milner chiamava la “concentrazione nel corpo”; uno stato in cui i confini tra sé e l'altro sono più fluidi e le percezioni dello spazio e del ritmo dell'interazione subiscono una variazione rispetto a quando si è più individuati.

Ciò che l'analista infantile apprende lavorando con il bambino finisce per essere un'acquisizione che trasforma il proprio essere analista nella stanza degli adulti.

Fra queste sono riuscite a metterne a fuoco alcune:

- una maggior sensibilità rispetto agli aspetti sensoriali e al loro valore nella costruzione del contenimento mentale
- uno sguardo sullo sviluppo mentale poco ancorato al sapere nosografico che consente di percepire le regressioni e i sintomi come tracce oscillatorie di un'esplorazione alla ricerca della verità emotiva
- una percezione del setting come uno spazio gruppale

A questo proposito vorrei aggiungere una breve considerazione rispetto alla relazione con i genitori. Quando in analisi accennavo ai miei interessi nella terapia dei bambini, il mio analista rispondeva scettico “Occorre curare i genitori e non i bambini!” Allora mi sentivo piuttosto arrabbiata e per opposizione mi lanciavo in accese discussioni tese a dimostrargli quanto fosse utile prendersi carico della sofferenza dei bambini direttamente.

Oggi, pur non rinunciando a prendermi carico dei bambini, cerco sempre di più strade per relazionarmi con i genitori.

Così mi interessano molto dei modi che gli analisti hanno “inventato” per contattare i disagi consci e inconsci che abitano le famiglie e che si esprimono attraverso i bambini: la consultazione prolungata, il mantenere uno sguardo bifocale, il metodo del gioco triadico sperimentato a Losanna e ultimamente alcuni aspetti dell'analisi gruppale che mi sembrano esportabili con profitto nell'ambito del piccolo gruppo familiare. In particolare l'ipotesi che il bambino possa essere non solo il soggetto più permeabile al sintomo, ma anche quello più capace di mappare il campo gruppale. In questa direzione l'uso dei disegni del bambino come stimolo alle libere associazioni dei genitori si è rivelato un esperimento interessante.

13 ottobre 2012

Scendere in strada: la psicoanalisi nelle strutture territoriali

Paola Orofino

Ringrazio anch'io Marco Mastella e Francesco Carnaroli per averci dato la possibilità di confrontarci su tematiche così importanti e consentirci di uscire dall'isolamento che a volte ci coinvolge.

Ho il privilegio di lavorare in una Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile sul territorio e quindi di entrare in contatto con molti bambini bisognosi di ascolto e di cure.

A volte ho l'impressione di lavorare, ciò è dovuto anche alla mia formazione, in un “*pronto soccorso psichico*” e di dover rispondere in primo piano ad accogliere l'emergenza psichica e la sofferenza del bambino.

Mi trovo spesso dinanzi a tanti bambini che già in prima battuta - come descrive Cancrini - “*mi hanno portato in modo diretto e immediato tutta la sofferenza e il loro dramma interno*”.

Ricordo la prima seduta conoscitiva con Luca di 5 anni che mi disse appena mi vide: “Aiutami sono nei guai, i miei genitori non mi capiscono”. E anche Lorenzo di 7 anni con dei genitori adottivi a mio avviso bravissimi sempre in prima seduta: “il mio unico problema è che hanno scelto per me una famiglia sbagliata, è possibile cambiarla ed averne un'altra?”

Spesso nelle situazioni più gravi mi sono trovata in contatto con il bambino o l'adolescente immerso in un dolore terribile. Ricordo Stefano, quindici anni, mi fu inviato dopo un ricovero ospedaliero per aver tentato il suicidio. In un primo colloquio con lui mi metteva in contatto con due aspetti: un terribile racconto di come aveva seguito le indicazioni su un sito internet, dedicato agli *emo*, per ottenere un suicidio rapido ma doloroso e dall'altro una poesia in cui esprimeva il forte desiderio di poter vivere la passione e la vita con maggiore speranza e forza. Affluiscono al servizio N.P.I. bambini e genitori con diverse problematiche, dal bambino deprivato abusato e molto traumatizzato, al bambino adottato poco integrato, al bambino iper investito descritto nei precedenti contributi o non ascoltato o in balia di traumi cumulativi o vittima di quella che oggi viene definita sindrome di *alienazione genitoriale* nei casi di separazione conflittuale.

Tale clima di conflitto induce il bambino a vivere la minaccia della perdita degli oggetti d'amore, la difficoltà nei processi di identificazione, l'inversione dei ruoli genitoriali. Il bambino conforta, consola, acquista il ruolo del genitore assente. Ma il processo secondo me più frequente resta l'*ingombro psichico* che si evidenzia anche quando il bambino è coinvolto dalla patologia di un genitore o quando vive esperienze da lui non elaborabili. Il bambino può essere invaso da sentimenti ed elementi depressivi che non può capire, spesso vissuti come *intrusioni* e *confusioni* appartenenti alla sfera emotiva e fantasmatica di entrambi i genitori o di un solo genitore. Viene a mancare il riferimento di un genitore che pensa *con lui* e lo aiuta a crescere (vedi il tema dei fattori egoalieni di cui parla Winnicott, 1969).

Ma allo stesso tempo ci ritroviamo anche in presenza di bambini molto curati dalle famiglie, dai padri, dalle madri e dai nonni e che si rivolgono agli specialisti anche per comportamenti che fanno parte dello sviluppo fisiologico del bambino per verificare che non sia mai interrotta la comunicazione affettiva di cui si discute in questo dibattito.

La famiglia è in continua trasformazione anche in senso positivo ed emancipativo. A me sembra che oggi in alcuni ambienti ci sia una maggiore consapevolezza dei bisogni del bambino ed una maggiore capacità di amare. E' interessante il contributo di Argentieri (2005) sul padre materno in cui descrive proprio queste trasformazioni del ruolo paterno.

Come scrive Vallino le problematiche delle famiglie risuonano nel nostro lavoro:

“la diversità di approcci teorico-clinici nella psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti lascia intravedere la presenza di un lavoro creativo che mira ad un adeguamento della psicoanalisi infantile ai mutamenti dei tempi e delle “culture familiari”.

E' proprio vero che il nostro compito è quello di aiutare i genitori a *mettersi in gioco*, e a volte quando ci si trova innanzi a genitori molto difesi può risultare un percorso molto difficile e lungo.

Nelle istituzioni pubbliche il modello operativo ideale su cui si costruiscono le attività psicoterapeutiche di un servizio, richiede, oltre alle qualità umane, una buona formazione e cultura psicoterapica di tutto il gruppo degli operatori dell'équipe specialistica, così da poter accogliere la sofferenza in relazione al dolore psichico dei pazienti.

Purtroppo la cultura psicoanalitica in questi luoghi di cura si sta perdendo sempre di più e a mio avviso è importante che l'Istituzione Psicoanalitica trovi il modo di “*scendere in campo*” “*scendere in strada*” soprattutto in questo momento storico e sociale.

Il Centro Milanese di Psicoanalisi ha in atto molte iniziative che vanno in questa direzione grazie alla disponibilità ed il contributo di analisti che hanno *creato luoghi di cura* agevolando le terapie a bambini con problematiche sociali gravi.

Penso sia importante sottolineare il lavoro svolto dalle istituzioni della neuropsichiatria infantile o dai consultori familiari, soprattutto quando prevale ancora la formazione psicoanalitica ereditata da padri e madri della psicoanalisi italiana che hanno creato e lavorato per lunghi anni in queste strutture.

Spesso nel lavoro svolto nel pubblico ho avuto “*una funzione ponte*” dove il risultato di aiutare ad intraprendere una terapia analitica per il bambino o per i genitori si è raggiunto in tempi molto lunghi e magari solo dopo anni di colloqui, o “*prendi e lascia*”, o dopo che il bambino ha concluso un percorso riabilitativo logopedico o psicomotorio.

Mastella descrive il dolore provato quando i genitori decidono di ‘portare via’ il bambino da un lavoro analitico intrapreso e di *portarlo* da un riabilitatore che gli insegna a parlare e a stare al mondo come si deve. Dispiacere che capisco benissimo quando mi confronto anch’io, soprattutto nel lavoro svolto nella struttura pubblica, con questo tipo di problematiche. Questi genitori approdano al servizio alla ricerca del *riabilitatore* che risolva loro il problema. A volte senza esserne assolutamente consapevoli, i genitori mettono in atto difese inadeguate contro i loro stessi bambini, in alcuni casi percepiti inconsciamente, fin dalla nascita, come possibili nemici, fino ad indurre esperienze traumatiche nel bambino, generando veri e propri *infanticidi psichici* (Medea) che portano “*a fratture psichiche irreparabili*”. (Cfr. Alvaro, 1949).

Sono genitori non consapevoli dei motivi della sofferenza e delle fratture psichiche traumatiche del loro bambino/i e che a loro volta hanno esperienze traumatiche alle spalle e per lo più non hanno la capacità ed il desiderio di mettersi in gioco, per cui è necessario lavorare sull’ambiente del bambino e accompagnarli anche per diversi anni per renderli più consapevoli e far sì che si sentano alleati con noi nel loro buon funzionamento.

Nel momento in cui il paziente acquista una coscienza della propria storia psichica fa esperienza del riuscire a *pensare da solo*.

Scrivo H. Faimberg: «In analisi ogni paziente è responsabile dei suoi desideri inconsci e della sua attività psichica, ivi compreso il suo “complesso di Edipo”; ma occorre anche: ricostruire nel transfert l’identificazione inconscia del paziente con un “padre narcisistico”; saper riconoscere la sofferenza del paziente per non essere stato amato e talvolta incontrare anche l’impensabile angoscia del paziente per non essere stato desiderato in quanto figlio vivo: la relazione con un padre come Laio; qui parlo dello statuto psicoanalitico del genitore figlicida (padre o madre)» (Faimberg H., 1993).

Il vantaggio del lavoro nel servizio pubblico (Correale, 1991) sta proprio nel fatto che esso ci consente di collaborare con altri operatori, di poter contare su altre figure di riferimento che ci affiancano così da garantire al bambino o all’adolescente un supporto terapeutico anche “*al di fuori della stanza*” (l’assistenza domiciliare, l’inserimento in gruppi con educatori, il lavoro con la scuola e, in casi estremi, l’inserimento del bambino in comunità o in affidamento familiare). A volte l’educatore clinico con formazione psicoanalitica ha un ruolo fondamentale per la cura del bambino e la famiglia, in quanto può facilitare il cambiamento di alcune dinamiche conflittuali all’interno dell’ambiente ed essere di supporto al bambino in una progettualità terapeutica multidisciplinare. Il lavoro principale per la crescita psichica ed emotiva del bambino consiste nell’ aiutare i genitori ad abbandonare le identificazioni patologiche e a sviluppare una capacità di ascolto e di vicinanza con il loro bambino.

Di recente mi sono trovata spesso davanti a padri di bambini che sentivano la necessità di *capire di più* e di essere aiutati a sviluppare la loro funzione paterna spesso carente nella vita dei loro figli.

A volte per i bambini con problematiche sociali, orfani in senso lato, affidati al servizio sociale, la figura del giudice, del giudice onorario e/o dell’assistente sociale può essere un riferimento fondamentale poiché si instaura un tipo di relazione paterna o materna necessaria per la sua sopravvivenza psichica.

Lessi una volta la dedica scritta sulla tesi da un ragazzo che si era laureato, aveva avuto purtroppo una storia difficile dal punto di vista affettivo, piena di esperienze di separazioni ed era stato

affidato al Comune con collocamento in una comunità famiglia fino ad avere avuto l'incontro con una famiglia affidataria adeguata.

Scriveva: *“Dedico questa tesi a tutte le madri ed a tutti i padri che ho avuto nel mio percorso di crescita”*.

Mi aveva particolarmente colpito facendomi riflettere su come quella funzione materna e paterna svolta dai genitori non biologici fosse stata salvifica. Si era creata nella vita di questo ragazzo una *staffetta affettiva* che gli aveva consentito di sviluppare una buona capacità di relazione oggettuale e processi costruttivi e riparativi.

Il punto cruciale della costruzione del setting non riguarda tanto l'offerta di un luogo di ascolto rispettoso e silenzioso, quanto la capacità mentale dell'operatore e del gruppo di accogliere il paziente ed interagire con lui, in modo che, attraverso la cura, il dolore e la malattia si possano trasformare in elementi elaborabili e trattabili.

Vorrei aggiungere altre brevi riflessioni:

Il lavoro con i bambini mi ha consentito come analista di pazienti adulti di poter *“stare a contatto con i pazienti gravi, che hanno subito traumi precoci e fratture psichiche nelle fasi primarie del loro sviluppo, con meno preoccupazione pur sentendo naturalmente le difficoltà della cura.*

L'esperienza *del giocare con un bambino* maturata in anni di lavoro, mi ha insegnato l'importanza di essere *allenati alla funzione riparativa* nel trattamento dei pazienti adulti.

Il bambino dinanzi ad una perdita, ad una esperienza traumatica in modo immediato riesce attraverso il gioco simbolico o il disegno a *“fare finta di”*, a riproporre e *vivere una esperienza* che consenta di alleviare il suo dolore e trovare percorsi di risanamento psichico, come il distruggere, il lottare, il ricostruire legami.

Ferro (1985) scrive nel suo bel lavoro sulla favola che si può riproporre per il gioco: *“La favola consente inoltre al bambino di identificarsi con i personaggi, quindi di viverla, dal di dentro, consentendogli l'esperienza di bonificare, attraverso l'affidamento alla favola e alla successiva restituzione dalla favola al bambino, i sentimenti più terribili; può funzionare come una mamma capace di rendersi permeabile, alle paure del bambino e di restituirgliene meno terrificanti, e se Pollicino si perde nel bosco, la favola gli dice che c'è rimedio”*.

Ogni volta che sono in seduta con un paziente adulto immagino quale sia stato il percorso di crescita affettivo, che tipo di bambino sia stato.

Ricordo con piacere Marcella Balconi quando ci parlava in alcuni seminari dei bambini che aveva seguito in terapia mostrandoci i loro disegni e raccontandoci dei loro giochi in seduta e che aveva poi incontrato nelle loro età adulta raccogliendo le loro esperienze di crescita e di persone adulte dopo un percorso terapeutico durante l'infanzia.

16 ottobre 2012

Risposta all'intervento di Barbara Piovano

Marisa Melega

(membro con funzioni di training della SBPSP, Società Psicoanalitica Brasiliana di San Paolo)

Ho letto il libro di Barbara Piovano *Le esperienze parallele: percorsi psicanalitici dal bambino al genitore*. L'ho letto interessata poiché condividiamo lo stesso campo di lavoro e mi sono posta delle domande sull'applicabilità del modello da lei proposto. Pensavo di domandarle come riusciva a metterlo in pratica. Lei stessa ha risposto alla mia domanda nel suo intervento rendendosi conto che il suo modello, senz'altro di profondità, è applicabile a casi specifici. Sono d'accordo.

Ma la collega con questo suo lavoro mette a fuoco una resistenza che per decenni è stata mantenuta nell'analisi dei bambini. Forse le origini di questa resistenza rimontano al tempo in cui Melanie Klein scopriva il mondo interno del bambino con le sue fantasie e la sua sessualità e questo perturbava molto il mondo adulto. (Io credo che ancora continui a perturbarlo, ma lasciamo questo discorso per un'altra volta). Una difesa molto comune quando il livello emozionale oltrepassa la possibilità di elaborarlo è costituita dalla scissione, nel bambino da un lato e nel genitore dall'altro. Io insegno osservazione madre bambino (secondo il modello di Esther Bick) dal 1984 e lavoro con bambini dal 1972. Verso il 1976 forse motivata dai casi che avevo in analisi, non mi serviva la tecnica che prescriveva di avere pochi contatti con i genitori, e anche sapendo che qualche interferenza nel transfert col bambino poteva avvenire, io cercavo poi di risolverla nella stanza di analisi.

L'esperienza maturata in anni di supervisione della infant-observation e delle famiglie fece maturare poco a poco un'idea: perché non utilizzare il modello di osservazione per valutare il bambino insieme alla sua famiglia nelle prime consultazioni e poi proporre di continuare delle sedute con "interventi terapeutici genitori-bambini"?

Ora il modo con cui conduciamo questo modello sulla base dell'osservazione delle interazioni vissute insieme alla famiglia nella stanza: non usiamo test, appena ci sono giochi e materiale di disegno, ma la nostra attenzione è sul rapporto che si svolge durante l'incontro, proprio come se fosse un'osservazione per poi intervenire sul rapporto osservato e non su un determinato partecipante del gruppo familiare.

Sono grata a Barbara Piovano per il suo intervento che mi ha aiutato a chiarire ai colleghi qualcosa del mio lavoro con i genitori e bambini.

25 ottobre 2012

Questioni di plasticità

Irenea Olivotto

Sto seguendo con interesse il dibattito sull'infantile e ringrazio tutti coloro che hanno organizzato e permettono questa possibilità di scambiare fra di noi le nostre esperienze ed opinioni.

Prendo un po' di spazio in questo momento di silenzio.

Quello che mi ha sempre affascinato e intrigato del lavoro in età evolutiva è la mobilità necessaria e a volte veramente faticosa per tenersi collegati alle dinamiche che entrano in campo, la necessità di non dimenticare l'ambiente al di fuori della stanza di analisi, l'opportunità di usare parole e azioni integrandole nella relazione con i piccoli pazienti.

Alcuni degli interventi hanno fatto riferimento a questo; Giuliana Barbieri porta giustificazioni teoriche per le scelte operative da lei fatte nella difficile seduta con Pimpa.

Sorge però una domanda: fino a che punto tutto ciò permette di mantenere un atteggiamento specificamente psicoanalitico, senza cadere nella modalità "liquida" che oggi è vista permeare la nostra realtà sociale?

Desidero riportare a questo proposito un breve materiale clinico che recentemente ha fatto scaturire dubbi e interrogativi sul nostro modo di lavorare.

Una madre mi telefona per una consultazione alla figlia undicenne che ha problemi con l'inserimento alla 1° media e non socializza con i compagni. Fatico a concordare con la signora una data per l'appuntamento per i problemi di orario suoi e del marito e perché deve trovare chi le

tenga il figlioletto piccolo. Poiché la signora mi chiede se deve portare anche la ragazzina, preciso con chiarezza che questo primo colloquio è solo per i genitori,

All'appuntamento arrivano in forte ritardo: madre, padre, figlia e figlioletto di pochi anni. Li faccio accomodare facendo presente che attendevo solo i genitori. La signora dice che non sapevano proprio a chi lasciare i figli. Decido di fare un incontro a quattro, cambiando il programma che mi ero prefissato e rimandando ad altro tempo gli incontri con i genitori da soli e con la ragazzina.

Dopo questo primo colloquio, la consultazione procede secondo le modalità degli incontri separati e della restituzione ai genitori e alla figlia.

Finita la consultazione, discuto il materiale emerso con un gruppetto di colleghi con i quali ci si incontra abitualmente. La discussione si sviluppa vivace, prevalentemente sugli aspetti del setting.

Una collega osserva che avere fatto il primo colloquio accettando la famiglia intera e fuori tempo, cioè derogando dagli accordi stabiliti, ha dato comunicazione che fossero i genitori a decidere come e quando iniziare la consultazione. A suo parere, era meglio rimandare ad altra data l'incontro facendo rispettare quanto specificato nel contatto telefonico, ponendo subito in chiaro l'asimmetria della relazione e preparando quindi un contesto più consono al nostro operare psicoanalitico.

Da parte mia, invece, mi ero sentita in pieno dentro la problematica della famiglia e non me l'ero sentita di rimandare a casa quattro persone che mi portavano così concretamente la propria angoscia. Avevo preferito accogliere e così anche cogliere l'occasione di vedere in atto le dinamiche famigliari: le relazioni interpersonali con/fuse fra i membri, la debolezza delle posizioni genitoriali nei riguardi di una figlia depressa e di un figlioletto tiranno e indocile, il disorientamento di tutti di fronte alla quotidiana organizzazione famigliare. Da subito mi era stata chiara la difficoltà che avrebbe presentato il lavoro con un situazione di questo genere, al di là della (apparente) semplicità del sintomo per cui era stato chiesto l'intervento.

L'opinione dei partecipanti al gruppo restò suddivisa fra le due posizioni, forse più per ragioni affettive che teoriche.

Ecco, questo a me pare un esempio del "cambio in corsa" di cui parla Mastella, sentito come necessario adattamento alla complessità che caratterizza il contesto del lavoro nell'ambito dell'età evolutiva. Complessità che richiede da parte nostra plasticità mentale e operativa al di là delle scelte teoriche alle quali ognuno di noi si ispira.

Ma il dubbio sorge: cosa è più "psicoanalitico" – che cosa ci permette maggiormente di lavorare psicoanaliticamente? Un setting che contenga chiarendo fin dall'inizio e facendo rispettare le posizioni dei "giocatori" in campo, o una vicinanza empatica che da dentro la situazione di partenza muova verso maturazioni condivise? E quanto è possibile l'adattabilità alla situazione mantenendo i confini dentro e fuori di noi fra noi e l'altro, fra i bisogni nostri e quelli altrui?

27 ottobre 2012

Bambine e bambini 2°

Giuliana Barbieri

Ringrazio molto Irene Olivotto per il suo chiaro intervento che mi permette di trattare due aspetti; uno collegato all'esempio clinico portato da lei e l'altro che riporta alle due relazioni iniziali di Tonia Cancrini e Marta Badoni.

1 - Sono d'accordo che siamo in un periodo teoricamente "liquido" ma forse riusciamo a "solidificare" qualche cosa grazie anche a questo dibattito.

Prendo il via dall'esempio clinico di Irene che ha diviso il gruppo dei colleghi sulla base di due posizioni diverse. Irene decide di ricevere tutti e quattro i componenti della famiglia; i colleghi che

non sono d'accordo, avrebbero rimandato ad altra data l'incontro, e una delle motivazioni portate è che Irene "accettando la famiglia intera...ha dato comunicazione che fossero i genitori a decidere come e quando iniziare la consultazione"; questi colleghi sembra utilizzino un concetto coerente con una impostazione psicoanalitica che ritiene questo modo di fare una fuoriuscita dal setting che, in quanto tale, può configurarsi come un agito da parte di tutti i protagonisti, analista compresa; chiedo scusa e spero che questi colleghi possano intervenire per correggere questo mio modo di leggere il loro pensiero. Ora: perché due genitori che si sentono dire "che questo primo colloquio è solo per i genitori", arrivano con la famiglia al completo? E' possibile che vogliano impostare loro la modalità della consultazione, come pensano gli altri colleghi, ma forse sono possibili anche altre motivazioni; potrebbero desiderare che la ragazzina venga vista al più presto per essere rassicurati, potrebbero davvero non sapere a chi lasciare i bambini; potrebbero essere in ritardo perché non hanno consuetudine con le nostre consultazioni ma con quelle mediche, e si sa che dal medico c'è da aspettare; potrebbero veicolare una motivazione aggiuntiva nel senso di desiderare che una psicoanalitica si faccia carico di conflitti genitoriali non esplicitabili immediatamente; potrebbero sentirsi al sicuro presentandosi come famiglia al completo; e altre ancora, ma il dato di fatto è che si sono presentati alla consultazione e quindi segnalano come prima motivazione di volersi genuinamente occupare della situazione della loro ragazzina. Ieri mi ha telefonato una mamma; dopo gli scambi soliti per accordarci su giorno ed orario, con disagio, forse perché psicologa, mi chiede se possono portare la bambina di nove mesi, perché non sanno a chi lasciarla; non hanno parenti e nemmeno baby sitter perché è la mamma che si occupa della bambina; se non fosse stata psicologa e quindi "addetta ai lavori", probabilmente non si sarebbe nemmeno sentita a disagio, perché nella vita di tutti i giorni questo problema non si pone; credo che a proposito di **Questioni di plasticità**, titolo che Irene ha dato al proprio intervento, sia quasi imprescindibile che noi partiamo da dove si trovano le persone se non vogliamo introdurre elementi iatrogeni che mortificano le persone e inquinano il quadro psicodinamico. Irene ha seguito questa strada e in questo modo ha potuto osservare e cogliere elementi psicodinamici del contesto di vita della ragazzina e il colloquio familiare è stato utile; personalmente trovo che il concetto di utilità di un intervento ci tolga dalla "liquidità", perché istituisce come riferimento forte la centratura sul bisogno delle persone con cui lavoriamo.

Quanto all'altro interrogativo proposto da Irene: " fino a che punto tutto ciò permette di mantenere un atteggiamento specificamente psicoanalitico", che inquieta anche me, quando mi trovo ad usare plasticamente il setting, lo risolvo in questo modo: penso che questo dubbio si mobiliti perché mi mette in un conflitto di lealtà e di gratitudine con quello che mi è stato insegnato e mi trovo a muovermi con coordinate ancora instabili; però, poi, penso anche che la psicoanalisi con le libere associazioni, e non solo, ci abbia insegnato l'apertura completa al modo di essere inconscio del paziente e allora, una mamma che si presenta con tutta la famiglia o con una bambina di nove mesi, richiede che ci si apra a questa sua "associazione" libera di presentarsi che, certamente, ci dirà qualche cosa di imprevisto se non siamo

pre-occupati dalle nostre teorie. Come ultimo pensiero, penso a Freud, alla sua continua apertura ad una revisione delle proprie teorie e allora mi sembra legittimo e "scientifico" tentare una integrazione con le scoperte di altre discipline. A dir la verità mi sembra ovvio che, poiché la psicoanalisi si occupa del funzionamento mentale, dal momento in cui si scopre che il sistema mentale è composto da almeno due sistemi di rappresentazione e memoria cui corrispondono inconsci diversi, uno da rimozione e uno da meccanismi impliciti, sia necessario tenerne conto, cercare di rimodellare la teoria e rivisitare la teoria della tecnica. La dimensione procedurale, strettamente legata all'azione, fa parte delle memorie implicite; mi pare che il concetto di memorie implicite e di inconscio non rimosso sia entrato nella nostra letteratura; diversamente, il concetto di procedurale con il proprio spessore comportamentale, viene ignorato; è semplice capirne i motivi, dal momento che la psicoanalisi è nata e si fonda sulla dimensione simbolica; ma rischiamo di perpetrare una scissione mente-corpo e di perdere tutto il potenziale fantasmatico emotivo e trasformativo della dimensione comportamentale.

Sull'ultimo numero della nostra rivista ci sono tre articoli interessanti di Maria Ponsi, Roberto Goisis e Diomira Petrelli, diversi tra di loro, che trattano delle azioni in psicoanalisi. E' palpabile la tensione a risolvere la questione delle azioni, e il tentativo di distinguere l'acting e l'enactment dalle azioni tout court, attribuendo, ad esempio, ai primi una dimensione evacuativa e alle seconde una dimensione comunicativa; ma, per il momento, penso sarebbe più interessante capovolgere il vertice; anzichè distinguere a partire da un confronto con i nostri concetti di acting ed enactment, che sono il prodotto deduttivo della formulazione originaria basata sul simbolico-verbale, potrebbe essere più utile assumere come dato di fatto che la nostra mente elabora e comunica anche con le azioni-comportamenti e vedere poi da questa prospettiva che conseguenze ne derivano. Al momento, sono assestata su questa seconda posizione e le uniche differenze che trovo sono le stesse che trovo nella dimensione simbolica: ci sono pensieri e parole più cariche di emozioni di altre e ci sono azioni e comportamenti altrettanto diversamente carichi di emozioni e, né gli uni né gli altri possono essere nitidamente distinti per la loro funzione comunicativa o evacuativa.

2 - la questione dell'acting è presente anche nelle due relazioni di apertura del dibattito a proposito dei limiti, e le due relatrici, Badoni e Cancrini, presentano due posizioni differenti.

Mettere dei limiti, che si faccia con un comportamento o una parola, è sempre una azione; data l'impostazione del mio lavoro, vedo la stessa presenza di significati e valenza comunicativa nel "rompere oggetti e sedioline in modo irrimediabile" e nel mettere una bambolina bebè nel letto con la sua mamma bambolina a fare le coccole; il primo "significa" la presenza di aggressività, il secondo significa la presenza di tenerezza; il primo è procedurale il secondo è simbolico. A questo punto si tratta di decidere su quale piano rispondere per intervenire e trasformare; di certo con il gioco della tenerezza posso stare sul simbolico, mentre, con il rompere oggetti e sedioline, se l'uso della dimensione simbolica, e quindi un intervento verbale, non raggiunge nessun risultato, devo assestarmi sulla dimensione mentale che il bambino sta usando e cioè quella dell'azione; ritengo fuorviante pensare che, poiché ricorro ad una azione allora si tratta di acting e controacting; si tratta invece di allinearsi con un dispositivo della struttura mentale, di stabilire una empatia di funzionamento mentale.

Nel caso riportato da Cancrini, il controreagire sulla base del controtransfert è, in questo caso, di permettere a Rodolfo di rompere gli oggetti; credo che su questo specifico punto entri in gioco il modello che ognuno di noi ha dello sviluppo mentale del bambino; se si pensa che possa essere utile, sempre, la libera espressione di sentimenti ed emozioni, l'intervento sarà quello esposto da Cancrini; se si pensa che l'espressione dell'aggressività che porta a rompere gli oggetti esponga il bambino ad una lettura sempre distruttiva della propria aggressività, informi il proprio sé di una incapacità di regolazione di questa emozione e gli crei confusione tra l'analista nella stanza d'analisi e la sua mamma a casa, l'intervento sarà un inappellabile e chiaro stop, cui seguirà successivamente l'elaborazione verbale.

29 ottobre 2012

“Quando il bambino era bambino non sapeva di essere bambino”

(Walter Benjamin)

Adamo Vergine

Sono intervenute molte persone che lavorano con bambini e sono riconosciute come tali, alcune però, pur essendo legittimate hanno il dubbio che per prendersi cura non si può seguire un metodo già prescritto e fanno nascere l'idea che siano i pazienti o le famiglie che ce lo suggeriscono, senza saperlo loro stessi, ma comportandosi in un particolare modo mostrano il tipo di sofferenza. Di

questo sono veramente grato alle colleghe Orofino, Olivotto e Barbieri 1 e 2. I loro interventi danno la speranza di una psicoanalisi viva e umana, proprio perché ha il coraggio di lasciarsi plasmare dai problemi di chi soffre e non resta mummificata in uno statuto, che proprio per questo non può essere scientifico. La scienza, e specialmente quelle che si dicono scienze dell'uomo, si modificano continuamente con l'esperienza, certamente nelle teorie che le rappresentano, ma a volte anche nel metodo, proprio in seguito a delle conoscenze impreviste o a delle illuminazioni che provengono dalle altre discipline che si occupano dell'uomo, estetiche o scientifiche che siano. I comportamenti che non si possono modificare sono solo quelli superstiziosi, religiosi e militari.

Per questo vorrei introdurre un elemento di riflessione, collaterale ma molto affascinante e che dà molto da pensare: prima alcuni accenni al contributo culturale di artisti e letterati e poi a quello di altre discipline scientifiche sullo sviluppo e la formazione della mente nel bambino, che hanno fatto un progresso enorme.

Oltre al famoso *Emile* di J. J. Rousseau, è uscito proprio in questi giorni - per le ed. Cortina - *Figure dell'infanzia* di Walter Benjamin (a cura di Francesco Coppa e Martino Negro) la cui lettura ha suscitato in me ancora più interrogativi di quelli che avevo prima sulla cura dei bambini, per come la conosco dai resoconti dei colleghi, ma comunque da persona che studia e pensa la psicoanalisi.

È naturale che ogni essere umano sia interessato alla sua natura, origine e modalità di divenire, ma quello che maggiormente mi ha colpito è il fatto che persone colte, non del nostro mestiere, possano prendere in considerazione il bambino per quello che è e non per quello che, secondo la scienza, o secondo qualsiasi altro criterio discriminante di sanità, intelligenza o aspettative ideali degli adulti, dovrebbe essere o "deve" diventare.

È vero che l'evoluzione della specie si avvale anche di questo "deve", nel senso che cerca di prefigurare, ed in qualche modo determinare, una certa continuità nel futuro della specie, ma contemporaneamente, in complicità con il pensiero eccentrico degli artisti, questo "deve" fa sentire compassione sia per i bambini che lo subiscono sia per gli adulti che lo esercitano, entrambi perché si rifugiano in quello che permette loro di rinunciare alla vita così per come essa si è presentata, per rivolgersi ad una idealità improbabile.

Il ramo della psicoanalisi che si dice essere la psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti mi sembra, solo attraverso la lettura di rendiconti e di visite agli studi di molti colleghi che hanno tale esperienza, che nel contesto di questa psicoanalisi (che è pensata anche come un contesto di *Liberazione* delle potenzialità del soggetto) vi sia contemporaneamente, come è naturale che sia, anche molta pedagogia che è l'aspetto più difficile da usare per il bene dell'altro e non del proprio. La pedagogia inevitabilmente pone freni attraverso *interdizioni e proibizioni* per costruire funzioni regolatrici che diano confini e limiti compatibili con la vita propria e quella collettiva.

Poiché, però, è difficile dirimere se i limiti, che ogni terapeuta cerca di porre alla libertà assoluta del bambino, li dia perché è egli stesso (o il proprio super-io) che non sopporta quelle libertà oppure perché ha compreso che il bambino stesso non potrebbe vivere bene senza quei limiti. Di ciò se ne parla specialmente nell'intervento di Barbieri 2, ma io sono dell'avviso che forse ci dovremmo abituare a pensare, così come non si può evitare di pensarlo per le madri, che ogni essere umano non può umanamente essere neutro e quindi, se si impegna, mette in ogni terapia anche qualcosa di suo, così come prende su di sé anche cose che fanno male dall'altro.

Naturalmente questo è umano e comprensibile anche se il limite scaturisse soltanto dalle possibilità personali del terapeuta, però, se a volte queste dovessero essere troppo limitate, sia nello spazio fisico che in quello psichico, per il bene del bambino si potrebbe anche prendere in considerazione di fare diversamente, inventarsi un setting più libero per adeguarlo a ciò che sembra necessario al bambino. In luoghi dove è possibile una libertà diversificabile, anche se questo non permetterebbe di rispettare le regole istituzionali, alle quali non riesco ancora a capire se siamo così legati per ragioni di opportunità politica economica o di tipo transferale, religioso e apparentemente riverente.

Nella nostra storia ci sono stati anche esempi che esulano da queste regole rigide di cui abbiamo paura e che sono state imposte soltanto dopo i pionieri, temendo che non si fosse più capaci di conservare lo spirito originario.

Un esempio storico è quello di Aichhorn per la riabilitazione di giovani antisociali. Ma era un istituto non un setting privato. Anna Freud lo ammirava molto e non è da escludere che l'idea di fare anche lei un'istituzione, la clinica Hampstead, non derivasse da quell'ammirazione. Aichhorn quando divenne psicoanalista fu anche l'analista della Malher, che poi si interessò del rapporto madre-bambino, facendo ricerche con l'osservazione diretta, probabilmente a casa loro o in una qualche istituzione (Tavazza, 2012)¹¹.

Anche la Klein, oltre ad usare un setting privato si servì molto della clinica Tavistock dove lavorò anche Bowlby.

Poi al di fuori della nostra cerchia ci sono molti esempi di pedagogia all'aperto con setting molto ampi che vanno oltre l'ora – una cosa certamente importante per i bambini - da i due terzi della giornata a più giorni e a settimane, simili a contesti familiari dove si mangia, si lavora e si dorme insieme, ma che noi non abbiamo mai presi in considerazione per le terapie abituali, né come eccezionali, se si eccettuano quelle che chiamiamo “comunità terapeutiche” per i casi gravi, sia per ragazzi preadolescenti che per adolescenti, di cui alcuni nostri colleghi che se ne interessano dicono che il contatto continuo e di tipo comunitario aiuta molto per la cura.

Un altro esempio storico fu quello della Sabina Spielrein che, quando tornò in Russia, dette l'avvio alla formazione di asili nido secondo criteri psicoanalitici, di cui, per quanto è rimasto di documentabile, se ne è parlato con molto interesse (vedi Malgherini 2012)¹².

Di tutto ciò, però, non si è più discusso e la prassi legittima è diventata soltanto quella privata individuale, mentre come è stato già detto negli interventi di analisti infantili, che hanno preceduto questo mio e nei quali sento veramente una tensione verso il progresso ed un interesse autentico per la cura, vi sono molte esperienze di grande ausilio terapeutico che esulano da quelle forme canoniche, ma che vanno incontro alle necessità individuali di quel bambino particolare.

Recentemente è intervenuta in questo dibattito Paola Orofino dicendo che la psicoanalisi dovrebbe “scendere in strada”. Potete leggerlo perché è molto convincente. Io posso solo farne un auspicio!

Tutte le scienze dello sviluppo infantile, collaterali alla psicoanalisi, stabiliscono che, contrariamente agli adulti, il fattore più importante della crescita è l'agire, perché è soltanto attraverso l'azione, come verifica di un'idea che incomincia a sorgere, che quel pensiero può finalmente acquisire forma e poi, via via, attraverso le emozioni, le immagini, i simboli, infine categorizzarsi, cioè diventare stabilmente pensiero.

Il bambino agisce continuamente nel mondo per conoscerlo, se si impedisce di farlo oppure di limitare questo suo agire contro il suo stesso bene, egli viene costretto a reprimere quell'istinto primario e innato che ci porta alla conoscenza. Un bambino può riuscire a comprendere una persona con cui è in relazione solo se la tocca, la picchia, l'abbraccia, la bacia, insomma se la esplora con tutti i suoi sensi concretamente come fa con qualsiasi oggetto anche inanimato.

Come è possibile che una disciplina, che è stata fondata da uno scienziato che tra le prime cose su cui l'ha fondata ha posto la sessualità infantile, una sessualità che se non viene riconosciuta ed agita, almeno nei limiti dell'accudimento primario come la pulizia del corpo e quindi delle zone erogene, non avrebbe neanche la possibilità di evolvere verso la sessualità adulta – necessaria sia al piacere personale che alla riproduzione della specie – una disciplina così pensata possa indicare dei criteri terapeutici che vanno proprio nella direzione opposta. Forse alcuni bambini vengono portati in terapia proprio perché, per qualche motivo forse evitabile o forse non, sono stati allevati con pochi affetti, con riservatezza e pudicizia nei riguardi della sessualità adulta e quella infantile.

¹¹ Tavazza, G. (2012) Margaret Malher: una vita “al confine”. In: Cupelloni, P. (a cura di): *Psicoanaliste. Il piacere di pensare*. Franco Angeli, Milano.

¹² Malgherini, M. (2012) Sabina Spielrein, a occhi chiusi. In Cupelloni, P. (a cura di): *Psicoanaliste. Il piacere di pensare*. Franco Angeli, Milano.

Poiché aspetti di pedofilia o di pedofobia si ritrovano in ogni essere umano, mi viene da supporre che il rigore delle regole e l'intimidazione dei terapeuti possa derivare dal bisogno di metterli e mettersi al riparo da una tale eventualità, giustificato per l'abuso di qualsiasi tipo anche quello troppo repressivo, non dovrebbe impedire nell'analisi infantile, né una certa quota di affettuosità che un'aggressività esagerata: dovrebbe appunto *regolare*.

Per fare questo ci si dovrebbe interrogare continuamente e non ubbidire.

Siamo sicuri che imponendo un metodo, in modo che non si possano fare piccole variazioni o escursioni sperimentali, pur sentite come fortemente opportune, il meglio del nostro metodo, solo per questo, sia salvato e tramandato?

O non è forse proprio il contrario?

Dal mio punto di vista, che molti potranno contraddire, penso che dovremmo tenere più conto delle necessità dei pazienti che non sono catalogabili e prevedibili e che la nostra esperienza terapeutica, il nostro intervenire, non è altro che accompagnare, con cautela e rispetto, secondo le possibilità individuali, il bambino a comprendere che era bambino ed il paziente a sentire come si può soffrire meglio se non si nega la sofferenza.

29 ottobre 2012

Una silenziosa mutazione?

Franco De Masi

Cari Colleghi,

io non mi occupo in prima persona di terapie analitiche infantili, ma ho fatto e continuo a fare supervisioni private ad alcuni colleghi che con molta tenacia e competenza continuano a analizzare bambini gravi.

Da questa esperienza ho imparato molto e continuo a imparare. Ne dò testimonianza nel mio libro "Vulnerabilità alla psicosi" dove riporto materiale clinico dei colleghi in supervisione che trattano casi di bambini gravi o difficili. Ho capito io stesso come le psicosi (ma anche le condizioni borderline) hanno origine nei ritiri infantili, cioè nella creazione di un mondo di fantasie sensoriali dissociate dalla realtà psichica.

Il ritiro infantile deve essere distinto dal gioco e dall'uso della fantasia necessari per la vita psichica del piccolo. Anche se questi bambini sono qualche volta apparentemente tranquilli essi sono già portatori di un germe che li condurrà prima o poi alla follia.

Torno al motivo che ha ispirato questa mia breve nota.

Il titolo del dibattito è "Le molte declinazioni della psicoanalisi infantile". Un titolo ispirato alla necessità di far emergere i diversi stili di lavoro che si possono adottare nell'incontro complesso con il bambino sofferente e i suoi genitori.

Avendo letto i contributi dei colleghi mi pare, a posteriori, che sarebbe stato meglio usare il sostantivo *psicoterapie* piuttosto che *psicoanalisi infantile*. Sono infatti le psicoterapie che consentono, giustamente, approcci e setting diversi.

Alcuni contributi, infatti, descrivono terapie in cui sono scomparse le sedute tra analista e bambino, come siamo abituati a pensare dai tempi di Melanie Klein.

Niente di male se queste producono cambiamenti utili alla terapia. Ma mi piacerebbe che fossero maggiormente esplicitati, in questi casi, i motivi per cui il tradizionale setting analitico ha subito una radicale modifica

Anch'io sono d'accordo che molte volte è più utile e proficuo lavorare con i genitori e non direttamente con il bambino. Ho esperienza, anche nel corso di trattamenti analitici di adulti o di

psicoterapie a adulti, come sia possibile aiutare un genitore a comprendere meglio, a volte a essere più fermo, con il proprio bambino. Lavorare con i genitori per aiutarli a promuovere lo sviluppo dei propri figli mi pare essenziale.

Ma cosa possiamo proporre quando il bambino è andato “oltre” e il genitore non è in grado di comprendere e di essergli veramente di aiuto?

Crediamo davvero che l’empatia e la condivisione con genitori e bambini nella stessa stanza sia in grado di produrre quelle trasformazioni durature che solo una buona analisi, con un numero sufficiente di sedute la settimana, in un rapporto intimo a volte sofferto da parte di entrambi, può produrre?

Non credo che negli ultimi anni si sia prodotta una mutazione silenziosa che ha messo in sordina, fino a farla scomparire, l’analisi vera e propria. Nello scorrere i vari interventi dei colleghi sembra quasi che questo fatto sia avvenuto e non ho capito le ragioni per il quale si è prodotto, sempre che la mia impressione sia corretta.

Ecco, mi piacerebbe conoscere l’opinione di coloro che incontrano quotidianamente i bambini e i loro genitori e si battono per il benessere di entrambi.

30 ottobre 2012

Insegnamento B/A nel Training

Annamaria Ferruta

(candidata per l’elezione del Comitato Esecutivo SPI come Segretario Nazionale del Training)

Tra le tante declinazioni della psicoanalisi infantile c’è anche quella dell’insegnamento nel training. *L’interpretazione dei sogni* e *i Tre saggi sulla sessualità* hanno segnato l’inizio della psicoanalisi, indicando nella realtà psichica e nella sessualità infantile elementi fondanti la specificità psicoanalitica. Tutte le ricerche attuali, in psicoanalisi e in altre discipline, mostrano ormai con evidenza l’importanza delle relazioni primarie con i caregivers nella cura delle sofferenze psichiche e nella prevenzione del disagio infantile. La psicoanalisi nella sua essenza si occupa di come un bambino cresce in un ambiente relazionale. La diffusione della pratica clinica con bambini e adolescenti, dopo Klein e Winnicott e le centinaia di loro proseguitori, ha fornito elementi fondamentali per ribadire questa unitarietà della psicoanalisi e per formulare setting specifici, configurati sull’età dei pazienti (comunicazione non verbale, rêverie, gioco, enactment, figurabilità, ecc.), sul rapporto con i genitori (consultazione partecipata), sulle condizioni ambientali adatte alla ripresa della crescita psichica (comunità, centri diurni), sui tempi necessari della cura psicoanalitica (crisi adolescenziale e/o breakdown psicotico, varie forme di claustrum, ecc.).

Gli istituti di training non hanno ancora fatto proprio pienamente questo patrimonio, in quanto i loro programmi sono stati formulati sulla base clinica di una psicoanalisi che si occupava prevalentemente della cura e nella riflessione relativa a pazienti adulti. Ci possiamo chiedere il perché di questi ritardi e resistenze. Forse riconoscere nel bambino, come era accaduto per il malato psichico, l’esistenza di una vita psichica autonoma e creativa, che entra in relazione attiva e conflittuale con il caregiver e il curante suscitava qualche difficoltà in chi si sentiva collocato nella posizione del ‘maestro’, determinando visioni ‘adultizzate’ della dinamica psichica infantile in via di costruzione.

Ora le cose sono cambiate: la psicoanalisi è una sola, considera il soggetto nella sua unitarietà in relazione con l'altro e in un percorso di continua trasformazione e cambiamento, lungo crisi che non riguardano più solo il passaggio adolescenziale.

Occorre adeguare a questa realtà i programmi di formazione dell'INT e tenerli in contatto con i tempi e le scoperte via via sempre più interessanti, relative alle possibilità profonde di cambiamento che possono avvenire nella relazione terapeutica e all'importanza dello scambio affettivo tra soggetti entrambi attivi e capaci di trasformazioni psichiche.

E' un discorso complesso, che deve essere sviluppato in tutta la SPI, come è già stato fatto in occasione delle iniziative di formazione sulla psicoanalisi degli adulti e adolescenti, con i Convegni di aggiornamento, quali quello di Calabrone su 'Agito, azione, enactment', a cui seguirà quello del 15-16 febbraio 2013 a Bologna su 'Interventi e interpretazioni in psicoanalisi', e con le iniziative della Commissione per il Perfezionamento B/A, che fornisce la sua consulenza sulla formulazione dei programmi dell'INT.

Nel programma che ho presentato per la candidatura come Segretario Nazionale del training, ho messo in evidenza che a questo scopo sono da aggiornare i seminari affrontando gli autori contemporanei che hanno fatto ricerche cliniche e sperimentali nell'area B/A .

Inoltre occorre un'impostazione dell'insegnamento secondo un metodo prevalentemente seminariale, un laboratorio nel quale la relazione tra docenti-allievi costituisca un contesto creativo di pensiero. che dia importanza alla discussione di casi clinici, anche di consultazione e di psicoterapia, e alla presentazione di un caso clinico da parte dei docenti.

Si sono rivelate molto interessanti e utili le supervisioni di gruppo, con tutti gli allievi e con un docente esperto di analisi con adulti e un altro esperto di analisi con B/A, per lo sviluppo di una psicoanalisi plurale e non settoriale.

La prospettiva è quella di una sempre più piena integrazione del corso di perfezionamento b/a nel training, non solo come elemento organizzativo, ma come integrazione nel pensiero psicoanalitico degli sviluppi relativi alle conoscenze sull'importanza nella formazione della psiche delle relazioni precoci e delle comunicazioni non verbali, con l'obiettivo di presentare un caso b/a per l'associatura.

Per rendere realizzabile tutto ciò occorre valorizzare il Comitato di Coordinamento del Training, una struttura dalle grandi potenzialità, per garantire un monitoraggio collegiale continuo sui livelli di qualità, sulla completezza della formazione senza localismi, sul rinnovamento dei programmi. Questo Comitato è formato dai Segretari delle Sezioni Locali di Training, dai Segretari delle Commissioni nazionali dell'INT, dal responsabile della Commissione B/A, e può svolgere una funzione di continuo contatto e rinnovamento con le realtà locali a cui i vari membri fanno riferimento.

30 ottobre 2012

Commento a De Masi. A proposito di interventi terapeutici genitori-bambini.

Marisa Mélega Pelella

(membro con funzioni di training della SBPSP, Società Psicoanalitica Brasiliana di São Paulo)

Conosco piuttosto bene ed apprezzo la profondità del lavoro analitico di Franco De Masi. Sono d'accordo col suo contributo per quanto riguarda il difendere l'analisi infantile a più sedute. D'altra parte – come è stato osservato da vari colleghi in questo dibattito – siamo di fronte a una tendenza che include i genitori nell'universo terapeutico del bambino, la qual cosa non era considerata opportuna all'inizio dell'analisi, come ho detto nel mio precedente intervento.

Senza dubbio gli interventi terapeutici genitori-bambini non sostituiscono un'analisi.

Per chiarire ulteriormente il mio approccio, cito in sintesi il mio articolo "Joint parent and child therapeutic interventions"¹³, che descrive un approccio basato sull'osservazione psicoanalitica secondo il modello di Esther Bick (inaugurato nel 1949) e sul lavoro di Bion *Esperienze nei gruppi* (1961).

INTERVENTI TERAPEUTICI GENITORI-BAMBINI

Con questa denominazione vogliamo riferirci a un lavoro psicologico ispirato da un modello di Osservazione Esther Bick. Questo lavoro inizia nel momento in cui i genitori chiedono un appuntamento per esporre situazioni - problema con i loro bambini. Il consulente terapeuta invita genitori e bambini a partecipare ad un incontro dove tutti possono esprimere quello che pensano e sentono e, in questo modo, il terapeuta può osservare e comprendere le interazioni. Questa sarebbe la tappa della valutazione.

La nostra esperienza clinica ci ha convinto che valutare tramite l'osservazione del gruppo familiare ci permette l'accesso alle interazioni esistenti nei membri del gruppo che crediamo siano più degne di fede che le informazioni dei genitori fondate frequentemente su osservazioni parziali o incomplete degli eventi familiari. Offriamo in questo modo un campo nel quale terapeuta e famiglia possono osservare e comunicare quello che emerge durante l'incontro e così promuovere la partecipazione di ogni membro.

Per creare e mantenere questo campo stiamo usando il metodo analitico in tutta la sua ampiezza. Le interazioni che sorgono durante l'incontro, espresse in linguaggio verbale, preverbale, ludico o attraverso acting out, sono esempi vivi della storia del gruppo e del luogo che ogni membro occupa, storia e luogo che "parlano" di rapporti conflittuali che si ripetono e dovuti all'impossibilità di incontrare soluzioni per l'impossibilità di pensarle.

Riferimenti Teorici

Valutare situazioni conflittuali nel gruppo primordiale significa prima di tutto privilegiare attitudini mentali come: essere ricettivo, mantenersi nel clima emotivo esistente intorno all'oggetto osservato e allo stesso tempo essere capace di contenersi e di non agire nel campo dell'osservazione. Questo primo riferimento è ispirato dal modello di osservazione di Esther Bick.

Il contributo di W. Bion al lavoro con gruppi è un altro riferimento importantissimo che si porta all'applicazione del metodo analitico al gruppo familiare. Bion, sollecitato ad aiutare gruppi con compiti definiti che presentavano tensioni interne, osservava il comportamento dei partecipanti. Usando la prospettiva analitica di osservazione che tiene conto dell'intuizione e delle reazioni emotive dell'osservatore, Bion riuscì a capire fenomeni che accadevano nei gruppi. Lui notò che il comportamento dei partecipanti e la scelta di metodi per arrivare all'obiettivo proposto erano scarsi, senza razionalità e non corrispondevano all'intelligenza e abilità costatati fuori dalla situazione gruppale. La soluzione dei problemi usava metodi non adeguati alla realtà. Le emozioni che si creavano erano enormi, influivano e orientavano l'attività del gruppo. Bion, usando la tecnica che consisteva in osservare e descrivere al gruppo le situazioni create nel gruppo, che erano contro la realizzazione del compito del gruppo. portò il gruppo al superamento dei suoi impedimenti. Quindi, osservare e descrivere al gruppo le situazioni create dal gruppo che si oppongono a realizzare il compito o ad avviare una soluzione del conflitto è fundamentalmente usato negli interventi.

¹³ In Melega M., Mendes de Almeida M., Leite da Costa M. (eds.) (2012). *Looking and Listening: Work from the São Paulo Mother-Baby Relationship Study Centre with a Supervision Seminar by Esther Bick*. Karnac -The Harris Meltzer Trust, 161-174.

Nel caso del gruppo famiglia, i "compiti" sono conseguenza dell'esercizio delle funzioni dei genitori. D. Meltzer (1986) le definisce così:

- 1) Generare amore (- diffondere odio)
- 2) Sostenere la speranza (- seminare la disperazione)
- 3) Contenere la sofferenza depressiva (- emanare ansia persecutoria)
- 4) Pensare (- produrre menzogne e confusione)

Natura degli Interventi Terapeutici

- 1) Gli interventi non sono indirizzati a un solo partecipante e si ha una interazione e conseguentemente questi interventi non rientrano nel sono transfert.
- 2) La tendenza del terapeuta deve essere di non intervenire, ma di mantenere il campo di attenzione e contenimento.
- 3) Gli interventi sarebbero necessari nei seguenti casi:
 - a) Quando la comunicazione durante la seduta tra i membri è pervasa da equivoci, il che rende difficile la continuità del dialogo.
 - b) Quando la comunicazione ludica dei bambini del gruppo non è accessibile ai genitori.
 - c) Quando la comunicazione tra i membri esprime un lavoro mentale di anti-pensiero e menzogna e nessuno dei partecipanti interviene per denunciare questo fatto.
 - d) Quando la situazione del transfert con il terapeuta è motivo di acting out di qualche membro del gruppo.

Gli interventi partono da osservazioni del comportamento dei partecipanti durante le interazioni e servono a chiarire sentimenti e idee.

31 ottobre 2012

Bambini, genitori e adulti nella stanza d'analisi

Maria Paola Ferrigno

Ringrazio, prima di ogni cosa, gli attivatori e gli animatori del dibattito sulla psicoanalisi infantile che hanno 'promosso' uno spazio per una disciplina che, ahimè, rimane ancora oggi, anche nella comunità psicoanalitica, 'Figlia di un dio minore'.

Grazie anche a Marco Mastella che ha, molto utilmente, posto il quesito sulla collocazione della Psicoanalisi Infantile anche ai Candidati per l'Esecutivo nazionale.

Noi psicoanalisti infantili (oltre che di adulti) leggiamo con piacere l'intento di tutti i Candidati all'Esecutivo di sostenere la psicoanalisi infantile e garantirle la dovuta cittadinanza nell'area psicoanalitica. Aspettiamo fiduciosi la realizzazione dei loro programmi.

Gli interventi che si sono susseguiti in questo dibattito sono stati molti e molte, soprattutto, le declinazioni della tecnica e dell'approccio psicoanalitico al bambino e alla sua famiglia.

E' forse questo che porta De Masi a suggerire (mi pare con una piccola e utile provocazione) che il dibattito avrebbe dovuto chiamarsi 'psicoterapie piuttosto che psicoanalisi infantile'.

E', per me, evidente che quando penso alla psicoanalisi infantile ho nella mente (e nella mia pratica quotidiana) un setting analitico che potrei chiamare tradizionale: almeno tre sedute alla settimana, nella stanza con il piccolo paziente, in un rapporto intimo con lui, intenta a comprendere il suo mondo interno, le sue fantasie inconse per poterle cogliere, attraverso la rêverie e il delicato

lavoro transferale-controtransferale, quegli aspetti conflittuali che ne rendono difficile, o ne bloccano, un armonico sviluppo e avviare l'alfabetizzazione possibile delle sue emozioni.

Poi, oltre la porta chiusa, in un'altra stanza, vi sono i genitori, le loro angosce e, quasi sempre, il loro desiderio di essere aiutati a comprendere meglio il loro bambino per sostenerlo nella sua crescita e per riavviare una armonica comunicazione con lui.

Ho voluto specificare che la porta della mia stanza di analisi con i bambini è chiusa, proprio come quando lavoro con pazienti adulti.

E' in un'altra stanza che incontro i genitori e, in quelle occasioni, cerco di essere capace di accogliere le loro ansietà, le fantasie sul loro bambino, le loro proiezioni e tutti quegli aspetti, in parte inconsci, che possono intralciare una soddisfacente intesa con il loro piccolo.

In quegli incontri condivido con loro anche il senso del mio lavoro e cerco di costruire quell'alleanza che tutti sappiamo essere elemento indispensabile al lavoro analitico con i bambini. Nel corso di quegli incontri, però, il mio piccolo paziente sa di poter essere certo della mia riservatezza su ciò che, insieme, conosciamo e co-costruiamo nella stanza di analisi.

Ma, allora, come si collocano le numerose, e molto differenti tra loro, declinazioni della tecnica che, generosamente, alcuni Colleghi hanno inserito in questo dibattito?

Lavorare con i bambini ci impone, costantemente, come suggerisce la suggestiva immagine che ci offre Marco Mastella, di mettere in funzione il 'Cambio Campagnolo' che ci permette di cambiare il passo, affrontare le salite e i terreni accidentati con cui, costantemente, il bambino in analisi ci obbliga a misurarci. Il bambino ci tocca, ci viene in braccio, ci aggredisce fisicamente, ci chiede di aiutarlo ad andare in bagno, ad allacciarsi le scarpe; i suoi genitori ci chiamano al di fuori degli appuntamenti che gli offriamo, ci portano le loro urgenze, ci chiedono cosa fare, ci chiedono di parlare con gli insegnanti.....

Insomma, a fronte delle frequenti 'incursioni nel setting' ci è necessario richiamarci, molto più concretamente di quanto accade nel lavoro con gli adulti, al nostro setting interno, rivisitandolo e 'riaggiustandolo' continuamente ben sapendo che la inevitabile e necessaria flessibilità non deve minare la nostra funzione psicoanalitica. Sappiamo di non dover correre il rischio di 'cadere in una modalità liquida', come scrive Irene Olivotto, che rischierebbe di toglierci quella specificità (propria del lavoro psicoanalitico) che ci differenzia dai bravi insegnanti ed educatori o dagli esperti assistenti sociali e che, proprio per la sua specificità, offre al nostro piccolo paziente quella particolare esperienza che si chiama 'incontro psicoanalitico' che solo noi, in quanto psicoanalisti, possiamo offrirgli.

Penso anche che la psicoanalisi infantile sia un territorio di coraggiosa ricerca e sono profondamente convinta che nuove proposte di tecnica, anche quelle che ci appaiono 'insolite' o, addirittura, 'discutibili', quando si poggiano su quelli che tutti noi riconosciamo come gli elementi irrinunciabili della psicoanalisi, possano rappresentare una fruttuosa occasione di confronto e di approfondimento.

La speranza di tutti noi che pratichiamo la psicoanalisi infantile è che, sempre più, essa trovi un riconoscimento adeguato nella formazione analitica del Training. E' infatti ormai ampiamente condiviso il prezioso contributo che essa può offrire alla cura psicoanalitica dei pazienti adulti, soprattutto quando presentino patologie gravi, esperienze traumatiche precoci o esiti di gravi deprivazioni.

Infine, ogni psicoanalista ben sa quanto sia necessario (oltre che opportuno) dialogare con il bambino ferito che vive e chiede ascolto nel nostro paziente adulto diligentemente sdraiato sul lettino analitico.

Risposta a De Masi

Barbara Piovano

Il mio intervento, in risposta alla domanda di De Masi su “cosa possiamo proporre quando il bambino è andato ‘oltre’ e il genitore non è in grado di comprendere e di essergli veramente di aiuto”, mi dà l’opportunità di ribadire l’importanza di proporre una psicoterapia o analisi anche a bambini gravi.

Il lavoro con i suoi genitori favorisce la creazione di uno *spazio* per l’investimento emotivo e la rappresentazione del figlio e di uno spazio di riflessione sulla relazione con il figlio, il miglioramento delle *funzioni genitoriali*, *l’identificazione con il terapeuta*, come nuovo o riattivato oggetto di sviluppo.

Non sostituisce tuttavia quelle trasformazioni durature che solo la relazione analitica può produrre, anche in bambini autistici e psicotici o con gravi patologie.

Ho descritto in un lavoro, in corso di pubblicazione, alcune tappe significative che ho evidenziato nelle terapie e nella supervisione di terapie di bambini autistici *senza linguaggio*, alcuni dei quali hanno raggiunto la capacità di simbolizzare e parlare.

Intendo per *simbolizzazione*, in questo specifico contesto, la capacità di pensare l’oggetto assente grazie alla creazione di uno spazio psichico che contiene la rappresentazione dell’oggetto e dell’internalizzazione del legame con esso; la possibilità di giocare e di affrontare attraverso il gioco situazioni angoscienti (gioco simbolico- Freud, 1920); la capacità di comunicare angosce, vissuti e conflitti attraverso il linguaggio mimico o il linguaggio verbale e la capacità di usare il linguaggio per facilitare la comunicazione, anziché bloccarla, come nel caso del linguaggio-barriera e dell’ecolalia.

L’esperienza che il bambino fa del setting e della struttura simbolizzante della mente dell’analista (i due aspetti che configurano la situazione analitica) promuove di per sé- in aggiunta ai cambiamenti dell’ambiente che si ottengono lavorando con e sui genitori e alla qualità affettiva della relazione che l’analista costruisce con il bambino - il processo che porta alla strutturazione del sé, alla nascita del sentimento di identità, alla possibilità di usare la funzione simbolica (Piovano, 1994, 1998, 2005).

Le *premesse della simbolizzazione* stanno nel legame con la madre nel periodo che precede la separazione me non-me, nel processo attraverso il quale la madre trasforma i dati del corpo del bambino in immagini mentali *integratrici* e nell’area transizionale. *L’ulteriore tappa del processo di simbolizzazione* che conduce all’internalizzazione del legame con la madre - legame contenente i precursori della simbolizzazione - e alla capacità di rappresentare l’oggetto assente, presuppone l’elaborazione dell’angoscia, dell’odio e della distruttività connessi all’alterità, alla separatezza e alla perdita dell’oggetto, in riferimento costante al *‘terzo termine’*. «E il terzo, presente nella mente della madre, che si presentifica nel bambino quando l’esistenza separata della madre la rende portatrice di assenza, che partecipa alla rielaborazione delle problematiche legate all’assenza, alla separazione e all’alterità e favorisce la riunione, sul piano simbolico, una volta che l’alterità e la separazione sono state accettate» (S. Godfrind, 1989).

Winnicott (Winnicott, 1951) sottolinea l’importanza dell’area e del tempo di illusione affinché la disillusione progressiva rispetto alla distinzione me non-me sia possibile e colloca nell’area intermedia di esperienza la matrice di ogni simbolizzazione. Il simbolo si forma a partire dall’area transizionale tra madre e bambino, dove nascono il gioco, il pensiero e la distinzione tra sé e non sé.

Ipotizzo che l’autismo infantile (o di nuclei autistici negli adulti) sia riconducibile a una serie di fattori che in qualche modo sono speculari e di segno opposto rispetto a quelli che favoriscono l’acquisizione dell’identità e lo sviluppo della simbolizzazione:

1) rottura precoce della fusione con la madre e mancanza della funzione di rêverie della madre;

2) mancanza dell'area intermedia di esperienza, dello sviluppo della capacità di illusione con ciò che essa implica a livello del funzionamento del pre-conscio;

3) impossibilità di simbolizzare l'assenza e, quindi, di introiettare l'oggetto ed il legame con esso.

La terapia dovrebbe quindi, in qualche modo, riparare queste aree traumatiche e deficitarie e ripristinare attraverso l'esperienza della relazione analitica una linea di sviluppo 'normale'.

Il bambino si trova confrontato fin dall'inizio della sua terapia con l'esperienza del setting, che mette in crisi il funzionamento bidimensionale della mente, opponendosi all'illusione di fusione con la madre e con la presenza nella mente dell'analista di un doppio referente materno e paterno.

La funzione 'materna' di holding e rispecchiamento dell'analista consente al bambino di sperimentare un legame fusionale e di raggiungere un sentimento di integrità narcisistica e di continuità del sé, mentre la 'funzione paterna', attraverso l'introduzione di modulazioni della distanza emotiva e spaziale e della discontinuità della presenza, conferisce una qualità di profondità e processualità alla relazione, favorendo l'abbandono di modalità adesive di rapporto e l'avvio del processo di simbolizzazione.

È infatti proprio il bisogno di fronteggiare e mantenere la distanza tra sé e oggetto che innesca il processo simbolico e determina la simbolizzazione.

Il percorso che il terapeuta si trova a compiere insieme al bambino autistico che *non parla* verso la possibilità dell'emozione, del significato e del pensiero, è lungo e difficile.

La *capacità di pensare* dell'analista stesso è messa a dura prova. È difficile creare le condizioni che introducono senso nel caos delle esperienze traumatiche precoci, promuovere l'evoluzione dal corporeo al mentale, cogliere i semi di un pensiero rudimentale e promuovere uno scambio a livello mentale, quando si deve andare incontro ai suoi bisogni di contenimento e, talvolta, di accudimento corporeo, e quando si è immersi nel mondo caotico e bizzarro che il bambino cerca di riprodurre nella stanza di terapia. A questo proposito Meltzer (1975) fa presente che lo stato primitivo dell'Io, il carattere inusuale delle angosce e l'oscillazione tra stati di integrazione e stati autistici creano un quadro clinico terribilmente complesso che l'osservazione non può distinguere dal comportamento bizzarro di un psicosi delirante.

Lo *spazio clima affettivo-emotivo* che si crea tra il bambino e il terapeuta favorisce l'esperienza affettiva della relazione nei suoi *aspetti transferali* (transfert dell'ambiente interno del bambino nell'ambiente messo a disposizione dall'analista) e in *quelli di relazione con un nuovo oggetto con potenzialità evolutive*: relazione che si costruisce ed evolve parallelamente allo sviluppo del processo di simbolizzazione.

La funzione di *rêverie* dell'analista si articola nei suoi diversi aspetti di *rêverie corporea, affettiva e mentale*: essa consente di trasformare esperienze sensoriali e protoemozioni in esperienze psichiche (sentimenti e pensieri).

Le *funzioni analitiche* che facilitano la comprensione del bambino autistico e favoriscono la sua uscita dall'autismo e la sua crescita psichica sono l'empatia, la capacità di entrare in contatto con le sensazioni e le percezioni del corpo (Milner, 1969) e di regredire a stati di non integrazione (Winnicott, 1962). Il bambino autistico ha bisogno, inoltre, che il suo terapeuta sia dotato di buon senso (Tustin, 1990), fiducia, comprensione affettiva e partecipazione immaginativa, capacità di restare vivo e di essere un compagno vivo (Alvarez, 1992).

Quest'ultimo si configura per il bambino come una presenza viva e come oggetto trasformativo che introduce aperture di significato, *nuove soluzioni e nuove idee*.

Alcuni strumenti terapeutici sono considerati *specifici* del trattamento di bambini autistici in quanto presuppongono un'integrazione di funzioni *educative* e di *funzioni analitiche*. Ne elencherò alcuni:

1) interventi rivolti a verbalizzare, discriminare e integrare le sensazioni e «collegarle con i sentimenti vissuti nella relazione cosicché le sensazioni possano essere rappresentate e possano servire per pensare» (Corominas, 1991). È grazie al lavoro di *positivizzazione* (Godfrind, 1993), cioè al tentativo dell'analista di esprimere a parole la percezione degli stati sensoriali, delle emozioni e degli affetti del bambino, che quest'ultimo costruisce il suo sé sensoriale e la sua identità corporea.

2) interventi mirati a favorire il processo di differenziazione sé-oggetto attraverso l'aiutare il bambino a distinguere parti del corpo della terapeuta da parti del proprio corpo e a scoprire i limiti del proprio corpo.

3) interventi intesi a scoraggiare il bambino rispetto all'uso di oggetti autistici e di «manovre protettive» e a promuovere la disillusione progressiva rispetto alla distinzione me non-me, attraverso l'introduzione di aree transizionali e l'elaborazione delle angosce catastrofiche connesse con il riconoscimento dell'alterità e della perdita dell'oggetto: passaggio necessario per aiutare il bambino a rendere pensabile l'irrapresentabile e a ritrovare simbolicamente l'oggetto perduto.

4) analisi delle immagini evocate dalla gestualità del bambino autistico e dai vissuti corporei del bambino ai quali il terapeuta accede attraverso il proprio 'controtransfert corporeo' (Mathew, 1998; Maria E. Pozzi, 2003); decodificazione dei messaggi criptici contenuti nelle stereotipie gestuali; creazione di immagini e interpretazioni immagine - equivalenti alle 'anticipazioni creatrici' che nella norma funzionano spontaneamente tra madre e bambino - che favoriscono la costituzione di immagini nel bambino (B. Golse, 1992).

5) attenzione al transfert e al controtransfert, nelle modalità con cui entrambi si manifestano ed evolvono nel corso della terapia. Il controtransfert in particolare consente di cogliere i movimenti transferali e relazionali nel corso della terapia; di dare un nome alle angosce sottese agli atteggiamenti e comportamenti difensivi del bambino; di decodificare i suoi comportamenti aggressivi e distruttivi; di cogliere le tracce delle carenze e degli impingements traumatici dell'ambiente primario e delle identificazioni difensive precoci, acquisite corso delle esperienze di accudimento e messe in atto per la sopravvivenza psichica; di risalire alle caratteristiche dell'ambiente primario e dell'oggetto primario (per esempio oggetto che non possiede qualità di separabilità sufficienti, oggetto intrusivo, ecc.).

Mi auguro che quanto ho scritto renda almeno parzialmente l'idea del lavoro 'analitico' che favorisce nel bambino autistico l'esperienza di una relazione emotiva-affettiva che evolve parallelamente allo sviluppo dei processi di simbolizzazione, a partire da uno stato di non integrazione e di incapsulamento o da condizioni mentali che possono essere formulate nei termini della organizzazione mentale di base e dell'area psicosensoriale di Gaddini (1969) e della organizzazione sensitivo- sensoriale della posizione contiguo- autistica di Ogden (1989).

2 11 2012

Come color che son sospesi, tra ambiente, psicoterapia e psicoanalisi

Marco Mastella

A metà del tempo concesso per il Dibattito sulla Psicoanalisi infantile, provo a ricollegare alcuni degli interventi attraverso la narrazione di aneddoti recenti, in cui i 'fatti scelti' per la narrazione non sono casuali, ma scelti per quella che, almeno per me, è la loro valenza simbolica e di testimonianza, comunque una testimonianza di nicchia. Mi viene più facile parlare con questo linguaggio che attraverso i riferimenti a questa o quella teoria. Spero che nel frattempo altri riportino materiale riferito a trattamento psicoanalitico intensivo svolto direttamente.

L'ambiente

Oggi in una scuola di una zona terremotata abbiamo visto e discusso con un folto gruppo di insegnanti di scuola materna ed elementare ed il loro Dirigente parti del film *Temple Grandin*, tratto da una storia vera di una bambina- ragazza-donna autistica (ad alto funzionamento, si direbbe col senno di poi).

L'iniziativa veniva a conclusione di 8 anni di intervento formativo sul campo (in parte descritto in *Richard e Piggie*: Mastella e al., 2010), a partire dal lavoro di formazione all'osservazione rivolto

alle insegnanti di un asilo ed alla madre di due gemelli autistici ivi frequentanti (la terza gemella ha avuto uno sviluppo apparentemente normale).

Per diversi mesi la madre è stata ospitata, la mattina, in una stanza della struttura educativa, a disposizione, su richiesta, dei figli. All'incontro di ieri erano presenti anche i genitori dei gemelli, che ora frequentano le scuole medie e sono in psicoterapia psicoanalitica individuale bisettimanale da molti anni, psicoterapia inserita nell'ambito di ricerca Inserm- CIPPA, sull'efficacia della psicoterapia nel bambino autistico (ricerca ampiamente ispirata da Geneviève Haag). Era presente anche una delle insegnanti di scuola elementare che ha seguito i gemelli per cinque anni.

Gli insegnanti hanno colto molto bene diverse caratteristiche della patologia descritta, le hanno collegate a loro esperienze di lavoro, ed hanno ascoltato con trepidazione i garbati e discreti interventi della madre e dell'insegnante, intervenute spontaneamente verso la fine dell'incontro, per ricordare alcuni aspetti cruciali delle trasformazioni dei bambini.

E' stato un incontro riepilogativo, di un'intensità e partecipazione emotiva straordinarie.

In questi anni il lavoro con la madre (casalinga) e inizialmente col padre (operaio), svolto da me da un lato e dalle psicoterapeute dall'altro, è stato essenziale, come il lavoro con la scuola (svolto da me), ma determinante è l'intervento psicoterapico individuale con i bambini. Questi sono passati da una situazione di assenza di gioco, linguaggio e comunicazione, con evitamento del contatto e della relazione, ad una situazione di bambini vivi, che giocano, ridono, esprimono le loro paure e fobie, parlano, cantano, partecipano significativamente alla vita scolastica nella scuola normale di un paese vicino al loro, con insegnante di sostegno (anche se presentano un ritardo consistente del linguaggio, nonché dello sviluppo cognitivo e difficoltà nelle relazioni sociali, di varia intensità nei due bambini).

In questo caso lo psicoanalista (io) sceglie all'inizio l'unico intervento che, dopo intensa e travagliata elaborazione durante le consultazioni iniziali con i genitori e successivamente con genitori e bambini (individualmente e assieme) gli appare possibile, considerate le risorse ed i limiti in campo, nel contesto familiare ed educativo, ovvero l'intervento sull'ambiente, declinato attraverso l'intervento con la madre, diretto (colloqui) ed indiretto (presenza della madre a scuola) e l'intervento con le educatrici della scuola con la partecipazione costante della madre.

E' questo anche l'intervento che gli appare come il più indicato, in una prima fase (i bambini non ricevevano cure e attenzioni individualizzate, personalizzate).

L'energia per reagire ad una diagnosi pronunciata come infausta dai servizi proviene dalla determinazione riparativa della madre.

Mentre lavoriamo a fondo con lei sulla sua esperienza di gravidanza trigemellare, sui suoi vissuti, sulle sue sensazioni, emozioni, fantasie, nel tentativo di ricostruire uno spazio psichico cavo, recettivo, circoscritto, differenziato per ognuno dei tre figli, concordiamo l'esperienza della sua presenza al Nido come occasione, per lei, di sentirsi contenuta e sostenuta da altre donne (le educatrici) e da me nel trovare tempi e spazi e interazioni individualizzati per ciascun figlio, e per ciascun figlio di averla per un po' tutta per sé, di allontanarsi e riavvicinarsi, sapendo di poterla trovare là dove l'aveva lasciata, e ricreare così le precondizioni per la costruzione di un legame e di un'identità. Avevo in mente il modello osservativo di M. Mahler (e diversi altri pensieri e riferimenti, tra cui E. Bick, P. Delion, L. Danon-Boileau).

In un'occasione in cui la madre si è dovuta assentare da scuola (e da casa) per alcuni giorni, i bambini che ormai avevano assunto la consuetudine di andarla a cercare nella stanza a scuola e di intrattenersi con lei, che disponeva di una scatola ed alcuni giochi per ognuno di loro, non trovandola hanno preso un rotolo di scotch e hanno costruito una striscia sul pavimento, che collegava la loro aula con la stanza dove stava la mamma, pronunciandovi con tono interrogativo la parola: mamma? Come a dire: dov'è la mamma? Prima apparivano indifferenti alla sua presenza/assenza.

Altre volte, più avanti, uscendo ciascuno dalla propria aula, incontrando il gemello esclamava: 'siamo noi!'

Ciò ha voluto dire, inoltre, smontare, a scuola, molti pregiudizi pedagogici.

Utopia, ingenuità? Eppure 'ha funzionato'.

E' stato un lavoro preparatorio, secondo me fondamentale, per reperire poi la speranza, la fiducia, le risorse per avviare le psicoterapie psicoanalitiche, e trovare le psicoterapeute, e per dare un senso ad un investimento affettivo, economico, temporale davvero rilevante, avendo davanti un percorso (non del tutto) sconosciuto.

E i corsi di formazione per insegnanti, gli incontri con assemblee di genitori, la proiezione del film citata mi sembrano modi per spiegare cosa può essere la psicoanalisi, per rispondere alla domanda di Sandra Maestro, e per 'scendere in strada', come ci invita a fare Paola Orofino, potendo poi recuperare un altro assetto nella stanza di analisi.

La psicoanalisi intensiva, condotta con tecniche e linguaggi peculiari : esperienze e domande

Parlo di esperienza personale solo per porre questioni: Fino all'età di più di 50 anni avevo acquisito una notevole esperienza di consultazioni e psicoterapie psicoanalitiche di bambini adolescenti e genitori (oltre che di analisi di adulti). Ma sentivo la mancanza di un riconoscimento, dall'interno e dall'esterno, di un contatto più profondo, vicino e continuativo, con un bambino, e di mettere alla prova le possibilità conoscitive e trasformative estreme della psicoanalisi (e delle possibilità di ripresa della crescita). Nel Corso di perfezionamento ho avuto l'opportunità di frequentare Seminari clinici di discussione casi della dr.ssa Giovanna Grauso, formatasi a Londra, kleiniana, che mi ha meravigliato per la vicinanza continua ai movimenti emotivi, figurativi e rappresentativi del bambino, e del dr. Antonino Ferro, con la sua forza trasformativa delle visioni complesse del campo analitico.

E mi sono avvalso di una supervisione individuale presso la prof. Gina Ferrara Mori per il trattamento intensivo di un bambino grave (non parlava, non giocava, non interagiva, evitava la relazione), che ora ha 16 anni, e frequenta con sufficiente profitto la seconda superiore senza sostegno, ed è ancora in analisi, ora a tre sedute settimanali, precedentemente a quattro (all'inizio per circa un anno una seduta settimanale era con il bambino e la mamma). Tra l'altro, ciò ha voluto dire riprendere a viaggiare, verso Milano e verso Firenze, oltre che intraprendere altri viaggi assistiti nel mio mondo interno.

Ne parlo in un articolo in corso di pubblicazione sulla *Rivista di Psicoanalisi*.

L'esperienza derivata da questo lavoro è radicalmente trasformativa, e mi ha permesso di comprendere e spiegare meglio le difficoltà e le prospettive terapeutiche per molti altri bambini e sostenere le famiglie nella difficile scelta di un percorso terapeutico.

Consecutivamente ho potuto collaborare a un gruppo sulla Maternità interiore (Ferrara Mori, 2008); - e poi avviarne uno analogo e promuovere e talora condurre numerosi gruppi; il bisogno di lavorare in gruppi con colleghi mi aveva spinto a organizzare e partecipare, a Bologna, a numerosi Seminari di Aggiornamento (Perfezionamento) sulla psicoanalisi del bambino e adolescente, condotti da AFT esperti di psicoanalisi del bambino e adolescente di Roma, Milano, Genova e Firenze, alcuni formati in Italia, altri a Londra o in Svizzera.

Il lavoro con i genitori e con le madri in particolare mi sembra davvero cruciale, soprattutto nel corso della gravidanza (o dell'attesa di un bambino adottivo) e dei primi anni di vita del bambino.

Mi vengono allora spontanee alcune **domande**, che rivolgo con profondo rispetto a De Masi (il suo libro: *Lavorare con i pazienti difficili* – 2012 - è stata la mia lettura principale questa estate! Mi ha molto aiutato a riflettere, a trovare collegamenti con mie esperienze lavorative). Sono domande che rivolgo ovviamente non solo a lui: come è giunto (interiormente) a supervisionare trattamenti infantili senza averne l'esperienza diretta? Spinto da cosa? Ovviamente spero che una spinta analoga caratterizzi molti altri colleghi.

Ma chiedo: perché parallelamente non ha sperimentato direttamente il lavoro intensivo con i bambini? Non è polemica, è curiosità autentica. Perché ha rinunciato a questo lavoro peculiare che una nostra collega ha definito come un allenamento continuo a sentire e percepire un pezzo musicale (spesso costruito a quattro mani) del tutto particolare, in una lingua universale, la lingua che chiamerei dell'infantile o dell'arcaico balbettata o pronunciata da un bambino in carne ed ossa? Pensa che faccia differenza, per l'analista ed il candidato, fare e ricevere supervisioni con un

analista che a sua volta ha (o non ha avuto) esperienza diretta di psicoanalisi infantili ? (Diversa è la situazione in cui un candidato o uno psicoanalista chiede liberamente una supervisione al di fuori del training o del perfezionamento).

Pensa l'avrebbe facilitato nel suo lavoro e nella sua formazione avere la possibilità di presentare per l'associatura psicoanalitica il caso di un bambino?

E chiedo a chi può di raccontare come sia successo, in Italia, che siano sorte diverse scuole di psicoterapia psicoanalitica del bambino, dell'adolescente e dei genitori fuori dalla SPI, sostenute o fondate da soci SPI.

Ai Seminari della FEP in cui si leggono e ascoltano associativamente sedute singole di trattamenti intensivi di bambini e si associa su queste senza conoscere la storia del piccolo paziente col metodo Weaving Thoughts (Norman, Salomonsson, 2005), nonostante le barriere linguistiche tra gli adulti presenti, si colgono in modo incredibile aspetti profondi del mondo interno del bambino e del processo psicoanalitico in corso. Così come un gruppo ben condotto e affiatato permette di cogliere sfumature straordinarie.

Dal lavoro di Consultazioni protratte genitori-bambino alle Psicoterapie genitori-bambino all'analisi infantile o di un genitore

Diversi esempi riportati nel Dibattito possono esser ricondotti, penso, ad un assetto di Consultazione protratta; Dina Vallino, Marisa Mélega Pelella, ci hanno parlato di Consultazione partecipata e di Psicoterapia genitori-bambino; Giuliana Barbieri di psicoanalisi infantile in fase iniziale e consultazione; Barbara Piovano di supervisione a trattamenti paralleli genitore-bambino; Elena Molinari parla del particolare lavoro di contatto sensoriale e di figurazione attraverso il corpo peculiare nel lavoro con i bambini; Laura Colombi racconta dei contributi che l'analisi infantile da all'analisi degli adulti e Maria Paola Ferrigno accosta e differenzia lavoro con i bambini e lavoro con i genitori. Giuliana Barbieri riporta intere sedute, come ad invitarci ad associare su queste, ed il suo invito viene raccolto da Paola Catarci; un materiale molto ricco viene pure offerto da Laura Colombi. In ogni caso viene comunque sottolineato l'assetto mentale di ascolto psicoanalitico.

Sullo sfondo rimangono le due relazioni iniziali (con una rivalutazione dei contributi di Anna Freud che condivido) che vale la pena di rileggere lentamente, e gli interventi di Adamo Vergine e Franco De Masi, due analisti di adulti incuriositi.

Le consultazioni protratte e le psicoterapie genitori-bambini mi sembrano campi affascinanti, che, una volta iniziato lo 'scongelo' di aspetti profondi della sofferenza degli adulti che pian piano si 'mettono in gioco', o si sono attivati argini all'angoscia talora pervasiva che permea il gruppo familiare, permettono di entrare in contatto con una fluttuazione di immagini e di scenari prima inimmaginabili, soprattutto a partire dall'esteriorizzazione dell'attività fantasmatica e dei (proto) pensieri del bambino piccolo, spesso impegnato a cercare di dare una qualche forma e contenitore ad emozioni 'primitive', o a fantasie ego aliene.

La capacità dell'analista di lasciarsi permeare dagli scenari emergenti, di elaborarli, e, di tanto in tanto, di commentare, comprendere e talora interpretare qualcosa del molto che accade sotto i suoi occhi (e dentro di sé), e poi di teorizzare le caratteristiche di questo suo particolare lavoro fanno parte del tentativo di elaborare i molteplici movimenti transfero- controtransferali di cui è partecipe. Direi che è più difficile teorizzarlo o spiegarlo, che esserci o raccontarne frammenti diretti.

Può accadere che dopo una tale psicoterapia, che può permettere la risoluzione di sintomi drammatici (insonnie persistenti, disturbi alimentari, spasmi affettivi...), uno dei membri della famiglia (più spesso la madre) chieda un'analisi per sé.

O che uno degli altri figli chieda espressamente una consultazione, anni dopo, quando è in grado di farlo.

Per illustrare da vicino la ricchezza evolutiva potenziale di una situazione, riporto una breve sintesi di un lavoro svolto con genitori ed il figlio di 18 mesi:

Mi viene richiesta una consultazione urgente per un bambino, P., di 18 mesi, affetto da spasmi affettivi (spasmes du sanglot, forma blu). Incidentalmente, effettuo una consultazione preliminare con la sola madre, signora trentenne dall'aria bebè adolescenziale, che 'trovo' con sorpresa incinta di Rosa (VII mese di gravidanza). Mentre descrive con dovizia di particolari fisici le crisi del figlio primogenito, suscita miei interrogativi per l'apparente distacco emotivo con cui ne parla e per l'apparente noncuranza per questa seconda gravidanza (come 'piovuta dal cielo'), nonché per l'inquieta iperattività lavorativa

Nel corso degli incontri con la mamma e P. (e talvolta con il padre) a cadenza settimanale, P. (che dice poche parole) metterà in scena (azioni che diventano significative grazie all'assetto osservativo-terapeutico) in vari modi le sue angosce, che non trovano uno sguardo accogliente e soccorrevole nei genitori; a fronte di una frustrazione (es. un 'no') o di un dolore appare 'smarrito', i suoi genitori paralizzati: il padre 'sprizza' ansia e angoscia - emergerà poi che soffre di disturbi da attacchi di panico, e che da piccolo ha sofferto di spasmi affettivi - e la madre stenta a incrociare il figlio con lo sguardo, e tanto meno a sostenerlo e seguirlo con lo sguardo mentre si allontana da lei o da noi nella stanza.

P. metterà in scena, in particolare, le evoluzioni 'pericolose' di un motociclista che sta sul bordo di un immaginario precipizio, però è dotato di 'casco', ma si (gli) romperà una gamba, per la cui riparazione è poi molto preoccupato; in più sedute successive, con un minimo di 'sintonizzazione facilitante' effettuata con alcuni 'gesti e azioni parlanti' mostrerà le sue curiosità ed i suoi sensi di colpa per le fantasie di intrusione nel grembo materno, che commento delicatamente. E mimerà spontaneamente il (futuro) parto della sorellina Rosa (di cui nessuno gli aveva fin qui parlato esplicitamente) e quello che ha dato origine alla sua nascita, infilandosi quadrupede con la testa tra le gambe della madre seduta e lanciandosi all'indietro; si rappresenterà diverse scene di accudimento e di nutrimento di un bebè. Riuscirà ad 'incontrarsi' meglio con la madre, e lei con lui. Nel frattempo la madre comincerà a 'preoccuparsi' sanamente della gravidanza attuale ... e di Rosa, fin qui 'messa in conto' più che desiderata, ma giunta in anticipo, e comunque tenuta, a dispetto delle opinioni manifestate da alcune figure rilevanti dell'ambiente; lascia il lavoro e un'attività troppo frenetica. Gli spasmi nel bambino vanno drammaticamente scomparendo.

L'ansia e le angosce nel nucleo familiare si vanno sensibilmente ridimensionando.

Il parto andrà bene e con Rosa "le cose vanno decisamente bene". A questo punto il padre, superando temporaneamente la sua ambivalenza, chiede un aiuto per entrare in analisi e la madre chiederà una psicoterapia- psicoanalisi per sé. Le terapie inizieranno, ma vengono concluse dopo un periodo 'breve'.

Diversi anni dopo Rosa bambina quasi alle soglie della pubertà, chiederà aiuto per sé, richiesta verso cui si riattiva nell'ambiente una rilevante ambivalenza.

3 novembre 2012

Risposta a Mastella

Franco De Masi

Rispondo a Marco Mastella che ha fatto una domanda.

Perché un analista che non ha pratica professionale con i bambini fa supervisioni ad altri colleghi che fanno terapie analitiche infantili? Esiste una differenza nella supervisione di un'analista che ha una pratica diretta con i bambini e di chi non l'ha.

Devo dire che, avendo fatto un'analisi kleiniana, mi sono formato all'interno di un apprendimento in cui la terapia infantile e l'osservazione del bambino (secondo il metodo Bick) sono considerate fondamentali sin dall'inizio.

Ricordo con particolare piacere i seminari di Donald Meltzer e di Marta Harris di Infant Observation fatti a Milano, che erano per noi (presentava il caso la dr.ssa Dina Vallino) di particolare interesse. Erano entrambi straordinariamente bravi.

Mi sono concentrato poi sull'analisi degli adulti, pur continuando a leggere e ad interessarmi di analisi infantile. Nella mia pratica clinica ho approfondito in particolare le analisi dei pazienti gravi e qui ho trovato un collegamento con i bambini.

Ho cominciato le supervisioni perché alcuni colleghi mi hanno chiesto di portare i loro casi di bambini con patologie gravi. Scoprii che non avevo particolari difficoltà a capire il materiale infantile e a prospettare loro alcune linee di comprensione da seguire.

Ho già detto che il continuo contatto con i casi dei bambini ha aperto la mia mente anche per le modalità di trattamento di pazienti adulti. E non tanto perché mi hanno dischiuso le porte dell'arcaico o del primitivo ma perché nei bambini sono onnipresenti quelle costruzioni psicopatologiche che porteranno a gravi (a volte irreversibili) crolli nell'età adulta. In particolare per me è stato utilissimo l'apporto dei bambini gravi alla comprensione dell'origine, della psicopatologia, e della terapia dei pazienti psicotici.

Ancora oggi conduco un gruppo privato di colleghi che lavorano con i bambini gravi: alterniamo la discussione sul materiale clinico a letture e commenti di lavori sull'argomento.

Per me non esiste differenza nella comprensione psicoanalitica dei bambini o degli adulti gravi. E' diverso il modo di approccio, non il modo di comprendere, descrivere e interpretare. Personalmente credo che come analista mi sento capace (a parte le prevedibili difficoltà che ogni caso comporta) di trattare sia un adulto che un bambino, anche se non ho una stanza di trattamento per un bambino. Penso che, mano a mano che è cresciuta la mia competenza analitica con l'adulto (in particolare con i pazienti difficili), e ci sono voluti molti anni perché questo avvenisse, si è creata nella mia mente anche una stanza per bambini.

5 novembre 2012

Alcune brevi riflessioni sull'analisi infantile

Tiziana Bastianini

Siamo nel 1909 Freud così si esprime: "L'inconscio è l'infantile. È quella parte della personalità che a quell'epoca si è separata, non ha seguito l'evoluzione del tutto ed è stata perciò rimossa." (Freud, 1909b, 24)

Per Freud ciò che dell'infanzia agisce nell'adulto, sono quegli aspetti dell'infantile che non hanno potuto integrarsi nello sviluppo dell'individuo, non hanno potuto maturare.

Ad un secolo di distanza afferma Bollas in proposito: “Agli albori della vita umana i significati, siano essi traumatici o generativi non possono essere pensati. Il senso di ciò che apprendiamo nei primi anni è immagazzinato dentro di noi in varie forme, immagini, paradigmi che governano le nostre congetture, stati d’animo che partecipano a creare la polifonia del carattere. Con la sua teoria dell’*après-coup* Freud ci dice che il bambino è troppo piccolo per reggere le emozioni suscitate dal potente impatto di certi eventi e che l’elaborazione cognitiva è rimandata ad un secondo momento. Solo più avanti nella vita, in una sorta di riedizione, si prenderà nota dell’affetto immagazzinato... Dall’adolescenza in poi siamo visitati di continuo da arrivi che provengono dal vissuto iniziale” (Bollas, 2009, 170-171). Nell’inconscio sono depositati molti “*paradigmi esistenziali e relazionali*” derivanti, sin dalle origini della vita, da un processo continuo di elaborazione operato dal sé, di messaggi emotivi provenienti dal mondo oggettuale. Da questi scambi intersoggettivi, registrati inizialmente a livello non simbolico, si sviluppa una struttura inconscia (*memoria di quei processi*) che si esprimerà poi attraverso l’azione, i sogni, il transfert e le risonanze dell’identificazione proiettiva e che modellerà inconsciamente l’esperienza delle persone. Questa detterà le regole invariabili della relazione affettiva con sé stessi e con gli altri. Inizieranno a prendere forma i livelli procedurali (non simbolici e pre-rappresentazionali) che avranno un ruolo fondamentale per la tessitura di quelle modalità costitutive dell’essere in rapporto *così fondamentali per la salute, la patologia, lo sviluppo dei percorsi di soggettivazione*.

Se si condividono le precedenti riflessioni, come può un’analista degli adulti non tenere in profonda considerazione l’analisi dell’infanzia e dell’adolescenza? L’infanzia costituisce un osservatorio privilegiato per la comprensione e l’approfondimento della conoscenza della formazione delle strutture psichiche. L’infanzia e l’adolescenza rappresentano inoltre un fondamentale snodo per la cura precoce di disagi che se non affrontati tempestivamente potranno bloccare l’espressione di percorsi evolutivi adeguati.

Personalmente non mi occupo di analisi dei bambini, ma di adolescenti (giovani adulti), sì e da molti anni. Sono personalmente impegnata ed interessata a portare avanti una riflessione psicoanalitica sugli stati mentali a rischio e sulle “*vie di ingresso alla psicosi*”. L’ho scritto nel mio programma (di candidato Segretario Scientifico della SPI) e torno a sottolinearlo: la nostra ricerca dovrà espandersi ed approfondirsi in un dialogo interno ma anche in un confronto interdisciplinare che ci aiuti a costruire una solida psicopatologia dello sviluppo capace di integrarsi con una concezione strutturale della mente e gli analisti dell’infanzia e dell’adolescenza sono indispensabili per raggiungere questo scopo.

5 novembre 2012

Nel lontano Far West

Daniela Scotto di Fasano

Scrivo Marta Badoni (ivi) che uno dei grandi temi della psicoanalisi dei bambini riguarda la relativa facilità di un accesso diretto al loro inconscio; Tonia Cancrini, ricorda che Melanie Klein sottolinea come con il bambino viene prima il contatto con l’inconscio che con l’Io (1932, p.27): “il bambino infatti comunica innanzi tutto e in modo immediato l’inconscio e i livelli arcaici e primitivi dell’esperienza. Si potrebbe parlare per i bambini di irruzione dell’inconscio nella stanza di analisi” (Cancrini, ivi).

Cancrini ci parla poi di Emanuele, che riuscì a comunicare il suo tumulto interno disegnando una nave nella tempesta solo dopo una seduta dove l’ascolto era impossibile, tanto forti e assordanti erano l’urlo e lo scroscio disperato dell’acqua che inondava tutto.

Francesco Barale, in una relazione letta al Centro Psicoanalitico di Pavia (17 aprile 2012), ha parlato di qualcosa di analogo, che accadeva, però, in un'analisi con un paziente adulto. Scrive Barale: "Ho l'impressione che ogni elemento sensoriale della seduta, i rumori, i silenzi, i colori delle cose, le pause e le dinamiche delle parole, la loro intonazione, i respiri, gli odori, tutto arrivi a B. in una amplificazione estetica potentissima, che lo rende un enorme apparato ricettivo, un radar alla ricerca di una presenza che continuamente sfugge, o meglio si muove ad onde, in una turbolenza continua...che non dà tregua, dentro la quale si alternano emozioni e affetti contrastanti: desiderio intensissimo di contatto, vuoto, persecuzione, bisogni fusionali, erotici, angosce di invasione e dissoluzione....[...] B. rovescia in seduta un turbine di sogni, associazioni, ricordi, esperienze...un flusso ininterrotto...non ho per nulla l'impressione che lo faccia per 'occupare' lo spazio della seduta in modo difensivo.... ho sempre l'impressione invece di una intensità particolare del 'vissuto', [...] intensità sempre straripante rispetto a qualsiasi rappresentazione, di qualsiasi genere (sogno, ricordo, fantasia, immagine, scena, proposizione, che cerchi di contenerlo...[...] Altro che 'campo', bi o poli-personale! Nessun 'campo' c'è ancora; piuttosto c'è una nebulosa ad altissima temperatura, una nebulosa pulsante che si dilata e restringe vorticosamente alla ricerca di una qualche organizzazione... [...]Il discorso di B. procedeva a grandi ondate; nel culmine della grande onda seguiva un vuoto abissale, in cui il discorso e lo stato mentale di B. sprofondavano.... poi l'onda riprendeva a salire.....[...] In una seduta, investito dalle enormi ondate del materiale di B, m'era venuta in mente una situazione effettivamente vissuta qualche anno fa: non avendo consultato le previsioni del tempo, ero stato sorpreso [...] da un mare molto grosso (avevano sospeso, seppi dopo, anche la navigazione dei traghetti); enormi onde alte molti metri che si susseguivano...all'arrivo di ogni onda si vedeva solo un muro d'acqua sul quale bisognava inerpicarsi, e poi giù, fino al muro successivo.. Con un po' di sangue freddo e fortuna quella volta ce l'eravamo cavata (anche se le persone che erano con me ricordano ancora come un incubo quella traversata). Possibile che 'il movimento dell'anima che si protende all'oggetto' assumesse in B. quelle caratteristiche? [...] Mi accorgevo di adottare una sorta di minimalismo interpretativo [...]: innanzi tutto mostravo a B. l'andamento sopra descritto, il ritmo fondamentale binario (il susseguirsi delle grandi ondate e del vuoto) e l'altro ritmo quaternario che compariva (questo andamento era via via apparso sempre più evidente), in modo da fare di B. se non un co-pilota almeno una sorta di compagno di viaggio un po' più consapevole della navigazione comune in corso; poi, mi trovavo a ridescrivere, "rimodulandole", per così dire, magari tre toni o cinque toni più sotto, le sequenze che B. mi portava, introducendo piccole varianti, qualche accordo nuovo...o dilatando e ripetendo alcune sotto-sequenze, mettendo meglio in luce altri accordi nel tumulto affettivo che B. portava... [...] C'è stato un momento, qualche giorno fa, in cui ho avuto l'impressione che questo lavoro di mitigazione, ricollegamento, rimodulazione, alla ricerca di organizzatori, argini, discrimini... cesure... cominciasse a dare frutti riconoscibili anche a livello rappresentativo. [...] B. 'porta' un sogno: lo 'porta', proprio: [...] 'questa notte ho fatto un sogno che le voglio raccontare...'"

Ho voluto riportare per esteso questi bellissimi passaggi del lavoro di Barale perché mi sembra mostrino molto bene quanto anche nell'analisi con adulti possano darsi irruzioni dell'inconscio, da un lato, e come il 'trattamento' offerto dall'analista sia in qualche modo lo stesso nell'analisi di bambini e in quelle di adulti, dall'altro.

Infatti, cosa fa Tonia Cancrini con Emanuele se non 'raccontare' mediante un disegno – che peraltro circoscrive un'area di 'pensiero' nella tempesta emotiva scatenata in seduta; analogo trattamento quello offerto da Barale, che 'racconta', 'descrive' al paziente ciò che il paziente fa 'accadere' in seduta.

Commentai a Barale nella serata pavese quanto mi paresse che descrivere gli andamenti binario/quaternario fosse già il preludio dell' 'interpretare' poiché farlo ha aperto a B. un insight su di sé e su un proprio 'funzionamento': gliene ha mostrato la forma.

Esito, nell'analisi di Emanuele e in quella di B. è l'approdo (!) a una simbolizzazione: Emanuele fa un disegno, B. per la prima volta 'porta' un sogno. Per entrambi, la "rappresentazione di una

turbolenza interna così violenta e tumultuosa che non poteva essere espressa in parole” (Cancrini, ivi).

D'altronde, se pensiamo l'inconscio come un'area in continua trasformazione, credo non lo si possa esplorare, tanto nelle analisi infantili quanto in quelle con adulti, che mediante il contatto, *emotivo*, con il paziente. Tanto più prezioso allora lo spazio approntato da Carnaroli e Mastella; infatti, gli stimoli forniti dai colleghi mi hanno offerto importanti elementi di comprensione di materiale clinico permettendomi di guardarlo da vertici osservativi inusuali e imprevisi. Ad esempio, quello, bellissimo, della piccola Pimpa, che, assieme alla mamma, può scoprire (credo entrambe con la 'stupita meraviglia' di cui ha scritto Di Chiara, 1990) "che si può pensare ad un'altra soluzione che vada bene a tutti partendo dal fatto che la mamma ha bisogno di un caffè e Pimpa di non avere paura" (Barbieri, ivi). Il che permette a Pimpa di "esperire la mamma oggetto oltre che la mamma ambiente": se non è analisi questa!

Mi chiedo se in questo caso le proposte a Pimpa e alla sua mamma non abbiano carattere di interpretazione, laddove interpretare può essere inteso come una proposta narrativa inedita fatta al paziente della sua storia. Ritengo in effetti che il ruolo e la funzione dell'interpretare siano quelli di narrare, alla stregua della fiaba, che "offre un apparato per sognare, per *simbolizzare tutta o parte delle poste psichiche inconscie*" (Guérin C., 1996). Come la fiaba, anche l'interpretazione "Attraverso la voce, il dire e l'intendere, trasmette *una parola che lega* su tre dimensioni: intrapsichica, intersoggettiva, culturale" (Kaes R., 1996), e, come il sogno e la poesia, tra processo primario e processo secondario, tanto che si può a ragione parlarne come di *parole di passaggio* e dell'essere per il bambino *porta-parola* come della prima funzione svolta per il suo piccolo dalla madre (Aulagnier, 1986). Un essere porta-parola dell'analista al servizio di aspetti del paziente scissi e rimossi che, dall'esilio cui erano stati confinati, possono tornare a essere parte attiva in un più democratico parlamento interno? Come nota Marisa Melega (ivi), Bion, usando la tecnica che consisteva in osservare e descrivere al gruppo le situazioni createsi nel gruppo, disfunzionali alla realizzazione del compito del gruppo, portò il gruppo al superamento dei suoi impedimenti.

Ma, chiediamocelo, cos'è analisi? In cosa si differenzia da una psicoterapia? Io credo che analisi sia quel trattamento che consente una trasformazione duratura strutturale, non importa se raggiunta a una, due, tre, quattro sedute alla settimana. Una trasformazione profonda, stabile, che contempla al proprio interno un dibattito fecondo in un democratico parlamento interno di più partiti, nessuno dei quali 'scisso', al confino, costretto a farsi vivo mediante incursioni violente e auto/etero distruttive: acting, attacchi al legame, e così via.

Non credo proprio che la differenza stia nel numero di sedute o nel fatto che accogliamo 'chi arriva': le quattro persone, ad esempio, che (per fortuna!) Irene Olivotto non ha rifiutato di incontrare. Accogliere chi arriva si costituisce come attitudine mentale a "non introdurre elementi iatrogeni che mortificano le persone e inquinano il quadro psicodinamico" (Barbieri, ivi).

A monte di una tale predisposizione ad incontrare l'ignoto sta a mio parere l'Infant Observation, che mostra l'emergere della mente da una matrice relazionale: "Il mio vero dentro è un fuori all'interno del quale io sono" (Anzieu, 1994, 122).

A tale proposito, un piccolo flash dalla clinica. Si tratta di un paziente di 25 anni oggi 'solo' psicotico, che iniziai a seguire quando aveva 5 anni. Allora non parlava, non usava lo sguardo diretto, ricorreva a stereotipie, non riusciva a frequentare la scuola materna. Anni di lavoro, tantissimi disegni, molto holding ai genitori (a loro volta seguiti, su mia indicazione, da colleghi) sul modello della Consultazione Partecipata di Dina Vallino, una passione sfrenata per Peter Pan: segregato, guarda un po', dal suo desolato e solo in apparenza ilare delirio a Neverland; in balia di una insopportabile rottura intrapsichica: ha perso la sua ombra; chiuso per sempre fuori dalla finestra della mente della madre; fermo in uno sviluppo in cui non c'è crescita. Come il mio piccolo paziente, che intanto lentamente migliora, fino a sviluppare, alla fine della scuola media, un violento transfert erotico nei miei confronti, in rapporto al quale alla fine mi decido a inviarlo a un collega. Nell'ultima seduta arriva con un cd e mi fa sentire una canzone il cui ritornello dice: "Nessun rimorso, nessun rimpianto,/ soltanto certe volte capita che/ appena prima di dormire/mi

sembra di sentire/ il tuo ricordo che mi bussa, ma/ io/ non aprirò". Non commenta, apparentemente è 'insensibile', se ne va. Non lo rivedo per anni, poi mi chiama per chiedere un appuntamento molto tempo dopo, a maturità scientifica conseguita. Chiede di riprendere l'analisi, e così accade, sul lettino. Il lavoro si concentra per tre anni circa sulla 'differenza': tra lui e gli altri: che si iscrivono all'università, stringono legami. È innamorato di una coetanea, che – come purtroppo molto spesso in questi casi – 'fa la morosa'. Sarà lui a metterla alle strette, a uscire dal gioco di un buonista e malsano 'facciamo finta che' e a mettere in chiaro, innanzitutto con se stesso, che non di una relazione autentica, si trattava.

E' un periodo amaro: i conti con la realtà mostrano che lui è - nonostante gli enormi passi avanti - e resta, un 'diverso'. Si iscrive a una scuola professionale e, nell'ambito di questi studi, trova lavoro in un'impresa artigianale, dove è tutt'ora, e dove è autenticamente apprezzato; ha un buon giro di amici, con i quali condivide feste di compleanno, celebrazioni di vittorie della squadra del cuore, nella piena ammissione delle differenze. Il pensiero resta rigido, per certi versi anche stereotipato: si tratta di difese? Sono faccende a carattere primario? Non lo so, penso sia importante, per la sua ricaduta sulla clinica, riuscire prima o poi a capirlo, sta di fatto che il lavoro con questo paziente è doloroso, affascinante, commovente. Arriviamo, due anni fa, a Carnevale. Fa volontariato in una casa per anziani. Gli altri si travestiranno...Travestirsi? Impossibile! Parlarne, con me che chiedo "*Perché no?*", lo destruttura: non c'è assolutamente posto, in lui, per essere sé-senza-essere completamente-sé: interrompe l'analisi. Mi sento in grande difficoltà, non posso che rispettare la sua impossibilità di indossare una maschera e lasciarlo andare...

Dopo un anno, mi telefona: vuole un appuntamento. Mi racconta che a Carnevale, quest'anno, si è travestito, porta un giornalino della parrocchia con le sue foto nei panni di uno sceriffo del Far West...Oggi, torna saltuariamente per alcuni colloqui di – credo – monitoraggio... È sceso a patti con la realtà – peraltro in continua evoluzione – del suo stato di 'diverso', c'è un fondo di depressione ma c'è un grande coraggio, non abita più a Neverland...

Io da lui ho imparato molto: soprattutto, a scoprire di poter scoprire, al contrario di Cristoforo Colombo, che non poté scoprire d'aver scoperto l'America...

Tale riflessione mi fa chiamare in causa gli interventi di Sandra Maestro e di Paola Orofino, che mostrano quanto la collaborazione con altre figure - logopedisti, educatori e soprattutto genitori – evocati in termini metaforici l'imprescindibile necessità di oscillare (anche nelle analisi più 'ortodosse') tra punti di osservazione diversi, che ci offrono del paziente, di noi stessi al lavoro, del campo, ecc, versioni, per dirla con Beckett, "ora faro ora mare". Non so se qualcuno ricorda un numero dei quaderni Borla di moltissimi anni fa, a cura di Brutti e Parlani, dove era descritto un bellissimo lavoro sinergico condotto in Umbria tra insegnanti, genitori, logopedisti, educatori, e così via.

Come non considerare accesso alla parola per dire di sé e dei propri bisogni il ricorso a quel "rotolo di scotch per costruire una striscia sul pavimento, che collegava la loro aula con la stanza dove stava la mamma, pronunciandovi con tono interrogativo la parola: mamma? Come a dire: dov'è la mamma? Prima apparivano indifferenti alla sua presenza/assenza" (Mastella, ivi)....

Evoca i *percorsi parola* dei piccoli autistici di Deligny (1980).

6 novembre 2012

Specificità del caso e intervento terapeutico.

Laura Colombi

Sollecitata dagli ultimi interventi, aggiungo qualche pensiero in merito alle 'tante declinazioni della psicoanalisi infantile'.

A poco più della metà del dibattito, mi sembra che uno dei meriti dello spazio di discussione che si è aperto sia stato quello di evidenziare come gli sviluppi concettuali e tecnici della psicoanalisi abbiano permesso – e possano ulteriormente favorire – applicazioni beneficamente trasformative sia in contesti ‘esterni’ alla stanza d’analisi propriamente intesa, sia, elasticizzazioni della tecnica funzionali alla cura, all’interno della stanza di terapia.

Come si legge nell’ultimo intervento di Mastella – ma non solo – anche nel campo dell’infantile – come d’altra parte in quello dei pazienti adulti ‘gravi’ – molte delle acquisizioni psicoanalitiche fanno da base/sfondo a impianti terapeutici differenziati, che rispondono a bisogni che non potrebbero, altrimenti, essere intercettati, accolti e ‘presi in carico’, se intendessimo rigidamente per ‘cura’ solo quella dentro la stanza dell’analista. A questo proposito, credo che molti dei colleghi che hanno poi indirizzato la propria formazione e attività in senso psicoanalitico, abbiano fatto – e/o conducano tutt’ora – molte utilissime esperienze a vari livelli, che inscenano le diverse forme ‘istituzionali’ o di ‘territorio’ o ‘di strada’, come ha voluto chiamarle Orofino, in cui l’impianto psicoanalitico si modula, secondo i bisogni, ‘fuori’ dalla stanza e dal consueto *setting*.

L’impegno di A. Freud, Winnicott, Meltzer (per citare i più noti) ove le due dimensioni terapeutiche trovano ampiamente spazio ma all’interno di una matrice psicoanalitica, insegna d’altronde in tal senso.

Dentro la stanza. Anche se ovvio, penso valga la pena di sottolineare che avere l’occasione parlare di psicoanalisi infantile e delle sue differenti declinazioni, non deve farci correre il rischio di ancorarsi a dimensioni stereotipe di uno/a psicoanalista ‘sfinge’ rigido e chiuso – forse difensivamente? – nel proprio assetto autoidealizzato.

Penso che ciò possa far correre a volte – in modo precoce e inconsapevolmente reattivo a ‘estremi’ appunto rigidi e quasi caricaturali – verso trattamenti terapeutici ‘altri’, prima ancora di aver soppesato con calma e con un *setting mentale* autenticamente psicoanalitico (in una delle molte forme di consultazione possibili) l’indicazione terapeutica più adeguata, nel senso di profondamente trasformativa, che lo specifico caso consiglia.

Ma come arrivare a individuare, con un margine sufficientemente credibile, “l’indicazione terapeutica più adeguata che quello specifico caso consiglia”?

Ho già accennato nel mio primo intervento a come in psicoanalisi si sia corso il rischio di gettare il bambino con l’acqua sporca, rifiutando in toto il termine *diagnosi* in quanto troppo colonizzato in un senso psichiatrico e non dinamico. L’acqua sporca è, a mio parere, l’uso statico e ingabbiante che di questo strumento si può fare, il bambino è la necessaria dimensione di ascolto-comprensione analitica di ‘come’ e ‘su cosa’ lavorare pazientemente in quella specifica situazione clinica, che si deve fare. Penso che senza un’ipotesi diagnostica – ripeto, declinata all’interno di un ascolto ad ampio raggio, sensibile, elastico ma interno ad un assetto mentale specificamente psicoanalitico – i rischi di collassare in una delle due posizioni che ho sinteticamente descritto, si possa fare più consistente, anche ‘nostro malgrado’. Questo ancor più, ma non solo, quando il livello di complessità/gravità che il caso comporta – per confusione e/o malattia dell’ambiente, del gruppo o del singolo – preme fortemente sulla mente del terapeuta spingendolo verso possibili re-azioni difensive al caos.

Un ultimo punto che mi preme. Aver ben in mente da parte del terapeuta le possibili distorsioni cui ‘quel’ bambino ha dovuto ricorrere per difendersi da un ambiente non sempre sintonizzato con le sue esigenze di sviluppo emotivo-mentale, non va necessariamente inteso come una implicita colpevolizzazione del contesto genitoriale (che dal canto mio penso vada ampiamente sostenuto e valorizzato nelle proprie competenze funzionali alla genitorialità) o una superiorità di ruolo e competenza dell’analista. La penso invece come l’essenziale ‘servizio’ che noi possiamo/dobbiamo offrire a chi a noi si rivolge. Ci si rivolge a noi, infatti, nell’idea che qualcosa in più possiamo capirci per sbrogliare matasse che – a volte – sono veramente molto ingarbugliate e che possono necessitare molto tempo, sicuramente molta pazienza, esperienza e ‘occhio clinico’ per individuare – modulando competenza e buon senso – il tracciato più opportuno per riattivare la crescita in senso sano. Ma questo può avvenire se – come ci ricordano continuamente autorevoli analisti che si sono

cimentati con la gravità del bambino nelle sue differenti fenomenologie- non banalizziamo o sottostimiamo la consistenza delle strutture difensive in atto, ma, al contrario, le prendiamo seriamente in considerazione – che non significa in modo tecnicamente traumatico per il paziente- proprio per dipanarle lentamente, permettendo via via quel rafforzamento dell’Io che significa accrescimento e sviluppo emotivo.

Concludendo, come scriveva Winnicott (1962b): “...l’analisi per amore dell’analisi non ha significato per me. Faccio un’analisi perché è ciò che *il paziente* ha bisogno di fare ed è ciò con cui ha bisogno di avere a che fare; se non è l’analisi *di cui ha bisogno*, allora applico un altro trattamento” (miei i corsivi).

6 novembre 2012

Il rispetto dell’individualità del bambino nella psicoanalisi

Adela Abella

(Membro della SSPsa – Società Svizzera di Psicoanalisi. Analista di Training. Analista infantile).

Sono grata a Francesco Carnaroli e Marco Mastella per aver invitato gli psicoanalisti infantili svizzeri a partecipare a questo scambio interessante. Prima di tutto, desidero congratularmi con la SPI per l’idea eccellente di promuovere dibattiti online su questioni fondamentali nel momento attuale. Abbiamo bisogno di buone idee, e questa è una di esse.

Credo che sia importante per noi ricordare la storia della nostra disciplina al fine di individuare i principali dibattiti conflittuali – teorici e clinici – che hanno delineato lo sviluppo dell’analisi infantile. Marta Badoni e Adamo Vergine hanno evidenziato alcune delle classiche questioni controverse. Al tempo stesso potrebbe essere importante individuare alcune linee di sviluppo che sono ampiamente condivise dalle differenti culture psicoanalitiche. Una delle preoccupazioni attualmente condivise è, secondo me, l’idea che sia un obiettivo centrale per la psicoanalisi rispettare e promuovere quanto più possibile la libertà e l’individualità personale del paziente.

È in questa direzione che intendo le parole di Marta Badoni quando sostiene che “uno dei grandi rischi e delle sfide per lo psicoanalista che si occupa di bambini [è] quello di contaminare la mente del bambino con i propri [dell’analista] contenuti inconsci”. Su questo particolare aspetto, la psicoanalisi infantile non è diversa dalla psicoanalisi degli adulti.

Questo scopo comune – rispettare l’individualità del paziente – oltrepassa i confini teorici, pur assumendo le sfumature specifiche di ogni particolare cultura psicoanalitica. Così, mentre la psicoanalisi francese parla in termini di appropriazione soggettiva (seguendo R. Cahn, che prende una delle espressioni di Lacan), e gli analisti anglosassoni mettono in guardia contro la seduttività e le collusioni agite (*enacted*), una quantità di analisti in tutto il mondo trovano ispirazione in Bion, che sostiene il bisogno di realizzare l’asintotico scopo di cercare O. L’idea di base è la stessa: come trattenersi dalle complicità difensive e dalle bugie condivise, come evitare la tentazione di indottrinare i nostri pazienti (o di essere indottrinati come analisti), come aiutarli ad essere sé stessi quanto più possibile (o come accettare di essere noi stessi gli analisti che siamo invece che l’analista che pensiamo che dovremmo essere).

Possiamo porre questo problema così: come fronteggiare gli affioramenti di una seduzione narcisistica nella cura?

Se guardiamo la voce “sedurre” nel dizionario, troviamo: tradire, corrompere, attrarre, ingannare, traviare, indurre in errore. In analisi, la seduzione narcisistica può apparire come il desiderio di attrarre l’altro verso le nostre convinzioni o desideri, spesso nell’interesse del bene dell’altro, col che però si corre il rischio di trascinare l’altro via da ciò che egli realmente è o desidera. Si potrebbe

dire che l'educazione si basa su una forma di seduzione nella misura in cui il bambino viene attratto verso valori socialmente condivisi. Dal momento che qualche forma di seduzione narcisistica è probabilmente inevitabile in ogni relazione umana, credo che dobbiamo identificare ed analizzare la sua presenza quando avviene nel trattamento.

Lavorare con Charles, un bambino di 9 anni, mi ha aiutato a comprendere meglio questa questione. Quando ci siamo incontrati per la prima volta, sua madre lo descrisse come un bambino molto buono, mai arrabbiato, sempre in cerca di far piacere agli altri. Piaceva a tutti. Ciò che la preoccupava era l'infelicità di Charles. Si lamentava regolarmente di essere meno favorito rispetto ai suoi fratelli e sorelle, e appariva spesso triste. Nonostante la sua buona intelligenza, lavorava poco a scuola e non era mai entusiasta di nulla. Si sarebbe potuto dire che non provasse molto piacere a vivere. Ma forse il fatto più doloroso per i genitori – secondo lei – era che Charles piangeva ogni mattina quando suo padre lo portava a scuola. Con parole piene di disperazione e di profonda emozione, mentre il suo sguardo era diretto a me, la madre disse a Charles che vederlo piangere ogni mattina era per lei insopportabile: questo doveva finire. Lei voleva che lui fosse felice.

Cominciai a vedere Charles una volta alla settimana. Era un ragazzino molto bello e sempre sorridente, che mi faceva pensare ad un angelo di Botticelli. Appariva in qualche modo effeminato. Sembrava contento di venire da me. Ben presto si stabilì una sorta di rituale. Charles arrivava, si sedeva di fronte a me, sorrideva gentilmente ed aspettava. Poi dopo qualche istante diceva: “Questa settimana ho pianto solo una volta, martedì”; oppure “Questa settimana praticamente non ho quasi pianto”; o ancora, con un largo sorriso: “Questa settimana non ho pianto affatto”. Ascoltarlo era, per me, al tempo stesso straziante e intollerabile. Da una parte comprendevo che era importante per lui parlarmi dei suoi progressi della sua lotta per smettere di piangere. Dall'altra sentivo l'urgenza di scuoterlo per farlo uscire dalla sua sottomissione masochistica e dalla sua passività. Più di tutto, io non volevo ferirlo, e pensavo che egli potesse facilmente sentirsi forzato.

Che dirgli? Stavo ancora esitando quando sentii me stessa dirgli: “Charles, penso che tu sia bramoso di far piacere a tua madre, e forse vuoi far piacere anche a me. Ma sono sicura che hai ottime ragioni per piangere quando tuo padre ti porta a scuola”. Charles mi guardò intensamente. Poi cominciò a disegnare una storia complicata su due avventurieri in cerca di un tesoro attraverso un tunnel sotterraneo lungo e pericoloso, il che lo occupò per alcune settimane. In seguito a questa seduta, continuò a darmi qualche notizia riguardo ai suoi progressi, ma molto meno spesso. Pian piano cominciò a parlare di altri argomenti: la sua scuola, i suoi amici.

Vi sono probabilmente alcuni differenti modi per comprendere questa sequenza. Dal mio punto di vista, ho pensato che Charles si aspettasse /mi invitasse a unirmi a sua madre nello spingerlo a smettere di piangere. Ho sentito che lui avrebbe potuto facilmente essere sedotto ad adottare la visione che mi fosse piaciuto dargli riguardo a lui stesso, i suoi sentimenti, il suo comportamento. Ancora più importante, mi sono domandata se lui stesse (inconsiamente) tentando di trascinarci in una collusione reciprocamente seduttiva. Messo in parole, il messaggio non verbale che io sentivo che lui mi stava trasmettendo era qualcosa del tipo: “Tu mi piaci e mi sforzerò di fare e di pensare ciò che vuoi. In cambio io ti piacerò per come sono, con la mia sofferenza e la mia passività. Così, saremo felici insieme, come lo saranno i miei genitori”.

È spesso col senno di poi che noi cominciamo a realizzare cosa abbiamo detto e perché. Penso che quel che stavo dicendo a Charles fosse qualcosa del tipo: “Apprezzo i tuoi sforzi per far piacere a tua madre, ma quel che veramente mi interessa sono le ragioni per cui tu piangi. Sono queste ragioni che mi piacerebbe comprendere insieme a te”.

Suppongo che una terapia che miri primariamente all'eliminazione del sintomo avrebbe trovato qui un'opportunità fortunata (*serendipitous*): Charles era pronto a sacrificare se stesso in una modalità sottomessa e masochistica, pronto a rinunciare al suo sintomo solo per compiacere sua madre (e

forse la sua analista). Di fatto, ciò avrebbe avuto successo nell'eliminazione del sintomo, ma ad un alto prezzo: avrebbe confermato e rinforzato le fantasie inconsce masochistiche di Charles.

In quell'occasione ho realizzato quanto talvolta possa essere difficile per un analista individuare una tentazione seduttiva. Penso che, in questo caso, io sia stata aiutata dall'effetto disturbante e scioccante che ebbe su di me l'intenso comportamento masochistico di Charles. Il problema emerso in me contribuì a bilanciare la pressione seduttiva.

Per concludere, questo dibattito online mi ha fatto riflettere sulle specificità del trattamento psicoanalitico. A mio parere, ciò che differenzia la psicoanalisi da altri tipi di psicoterapia, e che differenzia l'analisi infantile dall'educazione, è il rifiuto di far leva sulla seduzione e la priorità data al promuovere la libertà personale e la scoperta ed espressione del vero sé. Questo obiettivo, che è condiviso dalla psicoanalisi degli adulti e dei bambini, pone per quest'ultima questioni tecniche che possono essere particolarmente impegnative.

Traduzione dall'inglese di Francesco Carnaroli

19 novembre 2012

La psicoanalisi dell'infanzia e il futuro della ricerca psicoanalitica

Sarantis Thanopoulos

Come analista di "adulti" mi trovo regolarmente ad aver a che fare con "il bambino in noi", espressione che pur essendo priva di qualsiasi rigore preferisco all'espressione "l'infantile nel paziente", che mi è sembrata sempre, a torto o a ragione, un po' arida. L'infanzia è un "modo di essere" sempre presente, attuale, non è un funzionamento psichico che si manifesta in modo regressivo. Rappresenta la pietra angolare della pluritemporalità della nostra esistenza, la cosa, al tempo stesso, che estende questa esistenza al di là (o al di qua) della parola. L'infanzia che alloggia nel paziente come in noi è la sfida più significativa alla talking cure, intesa come discorso significativo: la mette costantemente alla prova, la destabilizza, opera un suo spostamento verso il gesto espressivo e la sensorialità. Nella talking cure la parola deve far emergere la gestualità corporea, la sensualità e l'emozione che l'hanno fatta nascere, altrimenti il discorso analitico sfuma nel discorso ermeneutico, mantiene forse un valore conoscitivo ma perde il suo potenziale trasformativo.

La psicoanalisi degli adulti è psicoanalisi della loro infanzia il che se per certi aspetti è scontato (Freud ha difeso questa idea con i denti e con le unghie contro Jung) dall'altra parte finisce per essere una verità troppo ovvia, messa male a fuoco e perciò poco utile. Non entrerei minimamente, in questo breve intervento, nei dettagli di un discorso complesso, ricorrerò piuttosto a uno schematismo privilegiando un solo aspetto: il linguaggio.

Guardando la differenza tra l'analisi dell'infanzia negli adulti e l'analisi dei bambini dal punto di vista del linguaggio si può, come prima cosa, vedere che nella prima il linguaggio del bambino è soprascritto dal linguaggio adulto, è quindi non è mai in presa diretta, mentre nella seconda questo linguaggio si dà nella sua immediatezza e per così dire "in azione". Subito dopo si impone alla nostra attenzione la separazione che attraversa questa presa diretta tra un prima e un dopo la parola, proponendo anche qui il problema di una sovrascrittura a posteriori (con il quale gli analisti dell'infanzia hanno sempre un bel da fare). Spesso vediamo, un po' frettolosamente, questa separazione come separazione tra linguaggio infantile (processo primario) e linguaggio adulto (processo secondario), perché dimentichiamo che la prima fase di verbalizzazione della comunicazione (e del pensiero), che va grosso modo dai due ai cinque, sei anni, è soggetta a rimozione (amnesia infantile). In questa fase processo primario (pensiero e linguaggio che

precedono la parola) e processo secondario (pensiero e linguaggio organizzati a partire dalla parola) coesistono ed è per questo che con la (quasi) definitiva affermazione del processo secondario (che coincide grosso modo con il tramonto del complesso edipico) questa esperienza ibrida è rimossa. L'uso della parola in questo periodo è ancora gestuale, corporeo; la rappresentazione di parola è impregnata della "cosa", dell'immagine. Il linguaggio ha una qualità onirica. Far vedere e dire sono per il bambino ugualmente importanti.

Mentre nell'analisi degli adulti questa forma di linguaggio si può cogliere solo indirettamente, attraverso i sogni e attraverso lo sviluppo della *rêverie*, nell'analisi dei bambini essa domina la scena e richiede un approccio diverso, che si riflette nella differenza della tecnica. Mi sembra di grande importanza per la ricerca psicoanalitica sfruttare le possibilità che la psicoanalisi dei bambini offre per studiare in modo sistematico l'area di contatto e di passaggio tra processo primario e secondario, tra linguaggio corporeo e linguaggio verbale. L'apprendimento in modo diretto dal linguaggio "misto" del bambino e il suo confronto con il nostro lavoro sui sogni potrebbe trasformare il nostro modo di interpretare, il nostro linguaggio terapeutico. Non nel senso di un'improbabile imitazione del linguaggio del bambino ma per imparare a lavorare in sua prossimità, per poter usare il suo potere di generare significato, favorire il suo lavoro creativo.

Dall'analisi dei bambini si può legittimamente aspettare, proprio per la loro esperienza di straordinaria vicinanza al gesto che precede la parola (nel periodo in cui entrambi coesistono nel linguaggio del bambino), la possibilità di un ampliamento della cura psicoanalitica ai bambini molto piccoli, che non parlano ancora, laddove il gesto può rappresentare l'unico accesso al loro vissuto. Winnicott ci ha offerto qualche esempio insieme semplice e incisivo di contatto terapeutico con bambini preverbali ma mi sembra che le cose siano rimaste lì da molto tempo. Non si tratta di questioni di lana caprina, visto che nel campo dell'autismo, per fare un importante esempio, la diagnosi si fa quasi sempre dopo il periodo preverbale quando i giochi sono fatti. Qui la collaborazione tra *infant observation*, *infant research* ed esperienza clinica potrebbe aprire prospettive nuove.

Aggiungerei al tema del linguaggio il tema del gioco. Il gioco è un fondamentale strumento della tecnica nella psicoanalisi dei bambini, la fonte quasi esclusiva (insieme al disegno) del materiale per le interpretazioni. Esso è tuttavia scarsamente considerato al di fuori del campo interpretativo e cioè come esperienza terapeutica in sé. Winnicott ne ha parlato, teorizzando la sua importanza nella vita e in ogni tipo di lavoro analitico, ma la sua intuizione resta sempre la promessa di un campo di ricerca che non ha avuto ulteriori sviluppi.

Per concludere, un'idea di ricerca che può diventare un campo di incontro con la pediatria e la psicologia dell'infanzia (e perfino, per alcune implicazioni, la psicopedagogia e la sociologia). Cosa accade veramente con i bambini allattati artificialmente o messi in incubatrici o (prospettiva prossima) accuditi fin dall'inizio (e allattati con il biberon) da una coppia di omosessuali maschi? Quando cioè il rapporto con il seno, così fondamentale nella nostra teoria clinica, è fuori gioco.

E' perfino ovvio che il "seno" non è esattamente il seno concreto, che il corpo sensuale di una madre o di una tata può supplire a un'assenza del seno causata da motivi non psicologici (che sono tipicamente depressivi) ma organici (anche se a volte le due cose si sorreggono a vicenda). Si può anche pensare che un bambino messo nell'incubatrice possa riprendersi (se non ci rimane per troppo tempo) se il desiderio dei genitori sia pronto ad accoglierlo quando è, finalmente, a casa e se nell'ospedale era garantita la presenza dei genitori (compatibilmente con le esigenze della cura medica). Le mie due esperienze cliniche con adulti messi da neonati nell'incubatrice mi indurrebbero al pessimismo per quanto riguarda il destino di questi bambini ma preferisco essere molto prudente: al nostro lettino arrivano i più sfortunati (dei fortunati sappiamo poco). Quanto all'uomo omosessuale che allatta un bambino si può pensare (e personalmente penso) che se nell'esperienza psicocorporea di questo uomo la femminilità è salva l'impresa è possibile (e ne possiamo discutere) ma resta il fatto che questa è appunto un'intuizione. Coniugare l'esperienza clinica (quella con gli adulti e quella con i bambini) con i dati di una ricerca più sistematica sarebbe la cosa più opportuna.

20 novembre 2012

Uno o due punti di specificità dell'analisi infantile

Paola Marion

paola.marion@spiweb.it

Di questo ricco dibattito, di cui ringrazio i coordinatori Carnaroli e Mastella, e soprattutto Marta Badoni e Tonia Cancrini che hanno dato il la, oltre naturalmente tutti coloro che sono intervenuti, vorrei riprendere solo un paio di punti che mi sembrano centrare il problema cruciale relativo all'unità o differenza tra psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti e psicoanalisi degli adulti. Sull'unità di fondo e sul riconoscimento che la psicoanalisi sia una, credo che non ci siano discussioni. Tuttavia, come già diceva Bonaminio nel suo intervento alla giornata del training di Milano, non esiterei ad affermare l'esistenza di aspetti specifici, che non possono essere ridotti a mere questioni di tecnica.

Mi riferisco, innanzitutto, alla "gestione", sia dal punto delle relazioni interne che esterne, del complesso rapporto con l'ambiente che circonda il bambino/a, *in primis* i genitori, i quali dell'analisi del bambino/a sono anche i committenti e dai quali l'analisi stessa dipende (il discorso con gli adolescenti assume caratteristiche ancora più specifiche che non voglio affrontare qui). Il rapporto con i genitori nell'analisi infantile è un punto centrale, sollevato in molti interventi e intorno al quale si intrecciano diversi problemi.

La lezione di Winnicott ci ha insegnato fin da anni ormai lontani, in cui queste affermazioni non erano così popolari, quanto – come scrive Dina Vallino – “la famiglia e l'ambiente abbiano un'influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio” e come “non possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto dell'analista”. Questo punto, che rappresenta una caratteristica specifica dell'analisi infantile, chiama in causa quella “dimensione gruppale” di cui parla Marta Badoni, che si esprime nella capacità del terapeuta di interagire con l'ambiente e “valutare la capacità dei genitori di tollerare e sostenere l'intervento stesso”. Ma non solo.

Si tratta qui di recuperare un concetto poco di moda all'interno dei nostri discorsi, il concetto cioè di “alleanza terapeutica”, che si rivolge sia al bambino, sia ai genitori. Riprendendo lo storico dibattito tra Anna Freud e Melanie Klein, che ha segnato la nostra storia psicoanalitica, anche su questo punto registriamo due modi differenti di affrontare il problema, due sensibilità diverse, che Winnicott (1958) efficacemente sintetizza “in un problema di *collaborazione conscia e inconscia*”. La capacità di esprimere una fiducia di base, di sostenere una relazione stabile con l'oggetto e di tollerare la frustrazione, un Io in grado di fare l'esame di realtà (Zetzel, 1965) sono senz'altro aspetti centrali dell'alleanza terapeutica, che in quanto analisti dobbiamo valutare rispetto ai genitori prima di intraprendere un trattamento, come ci ricorda lo stesso codice IPA citato da Marta Badoni. Tuttavia, il problema non si esaurisce qui.

Nel caso dell'analisi infantile non solo il bambino/a è oggetto di transfert genitoriale, ma sullo stesso terapeuta del bambino/a si attiva un transfert profondo da parte dei genitori, che sollecita ciò a cui Winnicott si riferiva parlando di *comunicazione inconscia* e che il terapeuta sarà incaricato di assumersi e dosare insieme al transfert del bambino/a su di lui. Accanto ai sentimenti di rivalità ed esclusione che possono mettersi in moto, alle fantasie di furto, ai sentimenti di colpa relativi al proprio fallimento, il disagio del bambino/a spesso rappresenta il sintomo di un disagio che va ben oltre il soggetto stesso ed è l'espressione dell'identificazione del bambino/a con aspetti inconsci, dolorosi, traumatizzati e mai elaborati dei genitori. In questi casi è come se i genitori chiedessero di essere curati attraverso di lui/lei.

In effetti, la valutazione dell'ambiente all'interno del quale il bambino/a e il suo disturbo si inseriscono non è solo cruciale, ma spesso rappresenta proprio "la principale difficoltà" (Winnicott, 1974), alla quale dovrebbe essere dedicata attenzione anche durante il percorso di training. Non penso che la collaborazione con i genitori si risolva nella sola dimensione *conscia*, per quanto importante essa sia. Essa richiede piuttosto una capacità di sdoppiamento da parte dell'analista in grado di identificarsi con la sofferenza e il dolore di entrambi. La capacità dell'analista di riconoscere attraverso i suoi movimenti controtransferali il significato della richiesta genitoriale e di accoglierla rappresenta un elemento centrale dell' "alleanza terapeutica" e della fiducia di base sulla quale auspicabilmente può fondarsi una relazione analitica con il bambino/a. L'accoglimento da parte dell'analista del problema dei genitori renderà possibile agli stessi genitori di avvicinarsi ed accogliere il problema del bambino/a. Per usare un'immagine, penso che la mente dell'analista infantile dovrebbe muoversi come Masud Kahn (1977) descriveva Winnicott muoversi, nel corso di una consultazione, tra i genitori e il bambino intento a disegnare, spostandosi tra i due e "facilitando gli uni e l'altro nei rispettivi tentativi di condividere il problema". In questo senso concordo con quanto scrive Dina Vallino che con i genitori si tratta di "una riflessione psicoanalitica vera e propria, un contatto con il proprio inconscio infantile e transgenerazionale che, per il padre e per la madre di quel bambino, implica la scoperta di ciò che hanno rimosso".

Naturalmente da ciò scaturiscono tutta una serie di questioni di ordine teorico-clinico: per es. quale posto attribuiamo all'interno della relazione di transfert con il bambino/a a questi aspetti che riconosciamo essere *partagée* tra lui e i genitori, e, soprattutto, come li restituiamo al nostro paziente e li elaboriamo con lui? E quali influenze essi esercitano non solo nel percorso identificativo del soggetto e nella costituzione del Sé del bambino/a (Bonaminio, 1993), ma anche nella concettualizzazione di esso? Infine, *last but not least*, come comprendiamo nel percorso di training le modificazioni della situazione di transfert inerenti a questo genere di lavoro e che ho cercato di descrivere? Un riflesso della questione riguarda la supervisione e come al supervisore è affidato il compito di aiutare il candidato ad un ascolto polifonico, richiamando la sua attenzione su un'identificazione esclusiva con il piccolo paziente e sui rischi conseguenti di un'idealizzazione del bambino/a. La "strana" posizione assunta da Freud nel caso del Piccolo Hans resta un esempio di magistrale capacità di destreggiarsi tra le "ragioni" dell'uno (il bambino) e quelle degli altri (i suoi genitori).

Un secondo aspetto su cui vorrei richiamare l'attenzione riguarda la dimensione evolutiva, alla quale il lavoro con i bambini ci addestra. Vorrei sottolineare solo l'aspetto che riguarda l'importanza dello sviluppo emozionale in relazione alla crescita. Il lavoro con i bambini richiede attenzione agli stadi di sviluppo e una comprensione di quanto lo sviluppo nel suo complesso è continuamente interferito da problematiche emotive. E' necessario chiedersi quale sia la "posta in gioco" (Cahn) della tappa evolutiva che il bambino sta attraversando e quali angosce e fantasie tale passaggio solleciti. Laura Colombi ha sottolineato "come l'analista infantile si trovi in una situazione complessa, ma privilegiata, potendo osservare possibili processi patogeni in fieri che, finiscono, se non individuati e trasformati precocemente con il radicarsi nella crescita, diventando funzionamenti ben più difficili da cogliere e trasformare nell'adulto". Elena Molinari, dal canto suo, ha ribadito quanto importante sia il corpo e la sensorialità nel rapporto analitico con il bambino/a e "che la *rêverie* che si attiva in questo modo sia molto più simile a quella che sottende la creazione nei processi figurativi mentre quella che si attiva nella stanza degli adulti sia più prossima a quella che genera processi narrativi".

Il lavoro di Winnicott (1945) su *Lo sviluppo emozionale primario* è ancor oggi una traccia preziosa per introdurci ad alcuni passaggi ineludibili, che molto precocemente danno avvio allo sviluppo. Le tre tappe da lui descritte della 1) integrazione; 2) personalizzazione; 3) acquisizione della realtà descrivono in modo efficace i compiti a cui il processo evolutivo dal punto di vista psico-somatico dovrebbe rispondere e, quindi, agli effetti "di possibili effetti patogeni in fieri" (Colombi), che si rifletteranno nella successiva costituzione del Sé.

Detto questo, vorrei spezzare una lancia a favore della plasticità dell'essere umano. Proprio dall'esperienza di analista infantile e degli adolescenti mi proviene la convinzione di come ogni *turning point* del nostro percorso esistenziale possa costituire un'occasione di rimaneggiamento di ciò che è stato prima e di apertura di nuove possibilità. In ciò consiste anche la profonda concezione che la psicoanalisi ha dato della temporalità, non solo processo lineare, ma dimensione complessa che continuamente ritorna su se stessa. In questo senso possiamo pensare alla situazione evolutiva come ciò che rispecchia le complesse caratteristiche dello sviluppo psichico e che in alcun modo può essere ridotta a un processo lineare..

Infine un'ultima e conclusiva considerazione, che riprende insieme all'intervento di Vergine un tema a me caro, la sessualità infantile. Anch'io con lui penso che l'accudimento primario è già intriso di sessualità e che se, già in questo ambito, essa "non viene riconosciuta ed agita [...] non avrebbe neanche la possibilità di evolvere verso la sessualità adulta". Sappiamo invece che il prevalere delle tematiche relative all'attaccamento, ai bisogni primari, ecc. ha favorito una prospettiva, per lo meno in alcune correnti della psicoanalisi, più incline a mettere da parte la sessualità e il desiderio, e a orientare l'attenzione verso i temi dell'attaccamento, lo scambio duale primario, asessuale. Vorrei qui dire solo brevemente, riservandomi magari di ampliare il tema in un'altra occasione, che questa prospettiva mi pare contenga il rischio di idealizzazione del paziente bambino/a e della relazione analitica con lui/lei. A un bambino/a desessualizzato, immaginato solo come oggetto di bisogni e non anche oggetto e soggetto di desideri (Laplanche), può corrispondere una desessualizzazione anche sul versante dell'analista, creando così un altro "frintendimento" e sostenendo quegli "struggenti quanto inefficaci atteggiamenti riparatori", a cui accenna Marta Badoni. Tutto ciò ha naturalmente a che fare con le motivazioni che ci spingono a essere analisti infantili. Proprio l'esperienza di supervisione mi ha molto insegnato intorno alle insidie che si possono annidare nell'analisi infantile e nei nostri desideri di ritrovare attraverso di essa un Sé innocente e un perduto giardino dell'Eden.

20 novembre 2012

Psicoanalisi infantile o soltanto psicoanalisi?

Anna Migliozzi

Ringrazio Carnaroli e Mastella per le sollecitazioni ad intervenire e, particolarmente, M. Badoni e T. Cancrini e i colleghi intervenuti fino ad oggi. Gli interventi sono ricchi, articolati segno di un gruppo vivo.

Vorrei portare l'attenzione su una questione che sembra abbia accompagnato la psicoanalisi infantile fin dai suoi esordi.

Se esiste uno specifico dell'analisi infantile, e sembra di sì anche dai numerosi interventi, come mai questo specifico fatica a trovare un riconoscimento?

A questo proposito vorrei ricordare che già nel 1933, M. Klein si chiedeva se la *psicoanalisi* non fosse destinata ad andare al di là del suo campo d'intervento fino ad influenzare la vita del genere umano, in particolare renderlo più pacifico.

I tentativi fatti fino ad oggi, ricordava l'autrice, si limitano, "... *ad incoraggiare gli impulsi positivi, buoni, ben direzionati dell'individuo e a negare o reprimere quelli aggressivi, e perciò essi sono destinati a fare fiasco fin da principio*" Dato che la psicoanalisi ha a sua disposizione mezzi diversi per il compito, si augurava che l'analisi infantile potesse diventare parte della formazione individuale per sconfiggere la paura che intensifica la *distruttività* e favorire l'espressione di

sentimenti più fiduciosi verso i propri simili e permettere all'umanità di, *“abitare il mondo insieme in maggior pace e buona volontà di quanto non ne faccia ora”* (257).

Rileggendole oggi le parole di M. Klein ci possono sembrare forse troppo fiduciose. Ma la fiducia sembra essere stata contagiosa se, come sappiamo, molto è stata prodotta da analisti che dal suo apporto sono partiti, anche quando se ne sono allontanati. Bion, Meltzer, Harris, Segal, Riviere, Joseph, Bick, Brenmann, O'Shaughnessy, solo per ricordarne alcuni.

Vorrei portare due esempi-testimonianze.

S. Isaacs, nel 1952, a proposito della funzione simbolica della fantasia, affermava che essa *“...costruisce un ponte dal mondo interno verso l'interesse per il mondo esterno e la conoscenza degli oggetti ed eventi fisici (1952:110)”* Quanto questo suo contributo è entrato a far parte delle nostre comuni conoscenze?

E ancora. Come sappiamo, M. Klein (1946) ha descritto il concetto di identificazione proiettiva come quella specifica qualità del bambino di mettere dentro la madre quegli stati emotivi per lui intollerabili. Bion (1962; 1967) ha ampliato il concetto fino ad affermare che il bambino comunica con la madre mentre mette dentro di lei sentimenti e emozioni affinché questa li contenga, li elabori e restituisca in forma tollerabile alla sua mente in evoluzione. Curiosità. Secondo la statistica del PEP-Archive, entrambi i lavori sono tra i più letti e citati dalla comunità psicoanalitica internazionale.

Ma qualcosa non sembra *girare* se ancora nel 1962, E. Bick lamenta una certa difficoltà, da parte della comunità psicoanalitica internazionale, a dare un posto adeguato all'analisi infantile.

Nella relazione con la quale apre il primo simposio di psicoanalisi infantile al XXII Congresso IPA di Edimburgo, ricorda con commozione lo spirito pionieristico di M. Klein che già nel 1927 avvicinava l'analisi infantile a quella degli adulti e si rammarica della trascuratezza in cui versava la psicoanalisi infantile, del *“...piccolo posto che occupa”* in termini di pratica, di training, di discussioni e pubblicazioni, forse per le difficoltà *interne ed esterne* che presenta. Tuttavia, incoraggiava gli analisti a cimentarsi in questo campo, un'esperienza, a suo dire, *remunerativa e arricchente*, soprattutto per la maggior comprensione che avrebbe portato nell'analisi degli adulti.

Green (2010), analista di pregio ma sicuramente non sostenitore della causa dell'analisi infantile, scrive, *“...l'analisi in questi ultimi anni ha, invece, permesso di riflettere su alcune proposte innovative di Winnicott che hanno inaugurato modi di interpretare davvero originali”* (109). L'autore prosegue dicendo che Winnicott ha ridato un posto importante all'ambiente e, di conseguenza, all'analista, il quale può essere spinto *“a riconoscere di essere un cattivo terapeuta [...]: bisogna riconoscere i rimproveri del paziente, altrimenti sarebbe come ignorare le particolari causalità da lui vissute”* (91).

E' noto che Winnicott (1956), che ha lavorato a lungo con madri e bambini, ha cercato di descrivere fasi dello sviluppo primario dove è difficile stabilire una netta distinzione tra ciò che appartiene alla madre e ciò che ha la sua origine nel bambino. *“There is no such thing as a baby”* ha risolto il paradosso del bambino che esiste di per sé eppure è impensabile senza la madre; Ha descritto il concetto di *madre sufficientemente buona*, ribadendo l'importanza della struttura psicologica della madre stessa; ha descritto il ruolo dell'illusione e del gioco nello sviluppo; ci ha dotato del concetto di oggetto e di spazio transazionale. Anche queste conoscenze sono entrate a far parte del patrimonio collettivo del nostro essere psicoanalisti.

Breve notazione: il lavoro di Winnicott (1953), *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, sembra essere in assoluto il lavoro più letto.

Mi fermerei per ora e tornerei al quesito iniziale. Cosa rallenta o ostacola l'ingresso dell'analisi dei bambini di diritto nella formazione ufficiale ?

Ho trovato illuminanti e confortanti le parole che vi giro.

Bion (1976, 13) proposito della necessità di affrontare la verità non importa quanto spiacevole possa essere e quanta solitudine essa possa portare, suggerisce,

“...*Si dovrebbe avere il coraggio di pensare e di sentire qualsiasi cosa che si pensa o si sente, non importa quale sia la Società o cosa la tua Società pensa, o anche quello che tu stesso pensi*” (Seminari italiani).

21 novembre 2012

Cuore dislessico, ma c'è rimedio

Giuliano Fuortes

Anch'io, come alcuni altri Colleghi intervenuti in questo dibattito, non mi occupo direttamente di pazienti in età evolutiva, ma già in queste parole denuncio la mia contraddizione: mi viene da sorridere nell'aver dichiarato qualcosa in cui non credo, ovvero di non considerare i miei pazienti in età evolutiva, qualunque sia la loro 'posizione' anagrafica.

Credo che l'iniziativa di questo Gruppo di discussione meriti il giusto apprezzamento, rappresentando nell'Agorà psicoanalitica un crocevia a mio avviso fecondo, e -oserei aggiungere- forse salvifico rispetto alla diffusa notizia di una Psicoanalisi sempre *in articulo mortis*.

Ma a me sembra così viva, da richiamare addirittura l'attenzione e le generose energie anche di colleghi che vivono all'estero, pensano in altre lingue, ma desiderano unirsi a un coro che può allargare i nostri confini, interni ed esterni. Credo che questa estensione all'IPA, non ho seguito il percorso, ma credo tutti gli affiliati IPA possano essere sensibilizzati ad interagire, anche parlando i vari dialetti di una stessa lingua, tanto c'è sempre qualcuno che generosamente si prodiga per le traduzioni.

E qui vorrei pubblicamente ringraziare Francesco Carnaroli e Marco Mastella per il loro certosino lavoro, che non mi sembra solo di raccordo, ma anche di impulso e creatività.

Il mio piccolo contributo può sembrare atipico, trattandosi esclusivamente di uno scritto in forma poemica, come postulato da Jacques Derrida.

E' stato compilato da un mio paziente per certi versi atipico, che mi ha dato il consenso alla pubblicazione, purché ne proteggevo l'anonimato. La sua è una scelta condivisibile e che rispetto e proteggerò. Credo che questo scritto si colleghi in qualche modo alla corallità dei lavori fin qui presentati, e -oso sperare- a quelli che verranno da qui alla chiusura del dibattito, che spero numerosi e fecondi come quelli che finora ho avuto la fortuna e il piacere di leggere.

Giuliano Fuortes

Cuore dislessico, ma c'è rimedio

Luna a metà,
luna obliqua,
che ne sai tu
della pena degli uomini
dal tuo *point of view*
così lontano
così distante

così freddamente siderale.
E se a volte
nella mia precoce, quasi eterna
notte polare,
quando del sole
puoi solo intuire
un vago bagliore,
ti ho invocata
cercata
aspettata
guardata
magari quando non volevo,
quando il freddo umido
mi consumava le ossa
come un incallito pescatore
che rientra in porto
dopo la solita
ennesima notte
passata all'addiaccio,
da sempre
sembrerebbe in solitudine,
con solo una lampara
come *unassuming* stufa
che non può scaldare,
se devi pensare all'aperto mare,
alle reti,
alla barca,
al pescato,
se devi probabilmente
diventare adulto
per diffidare
che sia vero
che le difficoltà
che a volte esitano
in follia,
magari in quella superata asocialità
di chi urla -aiutatemi, mi hanno fatto
quel che sto riproducendo in minima parte-,
o in malinconia operosa, calda e indispensabile,
o in cromosomi sconosciuti,
talvolta in ingordigia di legami in-law,
siano scritte
a caratteristica indelebile
commercialmente riducibili
in un
“...bbonu,
è sciuta accusi,
ccimuffare,
simu signuri,
ma simu puru puvareddi,
mintimu focu annincosa,

e ne scarfamu”¹⁴.

Ricercatrice mia,
 e mio ricercatore,
 ho capito,
 mi hai trovato,
 hai capito che da allora
 il mio cuore è dislessico,
 ha una strana aritmia.
 Ma sto trovando
 l'unica cura adatta,
 col mio scassinatore,
 che farà pure Scaracchio
 di nomignolo,
 sai com'è, usano nomi crudi,
 ma che ha fatto dell'amore
 di quell'amore così forte
 che sembrerebbe delinquenza
 ragione di vita,
 sto trovando
 quando non mi sembrerebbe
 di cercare,
 in realtà forse
 per congiunture astrali
 mi sento ritrovato
 mi sento già trovato
 e capisco di essere compreso
 nella complessità
 che io stesso,
 nonostante me stesso
 non potrei capire.
 Ed esco allo scoperto
 di me stesso,
 diventiamo tutti
 lo stesso uno,
 lo stesso bambino
 che ha subito
 quel che non meritava,
 quelle dolci feroci carezze
 della mente, del cuore,
 di un certo bisogno d'amore
 quando
 nonostante il gelo

¹⁴ “e va bene,
 è andata così,
 che ci possiamo fare,
 siamo signori,
 ma siamo anche poveretti,
 incendiamo ogni cosa,
 e ci scaldiamo”.

(Traduzione dal dialetto Salentino di Giuliano Fuortes)

ti devi pur scaldare,
Dersuzala dell'anima,
e poco importa il combustibile
se devi sopravvivere
magari al gelo aperto
dentro una casa con stufe
attheMoment attive,
accese da mani pietose
di vecchie sagge
che hanno visto tutto
che han capito tutto
che davvero san tutto
quel che si può sapere,
senza un giorno di scuola,
che si alzano un po' prima dell'alba
dopo aver dormito poche ore
da finte schiave
in giacigli a loro volta freddi,
e quando ti guardano negli occhi
quando tu le stai vicino
alla ricerca di calore
di quel calore minimo ma vero
che il loro corpo ossuto ti può dare
il loro corpo che magari ha un forte
indelebile odore,
come e forse più di quello di tua madre,
odore di pulito, onesto sudore,
come di prigionieri rassegnati
a una perenne siccità di comprensione
dei loro minimi fabbisogni idrici,
come schiavi che costruiscono impalcature
per future improbabili piramidi.

L'avvenimento
è che ti accosti a loro
come a bue ed asinello,
come ti puoi accostar loro
quando nella culla
ne percepisci il calore
non percependolo,
non potendolo percepire,
ma godendone i vantaggi,
e chissà quando e se
riuscirai a comprendere
-io, nonostante me stesso,
son riuscito-
grazie a molte Palme,
grazie a tanti Palmi
che mi hanno fiutato
come quei due animali
nella grotta,

come quella mia Palma che,
 guardandomi bene
 o obliquamente,
 non ha importanza,
 mi faceva una carezza sul viso,
 dicendo:
 Pareddu, quiddanima¹⁵.
 Grazie Palma,
genius loci
 di luoghi dell'eterno gennaio,
 per le tue invocazioni
 nel tuo dialetto assoluto,
 quando accendevi la stufa di casa
 prima dell'alba,
 nel tuo dialetto,
 la tua lingua, la mia lingua del cuore
 che mi hai insegnato a comprendere
 per induzione,
 grazie per quelle invocazioni
 perché una qualsiasi fiamma ardesse,
 con le labbra che mi tremano ancora.

P.S. Sto subendo
 un'orrenda mutazione,
 forse a mia volta
 sto diventando un palmipede.
 E i palmipedi hanno uno strano,
 insensato coraggio,
 seguire il proprio istinto,
 nuotando su qualche Gange, Nilo, Tevere,
 con la sovrumana forza
 di una piuma strappata
 ma che scrive,
 apparentemente così delicata e fragile,
 possono talvolta
 spezzare robuste maglie di catene.

21 novembre 2012

Riprendendo uno spunto di Thanopulos

Carmelo Conforto

Faccio riferimento alla parte conclusiva del ricco intervento di Thanopulos, il suo chiedersi cosa accade “veramente” nei bambini messi in incubatrice, privati del contatto con tutto quello che la parola “seno” contiene nel nostro vocabolario analitico. E poi, con quali *caregiver* si incontrerà il bebè una volta riammesso al contatto con essi? Mi sono trovato ad occuparmi di questo argomento

¹⁵ Poveretto, quell'anima

attraverso l'analisi di un uomo di circa quarant'anni, settimino, vissuto per i primi 40 giorni in incubatrice, in condizione di allarme (timori per la sopravvivenza, per possibili danni cerebrali). Ho presentato questo caso al Centro Genovese nella scorsa primavera con il titolo: "Quando il 'bambino' dentro l'adulto è un bambino prematuro". Il paziente, pur non avendo ancora concluso l'analisi, ha mostrato il suo modo di essere nei primi colloqui, ovvero: isolamento ("non riesco a partecipare alla vita degli altri come se un vetro, una qualche barriera si frapponesse fra me e quello che c'è fuori"), inibizione, atteggiamenti e scelte decisamente riduttive delle sue capacità, razionalizzazioni ideologiche, modificazione delle poche relazioni affettive in rapporti in cui la sessualità scompare e viene sostituita con una sorta di (inconsciamente crudele) accudimento verso la donna- bambina a cui ha strappato la sessualità. Nel percorso analitico, che spero di meglio riordinare per trovare una via di pubblicazione, sono riapparse emozioni "imbrigliate", specie rabbia, e poi sogni e esperienze ad altissimo contenuto emotivo (che mi hanno condotto a fantasticare intorno alla "memoria implicita"), infine tolleranza e poi "piacere" nella scoperta del mondo interno. Nel transfert si è incontrato (e parzialmente superato) con il timore della mia incapacità a reggere, a tradurre in pensieri narrabili i tumulti emozionali che via via si sono affacciati nel "campo analitico", facendomi pensare all'iniziale fallimento della funzione di *rêverie* della madre. Il percorso sta proseguendo ed è comparsa "speranza" e quella *sensibilità estetica* di meltzeriana memoria (ripresa oggi da Civitaresè) che mi è parsa condizione di particolare rilevanza....

21 novembre 2012

Alcune considerazioni sugli interventi

Tonia Cancrini

Molto bella la metafora del campagnolo, del cambio di rapporto, "che permette di 'cambiar passo' (o 'cambiar rapporto') a seconda che ci si trovi in pianura, in salita, a fare uno scatto, a seguire a ruota... Ecco, da 'campagnolo' qual sono, penso che per diventare psicoanalisti infantili, che lavorano anche con bambini dotati di un corpo (ed uno status) di bambini, occorra dotarsi di un buon cambio di rapporto (e di velocità) sempre a disposizione, periodicamente revisionato." (Marco Mastella). E' proprio vero la psicoanalisi infantile richiede un cambio di rapporto che ci faccia affrontare il percorso in modo adeguato e consapevole.

Inventiva, creatività, disponibilità a vivere esperienze nuove e impreviste e imprevedibili sono certamente componenti fondamentali dell'analisi infantile e la rendono spesso un percorso difficile e accidentato, anche se molto affascinante.

Certamente ha ragione Vergine quando sottolinea che la psicoanalisi dei bambini ha una potenzialità di ricerca enorme.

Ma la ricerca non va fatta solo ricercando stimoli in altre scienze, ma all'interno della dimensione clinica. Come fecero a suo tempo Freud e Melanie Klein. Nella clinica con i bambini, così come con i pazienti gravi, noi possiamo capire sempre di più il funzionamento della mente e del mondo interno.

Mi ha colpita che molti degli interventi vadano alla ricerca di modalità nuove nell'approccio con il bambino: sedute congiunte bambino- genitori (Vallino, Barbieri e altri), interventi sui genitori ecc. Ovviamente tutto questo è molto importante e in tanti casi può essere utile e terapeutico. Ma tutto questo non ci deve far dimenticare quanto sia importante poter aiutare i bambini con una terapia squisitamente psicoanalitica a più sedute a settimana e con un atteggiamento rigorosamente

psicoanalitico. Noi sappiamo infatti che nell'analisi con i bambini c'è un contatto profondo e diretto con l'inconscio, con i livelli più primitivi e con le angosce profonde.

E tanto il dibattito è andato in questa direzione che uno psicoanalista molto interessato alla psicoanalisi infantile come De Masi si chiede e ci chiede:

“Ma cosa possiamo proporre quando il bambino è andato “oltre” e il genitore non è in grado di comprendere e di essergli veramente di aiuto? Crediamo davvero che l'empatia e la condivisione con genitori e bambini nella stessa stanza sia in grado di produrre quelle trasformazioni durature che solo una buona analisi, con un numero sufficiente di sedute la settimana, in un rapporto intimo a volte sofferto da parte di entrambi, può produrre?”

Già altri (Marco Mastella, Barbara Piovano, Maria Paola Ferrigno ecc.) hanno dato delle risposte su questo punto, ma mi sembra che valga la pena di tornarci ancora perché è un punto molto importante.

Mi rimangono infatti molte perplessità quando avverto – e in alcuni scritti ho avuto questa impressione- che la ricerca di modalità nuove diventi riduttiva rispetto all'intervento psicoanalitico diretto sul bambino senza la presenza dei genitori, escludendo che ci sia anche, ove possibile, questa scelta. Mi sembrerebbe infatti importante che l'approfondimento di modalità nuove portasse ad ampliamenti di possibilità e non chiudesse ad esperienze come quella dell'analisi del bambino a più sedute a settimana.

A me sembra infatti che rimanga uno spazio molto ampio e spesso privilegiato – ove le circostanze esterne ce lo permettono – per interventi psicoanalitici diretti a più sedute a settimana e senza la presenza dei genitori anche su bambini molto piccoli. Continuo a ritenere importante l'esperienza profonda dell'analisi, che ha le migliori potenzialità per arrivare ai livelli primitivi e arcaici dell'esperienza. Dove il disturbo del bambino ha la sua origine in disfunzioni del rapporto primario e riguarda pertanto i livelli più primitivi, ma anche nello sviluppo seguente dove prevalgono le dinamiche edipiche successive, il *setting* psicoanalitico rimane, a mio parere, il luogo privilegiato dove affrontare le difficoltà del bambino. Nel rapporto con l'analista e perciò nella dimensione transferale e controtransferale, è infatti possibile il contatto con l'inconscio del bambino, con i livelli arcaici del bisogno e del desiderio, con la memoria implicita. E' il *setting* psicoanalitico che favorisce l'espressione profonda dell'inconscio, dei bisogni primari, delle difficoltà e delle difese precoci. E nel *setting* analitico è fondamentale il rapporto a due perché questo permette il ripristinarsi del rapporto primario con tutto quello che questo comporta e cioè il riattualizzarsi di bisogni, difese, angosce primitive, nonché del successivo sviluppo con le tematiche edipiche e sessuali ad esso connesse.

E' nella relazione psicoanalitica che si può realmente vivere e fare esperienza di una dimensione nuova, in cui capire e rivivere il passato e nello stesso tempo sperimentare il nuovo e il diverso. E soltanto questo permette una reale trasformazione.

Un altro punto a me sembra particolarmente importante e tale da caratterizzare l'analisi rispetto agli altri interventi terapeutici. L'analisi è il luogo dove è importante rivivere l'esperienza passata della catastrofe, della disperazione, della violenza, e l'analista deve farsi carico dell'esperienza emotiva che questo comporta. E questa è la premessa per cui l'analisi possa diventare anche lo spazio dove si ricerca un rapporto e dove si sperimenta un legame. Una relazione, quella tra analista e paziente, che permette di uscire dalla catastrofe e riedificare la coppia interna distrutta. Questi due aspetti non possono esistere l'uno senza l'altro, perché è fondamentale che l'analista si faccia carico fino in fondo dell'angoscia, del dolore, della violenza del bambino, si faccia carico di tutto ciò e riesca a restituirlo in modo bonificato e tollerabile per il bambino ed è soltanto a questo punto, passando quindi attraverso un'esperienza nuova di rapporto, che il bambino può sentire l'analisi come uno spazio di creazione e di nascita. Ma perché l'analista possa farsi carico e possa vivere fino in fondo l'esperienza con il bambino è importante, come dicevo, il *setting* analitico, il rapporto a due, il transfert e il controtransfert.

Ricordavo nel mio intervento preliminare il pianto disperato di Emanuele, il bambino venuto in analisi a tre anni e mezzo. Emanuele entra subito nella stanza di analisi ed ha un rapporto

immediato e partecipe con me, e altrettanto immediata e intensa è la comunicazione della sua disperazione e della sua paura enorme e terribile di qualcosa che dentro di lui fa molto male. Ed è importante, a questo punto, che io mi sia fatta carico fino in fondo del suo dolore, della sua rabbia e del senso di assoluto smarrimento che prova di fronte alle assenze dei genitori e alle loro terribili liti.

Lo stabilirsi del setting psicoanalitico con i tempi delle sedute, il ritmo settimanale e le regole ha mobilitato immediatamente queste angosce molto forti e profonde legate alla separazione e al distacco: si è sentito perso, disperato, furibondo. Ha potuto portare in analisi il pianto e la difficoltà a ritrovare il rapporto dopo le interruzioni e tutta la sua rabbia devastante che gli rendeva così difficile ritrovare l'affidabilità dell'oggetto altro da sé. E fondamentale è stato che io mi facessi carico di tutto ciò: ma questo era possibile solo con un setting continuativo a più sedute altrimenti ci saremmo persi entrambi. Emergono così con grande evidenza problemi di gelosia e di esclusione, rabbie profonde, ferite, legate sia al rapporto analitico che a situazioni esterne che il bambino sta vivendo. Piano piano ha potuto portare tutto ciò in seduta e abbiamo potuto vivere insieme queste esperienze e parlarne. Nella presa in carica dell'analista del dolore, della disperazione, della rabbia, della disintegrazione siamo arrivati insieme a una iniziale capacità di guardare, a quella "comprensione emotiva" che è la prima e fondamentale funzione della mente che permette la maturazione e la crescita.

Come era possibile per Emanuele, mi chiedo, affrontare tutto ciò in una dimensione che non fosse quella dell'analisi in cui vivere fino in fondo il suo dolore, la sua disperazione, le sue ansie? E quanto e come era possibile contare sui genitori?

Riguardo alla prima domanda non so rispondermi altro salvo il pensare a cosa sarebbe accaduto ad Emanuele se non ci fosse stata la possibilità dell'analisi. Credo che qui possiamo vedere quali opportunità ci offre l'analisi dei bambini e soprattutto dei bambini così piccoli. Emanuele ha potuto vivere in analisi la sua ferita e le sue emozioni dirompenti, ha potuto parlarne con me. Forse ha potuto così evitare di chiudersi in difese estreme annullando le emozioni in una sorta di anestesia emotiva, oppure ha potuto non distruggere i legami ma trovare una via per conservarli?

E veniamo alla seconda domanda su cosa di più si poteva chiedere ai genitori. La madre persona sensibile, passionale passava da momenti di grande vicinanza, a momenti in cui i bambini cadevano del tutto dalla sua mente. Era come se non esistessero più. Tutta presa dai problemi di coppia, di abbandono, di separazioni, più volte va via di casa per diversi mesi, per tre volte provo a consigliarle un'analisi e per due volte ci va per un certo periodo stando meglio, ma anche lì non riuscendo ad avere una continuità. Il padre, uomo intelligente, ma pressoché incapace di gestire il livello emotivo dei rapporti, si era sempre appoggiato alla moglie passionale e partecipe (quando stava bene). Riesce ad affidare Emanuele all'analisi, ma certamente non ci si può aspettare di più da lui. E forse, nella baracorda della loro vita (si sono poi separati e anche molto male) l'aiuto per loro è proprio venuto dal poter vivere il rapporto con il figlio in modo diverso. Migliorando il figlio – più volte lo sottolinea Melanie Klein – per i genitori diventa più facile il rapporto.

E questo ci porta ancora a parlare dei genitori, perché è importante porsi il problema di come e quanto e in quali situazioni i genitori possano condividere e sia opportuno che condividano il trattamento di un bambino. Perché non è soltanto partecipando direttamente alla terapia che si aiutano i genitori con i bambini, ma anche prendendosi il carico di vissuti pesanti e spesso per loro intollerabili. Un prendersi carico da parte dell'analista che poi rende molto più facile il rapporto con i figli. Tutto questo ovviamente non esclude che possa essere importante in molti casi far seguire i genitori in coppia o singolarmente o in tutti i modi che si ritengono opportuni. O a volte avviene anche che accompagnandoli con continuità facciano il loro percorso terapeutico in sala d'aspetto (come la mamma di Sergio, di cui, spero, ci parlerà Mirella Galeota).

In un mondo sempre più complesso dove la stessa famiglia per lo più vacilla nei suoi presupposti di unità e di continuità, dove spesso ci imbattiamo in genitori disattenti e lontani emotivamente, o che non ci sono proprio, è importante considerare il bambino come individuo in una prospettiva in cui non sono solo i genitori, ma tutte le figure adulte vicine al bambino ad avere funzioni e compiti

genitoriali. La situazione della famiglia attuale rende ancora più necessario che debba aver cura del bambino il contesto sociale: gli insegnanti, gli istruttori, le baby-sitter, gli psicologi e nel caso che questo sia utile lo psicoanalista. La famiglia non è l'unica struttura a cui affidare la responsabilità del bambino. Se infatti è fondamentale il rapporto primario con la madre e il rapporto profondo con il padre e la struttura familiare nel suo insieme, altrettanto importante è la funzione della società civile nelle sue diverse componenti: scuola, assistenza ecc. per aiutare bambini e genitori nel loro compito educativo e affettivo.

Queste mie considerazioni si basano anche sul presupposto che il bambino è una persona autonoma e ha capacità di entrare in rapporto anche quando è molto piccolo. E in quest'ottica non si può non ribadire quanto sia importante un intervento sul bambino e non ricordare le enormi potenzialità di una cura precoce (come sottolineato da molti, Laura Colombi, Franco De Masi, Tiziana Bastianini e cosa dire del sogno di Melanie Klein che l'analisi infantile avrebbe aperto la speranza a un mondo migliore? Sogno ricordato anche da Anna Migliozi) che impedisce il cronicizzarsi di difese e di meccanismi patologici che nell'età adolescenziale o adulta potrebbero portare a gravi disfunzioni e patologie.

L'analisi rafforza l'Io del bambino aiutandolo a svilupparsi e alleggerisce il peso eccessivo del Super-io. Questo permette uno sviluppo migliore e una crescita adeguata. L'analisi dunque come apertura a una nuova libertà dove "la priorità è data al promuovere la libertà personale e la scoperta ed espressione del vero sé" (Adela Abella).

Nel libro curato da me e da Daniele Biondo *Una ferita all'origine*, Borla 2012 ci sono tanti casi di bambini seguiti con una psicoanalisi a più sedute a settimana, casi di bambini adottati o comunque precocemente e profondamente feriti in cui è evidenziato come e quanto sono stati aiutati a superare la catastrofe proprio all'interno del rapporto psicoanalitico. Tutti casi che, mi fa piacere ricordarlo, sono stati discussi e seguiti nel Corso di perfezionamento b-a della SPI. Vorrei accennare a questi casi proprio per sollecitare i colleghi a intervenire direttamente parlandoci più a fondo della loro esperienza.

Sergio, il bambino seguito da Mirella Galeota in un'analisi a 4 sedute a settimana fin dai quattro anni, senza parole e incapace di comunicare che, dopo aver potuto portare le sue paure, le sue angosce profonde e le sue rabbie nel rapporto analitico, e dopo aver potuto fare esperienza in analisi del passare dalle macerie alla costruzione di qualcosa di definito nel suo interno, può ora parlare, comunicare, andare a scuola e socializzare in modo adeguato.

E ancora Paulo il bambino adottato seguito da Daniele Biondo. Paulo, bambino molto traumatizzato che trova in analisi la possibilità di condividere la sua terribile esperienza sentendosi accolto in un'atmosfera di calda e affettuosa partecipazione e di comprensione psicoanalitica.

E poi la bambina della neve di cui ci parla Francesco Burruni, anche lei adottata e che porta in analisi la turbolenza delle sue emozioni che ha bisogno di comprensione e di contenimento.

E Laura, vittima di un doppio abbandono, ce ne parla Marina Parisi, che, arriva addirittura a scrivere la sua storia trasformando in *alfa* esperienze ed emozioni prima inespriabili.

E ancora il bimbo di cui ci parla Elisabetta Greco, non voluto e non amato che riesce nel rapporto analitico a trasformare la sua sofferenza e i "mostri mostruosi" in rappresentazioni e pensieri.

E fra i casi del Corso di perfezionamento ricordo con grande piacere la bambina seguita da Luisa Cerqua di cui abbiamo parlato con grande partecipazione a Genova al Convegno sulla creatività femminile a fine settembre.

Spero che i colleghi rispondano al mio invito.

Un ultimo punto toccato da colleghi psicoanalisti non di bambini, ma di adulti (Anna Ferruta, Tiziana Bastianini, Franco De Masi e altri) mi ha trovato molto in sintonia quando viene da loro sottolineata l'importanza dell'analisi infantile come possibilità di una maggiore comprensione dello sviluppo e delle strutture psichiche e anche come apertura a un ascolto più attento agli aspetti più infantili anche nei pazienti adulti. Anche Franca Meotti nella riunione nazionale del training nel suo bel lavoro *La dimensione infantile nella maturazione dell'ascolto analitico* ha sottolineato questi

aspetti e c'è da augurarsi che ci sia uno scambio sempre maggiore tra psicoanalisti di bambini e psicoanalisti di adulti in modo da arricchire sempre più le rispettive competenze. In quest'ottica mi è sembrato molto interessante il tentativo di Daniela Scotto di Fasano di sottolineare le analogie nel passaggio dal tumulto emotivo a una forma di simbolizzazione tra il caso di Emanuele da me citato e un caso di un paziente adulto raccontato da Francesco Barale in una relazione letta al Centro Psicoanalitico di Pavia.

22 Novembre 2012

Il bambino nell'adulto

Fiorella Petri

Mi associo a tutti quelli che hanno apprezzato questa iniziativa coordinata da Francesco Carnaroli e Marco Mastella. Mi sembra che il dibattito ha stimolato vivaci contributi e parecchi interrogativi, primo fra tutti: quale rapporto intercorre tra psicoanalisi infantile e psicoanalisi degli adulti. Guardando al mio lavoro clinico come psicoanalista di adulti, e al mio dialogo continuo con Winnicott, la Klein, la Tustin, Bion (miei interlocutori privilegiati, oltre a Freud, naturalmente) verifico costantemente la continuità, lo scambio e la convivenza, che si realizza dentro di me tra la teoria psicoanalitica dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta.

Vorrei ora contribuire al dibattito, accennando a un caso che mi sembra mostri quanto la dimensione infantile possa entrare, attraverso degli aspetti scissi, incistati, forclusi, anche nella cura di un *non-bambino, non ancora adulto*. Scrive Vergine, a questo proposito nel suo primo contributo: *poiché nella situazione attuale ci troviamo a prenderci cura di adulti gravemente ammalati, che sembrano bambini nelle loro manifestazioni psichiche, mi chiedo se questo non ci abbia portati ad avere maggiore interesse per i bambini, ma, attraverso l'esperienza dei casi gravi anche una maggiore competenza a lavorare con una mente poco sviluppata come quella di un bambino*. Egli ci sollecita, pertanto, a rendere esplicite *differenziazioni che riguardano il grado di sviluppo della mente, anziché l'età*.

Sonia. Il primo contatto che ho avuto con Sonia è stato attraverso la sua voce; una voce talmente da bambina, che al telefono, quando aveva chiamato per prendere un appuntamento, ho pensato si trattasse di una bambina di sette/otto anni al massimo. Grande, dunque, il mio stupore, quando vedo entrare nello studio una ragazza venticinquenne, alta un metro e ottanta con un corpo rigido, che si muove in maniera incerta. Osservo la sua strana acconciatura un po' infantile (quell'acconciatura a fontanella con cui a volte vengono pettinate le bimbe di due/tre anni), in cui tiene raccolti i capelli, quasi a voler impedire loro qualsiasi movimento spontaneo. Quest'acconciatura e soprattutto la sua voce lamentosa di bambina, mi sembrano indicare, attraverso il corpo, quanto per lei il tempo sia drammaticamente fermo al passato. Immagino una bambina bloccata, in un corpo da adulta e mi chiedo: se è vero, come afferma Lacan (1964)¹⁶ che la voce è il 'corpo della parola' e quindi il vettore più prossimo all'inconscio, cosa di non ancora simbolizzato Sonia cerca di comunicare con la sua voce?

¹⁶ Lacan J. (1964) *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Torino, Einaudi 1979

La rottura psicotica. Nel primo colloquio nell'andarsene mi lascia il suo unico cd di musica rap¹⁷ - una musica, come sappiamo, dai ritmi aggressivi e ribelli - registrato cinque anni prima, quasi a voler consegnare nelle mie mani un suo sogno prezioso e la speranza di riprendere un cammino interrotto.

Mi racconta che in quel periodo, inaspettatamente, dei critici musicali, si erano interessati a lei e avevano parlato in alcuni articoli della sua musica, e della sua voce da bambina, apprezzandone l'originalità. Proprio nel momento in cui Sonia si era ritrovata a vivere un po' di successo e notorietà, si scatena in lei un'idea delirante: temeva che i fumi dell'inceneritore della cittadina in cui viveva, la stessero avvelenando. Era certa di soffrire di disturbi fisici a causa dell'inceneritore, (il quadro che lei mi descrive mi fa pensare ad una probabile rottura psicotica con tratti isterici, rottura dovuta all'improvviso confrontarsi con compiti evolutivi che la sua fragile struttura psichica non poteva sostenere). La paziente abbandona, allora, tutti i suoi progetti musicali e universitari (la laurea specialistica in filosofia). Per fuggire da quello che per lei era diventata una presenza persecutoria: l'inceneritore, che doveva continuamente controllare, senza neppure riuscire a dormire di notte, decide, da un giorno all'altro, di allontanarsi dalla casa di famiglia per andare ad abitare con il ragazzo, anch'egli musicista, in un altro paese, lasciando allibiti i genitori sconcertati, da un agito per loro, così fuori dalle regole. Questo improvviso cambiamento di situazione ambientale ha sortito in lei l'effetto di farla sprofondare in uno stato estremo di passività. Da allora la paziente vive in uno stato d'inerzia, dorme molto e trascorre le sue giornate immersa in un mondo fantastico grandioso in cui si vede suonare e cantare ed avere successo. Condivido quanto in questo dibattito sottolinea Laura Colombi a proposito dello stato di ritiro e della necessità di *distinguere la natura benigna e autoprotettiva - funzionale al consolidamento di un Sé in fieri che lotta - da quella maligna, di fuga in una dimensione di non contatto che dà 'piacere', ma intacca subdolamente i processi di integrazione e di pensiero*. Credo che nel caso della mia paziente il ritiro avrebbe potuto assumere una forma maligna se non avesse iniziato l'analisi.

Quando contrattiamo i tempi dell'analisi, rendendomi conto della precaria situazione economica dei genitori che la mantengono, le propongo tre sedute settimanali, ad un prezzo diciamo "politico". Anche per me è stata una decisione pensata in una frazione di secondo, come ci racconta Giuliana Barbieri a proposito della piccola Pimpa. E' la prima volta che mi viene in mente una soluzione del genere e me lo spiego perché mi sento molto interessata a lei; in poche parole penso: "finalmente aspetti problematici che affliggono il nostro territorio, di cui mi arriva solo un'eco lontana, potranno entrare nel mio studio e potrò interrogarmi sulla loro influenza sulla psiche!" Riferendomi alle difficoltà delle periferie, all'inceneritore, alla monnezza, all'emarginazione giovanile, alla rabbia, alla protesta. Ora, mi sembra più convincente pensare ad una spinta riparativa che la paziente deve aver mobilitato in me, che si concretizza *nell'offerta di una potenzialità* - per usare le parole di Paola Catarci in questo dibattito - *che alimenti la crescita e lo sviluppo*.

Nel periodo iniziale dell'analisi, circa tre anni fa, Sonia è tormentata oltre che dall'inerzia e da disturbi fisici anche da *fantasie di violenza e fantasie sessuali*. Queste fantasie si trasformano in impulsi, temuti come incontrollabili, quando incontra le persone in carne ed ossa; per cui preferisce non uscire di casa e vivere in una sorta di ritiro per scongiurare il pericolo che le fantasie divengano, rovinosamente, degli agiti, cosa mai accaduta. Trova così una giustificazione con se stessa per rimanere nel suo rifugio fantastico per certi versi piacevole e seduttivo perché le evita di confrontarsi con la realtà.

¹⁷ Il verbo rap indica in inglese: battere, picchiare, bussare. Come stile musicale sorge negli Stati Uniti verso la fine degli anni sessanta e diviene parte della cultura giovanile moderna insieme allo stile di ballo hip hop, e al writing, tutte espressioni della cultura afroamericana e latinoamericana nate inizialmente a New York. Il cantare rap consiste di una sequenza di versi molto ritmati, incentrati su tecniche come rime bacciate, assonanze e allitterazioni. I testi delle canzoni rap affrontano perlopiù tematiche a sfondo sociale, ma talvolta parlano anche d'amore. (Da Wikipedia.)

“Ho sempre pensato che una parete sottilissima, quasi un velo, mi separa dal mio inconscio, un velo che, anche solo una piccola pietra, potrebbe squarciare” dirà in una delle prime sedute, dandomi tutto il senso di come per certi versi si senta in un contatto piuttosto diretto con il suo inconscio. E questo, oggi, mi fa trovare delle assonanze con quanto riporta nel suo contributo Tonia Cancrini a proposito di Melanie Klein : *ci sono delle caratteristiche dell’analisi dei bambini che ci fanno riflettere e ci colpiscono. La prima di queste riguarda l’inconscio con cui il bambino ha un contatto diretto e immediato. Melanie Klein sottolinea come con il bambino viene prima il contatto con l’inconscio che con l’Io (1932, 27). Il bambino infatti comunica innanzi tutto e in modo immediato l’inconscio e i livelli arcaici e primitivi dell’esperienza.*

Ricordi come foto. Nei racconti di Sonia il suo passato di bambina, con tutta la carica emotiva, è immortalato nel presente, i suoi ricordi fanno pensare a delle foto, delle immagini ferme non inserite nel racconto di una storia personale, immagini che per lei non sembrano poter essere soggette ad alcuna trasformazione. Ricorda, ad esempio, come considerasse fortunati gli altri bambini delle classi elementari: tutti nello zaino avevano una bottigliina d’acqua, lei no, solo il succo di frutta! Non ci può pensare. Le sembra questo il segnale inconfutabile della non curanza della madre.

Le bambine poi tutte ben vestite e pettinate, mentre dei suoi *capelli ricci da selvaggia* nessuno se ne occupava! Penso ad aspetti pulsionali incontrollabili, all’invidia, all’avidità e all’intolleranza verso un oggetto non perfettamente corrispondente ai suoi bisogni e perciò vissuto come persecutorio perché disinteressato a lei. Mi chiedo: quanto riuscirà a tollerare lo zaino mezzo pieno e mezzo vuoto dell’analisi? Quanto riuscirò a tollerare i suoi attacchi invidiosi e il suo disprezzo per non essere quell’oggetto ideale, onnipotente, che forse lei si aspetta io sia? Sonia pensa che niente possa modificare la *“sensazione d’ingiustizia di avere meno degli altri”*, origine del vissuto d’inferiorità che tanto la fa soffrire.

Ripensando al sentimento d’inferiorità provato da Sonia, riemerge in me il ricordo di un’esperienza lontana quando al ginnasio svolgevo, insieme a delle compagne di classe, una sorta di volontariato offrendo il doposcuola a dei bambini che venivano da situazioni familiari disagiate. Mi ritornano in mente i loro abbracci irruenti, i loro baci “azzeccosi”, il fare eccitato un po’ maldestro per suscitare il nostro interesse, e nonostante allora mi sentissi assediata da questi bambinetti con il “moccolo” e “impataccati”, a ripensarci, provo una certa commozione.

Solo dopo un congruo periodo di analisi capirò quanto questo mio ricordo avesse a che fare con il bisogno inconscio della paziente di trovare un oggetto vivo e contenitivo dell’eccitazione, che la aiutasse ad avere una rappresentazione più adeguata di sé nella realtà. Mi sembra a questo punto il caso di riprendere le parole di Marta Badoni *nessuno più nega oggi il peso dell’ambiente e del suo intervento nello sviluppo della mente del bambino*, per sottolineare come, a volte, la realtà possa prepotentemente determinare la patologia di pazienti extra nevrotici.

La paziente è l’ultima di tre figli. Di una foto di famiglia, in bella mostra in casa della madre, l’ha sempre colpita la sua aria da bambina *“incazzata”*, anche se in quella foto aveva forse tre anni, ma soprattutto la impressiona la tristezza della madre vestita tutta di nero perché a lutto, per aver perso il proprio padre subito dopo la sua nascita.

Nascita/lutto una triste discordanza. Il vissuto di non occupare uno spazio, nella mente della madre, immersa nel proprio lutto, ha determinato in lei la percezione di essere, non solo in seno alla famiglia, ma nella vita, un pezzo *aggiunto, di cui si può anche fare a meno*. Comprendiamo così che il rimanere al sicuro nel rifugio dell’area dell’indifferenziato/onnipotente materno - di cui la voce da bambina è un’espressione - la protegge dalla ferita narcisistica, l’umiliazione di non esistere per l’altro. Scopriremo che ad ogni sortita fuori dal bozzolo dell’isolamento, anche se per lei può costituire un momento piacevole di autoaffermazione, segue, immancabilmente, un momento di profonda angoscia.

Sonia, sensibile, intelligente e creativa continuamente con disprezzo attacca e svaluta le sue capacità ed io avverto come irrinunciabile combattere contro quest’atteggiamento disprezzante, per

cui tendo ad allearmi, in maniera discreta, con la parte vitale e creativa. Così, come immagino farei nei confronti di un disegno di un bambino, con sincero interesse ascolto le parole dei nuovi brani musicali che Sonia, con mille titubanze, resistenze e lentezza, sta riprendendo a scrivere (nel secondo anno di analisi, ha impiegato tre mesi solo per completare una strofa). Dico che mi alleo in maniera discreta, perché tendo a tenermi sullo sfondo e a porre soprattutto l'accento su i suoi flebili apprezzamenti positivi su se stessa, con l'idea che in questo modo forse si rinforzi la traballante auto-percezione e la debole stima di sé.

D'altra parte, il mio tentativo di dare un nome a quelle forze grezze e temute da cui in certi momenti si sente invasa, inserendole in una trama di significato semplice, le ha permesso, nel tempo, di guardare in modo meno persecutorio ai suoi vissuti emotivi e a quelle *fantasie* che la fanno *sentire anormale*.

Credo che questo processo di liberazione dalle fantasie richiama ciò che ancora Marta Badoni afferma in questo dibattito riferendosi alla psicoanalisi infantile: *il bambino in analisi non è un adulto in miniatura, è un soggetto incompiuto e in via di sviluppo che si potrà fidare dell'adulto che lo cura, solo se, accanto alla proposta, in verità spaventosa, di liberare le sue fantasie, trova un adulto capace di accompagnare questa libertà e anche di garantire dei limiti.*

Mi fermo qui con il racconto sicuramente insaturo di questa paziente, scusandomi, tuttavia, per la lunghezza. Termino con l'auspicio, espresso da molti, che la psicoanalisi infantile trovi uno spazio adeguato nel Training, considerato l'imprescindibile arricchimento che può ricevere l'analista che deve essere, oggi, sempre più attrezzato ad accogliere e comprendere pazienti gravi, in cui spesso il corpo diventa depositario della memoria traumatica di esperienze dolorose vissute agli albori della vita, prima della parola e della capacità di poterle rappresentare.

23 novembre 2012

A proposito di prematurità. Riprendendo le osservazioni di Thanopulos e Conforto

Luca Trabucco

Da un po' di tempo insieme a Conforto stiamo pensando intorno al tema della prematurità. Riporto un'osservazione di una situazione che stiamo confrontando con la sua in analisi.

Valentina, una ragazza che ho seguito con colloqui settimanali per alcuni mesi tra i suoi 15 e 16 anni, liceale, presenta delle problematiche comportamentali per le quali i genitori mi contattano: il suo rendimento e inserimento scolastico è fortemente inibito da una timidezza esasperata. Valentina nelle interrogazioni non riesce letteralmente ad aprire bocca, presa da un terrore panico di fronte ai professori, e male si integra nel tessuto scolastico, non riuscendo a socializzare con i compagni. Nel contempo da alcuni mesi la vita in casa è impossibile, in funzione dell'assoluta chiusura al dialogo da parte di Valentina con i genitori e col fratellino, minore di 5 anni, e delle sue improvvise esplosioni, con comportamenti definiti "isterici", "violenti" nei confronti di tutti i membri della famiglia, con urla, minacce autolesive, aggressioni alle cose. I genitori si pongono di fronte a questa sintomatologia in modi diversi: il padre, militare, attraverso una contrapposizione "dura", fatta di minacce e punizioni, la madre sembra invece preoccupata e ansiosa, ma completamente inerme. Chiedo allora delucidazioni sulla storia recente di Valentina, sullo sviluppo di questo stato e anche del periodo precedente, dalla nascita. Vengo così a sapere che Valentina è nata prematura, ma non un poco, è nata al quinto mese di gravidanza, in seguito ad una grave gestosi materna. Pesava circa

mezzo chilo, ed essendo vitale, è stata messa in incubatrice. Le speranze che potesse sopravvivere erano ovviamente scarse o quasi nulle. Nel periodo immediatamente successivo all'incubatrice, e ancora in seguito durante la crescita, ha dovuto inoltre subire interventi chirurgici per riparare a difetti di sviluppo, in particolare alle vie urinarie e respiratorie. La madre allora mi racconta che non è mai riuscita ad occuparsi di Valentina. All'insorgere della sindrome che ha portato al parto indotto è stata allagata da un senso di terrore generalizzato, un insieme, potrei dire ricostruendo ciò che ella mi ha fatto sentire nel colloquio, di angosce di morte indifferentemente riguardanti sé e il feto che portava in grembo. La mia percezione del suo racconto è stata quella di un'esperienza in cui il significato della vita improvvisamente e senza un motivo invertisse completamente il proprio corso: l'esperienza della vita e del suo rinnovarsi cedeva il posto unicamente alla morte. Il lungo periodo in cui Valentina è rimasta in incubatrice è stato come un periodo "sospeso", in cui la mente era come "staccata", l'attesa per gli eventi derivanti dalla crescita che altrove avveniva della sua bambina, e la paura che ogni momento fosse comunque potenzialmente esiziale, erano sentimenti che non sembravano arrivarle. Invece fu un momento carico di emozione, improvvisa e debordante, quello in cui Valentina arrivò a casa. Il terrore si impadronì di lei, non riusciva a toccarla, a tenerla in braccio, a far nulla che riguardasse la sua funzione materna. La paura che le succedesse qualcosa, che la bambina "si rompesse" per il minimo contatto, e soprattutto che non ci fosse nessuno, non ci fossero i medici, che sapevano e potevano occuparsene, era la dimensione in cui ella si muoveva.

Sembra che in qualche modo l'evento dell'arrivo a casa della bambina abbia rinnovato nella madre la tempesta emotiva precedente, sicuramente in parte bonificata dalle angosce devastanti di morte, ma pur sempre ingestibile, incapace ancora di elaborare tali sensazioni, ricreando un silenzio "operativo" denso e paralizzante. Il padre di Valentina fu colui che si occupò totalmente della bambina, da "militare", seguendo alla lettera i protocolli che gli aveva fornito l'ospedale, con meticolosità e rigore. Il mio pensiero a riguardo fu che il padre sembrava continuare a svolgere la funzione dell'incubatrice, un apparato che meccanicamente fa quello che deve fare, ma che non può fornire un contatto ed un contenimento emotivo. La situazione emotiva dei genitori, a quindici anni abbondanti di distanza, mi pare, di fondo, assolutamente immutata. Il padre si meraviglia del fatto che Valentina gli rimproveri di impedirle di utilizzare il computer per andare su facebook, in quanto tale attività, secondo lui, distoglie dai compiti scolastici, ed è un'attività ossessiva e non naturale.

Non riesce proprio a mettersi nei panni di un'adolescente che vive anche un bisogno di omologazione, sentirsi come gli altri, ridere di stupidaggini ... La madre sembra paralizzata di fronte alle emozioni che si scatenano nel campo familiare. Quelle che farò sono considerazioni solo a partire da tre colloqui con i genitori, quindi uno spazio di osservazione limitato, così come limitato è stato il rapporto terapeutico con Valentina, che ho visto per circa sei mesi con una seduta alla settimana. La gestosi mette in moto delle angosce di morte che si indirizzano sia verso di sé che verso il feto: in effetti è una sorta di miracolo che la bambina sia sopravvissuta. La relazione vitalizzante che si configura nella relazione madre-bambino viene cioè trasformata in una relazione mortifera: il feto può uccidere la madre, e con ciò se stesso; la madre deve uccidere il feto per sopravvivere, ma così facendo uccide la madre. Tale situazione va a determinare un collasso della struttura mentale, in quanto divenendo mortifera la relazione, è la stessa struttura mentale, che è fondata su una relazione, che collassa e perde le sue funzioni.

In ogni caso è vero che la morte del feto, anche senza particolari rischi per la madre, come si osserva per esempio in casi di aborti spontanei nel primo trimestre di gravidanza, comporta una morte della funzione materna. La gestosi non è un rischio reale solo per il feto, ma anche per la madre, per cui la situazione "mors tua, vita mea" comporta un accendersi di una turbolenza emotiva difficilmente contenibile. L'impossibilità a contenere produce un "improvviso" e totale silenzio, essendo l'altro lato di questo abisso espresso da un'esplosione catastrofica. Nel caso da me osservato mi pare che la rigidità entro cui il padre sembrava muoversi abbia concorso nel realizzare questa situazione di incontenibilità assoluta, proponendo un "contenitore" rigido e pre-formato, entro cui gli eventi avrebbero dovuto collocarsi, adattandosi al contenitore, in cui le emozioni finiscono per essere o non percepite, o danno luogo a esplosioni di panico, la stessa situazione in cui

si trova ora Valentina. Ovviamente mi sono chiesto, senza particolari possibilità di risposta, da che situazione infantile i genitori di Valentina provenissero. Poco o nulla traspare delle relazioni primarie della madre, mentre il padre mi racconta di essere ultimogenito di una numerosissima famiglia, in cui i figli dovevano vivere “come in caserma”, ognuno occupandosi delle proprie mansioni, “dovevano cavarsela da soli” ... Quindi le funzioni di contenimento emozionale erano uguali per tutti, standard, rigide e autogestite. Il silenzio emotivo che segue alla nascita nella madre di Valentina sarebbe espressione di una confusione di morte e vita in una situazione di nascita a rischio, che mi sembra ulteriormente amplificata dalla confusione che l’alternativa “mors tua, vita mea” viene qui ad introdurre, con la grave gestosi materna.

Il tema della prematurità mi pare comunque rappresentare una esasperazione di una problematica specie-specifica, legata allo sviluppo del "cucciolo" umano, con la difficile crescita di un apparato per pensare sempre insufficiente rispetto al carico che l'emozione e il confronto con una realtà sempre eccedente le nostre capacità mentali comporta.

26 novembre 2012

Dare senso ai sensi, dare corpo alla mente

Daniele Biondo

Nella lettura dell’interessante e per me preziosissimo dibattito SPIweb sulle “Tante declinazioni della psicoanalisi infantile” curato da Carnaroli e Mastella, confesso che avevo accarezzato l’idea di accomodarmi nella posizione di spettatore, che poteva godere del contributo di analisti di bambini molto esperti, senza dover disturbare tale piacere dell’ascolto con una posizione più attiva. Il richiamo di Tonia Cancrini ad intervenire inevitabilmente mi ha scosso dalla comoda posizione in cui mi ero rifugiato. Nella lettura dei diversi interventi, mano mano si veniva dipanando dentro di me l’idea dello scorrere di una sorta di manuale della psicoanalisi infantile: manuale che grazie ai tanti ed accurati contributi, ad iniziare dai due iniziali di Marta Badoni e di Tonia Cancrini, mi dava il piacere di ascoltare la polifonia della complessità del lavoro con i bambini. La molteplicità delle variabili in gioco che un analista di bambini deve essere in grado di prendere in considerazione e analizzare è veramente ampia e forse maggiore rispetto al lavoro con gli adulti. Esse vanno dai problemi diagnostici inerenti la valutazione delle vicissitudini dello sviluppo del bambino e dei suoi eventuali traumi precoci, ai problemi di valutazione delle risorse familiari ed ambientali disponibili nell’avviare e condurre il trattamento analitico. Abbiamo così potuto apprezzare i *setting multipli* (si veda l’ampia descrizione che generosamente i colleghi hanno fornito in questo dibattito, che vanno dal lavoro con la coppia madre-bambino, al lavoro con il bambino e i genitori, o tutta la famiglia, dal lavoro in tandem con insegnanti educatori al lavoro di équipe con altri curanti, dal setting parallelo con una supervisione congiunta fino, ovviamente, al lavoro intensivo con il bambino) che lo psicoanalista di bambini ha a disposizione e, aggiungerei, *non può fare a meno di prendere in considerazione*, valutando attentamente caso per caso i fattori che lo spingono a scegliere l’intervento più adatto. Di conseguenza, secondo questa impostazione poliedrica, mi sembra incomprensibile la contrapposizione di un setting rispetto ad un altro. Non voglio sottovalutare il fatto, come molti hanno ricordato, che dietro la scelta di setting diversi a volte si esprime una concezione diversa del fare psicoanalisi, legato alle antiche controversie, ma anche a moderne contrapposizioni fra intersoggettivismo e intrapsichico, fra approcci più attenti ai contributi extra analitici (neuroscienze, teorie dell’attaccamento, dati dell’infant research ecc.) e approcci più concentrati sullo specifico spazio di ricerca della psicoanalisi e sulla dimensione clinica. Non vi nascondo, comunque, un certo disagio a dover discutere se è più importante un approccio ambientale e familistico o uno pulsionale ed intrapsichico. Per quanto mi riguarda ho cercato di

integrare continuamente questi due vertici della psicoanalisi non risolvendomi mai del tutto a favore dell'uno o dell'altro, oscillando continuamente sia nel lavoro con i bambini che con gli adulti fra i due poli, consapevole dell'indispensabilità del contributo di Melanie Klein, di Anna Freud e di Donald Winnicott per lavorare con i bambini. Per questo motivo non sento dentro di me la necessità di decidere quale orientamento sia "più psicoanalitico". La stessa contrapposizione fra psicoanalisi e psicoterapia mi sembra una controversia datata, una battaglia di retroguardia, abbastanza anacronistica dopo le chiarificanti posizioni di Kernberg di almeno un decennio scorso. Green a tal proposito ha avuto modo di chiarire che se uno fa lo psicoanalista anche quando fa altro lo fa sempre in termini psicoanalitici. Sappiamo che non è una questione di numero di sedute, ma di *assetto interno*. Si possono fare quattro sedute ed anche cinque e non fare psicoanalisi come a tal proposito ha ben chiarito R. Cahn (2002, *La fine del divano?*). I diversi mutamenti tecnici che i colleghi hanno illustrato in questo dibattito per quanto riguarda la psicoanalisi infantile, ma che altrettanto abbiamo dovuto immaginare per quanto riguarda la psicoanalisi degli adolescenti e degli adulti gravi, sono estremamente preziosi proprio per mantenere un assetto analitico interno quando variano le condizioni del setting classico e quando c'è bisogno di lavorare in condizioni ambientali inedite, quando cioè non ci sono le condizioni richieste dal setting classico. Ecco perché tali variazioni sono preziose. Proteggersi dietro stereotipie rituali (numero di sedute, uso del divano ecc.) senza andare all'essenza dei problemi, considerato il livello dell'arte della nostra scienza e la sua applicazioni in ambiti diversi da quello della stanza d'analisi (più stanze, contesti istituzionali ecc.), mi sembra ormai insostenibile e antianalitico. Oggi più che mai credo che queste controversie "formali" rischino di dividerci e farci ripiegare su noi stessi: niente di più sterile di fronte ad una società e ad una famiglia che, come molti hanno ricordato in questo dibattito, sono in profondo e rapido cambiamento, dove siamo chiamati non solo ad essere plastici ed elastici, se non vogliamo estinguerci come i dinosauri (dove la massa delle nostre idee rischia di farci essere troppo lenti e poco capaci di adattarsi ai mutamenti sociali), ma anche a ribadire il valore del nostro contributo e la sua necessità recuperando proprio l'essenza delle nostre radici: *il senso* profondo del setting psicoanalitico intensivo, che in alcuni ambiti clinici, come ad esempio quello relativo ai traumi precoci massivi, è più che mai indicato per vincere la sfida della salute mentale. Ecco su questo specifico punto, sul quale vorrei centrare il mio contributo al dibattito in corso, credo che dobbiamo fare tutti noi uno sforzo per dare conto in questa società postmoderna, liquida e continuamente in fuga da se stessa e dalla ricerca del senso, della proposta indecente ed antieconomica di tante sedute settimanali per anni che lo psicoanalista testardamente continua a fare ai suoi pazienti di qualsiasi età. Al fine di documentare e dare conto del ruolo e del senso di questo specifico setting di cui lo psicoanalista è testimone privilegiato possiamo certamente utilizzare il contributo di altre discipline per poi comunque ritornare a quello di nostra competenza: la pratica clinica psicoanalitica. Conta ciò che cura! Ciò che riesce a curare veramente e in profondità e non si limita a risolvere il sintomo o il comportamento esterno. Mi riferisco ai fattori terapeutici e agli accorgimenti tecnici da adottare per rendere più efficace il setting psicoanalitico, nelle sue variegata forme, quando abbiamo di fronte bambini fortemente traumatizzati, perché provenienti da zone di guerra, di povertà, perché abusati, perché strappati dal loro paese e deportati in altri a migliaia di chilometri di distanza ecc.. La stessa adozione abbiamo visto che in molti casi si instaura come un'esperienza traumatica, che comporta una *ferita all'origine* (Cancrini e Biondo, 2012). Il tema delle tante declinazioni della psicoanalisi infantile, può dunque essere declinato nei termini degli accorgimenti tecnici che occorre adottare per trattare bambini così sofferenti, come del resto molti hanno fatto in questo dibattito.

A proposito dell'utilità del contributo delle altre discipline mi sembra utile il riferimento alla *memoria implicita*, ricordato dalla Cancrini, per rivendicare il valore del setting analitico intensivo, inerente la necessità di continuità e di ripetizione per formare un circuito cerebrale. Ciò ci interroga sulla *dimensione simbolica*, che sarebbe fondante del trattamento analitico. Una dimensione che sembra riproporre la separazione positivista fra il corpo e la mente. Una divisione abbondantemente superata non solo in campo filosofico, ma soprattutto nel nostro campo, grazie a Winnicott che ha

approfondito le modalità primitive d'insediamento della mente nel corpo, a Gaddini che ha sviluppato il ruolo dell'area psicosensoriale, grazie al concetto di Io pelle di Anzieu, all'area di ricerca sul conosciuto non pensato avviata da Bollas, solo per citare alcuni dei contributi più significativi in quest'ambito. Questo vasto interesse per la *dimensione presimbolica* della psicoanalisi si declina nella moderna psicoanalisi, e non solo quella infantile, in una considerazione diversa dell'acting out, dell'agito, dell'azione e del comportamento del paziente in seduta. Come ricorda la Barbieri ciò significa riuscire a stare a livello dell'altro, senza anticiparlo con le nostre offerte simbolizzanti. Per tale motivo lo psicoanalista infantile dovrebbe essere in grado di lavorare con i differenti setting prima citati (con la madre e il bambino, con i genitori, con il bambino a più sedute). La bella metafora del cambio della bicicletta ci ricorda che se la strada è in salita non posso che usare la marcia più corta, la prima, che mi farà andare lento però mi permette di avanzare senza bloccarmi; ma quando riesco ad arrivare in pianura mantenere la prima non ha più senso, anzi non mi fa procedere se non lentamente e con molto sforzo, devo passare ad un "rapporto" diverso, occorre mettere la quarta o la quinta (seduta) per riuscire a procedere efficacemente. Fuor di metafora ciò significa che la mia bicicletta più "rapporti" ha più saprà affrontare tutte le condizioni del terreno. Nello stesso tempo la preoccupazione di adattarci al nuovo e a tutte "le condizioni del terreno" non deve farci perdere di vista la specificità dell'intervento analitico, come mettono in guardia diversi interventi in questo dibattito (Cancrini, De Masi, Piovano ed altri). Il nostro compito di psicoanalisti infantili è quello di riuscire a fare qualcosa che nessun altro è in grado di fare (è opportuno ricordarlo!): raggiungere il bambino nel pozzo buio e freddo della sua disperazione, nel buco nero dell'angoscia in cui è precipitato, riuscire non solo a raggiungerlo, ma anche a "toccare", senza spaventarlo e senza fargli troppo male, la sua ferita originaria. Tutti noi sappiamo che questo è possibile farlo solo con la psicoanalisi, con il setting analitico classico intensivo. Indugiare in avvicinamenti "prendi e lascia", come inevitabilmente si può fare con una seduta a settimana, espone il bambino ed anche l'analista ad una sofferenza insopportabile.

Il caso di Paulo, un bambino di 8 anni, che ha vissuto in Brasile fino all'età di 6 anni, in una condizione di violenza fisica e psichica cronica e massiccia, può essere utile a chiarire questo specifico punto. Seguo Paulo in analisi da cinque anni (ora ne ha 12 e mezzo). C'è da premettere che l'avvio del lavoro con questo bambino è coinciso con il mio perfezionamento nell'analisi b/a e con la sottointesa decisione di "toccare" con più decisione qualcosa della mia storia personale. Un aspetto originario che nonostante due analisi (e forse anche grazie alle mie due analisi) fino a quel momento era stato molto avvicinato solo parzialmente (lavoro come psicoterapeuta di bambini da circa trent'anni), ma mai fino in fondo elaborato, o meglio mai toccato senza sperimentare un enorme dolore. Insomma, forse era arrivato il momento in cui mi sentivo pronto ad un passaggio evolutivo essenziale, che mi ha motivato al perfezionamento.

Il primo anno di analisi con Paulo può essere realizzato per problemi organizzativi solo con due sedute a settimana. Il momento del distacco alla fine delle sedute era diventato progressivamente sempre più drammatico: si buttava per terra, non voleva uscire dalla stanza, piangeva, mi picchiava, mi riempiva d'insulti molto volgari se mi avvicinavo: all'inizio era sordo a ogni mia interpretazione o a ogni mio tentativo di patteggiare l'uscita (consentendogli più tempo, a volte fino a dieci- quindici minuti oltre quello previsto) o di prepararlo (cominciavo anche quindici minuti prima dello scadere del tempo). Cercavo di contenerlo attivamente, anche fisicamente, ma mi resi presto conto che il bambino si esasperava di più e diventava più violento, rabbioso, deluso, aumentando il livello dello scontro (ad esempio mi colpiva dopo a freddo, appena lo lasciavo). Scoprii che funzionava meglio il comportamento opposto: lo lasciavo fare fino a quando non sbolliva la rabbia. Spesso mi limitavo a proteggermi dai suoi colpi, impedendogli di farmi male. Occorre arrivare al secondo anno di analisi con il passaggio alle tre sedute, per riuscire a ridimensionare significativamente la violenza del bambino. La nascita del primo confine psichico di Paulo garantito dal setting più intenso ci permette di avvicinare importanti parti del suo Sé scisso e frammentato. Affinché Paulo potesse fare l'esperienza di totale inglobamento della mamma-analista all'interno del proprio Sé aveva bisogno di sentire la mia totale disponibilità a prenderlo

dentro di me, come la terza seduta gli significava. Nel lavoro autoanalitico che ne è seguito, ho pensato a un desiderio intenso da parte di Paulo di mettersi dentro a qualcuno per potersi trovare, per poter nascere, e del corrispettivo mio desiderio - di entrare più in profondità nel processo analitico con un bambino che attivava la mia personale ferita originaria: insomma due desideri soggettivanti complementari, che si sono potuti incontrare e fertilizzare grazie alla gestazione offerta dal processo analitico.

La particolare esperienza che si ha la possibilità di fare con il bambino nella stanza di analisi, in particolar modo con quello precocemente traumatizzato, ci sensibilizza e ci allena a muoverci con maggiore dimestichezza sulla *dimensione sensoriale e corporea della relazione analitica*. Una dimensione ovviamente presente nella relazione con il paziente di ogni età, ma che con il bambino si declina in un modo del tutto inedito. Come diversi colleghi che sono intervenuti in questo dibattito hanno sottolineato, la pratica dell'analisi infantile apre l'analista ad una dimensione specifica del lavoro analitico, inerente appunto il preverbale, il sensoriale, il non verbale, il corporeo, rappresentando, di conseguenza, un tassello indispensabile della formazione dell'analista. Un tassello che giustamente implica attualmente nel nostro training un "perfezionamento", e cioè l'acquisizione di qualcosa che manca all'analista di adulti e che occorre fare un ulteriore percorso formativo per acquisire. Qualcosa che ha a che fare con la tecnica, ma che ha anche a che fare, come cercavo di dire prima, anche con le proprie aree irraggiungibili, aree cieche, forse accecate per il potenziale dolore che contengono. Come nella mia personale esperienza formativa ho avuto modo di comprendere, per riuscire a raggiungere tali aree traumatiche primitive l'analista deve superare specifiche resistenze, inerenti aspetti originari della propria storia, e nello stesso tempo avere delle specifiche inclinazioni e capacità, non comuni, che lo spingono a superare alcune specifiche resistenze a mettersi in gioco con il corpo e con i sensi all'interno dello spazio analitico. Resistenze inerenti proprio l'area del simbolico e del presimbolico. Come ricorda Vergine per raggiungere tali aree irrepresentabili occorre aprirsi ad alcune "variazioni" della tecnica classica ed essere disponibili "ad una certa quota di affettuosità", o aggressività, essere cioè disponibili a rivedere alcuni aspetti della tecnica classica inerenti ad esempio al toccare o non toccare i bambini, al poter permettersi di tollerare una quota di aggressività o inibirla fin dall'inizio con interventi regolativi prescrittivi. Per regolare l'aggressività del bambino occorre essere in grado di tollerarla, poiché nonostante tutti i limiti che noi possiamo e dobbiamo mettere, inevitabilmente il bambino precocemente traumatizzato tenderà a forzarli, sfidarli, per mettere alla prova la nostra capacità di tenuta (nei migliori di casi), ma molto più frequentemente perché nella sua mente non esiste ancora un limite psichico praticabile. D'altro canto se la patologia del bambino traumatizzato è sempre più spesso descritta come una patologia "al limite" occorre lavorare proprio con confini e limiti, intesi come oggetto della cura e non come condizione mentale già acquisita dal bambino. Ciò ci costringe a prendere in considerazione l'opportunità di alcune modificazioni tecniche dell'analisi con i bambini precocemente traumatizzati. Nella mia esperienza per lavorare con i bambini precocemente traumatizzati tali variazioni sono essenziali per riuscire a condurre il trattamento. Infatti, penso che la dimensione sensoriale inevitabilmente prende il sopravvento con il paziente traumatizzato, sia esso un bambino, un adolescente o un adulto. Il training con il bambino, però, ci permette di cogliere alcuni aspetti di questa dimensione con i quali altrimenti è difficile entrare in contatto. E' questo il filo del discorso che vorrei seguire a questo punto del mio contributo al dibattito.

Penso che il trauma essendo stato vissuto a livello della "barriera antistimolo" abbia inevitabilmente a che fare con la dimensione economica dell'apparato psichico, che inevitabilmente coinvolge *il soma*. Di conseguenza è con il soma che dobbiamo fare i conti, altrimenti rischiamo con questi pazienti di cadere nelle stereotipie interpretative che rappresentano un blocco del pensiero, una difesa dell'analista dal poter sentire "sulla sua pelle" il dolore dell'altro, visto che questo è il livello con cui il paziente massivamente traumatizzato costringe l'analista a confrontarsi. Sappiamo che il trauma inevitabilmente attiva difese tanto nel soggetto che lo ha vissuto quanto in chi cerca di aiutarlo. Difese legittime, per carità, ma sempre difese, che ostacolano il pieno accoglimento

dell'altro dentro di noi. L'esperienza precoce del trauma dell'abbandono molto spesso comporta la presenza nell'inconscio di una serie di *aree sequestrate di sensorialità* non trasformate, cioè di elementi proto sensoriali e proto emotivi solo parzialmente alfabetizzati (Ferro). Possiamo far risalire l'origine di questo tipo di analfabetismo corporeo ed emotivo a quelle condizioni originarie in cui è stata persa la continuità con gli schemi psicosensoriali condivisi con la madre naturale fin dalla gravidanza, o in cui è carente la funzione parastimolo materna e paterna. Come giustamente ci ricorda Tonia Cancrini nel suo intervento di apertura di questo dibattito, citando Mancina, le diverse forme di dolore che il bambino incontra nelle sue relazioni più precoci sono archiviate a livello preverbale e presimbolico nella memoria implicita. Di conseguenza, si potrebbe affermare che senza condivisione profonda anche sul piano somatico, implicito ed operativo, di queste esperienze dolorose, non ci può essere trasformazione del paziente precocemente traumatizzato, qualsiasi sia l'età in cui giunge in analisi.

Per quanta riguarda il lavoro analitico con i bambini precocemente traumatizzati, il rifiuto di instaurare un rapporto sul piano somatico, quando attivamente lo cercano, proponendo interpretazioni troppo evolute o di tipo cognitivo, rischiano di essere percepite dai bambini come un crudele rifiuto di quella che può essere la loro prima forma amichevole (Alvarez). Condivido l'opinione di coloro che affermano che con questi piccoli pazienti, così fragili e suscettibili, sia necessario superare la dicotomia fra gratificazione e frustrazione e preoccuparsi, invece, di proteggere il legame del bambino con il suo *compagno vivo* (l'analista), evitando interpretazioni troppo difensive. Solo all'ombra protettiva del legame d'amore e della relazione transfero-controtransferale soggiacente, il bambino traumatizzato può costruire un primo confine mentale per il Sé sofferente e traumatizzato, dove conquistare importanti tappe evolutive.

Nella terapia di Paulo, il bambino di cui parlavo prima, la dimensione corporea è stata per diversi anni quella prevalente in cui si realizzava l'incontro analitico. Fin dal suo ingresso nella stanza dovevo essere io a portarlo dentro, altrimenti lui sarebbe restato tutto il tempo fuori immobile, del tutto sordo ai miei inviti e alle mie interpretazioni. Nel portarlo dentro a volte lui come un neonato pretendeva di essere preso in braccio, passando dalle braccia della mamma alle mie. Altre, quando comincio a sentirsi più sicuro, poteva stare in piedi, ma poteva entrare nella stanza solo camminando sui miei piedi. Nei primi tempi dell'analisi, molto presto Paulo dimostrò una grande capacità affettiva, insieme, però, al bisogno di attaccarmi violentemente e farmi del male. Nella prima fase dell'analisi, infatti, accettò i miei inviti a rappresentare i suoi impulsi aggressivi attraverso il gioco simbolico; in seguito, man mano che il bambino si tranquillizzò sulla tenuta della nostra relazione, li comincio ad agire direttamente, diventando a volte molto violento e incontrollabile, fino a farmi male. Dovetti tollerare a lungo tale corpo a corpo prima di riuscire a fare breccia in lui con le mie interpretazioni: gli verbalizzavo, a secondo dei momenti, o che mi stava facendo molto male, che non mi riconosceva più, o che in quel momento ero per lui qualcun altro, chi l'aveva fatto molto soffrire (forse i genitori del Brasile), o che si sentiva disperato perché tutto quello di buono che c'era prima fra noi non ci sarebbe più stato a causa della nostra separazione.

Ho voluto citare questo passaggio della relazione analitica con Paulo per sostenere che la conduzione di un'analisi infantile inevitabilmente ci costringe a confrontarci con una dimensione operativa e corporea della relazione, del tutto inedita con i pazienti di altre età (se non, in alcuni casi, con i pazienti psicotici). Per tale motivo è stato necessario inventare una *tecnica* specifica per analizzare i bambini. Una tecnica che prevede il rapporto con i genitori. Non c'è analista infantile che non sappia quanto sia importante allearsi con i genitori per riuscire a condurre il proprio trattamento e quanto i genitori siano co-terapeuti del processo analitico. Ben vengano, dunque, suggerimenti tecnici per realizzare setting congiunti genitori/bambino, ma senza mai marginalizzare la relazione analitica con il bambino. Sento proprio questo rischio: di mettere in secondo piano il lavoro diretto con il bambino, che ha portato alcuni analisti a sostenere quasi l'uguaglianza del trattamento familiare rispetto a quello con il bambino, ed altri, addirittura, la non indicazione del trattamento analitico del bambino (ad esempio nel caso delle adozioni). Affermando ciò mi sembra

che si dimentichi che per poter lavorare con un bambino sofferente occorre una capacità non comune di entrare in sintonia con il mondo inconscio del bambino espresso attraverso il corpo, una particolare sensibilità a “mettersi in gioco”, una tecnica specifica, una dimestichezza con il mondo dell’infanzia anche nei suoi aspetti concreti (ad esempio bisogna inevitabilmente imparare di Pokemon e di Ben 10, di Barbie e di Twins, ma anche avere uno stomaco forte e tollerare cacche, pipì, saliva, scuregge, sputi e calci), che non sono assimilabili a nient’altro, e che necessitano di un lungo training, diverso da quello per lavorare con gli adulti e, dunque, anche con i genitori dei bambini sofferenti. Se poi si ha a che fare con bambini molto sofferenti, come quelli precocemente e massicciamente traumatizzati l’analista è chiamato ad un ulteriore adattamento e a sviluppare specifiche competenze, attraverso anche l’apprendimento di alcuni specifici accorgimenti tecnici. Le modificazioni tecniche che dobbiamo realizzare nel trattamento analitico con il bambino precocemente traumatizzato, che ha un pattern di funzionamento mentale che, seguendo le indicazioni di Green, può essere definito “al limite” sono, infatti, a mio avviso molteplici. La definizione “al limite” mi sembra a tal proposito utile ed illuminante, poiché descrive efficacemente lo specifico difetto del pensiero del bambino traumatizzato, che osserviamo a diversi livelli e che possiamo così riassumere:

- a) secondo le preziose indicazioni delle neuroscienze, ben inquadrata da Mancina, possiamo osservare nei bambini traumatizzati un imprinting negativo depositato nella loro memoria implicita (spesso, come suggerisce Kancyper, 2000, *memoria del rancore*) che influenza tutti i loro rapporti con il mondo. Nel trattamento analitico questo aspetto deficitario originario influenza profondamente il transfert, ostacolando la possibilità del bambino di affidarsi al terapeuta;
- b) l’esperienza dell’impotenza originaria sembra orientare i bambini massicciamente traumatizzati verso un modello di resa, come indicato da Krystal (1988-1993), che li spinge continuamente sull’orlo della disperazione. Tutto ciò rende questi bambini difficili da raggiungere a livello profondo, poiché hanno organizzato una specifica difesa dal rischio di provare dolore;
- c) l’esperienza della separazione è particolarmente inavvicinabile dai bambini fortemente traumatizzati, poiché temono il rischio di catastrofizzare, cioè di perdere tutto se stessi, quello che Winnicott ha definito rischio del crollo dell’unità del Sé, e ciò rappresenta uno dei principali ostacoli alla loro crescita psichica ed alla realizzazione del percorso psicoanalitico (che implica inevitabilmente la tolleranza dell’esperienza del distacco e della frustrazione);
- d) la carenza di buone esperienze originarie di *holding* e *rêverie* rende i bambini adottivi o precocemente traumatizzati particolarmente vulnerabili nell’area della costituzione del senso del limite psichico, producendo in loro una specifica ipersensibilità ed iperreattività nella relazione con il mondo, a causa di aree di sensorialità non trasformata (Bion e Ferro); tale ipersensibilità solitamente si presenta in termini di aspettative catastrofiche, comportamenti regressivi, permalosità, vulnerabilità somatica: fattori che rimandano al difettoso costituirsi del primo confine psichico, quello che l’Anzieu ha definito Io pelle.
- e) L’esperienza traumatica precoce e massiccia comporta molto spesso la limitazione di tutte le funzioni cognitive può protrarsi, oltre la situazione traumatica, a livelli imprevedibili. Esiste nel soggetto traumatizzato una mancanza di motivazione a riampiare le proprie funzioni mentali.

Tali specifiche difficoltà del bambino precocemente traumatizzato ci interrogano sulle trasformazioni strutturali che l’analisi può attivare nel loro funzionamento mentale, ma anche quali sono i specifici *fattori terapeutici* che attivano tali trasformazioni. Occorre, secondo le indicazioni di molti, dare maggiore riconoscimento all’influenza dei *contesti multipli* sullo sviluppo del bambino traumatizzato. Nello stesso tempo possiamo considerare l’offerta di un trattamento psicoanalisi intensivo al bambino traumatizzato fondamentale per influenzare positivamente il suo percorso evolutivo. Più precoce è l’avvio del trattamento più speranza abbiamo di condizionare positivamente l’esito di tale sviluppo. Ciò anche per l’influenza che l’analisi può avere sulla capacità dei genitori del bambino massicciamente traumatizzato di avere fiducia nelle loro capacità di amare un bambino così sofferente. Sempre all’interno dei *contesti multipli di cura* occorre

prendere in considerazione l'opportunità di attivare anche per l'analista di bambini traumatizzati un gruppo di sostegno o di supervisione, che gli permetta di sopportare l'impatto con la violenza dei fattori traumatici del bambino. In altri contesti, relativi alla cura di adolescenti fortemente traumatizzati, ho avuto modo di definire questo tipo di aiuto al curante come *setting psicomotricità multiplo* (Biondo 2008). Mi sembra, che i bambini precocemente traumatizzati abbiano a che fare con un'esperienza interna così devastante che abbiano bisogno di incontrare, nella mente dell'analista, "un di più" di contenimento, rappresentato proprio dal *gruppo interno dell'analista* e dalla possibilità di fare riferimento al *setting come spazio gruppale* (come ricorda Elena Molinari). E' proprio sul funzionamento dell'analista di bambini che vorrei adesso soffermarmi. Ci sono alcune funzioni di base che ogni analista di bambini ha imparato a sviluppare. Tali capacità, a mio avviso, l'analista di bambini li apprende solo dall'esperienza clinica con i bambini. Non c'è altro modo, se non surrogato. Nel trattamento analitico del bambino, come ricorda Marta Badoni, l'analista impara:

- a) un buon ritmo tra silenzio e parola, "un'attenzione sospesa e pensante" capace di accompagnarli nelle loro libere esplorazioni;
- b) ad usare parole semplici capaci di raggiungere i sensi senza eccitare;
- c) a mettere dei limiti,
- d) ad osservare il corpo;

Giuliana Barbieri ha aggiunto a questo elenco un'altra specifica competenza dell'analista di bambini: la capacità di utilizzare sia il sistema di rappresentazioni simbolico-verbale che quello procedurale di azioni. E cioè la capacità di *produrre cambiamenti attraverso sia le parole che le azioni*, intendendo le azioni e i comportamenti non come pensieri mancati, ma come un altro modo di pensare.

Ci sono altre funzioni di base, più sofisticate, che occorre raggiungere per trattare con bambini gravi. Ringrazio Barbara Piovano per aver concentrato il suo secondo intervento su alcune novità della tecnica psicoanalitica con i bambini autistici indicando alcune competenze specifiche che l'analista di bambini deve potenziare per riuscire a lavorare a questi livelli primitivi:

- a) capacità di entrare in contatto con le *sensazioni e le percezioni del corpo* (Milner 1969);
- b) capacità di *positivizzazione* (Godfrind 1993)
- c) capacità di sviluppare il *buon senso* (Tustin 1990) capacità di utilizzare il proprio *transfert corporeo* (Mathew 1995, Pozzi 2003)
- d) capacità di utilizzare il controtransfert "per cogliere le tracce delle carenze e degli impingements traumatici dell'ambiente primario e delle identificazioni difensive precoci (Piovano). Tutto ciò per affermare che la pratica della psicoanalisi infantile ti costringe a fare i conti, come ci ricorda Vergine, non con un'età biologica, ma con uno stadio primitivo della mente e con le vicissitudini del suo sviluppo.

26 novembre 2012

Marta Badoni

“Toglietevi il cappello...parlate sottovoce”

Cari colleghi,

avrei voluto e dovuto intervenire prima, ma semplicemente non ce l'ho fatta. Approfittando invece di una settimana in Slovenia con il PIEE (Istituto Psicoanalitico dell'Europa dell'Est) il gruppo dell'Europa diretto da Paolo Fonda, in mezzo ai boschi sono riuscita a rileggere gli interventi per i quali ringrazio tutti.

Mentre pensavo ha iniziato a ronzare nella mia testa il ritornello di una canzone di Sergio Endrigo che ho molto amato... “se passate da via Broletto al numero 34 toglietevi il cappello parlate sottovoce...in questa stanza dorme l'amor mio...”

Anche la stanza d'analisi è una stanza dove si svolge una storia di amore e di lutto: d'amore perché non si può fare questo nostro lavoro senza amore, di lutto perché è proprio lì che si inizia fin dal primo incontro un lavoro sulla separazione e non solo.

Il lutto è da farsi a molti livelli, tra noi e i pazienti, tra i pazienti e le loro aspirazioni e storie sofferte, tra noi e noi stessi, tra noi e le nostre teorie...: senza memoria e senza desiderio.

Credo che per rendere la stanza “intima” come suggerisce Civitarese (2008) occorra molto lavoro e, se la stanza dei bambini è “straordinaria” come suggerisce Tonia Cancrini è perché essa è tale da poter garantire al bambino l'esperienza del suo funzionamento mentale e il suo dispiegarsi. Non solo quindi la stanza dei giochi: alla fine di qualche seduta nella stanza mi sembrava fosse passato un tornado; sono stata e sono sempre molto attenta a che i genitori, quando in anticamera, non buttino l'occhio su una simile sovversione dell'ordine costituito.

Tuttavia di stanza si tratta ed è molto importante che essa esista e che sia adatta tanto al dispiegarsi di un funzionamento mentale quanto al costituirsi di uno spazio privato.

Rispetto dunque e rispetto prima di tutto per la fragili soggettività con cui lavoriamo che hanno come molte volte affermato da Dina Vallino prima di tutto il “diritto ad esistere”.

A dire il vero sono un po' stanca di sentire parlare del bambino nell'adulto e temo che la psicoanalisi rischi di diventare una mostruosa matrisca dove nell'adulto c'è l'adolescente, nell'adolescente il bambino, nel bambino il feto. Io penso invece che, seppure la teoria è la stessa in ogni età (ed è appunto quella che si occupa di inconscio e dell'infantile), l'esperienza dell'essere in presenza di soggetti in diversi momenti evolutivi sia unica e irripetibile: oltre al rispetto dunque, teniamo bassa la voce e impariamo a guardare e a ascoltare quello che succede e che ci succede. Il fatto che, come ricorda Tonia Cancrini nel suo primo intervento, il bambino non ci racconta quello che ha fatto a casa o il giorno prima, ma “*si precipita nella stanza e riparte dalla fine della seduta precedente*” è forse proprio dovuto alla ricerca ostinata e vitale di una stanza dove possa fare esperienza di sé e del suo “funzionamento mentale” (Vergine).

Riprendo ora seguendo il filo proposto da Adamo Vergine nel suo primo intervento.

Rimpiango di essere stata vicina a Vergine solo per faticare con lui come matti per avviare i rapporti col MURST quando io ero segretario SPI e lui direttore dell'Istituto Nazionale di Training.

Avrei di gran lunga preferito parlare con lui di psicoanalisi, ma eravamo di servizio e ci siamo occupati anche di realtà materiale, seppur pensando. Ringrazio la sua libertà e concordo col rischio di argomenti “*che si trasmettono per inerzia, identificatoria o di fede, si usano, ma non ci sono argomenti per metterli in discussione o accettarli per come sono stati tramandati.*”

Approfittiamo del dibattito per iniziare a occuparcene.

Gli argomenti citati da Vergine sono tre:

1. Numero delle sedute
2. Tecnica per una interpretazione che dovrebbe parlare all'inconscio
3. Modalità di formazione

A questi 3 argomenti si riferiscono la gran parte degli interventi.

Sul numero delle sedute penso questo: per una buona immersione nell'inconscio, rimosso e non rimosso serve frequentarsi molto. Con meno di tre sedute il lavoro sicuramente cambia, probabilmente è più difficile, a volte può essere fuorviante. Scendere in strada (Orofino) è indispensabile e remunerativo, forse non ai fini della borsa, ma certo ai fini dell' apprendimento. Tuttavia quando si va per strada occorre avere la Carta di Identità, altrimenti non si è nessuno e non vale il "lei non sa chi sono io". E' essenziale per la sopravvivenza nostra e della psicoanalisi che questa identità sia certa e riconoscibile e che si colga chiaramente un sapere e un pensare psicoanalitico ad ogni livello. Non sempre è così. Si può azionare la leva del cambio, come suggerisce Mastella, ma non si può far finta che le salite siano discese. Sandra Maestro parla di allineamento pur conservando la specificità.

Se ne discuterà nel prossimo convegno di Bologna, 15-16 febbraio 2013, al quale siete tutti invitati. Inconscio e tecnica dell'interpretazione: se "Wo es war, voll ich werden", se l'assetto della mente richiede un continuo riassetto si dovrà pure avere cura che l'Io possa effettivamente addivenire nel rispetto della soggettività compatibile per ogni età della vita. Nel suo primo intervento Tonia Cancrini citando MK, ribadisce il contatto "*diretto e immediato con l'inconscio*". Questa caratteristica rischia tuttavia di giocare contro ogni trasformazione se noi precediamo il bambino nella percezione del suo funzionamento mentale. Su questo punto sono intervenuti specificamente Adamo Vergine, Giuliana Barbieri, Paola Catarci e Laura Colombi ognuno dal proprio punto di vista. Adamo Vergine ci ha sollecitato a definire cosa intendiamo per regressione. Credo che Laura Colombi gli abbia in parte risposto scrivendo di: "*smagliature che possono pregiudicare le potenzialità evolutive in direzione di dis-funzionamenti in cui finiscono con il predominare modalità d'esperienza sensoriali su quelle di carattere simbolico, relazionale-emotivo-mentale*". Con altra terminologia potremmo dire attenzione a non scambiare le presentazioni con le rappresentazioni. In un mio intervento alla FEP parlavo di "funzione di accompagnamento". Giuliana Barbieri rispondendo a Irena Olivotto afferma come "*sia quasi imprescindibile che noi partiamo da dove si trovano le persone se non vogliamo introdurre elementi iatrogeni che mortificano le persone e inquinano il quadro psicodinamico*". Penso che nel primo intervento sulla bambina "Pimpa" Giuliana ci abbia fatto capire come sia importante che il bambino abbia la percezione della distanza, oltre che di un adulto che può aspettare, prima di inchiodarlo su rappresentazioni di separazione che non troverebbero il loro appoggio percettivo. Da bambini il gioco era questo: un bambino voltava le spalle a tutti gli altri: si trattava di raggiungere il bambino di spalle a andature diverse. I bambini chiedevano al bambino di spalle: "Mamma Mamma, quanti passi devo fare?" Il conduttore rispondeva per esempio 5 da formica, 4 da leone. Vinceva il bambino che riusciva a raggiungere il conduttore del gioco sapendo misurare la lunghezza dei suoi passi. Se i passi erano troppo lunghi e il bambino perdeva l'equilibrio quando il conduttore del gioco si voltava, doveva tornare indietro. La rêverie materna è un accompagnare a piccoli passi, o, se preferiamo, a piccoli bocconi. Attenzione a interventi "prematuri".

Vengo al 3 punto proposto da Vergine

Modalità di formazione

Secondo me se il materiale relativo all'analisi di un bambino è presentato accuratamente qualsiasi psicoanalista (che lavori o meno con i bambini) non solo deve poterlo comprendere e valutare, ma anche al limite supervisionare. Nella mia formazione ho imparato molto da un protratto lavoro di supervisione con Irma Pick, che di bambini non ne vedeva, ma di psicoanalisi sapeva. Credo che questo sia un punto critico che vorrei si affrontasse, altrimenti è inutile stupirsi sul come mai l'analisi dei bambini non si schiodi da una lontana provincia (Migliozzi). Diverso è invece, il lavoro di formazione inteso come quello che deve accompagnare chi di bambini non ne ha mai visti ad tollerare di frequentarli analiticamente. Elena Molinari scrive che "*I bambini molto più degli adulti impongono di poter tollerare un'immersione profonda e prolungata nella comunicazione sensoriale.*" E, parlando di regressione: "*Così, la regressione che nella stanza degli adulti sembra*

essere un effetto del setting sul paziente, nella stanza dei bambini sembra invece una conquista dell'analista".

Credo sia molto importante vedere bambini e vederne tanti per poter tollerare questa immersione nella sensorialità e saperne riemergere, senza lasciarsi sedurre né sedurre, a cominciare dalla seduzione cui l'inconscio in apparente presa diretta del bambino potrebbe esporci. C'è l'infantile, ma c'è anche l'arcaico' e il lavoro di differenziazione che esso comporta. Ne hanno discusso con sapienza Vincenzo Bonaminio e Franca Meotti nel corso della giornata nazionale sul training di ottobre.

Dobbiamo proprio lasciare un po' morire i dogmi per poter cogliere la speranza di cambiamento che da sempre è iscritta nella psicoanalisi dei bambini.

26 novembre 2012

La madre in sala d'attesa

Mirella Galeota

Ringrazio anche io come gli altri Francesco Carnaroli e Marco Mastella per l'impegno nel sostenere e coordinare questa iniziativa che ci permette di avvicinarci e confrontarci con tanti colleghi. Ringrazio Tonia Cancrini per aver citato il bambino di cui mi occupo ormai da più 4 anni. Credo che l'analisi con la sua specificità sia particolarmente importante in tante patologie gravi.

Penso che grazie al setting rigoroso e agli strumenti che offre l'analisi e all'attenzione al transfert e controtransfert sia stato possibile affrontare la grande avventura con Sergio. Penso anche che nelle patologie gravi è molto importante avere un gruppo di colleghi con cui scambiare opinioni e con cui condividere preoccupazioni. Il gruppo di colleghi, nel mio caso, ha operato un vero e proprio contenimento e sostegno, e l'analisi è stata suffragata anche da una costante supervisione. Mi verrebbe da dire che il gruppo ha funzionato da compagno vivo per l'analista così come l'analista rappresenta il compagno vivo per il paziente.

Sergio era un bambino di 4 anni, non agganciava lo sguardo, non rispondeva e non parlava e si muoveva afinalisticamente. Aveva avuto una diagnosi, dalla ASL di appartenenza, di Disturbo dello spettro autistico. I genitori, nonostante tante difficoltà mi hanno molto sollecitato a prendermi cura del figlio. Nell'incontro con Sergio ci sono stati momenti davvero sconcertanti e più volte mi sono chiesta cosa potessi fare con quel bambino perso e più volte ho temuto che anche io mi sarei persa. A posteriori posso dire, con Tonia Cancrini, che l'assiduità e la costanza del setting hanno consentito una maggiore disponibilità alla regressione e un avvicinarsi reciproco che ha permesso a Sergio di sentire l'analista affidabile e contenente come una madre in ascolto empatico del suo bambino. Del resto l'assiduità e la costanza del setting sono fondanti per l'analisi non solo di bambini ma anche di adolescenti e adulti.

All'inizio dell'analisi di Sergio anche i genitori accettarono di farsi seguire regolarmente, come coppia, da una psicoterapeuta, ma dopo circa 18 mesi interruppero adducendo varie motivazioni.

Nel corso del primo anno di analisi l'affetto costante con cui ci siamo confrontati, sia io in quanto analista, sia Sergio, è stata la rabbia. Grazie alla continua riflessione sul controtransfert è stato possibile accedere ad una comprensione non solo della rabbia, ma soprattutto del dolore che occupava la mente del bambino, ma anche dell'analista. Capire il suo dolore mi ha piano piano sempre più avvicinata al bambino creando un legame e un rapporto significativo. Immaginai che la rabbia/il dolore che disorientava me e inibiva il pensiero di Sergio tanto da determinarne il ritiro, dovesse anche congelare il pensiero dei genitori che apparivano a tratti impotenti, altre volte

deleganti, altre ancora disinteressati. A volte li vivevo come arroganti e provocatori, evidentemente proiettando angosce persecutorie che circolavano nella relazione con Sergio. Più volte ho riflettuto che, soprattutto all'inizio, la madre mi appariva quasi un automa, a volte anche particolarmente bizzarra nei comportamenti e nell'abbigliamento.

Sergio nella stanza d'analisi per un lungo periodo ha intonato sempre lo stesso motivo mono-tono, così come mono-toni erano i suoi movimenti stereotipati e altrettanto mono-tone erano le mie riflessioni e interpretazioni. A questa monotonia corrispondeva la monotonia della madre nella sala d'aspetto: regolarmente giocava con i giochi inseriti nel cellulare e si sentivano sempre gli stessi motivetti. Il volume era alto e, a volte, si percepivano anche dall'interno della stanza d'analisi. Sembrava che entrambi ricorressero a stereotipie se pure con modalità diverse. Successivamente quando Sergio ha iniziato ad essere più "vivo" conteneva alla madre il cellulare cercando di aggrapparsi almeno a quello mentre era in seduta. Sarei molto tentata di raccontare qui tutta la vicenda analitica, voglio solo sottolineare quanto non solo il bambino, ma anche la madre si sia evoluta, come uscita da un guscio soffocante evidentemente usufruendo dei progressi del bambino e degli incontri, sia pure sporadici, con me.

Già dopo un anno di analisi Sergio riusciva ad esprimersi meglio ed essere meno incomprensibile.

Ora frequenta la III elementare e sembra che sia molto adeguato circa l'apprendimento. L'analisi da circa un anno ha una frequenza trisettimanale piuttosto che 4 volte a settimana per decisione del padre.

Da circa un mese Sergio ha intravisto nell'armadietto dei libri di fiabe. Non li ha mai presi, ma io ho colto lo sguardo e avvertendo, evidentemente anche controtransferalmente, interesse ho pensato di introdurre una fiaba semplicemente tirando fuori dall'armadietto un libretto. La prima reazione è stata di evitamento, anzi di rifiuto: ha lanciato il libro sotto il tavolo, indicandomelo. Lentamente con interpretazioni sulla sua paura ha iniziato ad ascoltare cosa era successo a Mowgli quando si era perso e aveva perso la mamma. Era una situazione che poteva rispecchiare quanto aveva vissuto: si era perso e qualcun altro lo aveva aiutato ma poi era riuscito a ritrovare la mamma ed anche la mamma lo aveva ritrovato. Successivamente lentamente è stato introdotto un altro libro. Anche per questo c'è stata la stessa reazione, ma ormai il solco era tracciato e Sergio ha cercato di appropriarsi di questo movimento evolutivo cercando di emanciparsi dall'analista. Ha infatti iniziato a raccontare la storia di Mowgli al suo pupazzo Massimo, comparso molto tempo fa quasi come oggetto transizionale. Naturalmente notevole è stato il mio stupore nell'osservarlo: leggeva e poi spiegava ciò che aveva letto, raccontava, a tratti richiedeva la mia competenza con domande: Mirella ma tra questi qual è mamma lupa? Mamma lupa lo trova? e la sua mamma dove era andata? Ciò che mi sorprendeva ulteriormente era la struttura del linguaggio: fino ad allora non era mai stato così articolato e il timbro della sua voce era delicato, tanto che assimilavo tale delicatezza a quella dei fiori appena sbocciati. Fino ad allora il suo linguaggio verbale mancava di elasticità.

Naturalmente tutto ciò non era da attribuire al libro ma a 4 anni di analisi senza sosta. L'episodio del libro però aveva determinato probabilmente un altro progresso, più visibile, gli aveva sollecitato il piacere. Sergio era stato molto contento di sé in quella seduta. Alla fine della seduta uscendo nel corridoio aveva incrociato un bambino più piccolo che attendeva accanto al padre, in silenzio. Sergio gli era passato accanto sorridente e guardandolo gli aveva detto: ciao piccolo! Ero senza parole, ma le sorprese non erano finite. Riaccompanandolo dalla madre l'ho trovata che leggeva, non giocava più al cellulare, né masticava chewingum.

Era una madre "diversa", sembrava quasi corrispondere, nel racconto, alla madre di Mowgli che si era persa e per questo aveva perso il figlio. La frequenza regolare, accompagnare il figlio tutti i giorni alla stessa ora, osservare probabilmente la relazione tra il figlio e l'analista, anche quei brevi scambi all'ingresso e alla fine delle sedute, ma credo anche i racconti di Sergio sulle sedute hanno probabilmente introdotto un elemento nuovo. I progressi del bambino e soprattutto la minore sofferenza circolante e la conquista di aree di libertà hanno alleggerito la mente della madre che, non più tanto prigioniera delle sue angosce, si è consentita un'apertura sul mondo, attingendo anche un nutrimento per la mente attraverso la lettura.

Adela Abella afferma, nel suo intervento, che l'obiettivo centrale per la psicoanalisi è rispettare e promuovere quanto più possibile la libertà e l'individualità personale del paziente *affinché possa accedere* (il corsivo è mio) alla scoperta ed espressione del vero sé. Infatti, nota ancora Tonia Cancrini (21/11) (che) "l'analisi rafforza l'Io del bambino aiutandolo a svilupparsi e alleggerisce il peso eccessivo del Super-io. Questo permette uno sviluppo migliore e una crescita adeguata. L'analisi dunque come apertura a una nuova libertà, dove "la priorità è data al promuovere la libertà personale e la scoperta ed espressione del vero sé". Credo che in questo caso l'Io della madre si sia rafforzato.

Vorrei raccontare solo un altro episodio sorprendente accaduto nella seduta di mercoledì 21 novembre scorso. Mercoledì porta con sé 2 automobili (ne porta sempre tre e le abbiamo nominate lunedì, martedì e mercoledì), dopo averle fatte muovere sul tavolo le infila una alla volta nelle casette di Lego che lui ha costruito nelle sedute precedenti. Io gli chiedo perché sono 2, "*che fine ha fatto mercoledì?*" e lui: *non c'è, sta da nonna Virginia*" Io: "*sta ancora dormendo? che è successo?*". Lui mi guarda, di nuovo mi mostra le due auto che si infilano ciascuna in una casa, poi dice: "*mercoledì è vivo, io sono qua*" Sono molto sorpresa. Poi gli dico che ha ragione, mercoledì non è passato, lo stiamo vivendo insieme. Lui sembra soddisfatto e appagato.

Tutto ciò per testimoniare quanto sia importante un rapporto frequente e continuativo che possa fondare un senso profondo di intimità.

26 novembre 2012

Il bambino nell'adulto, l'arcaico e l'infantile

Sarantis Thanopoulos

Marta Badoni ha scritto che non le piace sentire parlare di "bambino nell'adulto" perché non riesce a immaginare l'essere umano come una matriosca dove l'adulto contiene l'adolescente, l'adolescente il bambino e il bambino il feto. L'immagine è in effetti claustrofobica, e condivido il suo rifiuto da parte di Marta, ma mi chiedo perché la dovremmo usare.

Il "bambino nell'adulto" non è un'espressione rigorosa, e non penso che Balint usandola aspirasse al rigore, certamente è anche logora ma ha una sua forza di chiarezza. Chiarisce che l'infanzia si presenta nei pazienti adulti non solo in modo regressivo (che ripete strategie difensive) ma anche (ed è la cosa significativa) come parte non adeguatamente espressa del loro modo di essere che cerca di trovare espressione.

I termini che usiamo possono a volte essere interscambiabili a condizione di sapere di cosa stiamo parlando. Parlare di arcaico o di infantile, al posto del "bambino nell'adulto", non cambia nulla salvo, forse, per il fatto di rendere meno immediatamente comprensibile la posta in gioco (l'agire non difensivo dell'infanzia nella vita adulta). Colgo l'occasione per chiedere: cosa intendiamo come arcaico differenziandolo dall'infantile? Se ci riferiamo con il termine "arcaico" a ciò che precede il linguaggio fondato sulla parola, allora l'arcaico non farebbe parte dell'infanzia (la primissima infanzia)? Non sarebbe, per così dire, una fase originaria dell'infantile? E se non è così di cosa parliamo?

La pluritemporalità della struttura psichica (espressione di Matte Blanco) è la presenza simultanea di tutte le fasi evolutive della vita nel nostro psichismo: per cui non solo il bambino e l'adolescente ma anche l'identificazione narcisistica o quella isterica, i meccanismi introiettivi e proiettivi, l'area transizionale, la posizione depressiva, l'oscillazione PD-S ecc. sono aree permanenti della nostra esperienza. Freud ha configurato la pluritemporalità in termini di coesistenza di età diverse, non di scatole cinesi o matriosche, di strutture che contengono l'una

l'altra. La struttura psichica sarebbe, secondo lui, come una Roma immaginaria in cui tutte le diverse età storiche coesisterebbero tra di loro. Personalmente mi piace configurare la permanenza dell'infanzia nel mondo psichico dell'adulto usando come metafora le radici di un albero. Le radici crescono insieme all'albero, lo nutrono e assicurano la sua vita.

Vorrei, in conclusione, far riferimento a un esempio clinico, che forse renderà meglio il mio pensiero.

Un giorno una mia paziente psicotica, laureata e disoccupata, mi ha detto: "Cerco lavoro ma voglio restare vicino a mia madre, le dico che sono il suo cucciolo, il suo vitellino". "Un vitellino?" le chiedo. "Sì, un vitellino con la mucca, mia madre. Per mungere il latte. Le dico che voglio succhiare il suo latte, come fanno i bambini e mia madre mi dice che regredisco. Lei che pensa? Non dovrei dire queste cose, non è così?"

Di che stava parlando la paziente? Mi sono astenuto dal risponderle. Mi sono limitato a dirle: "Perché vuole mungere il latte di sua madre?". Dopo un breve silenzio mi ha detto: "Voglio succhiare emozioni". Viste in questa prospettiva le sue parole assumevano valore evolutivo in netto contrasto con la sua richiesta alla madre, apparentemente regressiva.

Dove il bambino non riesce a parlare (perché dispera di essere ascoltato), l'adulto nei nostri pazienti (e noi con lui) - colui che "saprebbe come fare" (avrebbe il know how) - rischia di parlare al suo posto a vuoto (perché del proprio desiderio non sa nulla).

30 novembre 2012

Qualche spunto in più

Dina Vallino

Sollecitata dal suggerimento di Francesco Carnaroli ("molto interessato a interventi clinico-teorici che riguardino la specificità della terapia duale, la bambina o il bambino nella stanza con il terapeuta- analista infantile") e il circostanziato intervento di Marco Mastella sulla sua visione della psicoanalisi clinica, desidero proporvi qualche considerazione su come vedo la connessione tra il lavoro con i genitori e bambino, nella fase preliminare della Consultazione Partecipata, e la psicoterapia e/o l'analisi intensiva del bambino/a. Nel mio precedente intervento ho esposto il tipo di Consultazione che dagli inizi degli anni Ottanta ho elaborato e perfezionato e che ho chiamato Partecipata. Mi sono trovata, nel dibattito in corso, in sintonia con alcuni colleghi, comunque è opportuno che mi spieghi meglio. Io propongo di dare uno spazio ai genitori insieme con il bambino 1) nel corso della Consultazione preliminare prima, 2) poi durante la terapia a due.

A. dagli anni '70 del secolo scorso, il lavoro di psicoanalista di bambini e adolescenti con numerose analisi intensive (ai casi clinici intensivi e non, ho dedicato due libri: *Raccontami una storia (1998)* e *Fare psicoanalisi con genitori e Bambini (2009)*) mi ha permesso di avere il polso del cambio dei tempi e del mutamento delle culture familiari. Intendo riaffermare, alla luce di questa pregressa esperienza clinica, che l'analisi duale deve essere preparata, a lungo e con sapienza, in rapporto al mutamento delle culture familiari. Rispetto al periodo storico in cui ho iniziato a praticare la Consultazione partecipata sono avvenuti dei mutamenti che a me sembra la rendano ancor più utile e necessaria. Mi riferisco alla comparsa nel campo familiare di una complessità nuova, con cui i bambini devono fare i conti. Pensiamo alle nuove configurazioni di famiglie entrate in scena: famiglie adottive, affidatarie, del divorzio, ricostituitesi, allargate, le famiglie sorte dalla procreazione assistita ecc. Pensiamo ai figli delle famiglie extracomunitarie a quanti problemi di adattamento, di lingua, di esclusione devono affrontare. E' una tipologia assai varia, all'interno della quale gli elementi di instabilità nella relazione tra figli genitori appaiono

più frequenti e gravi che non nel passato. Penso ad es. al bisogno di lavoro clinico che hanno i genitori dei bambini adottati o in affidamento. Penso al senso di insicurezza dei figli dei separati e divorziati, che sanno che i loro genitori si sono "persi", ed essi stessi bambini o adolescenti, zainetto pronto per spostarsi da mamma o da papà, non hanno più un'unica casa come habitat. Il problema del fraintendimento attraversa tutte le famiglie odierne come una concausa del disagio familiare. Persino nelle famiglie "più tradizionali" c'è un sollecitare i bambini con richieste e aspettative a volte incompatibili con i ritmi infantili. Quelli che possiamo definire "bambini campioni o bambini manager", affollati di impegni per tutta la settimana, spesso eccellenti almeno in un campo, intenti a realizzare le attese dei genitori nei loro confronti, sono frequentemente tra i nostri pazienti. Infatti, quando le attese dei genitori non possono essere più corrisposte per il malessere che generano, il figlio inizierà a presentare sintomi di vario tipo, a seconda dell'età e del tipo di "rottura" dell'identificazione inconscia con madre e padre. Paradossalmente, se riescono a esprimersi con un sintomo, abbastanza inquietante per i genitori, i figli potranno ristabilire, già nella Consultazione Partecipata, una comunicazione in famiglia. Nel corso degli ultimi dieci anni ho individuato, col gruppo di Colleghe e Colleghi che collaborano a questa ricerca clinica, alcune categorie di bambini con cui la CPP è stata sperimentata con successo. (Mi permetto di rinviare i Colleghi interessati al n° 63 dei *Quaderni di Psicoterapia infantile*, dal titolo *Famiglie – Vallino*, Macciò, 2011 -, che riferisce su tali esperienze).

B. Raccolgo le suggestioni di alcuni Colleghi e Colleghe che segnalano quanto il disagio infantile sia direttamente collegato, in un gran numero di casi, a una crisi nella relazione coi genitori.

Paola Orofino ha sottolineato che "la famiglia è in continua trasformazione anche in senso positivo ed emancipativo e che a lei sembra che oggi "in alcuni ambienti ci sia una maggiore consapevolezza dei bisogni del bambino ed una maggiore capacità di amare"; concordo pienamente col suo punto di vista che non occulta la posizione di quei genitori molto difesi per i quali un percorso può risultare molto difficile e lungo. Paola Orofino sottolinea la gravità del trauma, che gli stessi genitori possono mettere in atto contro i loro stessi bambini. Carmelo Conforto ha raccontato con semplicità il dolore "dentro l'adulto" di un bambino nato prematuro: nel suo intervento ha illustrato le difese per la sopravvivenza e il prezzo pagato dal paziente adulto per quella situazione infantile mai riconosciuta dalla madre.

La Consultazione Partecipata serve ai genitori per comprendere la complessità psicologica del loro figlio e a noi psicoanalisti per dar loro, per più volte, occasione affinché sospendano il fraintendimento che consiste nell'attribuire ai figli, mediante identificazioni proiettive patologiche, le loro volontà intenzioni, desideri e sentimenti. Insomma c'è un ambito del nostro lavoro, quella della Consultazione, che può essere profittevolmente modificato. Ce lo chiedono i tempi nuovi, anche se avere i genitori nella stanza d'analisi col bambino non è certo facile, genera forti ansie che sono però superabili come molti colleghi mi hanno confermato e mi confermano, con una formazione adeguata. Sovente un intervento precoce può fermare e risolvere un disturbo destinato ad aggravarsi. Certamente in molti casi i sintomi vengono risolti (spesso la CP diventa Prolungata), ma il tempo che non viene impiegato dallo psicoanalista in una psicoanalisi a 3-4 sedute, per anni, può essere impiegato per aumentare il numero delle Consultazioni Partecipate, a beneficio del bambino nella famiglia. Ciò non toglie che tale consultazione di nuovo tipo, che opportunamente prepara i genitori a capire cosa significa una psicoterapia intensiva o di sostegno, può concludersi con un progetto di psicoanalisi a due con il bambino/a. Io propongo una via, ma ne esistono anche altre, simili e dissimili dalla mia, come quella di Marco Mastella, Giuliana Barbieri e Paola Orofino.

C. Per quanto riguarda, l'analisi personale di un bambino o di una bambina occorre prevedere, nel corso dell'analisi, momenti di incontro periodici o richiesti con i genitori, da soli e col figlio/a. Paola Marion rileva correttamente che "la famiglia e l'ambiente hanno un'influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio", tanto che "non possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto dell'analista".

Riprendo volentieri le considerazioni di Thanopulos sulla differenza tra analisi infantile e analisi degli adulti: "Guardando la differenza tra l'analisi dell'infanzia negli adulti e l'analisi dei bambini

dal punto di vista del linguaggio si può, come prima cosa, vedere che nella prima il linguaggio del bambino è soprascritto dal linguaggio adulto, è quindi non è mai in presa diretta, mentre nella seconda questo linguaggio si dà nella sua immediatezza e per così dire "in azione". Mi sembra molto importante questa differenza, con cui Thanopoulos sottolinea la competenza diversa che l'analista di bambini dovrà esprimere con l'azione, l'uso della fantasia, l'uso del giocare come attività complessa, l'uso del disegno per dare raffigurabilità psichica e poi rappresentazione mentale, tutte attività contenute da noi in relazione con quella madre e quel padre di quel bambino. Tutte forme di AZIONE, non solo di parole, che hanno lo scopo di intercettare la sofferenza calmare l'ansia, modulare la rabbia del bambino che non è sempre espressione di pulsioni affettive e/o dolorose, aiutarlo a disinibire la sua creatività. Nel 2005 ("The Unity of Analysis, features shared by the analysis of children an grown-ups, with a note on negative transference". Antonino Ferro, M.D. and Roberto Basile, M.D.) Antonino Ferro e Roberto Basile (in dialogo con Guignard) si interrogavano sulla specificità di trattamento per bambini, per adolescenti, per anziani ecc. e sulla necessità di guardare alla differenza di forma e specialmente di sostanza nell'analisi di bambini e in quella di adolescenti. Nella stanza di consultazione, scrivevano, il bambino usa giocattoli, disegni e fa "azioni", in cui coinvolge l'analista. Un adolescente normalmente non gioca e non si muove, ma disegna. La differenza tra le età non è assoluta. Certamente gli adolescenti hanno la tendenza ad agire fuori, comunque vi sono bambini che fanno lo stesso e pazienti adulti molto ben predisposti all'evacuazione. Gioco disegno e azione perdono però il loro primitivo significato e acquista un crescente enfasi la comunicazione verbale e l'enactment. Le tendenze all'acting (azione) devono essere valutate per i loro aspetti comunicativi e potrebbero essere visti come una scena di-sogno (fantastica). Sottolineo che se l'oscillazione continua tra pensiero onirico e pensiero onirico della veglia pone in essere un raccordo fondamentale tra il mondo infantile e il mondo adulto, resta tuttavia una fondamentale differenza nella formazione tra analisti di adulti e analisti di bambini e adolescenti.

2 dicembre 2012

Il bambino che non c'è più nell'adulto e qualche riflessione sulla formazione (made up is mind)

Paola Orofino

Vorrei soffermarmi brevemente su due punti. Il primo riguarda la formazione ed il secondo alcune riflessioni sulla differenza fra la patologia del bambino e quella dell'adulto.

Un analista che si occupa sia degli adulti sia dell'infanzia e dell'adolescente a mio avviso dovrebbe avere una "*formazione specifica*". L'ideale sarebbe avere una esperienza sul campo anche con i bambini come del resto viene richiesto per la formazione per gli adulti. Infatti viene richiesto un tirocinio di psichiatria dell'età adulta della durata minima di 160 ore annue da effettuare in strutture pubbliche o private convenzionate con l'Istituto Nazionale del Training. Sono esentati soltanto i candidati che sono già in possesso di un diploma di psicoterapia perché hanno già avuto l'esperienza clinica.

Per poter accedere con maggior competenza al mondo del bambino bisognerebbe averne visti tanti, essere stati partecipi osservatori della relazione madre-bambino e dell'attaccamento che si va a sviluppare nelle prime fasi, aver avuto accesso alle tante esperienze transgenerazionali che caratterizzano il comportamento difensivo dei genitori poiché quest'ultime convivono con noi

sempre nella stanza dell'analisi quando siamo in contatto con un bambino. Intendo la rinascita del conflitto inconscio in coincidenza con l'essere genitore (Genitori punitivi e trauma infantile Harold P. Blum M. D CMP 2000) e le conseguenze che si riflettono sulla vita del bambino.

E' sempre più riconosciuto e del resto riportato da molti autori in letteratura (Kernberg) che lo sviluppo dei disturbi di personalità nell'adulto sono strettamente connessi alle diverse esperienze traumatiche dell'infanzia e quindi sarebbe importante per coloro che si occupano di bambini averne un orientamento più specifico anche in termini preventivi. La domanda è: "Il bambino che oggi vedo sofferente che adulto sarà? Che tipo di funzionamento si andrà a strutturare?" Ho trovato interessante l'analisi dettagliata che in questo senso riporta Luigi Cancrini, esperto di trauma infantile, nel suo libro: *La cura delle infanzie infelici*. (Raffaello Cortina Editore, 2012)

Gli psicotici adulti non somigliano per niente agli psicotici bambini, come a volte è difficile ricostruire il bambino nelle analisi dei pazienti adulti gravi, possiamo trovarne traccia nel transfert/controllotransfert, possiamo capirlo dalla loro capacità d'instaurare una buona relazione analitica o dalla capacità di pensare, di simbolizzare etc.. ma a volte ci troviamo dinnanzi a città psichiche demolite da terremoti oppure mai sorte.

Ci troviamo dinnanzi all'incapacità di distinguere l'Oggetto Sé dall'Altro ed allora possiamo essere contenti quando in seduta con un paziente adulto ci succede come descrive in un lavoro Bollas "... lo psicoanalista ed il suo paziente (riferito ad una paziente adulta) composero una storia per il trauma come una favola che aiuta il bambino a trovare un posto per ansie innominabili" Bollas (Oggetto e Altro CMP 2001).

4 dicembre 2012

Per favore, non parlate! Facciamo buio su tutto!

Lidia Leonelli Langer

Seguendo con interesse il dibattito, sento il desiderio di ringraziare i tanti colleghi che lo animano e che vi partecipano e di condividere con loro alcune riflessioni, nate dal dialogo con i loro contributi e dal rapporto analitico con i bambini, con i quali ho sperimentato e vissuto in presa diretta quanto pensavo, in teoria, di sapere già.

Mi sembra infatti che i bambini in analisi mi insegnino con pazienza tantissime cose, chiedendomi in cambio di fidarmi di loro, di affidarmi e di lasciarmi guidare, stando totalmente con loro nel qui e ora del nostro incontro, dimenticando tutto il resto, anche tutto quello che so di loro, della loro famiglia, delle loro difficoltà.

E' una situazione un po' paradossale, che diventa una sfida. Perché i bambini sanno che i genitori, sia all'inizio, sia negli incontri lungo la terapia, mi parlano e mi raccontano di loro, sanno che talvolta le maestre mi chiamano, che la neuropsichiatra dei servizi mi riferisce molte cose. In alcuni casi particolarmente difficili e complicati, che vengono seguiti e discussi nel gruppo "psicoanalisi agevolata" del Centro di Milano, sanno che esiste un lavoro di rete, strumento utile e necessario, per poter stare con loro. Nulla che li riguardi viene loro tenuto nascosto. Talvolta, raramente, ne accennano spontaneamente, talaltra accettano di parlarne, ma spesso sembrano chiedere di fare "come se niente fosse". Questa cosa mi ha talvolta sconcertato, sempre mi ha interrogato. Poi, lentamente, alcuni bambini mi hanno aiutato ad affrontare la questione dentro di me e, quindi, con loro.

“Per favore, non parlate!...” ha detto un giorno Teo, con tono di voce accorato, rivolgendosi in modo quasi supplichevole a me e alla sua mamma. Come accade talvolta quando lo accompagna, oggi, la mamma, salutandomi, mi comunica molto brevemente qualcosa. Teo sembra avere fretta di iniziare la seduta: è quello che dico ad entrambi, mentre congedo la madre.

Ma la cosa mi colpisce. Di solito Teo non parla di quanto è avvenuto a casa, a scuola o in vacanza e presumo che non lo avrebbe fatto nemmeno stavolta. E infatti non lo fa. In questo periodo, corre di solito sul divano e fa il gioco del dormire. Fa il gesto di spegnere la luce, mi dice di appoggiare la testa sul tavolo e di chiudere gli occhi. Poi mi sveglia, di soprassalto, con un urlo, e ride felice al mio spavento. Lo abbiamo giocato e interpretato in tanti modi, questo gioco. Oggi assume per noi un significato nuovo. Mi sembra che Teo mi dica: “Facciamo buio su tutto, addormentati e poi svegliati. Sono qui, hai paura di me?”. Tante volte, soprattutto all’inizio, avevo avuto paura di non capire abbastanza. Mi avevano raccontato tante cose di lui, ma non le ritrovavo in seduta. Vedevo solo un bambino che mi guardava, e mi dicevo: fidati di lui, sta qui con lui.

Ora è lui che, potendo dire: “Per favore non parlate!”, e poi facendo buio mi sembra dirmi “Siamo qui, insieme, non importa dove sono stato e cosa ho fatto prima: vediamo cosa succede ora tra noi”.

Lucio invece, per un lungo periodo, è stato seduto sul pavimento, ai miei piedi, girandomi la schiena, in silenzio. Cercava velocemente nella scatola del lego pezzetti per costruire. Sentivo il rumore del lego, non vedevo la sua espressione, non vedevo cosa stesse costruendo. Me ne stavo lì, un po’ sola, a pensare a lui, a cercare di capire. Facevo qualche commento. Eppure sapevo che era un bambino brillante e un gran parlatore. Lo sentivo chiacchierare animatamente con la mamma per le scale. I genitori, che allora incontravo qualche volta, mi raccontavano di lui cose che non vedevo in seduta. Con me era un altro bambino. A chi credere? La mia esperienza analitica con gli adulti mi ha aiutato. Dovevo credere a quanto avveniva lì tra noi. Non lo vedevo e stava in silenzio. Ho rispettato il suo silenzio, il suo non guardarmi e non farsi guardare. Ho fatto il vuoto di quello che mi raccontavano di lui. Ho pensato e cercato solo tra di noi e dentro di me. Poi mi è parso di poter dire qualcosa: “Sai, io di te posso sapere solo quello che tu vuoi farmi sapere. Quando stai in silenzio, immerso nella tua costruzione, io non so cosa pensi, non capisco.”

“Se le cose te le dice la mamma, sai già tutto.”

Non me lo aspettavo. “Ma anche la mamma non può sapere tutto di te!”. Lucio aveva bisogno di sapere che poteva mettere un limite alla conoscenza che gli altri avevano di lui, che poteva, se voleva, non farsi conoscere, non farsi capire. Solo a questa condizione poteva avere senso parlarsi.

Lentamente, nel susseguirsi dei giorni, si è voltato verso di me e mi ha parlato di quello che lui sapeva e io no. Scopro un bambino assolutamente nuovo, diverso dalle descrizioni dei genitori. E di nuovo mi è venuto in aiuto l’essere analista anche di adulti. Lucio, da un certo punto in poi, ha fatto in modo, chiudendo in fretta la porta, che i genitori, accompagnandolo, non entrassero nemmeno nell’anticamera dello studio. Mi chiedeva di saper stare solo con lui, di credere a quello che avveniva tra di noi, lasciando tutto il resto fuori dalla porta.”

“Non sapere” e non capire sembra essere assolutamente utile e necessario, come ci insegna Bion, anche nell’analisi dei bambini. Eppure con loro, per via della loro strettissima dipendenza dai genitori e dalle loro narrazioni, all’analista viene richiesto, più di quanto non accada con gli adulti, un lavoro attivo di “sottrazione di sapere”, che, come dice Lucio Russo (1995), renda ignoto ciò che rischia di essere troppo noto. Sottrazione di sapere rispetto alla loro storia passata, al presente quotidiano e anche al futuro; rispetto alle nostre teorie sullo sviluppo e alle nostre aspettative di sviluppo. E’ necessario fare buio, per permettere che il nuovo prenda forma e venga alla luce. E questa è, secondo me, una delle grandi sfide della psicoanalisi dei bambini: saper collaborare con gli adulti di riferimento e..... saper dimenticare tutto.... Conoscere le teorie dello sviluppo....e non utilizzarle....

Per poter stare nel qui e ora della stanza d’analisi, solo con il bambino, ad accogliere ciò che di nuovo emerge dal buio.

9 dicembre 2012

Infant e Young Child Observation

Barbara Cupello Castagna

Ringrazio i curatori del dibattito SPIweb sulle “Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile”, Francesco Carnaroli e Marco Mastella, che ci hanno dato la possibilità di riflettere su un tema così delicato e allo stesso tempo così complesso come la cura psicoanalitica dei bambini. A fronte dei tanti interventi e sollecitazioni che il dibattito ha sollevato circa la psicoanalisi infantile con i numerosi e interessanti contributi vorrei cercare di mettere a confronto l'intervento di Dina Vallino che propone la Consultazione partecipata come strumento utile e necessario nella cura psicoanalitica del bambino, segno di un passaggio dall'intrapsichico all'interpsichico, e quello di Tonia Cancrini che sottolinea nei suoi interventi la necessità di un setting psicoanalitico da offrire al bambino affinché vi sia “un contatto profondo e diretto con l'inconscio, con i livelli più primitivi e con le angosce profonde”. Ripenso, allora, alla mia formazione come psicoanalista infantile ricordando sia la ricca esperienza dell'Osservazione del neonato, la Infant Observation, da zero a due anni, sia l'Osservazione del bambino, la Young Child Observation, dai due ai quattro anni. Nel tempo mi sembra che nelle scuole di formazione per psicoanalisti infantili si è persa la possibilità di poter osservare il bambino più grande, lasciando lo spazio solo al neonato e all'intensa relazione che quest'ultimo ha con la madre già al momento della nascita. La differenza sostanziale tra le due esperienze osservative è che nell'Osservazione del neonato si mettono a fuoco le più precoci strutture psichiche infantili cogliendo le caratteristiche delle cure genitoriali, mentre nell'Osservazione del bambino si possono esplorare lo sviluppo del linguaggio e del gioco simbolico e la diversa qualità dei legami affettivi instaurati. Il bambino è osservato anche in ambienti extra-familiari laddove può sperimentare l'interazione sia con altri bambini che con gli adulti nei contesti istituzionali (asili nido, scuole materne, ecc.). Nell'Osservazione del neonato si mettono maggiormente in evidenza l'holding e la rêverie della madre che consentono al bambino di ricevere le conferme necessarie per una sua più salda integrazione. Inoltre la funzione α materna fornisce al bambino una cornice stabile per il suo sviluppo psicologico. Inoltre nell'Osservazione del neonato si restituisce “al bambino piccolo il significato d'essere una persona in senso pieno, dotata di un'affettività e di un pensiero, considerando lo sviluppo mentale specifico e unico di quella persona” (Vallino, Funzioni dell'Osservatore, in D. Vallino, M. Macciò, *Essere neonati*, Borla, Roma, 2004, 222). Penso che l'Osservazione del neonato abbia dato una spinta in avanti all'interesse dei delicati rapporti del neonato con la madre e con l'ambiente familiare, all'interpsichico, mentre l'Osservazione del bambino di più all'intrapsichico, mettendo in luce le potenzialità e le ricchezze del suo mondo interiore e le sue capacità di relazionarsi con gli altri e con l'ambiente che lo circonda. Credo che nell'esperienza dell'Osservazione del bambino più grande si può cogliere l'intrapsichico del bambino, le sue potenzialità mentali, affettive ed emotive. Peraltro sono proprio questi i bambini che più frequentemente ritrovo nella mia pratica clinica. Quando incontro, nella mia esperienza di psicoanalista infantile, i bambini di questa fascia d'età, cioè dai 3-4 anni in su, scopro con loro la ricchezza di un mondo fantastico dove impazzano, come violenti uragani, le emozioni più violente. Offrendo loro un setting psicoanalitico gli consento di poter fare l'esperienza di uno spazio di accoglimento per esprimere i loro vissuti, la possibilità di vivere un'esperienza in cui c'è una mente, quella dell'analista, in grado di accogliere la loro pena psichica. La cura psicoanalitica a bambini così piccoli ci dà la misura non solo su quanto i bambini possono essere aiutati attraverso l'analisi personale, ma anche come attraverso essa è possibile restituirli ad una nuova vita emotiva. A tal proposito vorrei riportare proprio una breve osservazione, fatta nell'ambito della Young Child Observation, di un bambino di due anni e sette mesi, osservazione

che avviene nel cortile sotto casa dove il bambino è con il papà al momento del mio arrivo. La mamma è rimasta a casa ed è all'ultimo mese di una nuova gravidanza.

“Quando arrivo trovo il papà e il bambino in cortile. Il bambino sta andando in bicicletta per il cortile, dove stanno giocando anche alcuni bambini più grandi. Il bambino però non si allontana ma rimane sempre nelle vicinanze del padre e dei bambini. Dopo un po' il bambino lascia la bicicletta e chiede al papà se vuole giocare con lui a pallone. Iniziano a tirarsi il pallone ma poi, ad un tratto, il bambino è attratto da piccoli fori in un muro. Con un'espressione seria e fissa attentamente i piccoli buchetti: infila entrambi gli indici contemporaneamente nei fori, poi tira via le dita, le osserva e poi le rinfila dentro. Sembra magicamente attratto dai fori e dal gioco che sta facendo. Poi il bambino riprende il pallone e si sposta verso la parte posteriore del cortile. Lì, nel mezzo, c'è un tombino della fognatura. Il bambino nota delle pozzette d'acqua in una scanalatura del tombino e ci infila le dita. Schizza l'acqua tentando in questo modo di toglierla via, chiedendo contemporaneamente al papà che cosa c'è sotto quel quadrato di ferro. Mentre cammina circolarmente sul perimetro del tombino, nota che sul muro lì vicino c'è una grata, la cui parte superiore è staccata dal muro ed è ripiegata su se stessa. Subito il bambino ci infila dapprima la mano timidamente, poi pian piano ci affonda tutto il braccio. Di nuovo chiede al papà che cosa c'è lì dentro. Il papà gli risponde che lì dentro c'è la casa dei topolini, dove di solito vanno a scaldarsi quando hanno freddo. Il bambino, però, non si accontenta di questa risposta e continua a fare mille domande sui topolini, sul buco della grata e su che cosa fanno lì dentro le bestioline. Ed il papà risponde cercando di essere il più esauriente possibile. Poi si sposta un po' dal bambino e apre la serranda del proprio garage per prendere del vino da portare poi su a casa. Il bambino si avvicina al papà e riprende a tempestarlo di domande: di chi è il vino, di chi è il garage, di chi sono le mura, ecc.

Come prima il papà cerca di dare risposte plausibili al bambino, che, a sua volta, lo ascolta molto attentamente. Quando il papà sta per chiudere la serranda del garage, il bambino di corsa viene fuori, "sennò ci rimango dentro!". Poi ci ripensa e rientra dentro con l'intenzione di rimanerci, tanto che il papà con molta pazienza deve spiegargli che se rimane lì non potrà né mangiare, né dormire perché lì non c'è il suo letto, e poi lì dentro è buio quando si chiude la saracinesca. Finalmente il bambino si convince ad uscire fuori, e tutti e tre ci avviamo verso il portone d'ingresso del palazzo. L'ora di osservazione sta per terminare. Avvicinandoci al portone di casa il bambino nota lì vicino un furgone che sta caricando casse da imballo da un negozio lì accanto. Il bambino si mette di fronte al furgone ed osserva attentamente le mosse degli operai che caricano le casse. Spostandosi, poi, un po' in avanti, mentre gli operai sono dentro il negozio, sbircia furtivamente all'interno del furgone e chiede al papà se può entrarci dentro. Naturalmente il papà gli risponde di no, spiegandogli che quelle persone stanno lavorando e che lui non può disturbarle. Ora il bambino riprende la sua bicicletta e si avvicina alla mia, che ho lasciato attaccata vicino al portone del palazzo. Il bambino scende dalla sua bicicletta ed osserva attentamente la mia, vuole salire sul sellino, e più di una volta mi domanda l'uso della catena. Ora il papà sta parlando con un conoscente ed il bambino, mettendosi alle sue spalle, inizia a spingerlo, lo tira per mano, gli dà colpi sul sedere. Sembra abbastanza irritato dal comportamento del padre e vuole a tutti i costi richiamare la sua attenzione. Finalmente riesce a distoglierlo e a risalire con lui in casa”.

Credo che questa osservazione bene illustri le potenzialità mentali ed emotive di un bambino seppure così piccolo. Il bambino sembra interrogarsi su cosa c'è dentro la pancia della mamma esplorando tutte le cavità che incontra nel cortile chiedendosi cosa ci possa essere dentro. Il bambino mostra una notevole capacità di lavoro sulle sue ansie e sulla possibilità di elaborare i suoi sentimenti. In un momento in cui la mamma sta aspettando un altro bambino e sente che il suo spazio con lei sarà occupato da un nuovo arrivato, il bambino sente che può rivolgersi al padre e che può contare su di lui. Nel tentativo di capire come sia possibile che ci sia un bambino dentro la pancia della madre, il bambino manifesta i sentimenti legati al corpo della madre e al suo interno. Il padre sembra lasciare al bambino uno spazio sufficiente per poter agire e anche sperimentare la propria curiosità e i propri sentimenti. Il padre sembra essere in contatto con il bambino e con le sue

fantasie e dunque anche con le sue parti più piccole. Il papà riconosce nel bambino, ad un livello più profondo, le sue ansie e preoccupazioni forse anche perché è lui stesso più in contatto con le sue parti più piccole, tanto da comprendere e contenere il bambino in questo momento delicato della sua vita offrendogli un sufficiente spazio mentale e offrendogli, allo stesso tempo, la possibilità di poter sviluppare le sue capacità. Penso che questo sia il compito di uno psicoanalista che con la sua capacità di rêverie mette a disposizione del paziente un setting interno, ovvero la sua disponibilità emotiva e la sua ricettività mentale per farsi carico dei vissuti dolorosi del paziente.

10 dicembre 2012

Prospettive attuali sulla Psicoanalisi dei bambini. Il posto dell'analista di bambini nella clinica di oggi. Quando l'analista di bambini cambia il suo posto.

Ana Kaplan

(Membro ordinario dell'IPA, con funzioni didattiche nella Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires – APdeBA. Direttrice del Departamento bambini/adolescenti della APdeBA)

Questo titolo - prospettive attuali nella psicoanalisi dei bambini - tanto dal punto di vista teorico che clinico invita ad una serie di riflessioni.

Questo concetto ha una lunga storia in psicoanalisi. Nel primo volume del IJP 1920 appare un editoriale che, sebbene non firmato, per il tenore dei suoi concetti potrebbe essere stato scritto da Freud (Freud?, 1920) che, nel momento in cui ha inizio la pubblicazione del IJP, si confronta con due manifestazioni dello stesso pericolo: l'aperta opposizione e l'analisi selvaggia che - come afferma l'editoriale - debbono essere considerati come appartenenti alla stessa tendenza.

La concezione dell'analisi selvaggia era diversa da quella attuale. Essa era concepita come una teoria difensiva dell'analisi, specialmente attiva negli Stati Uniti, che propone nuove idee usando quelli che l'editoriale denomina slogan, frasi fatte, massime, inclusi i modi attraverso cui gli slogan influenzano il pensiero col loro suono sgradevole e con la loro capacità di interferire con esso e di semplificarlo.

L'editoriale sottolinea l'insidia del potere seduttivo di questi slogans, che sembrano molto attraenti: il riaggiustamento delle prospettive o nuove prospettive o prospettive aggiornate della psicoanalisi.

Quando utilizziamo l'espressione *prospettiva aggiornata* ciò potrebbe implicare *rispetto a quando noi avevamo una prospettiva differente*.

Dovremmo poi chiarificare cosa intendiamo col termine *prospettive*, e dovremmo sottolineare se ci riferiamo al paziente bambino o al terapeuta, in modo tale che noi si possa continuare con la nostra psicoanalisi. Sappiamo che essa è una questione della relazione tra i due, e in base a ciò la nostra attenzione dovrebbe essere rivolta ad entrambi. A quali aspetti? Teorici, clinici o sociali?

Intendendo ora discutere con voi le prospettive attuali della psicoanalisi infantile avendo in mente gli sviluppi che vi sono stati a partire dal *Piccolo Hans*: il che penso che sia una delle ragioni di questo dibattito.

In accordo con Berenstein e Grinfeld (2005), credo che le nuove strutture sociali tendano a configurare una nuova cultura psicoanalitica all'interno degli attuali paradigmi scientifici.

Gli effetti del postmodernismo nell'immediatezza, col suo narcisismo illimitato, che gioca un ruolo rilevante nella tirannia dell'istante, non sembrano coincidere con la psicoanalisi alla ricerca delle verità, benché essa abbia ancora molto da dire.

Questo sicuramente ci impone alcuni cambiamenti nella nostra pratica clinica: ma quali per restare fedeli alla nostra dottrina?

Cambiamenti nel setting

Concordo con J. Bleger (1967) nel considerare il setting come una istituzione che deve modificarsi all'interno dei cambiamenti della società, incluso il numero delle sedute ed alcuni altri cambiamenti che impone la cultura, come l'uso del cellulare nel mezzo di una seduta, ecc., e concordo altrettanto con lui nel pensare che i problemi emergenti nel setting possano essere analizzati senza alterare la struttura o gli obiettivi della psicoanalisi.

“Prospettive attuali della Psicoanalisi dei bambini”.

Si presuppone che esista oggi una prospettiva diversa, in una connotazione temporale?

Dentro la mente dell'analista, del bambino o di entrambi? La parola *temporale* si riferisce a precedenti pratiche cliniche, o all'età del paziente?

Se l'età ci fa pensare a una metapsicologia freudiana differente, questo concetto ci riconduce alla storia del bambino/adolescente nella Storia Universale e nella Storia della Psicoanalisi. Il posto del bambino non ci era stato reso chiaro. Uno dei problemi deriva dal considerare l'infanzia/adolescenza con criteri fisiologici o biologici differenti.

Durante la storia della psicoanalisi infantile ci sono stati cambiamenti sostanziali teorici e clinici.

Freud scoprì la psicologia dell'infanzia, in particolare le fasi della sessualità e la teoria del trauma rimosso a partire dalla psicoanalisi degli adulti. Tentò poi di verificare le sue teorie sull'infanzia e chiese a suoi colleghi di osservare i loro figli. Da ciò, venne fuori la storia del *Piccolo Hans* (Freud, 1908), in cui non c'è stata né una psicoanalisi né uno psicoanalista.

La pubblicazione de *Il Piccolo Hans* determinò la conferma delle teorie di Freud sullo sviluppo sessuale nell'infanzia ma al tempo stesso il suo pessimismo rispetto alla possibilità di lavorare con i bambini con uno scopo terapeutico. Quest'ultimo aspetto sembrò dissuadere gli altri analisti dal tentare una tale impresa.

Anche se si sono create tante teorie per giustificare questo fatto, che sicuramente potremmo condividere, credo che il terrore e la turbolenza, nel senso bioniano di maturazione prima della scoperta, giustificò il passare di altri quindici anni prima che rinascesse l'interesse per lo studio dei bambini, orientato a verificare le recenti teorie sul narcisismo.

Questo originò un tentativo di istituire un'analisi dei bambini più terapeutico che di ricerca.

Ovviamente *Il Piccolo Hans* non servì come un manuale di tecnica, giacché fu influenzato dall'attitudine di Freud a investigare come padre dottore senza considerare il concetto di transfert.

All'inizio l'interesse per la psicoanalisi infantile si associò con la pedagogia, ma la nozione di pedagogia ma più estesa che l'attuale.

Hug-Hellmuth nel 1921 prese in considerazione il suo valore nell'educazione dei bambini, e tentò di promuovere la formazione psicoanalitica degli insegnanti.

Poi Sophie Morgenstern in Francia, Anna Freud a Vienna e Melanie Klein a Londra crearono le basi per la psicoanalisi infantile attuale, ciascuna di esse con una prospettiva differente.

S. Morgenstern sostituì le libere associazioni con l'analisi dei disegni, e il loro significato inconscio e la loro simbologia.

Anna Freud fece il primo tentativo di sistematizzare l'analisi infantile, cercando un metodo che permettesse di adattare ai bambini la tecnica creata da Sigmund Freud per gli adulti. Utilizzò l'interpretazione dei sogni, dei sogni diurni e dei disegni, ma era contraria all'uso del gioco come elemento dell'analisi finalizzato a una funzione terapeutica, in quanto non pensava l'analisi infantile come psicoprofilassi. A. Freud anche creò una nuova prospettiva arricchendo e rendendo più complessa la teoria.

Melanie Klein (1932) introdusse la tecnica della psicoanalisi infantile usando il gioco in un contesto ludico, ed in quel contesto possiamo collocare il posto del gioco nello sviluppo del transfert-controtransfert.

Winnicott rivoluzionò la tecnica psicoanalitica con il suo concetto di spazio e di oggetto transizionale, ed introdusse una nuova comprensione del conflitto edipico.

Arminda Aberasturi (1952), creatrice della Scuola Argentina, diffuse la psicoanalisi infantile in America Latina e fondò una Scuola per i Genitori.

Una nuova prospettiva?

Quando parliamo oggi dell'analista clinico, ci riferiamo alla sua elaborazione delle emozioni emergenti dalla dinamica transfert-controltansfert.

Il posto dell'analista e del paziente si gioca in quel processo: il posto nel quale il paziente colloca l'analista nel transfert, e quello del paziente da parte dell'analista nel controltansfert.

Entrambi all'interno del campo psicoanalitico, dove si giocano le identificazioni proiettive incrociate.

A partire da Racker e Paula Heimann, il concetto di controltansfert nelle dinamiche del trattamento venne considerato nella sua relazione con il transfert. Paula Heimann (1950) sostiene che "la risposta emozionale dell'analista al suo paziente nella situazione analitica costituisce il suo principale strumento di lavoro".

Inoltre sappiamo che la sua spiegazione è sempre parziale perché è legata alla possibilità di raggiungere in pieno l'inconscio. Al contrario, la non spiegazione conduce ai passaggi all'atto, tra i quali la creazione di teorie *ad hoc* o teorizzazioni. Queste possono far cambiare il posto dell'analista infantile, creando per esempio degli "allontanamenti" del bambino dalla famiglia.

Non rifiutiamo la necessità di questo tipo di terapia in determinate circostanze. Heimann aggiunge che è importante che l'analista distingua tra quello che nel controltansfert è associato al transfert del paziente, da ciò che appartiene soltanto all'analista.

Trattiamo pazienti caratterizzati da difese assai primitive, gravemente limitati e con reazioni difficili da codificare, che sollevano importanti problemi tecnici, messi in evidenza da Tustin, Houzel, Meltzer, Alvarez, Parada de Franch ed altri. Il terapeuta deve fare sforzi per non cadere nella disperazione perdendo vitalità.

La drammaticità dell'analisi infantile conduce l'analista a confondere ciò che ascolta dal suo paziente e quello che ascolta da se stesso.

Ciò che l'analista non può percepire dai suoi problemi inconsci attiva la sua angoscia, il che spesso fa sì che egli assuma una posizione che non dovrebbe essere quella dell'analista.

Un esempio clinico ci offrirà una visione più chiara del problema.

Esiste un gioco di identificazioni proiettive multiple tra l'analista ed il paziente che per alcuni momenti può cancellare il posto dell'analista.

Se questo è in grado di rimanere in una posizione che gli possa permettere di pensare il controltansfert, potrà riprendere il suo posto, che non sarà quello dell'analista onnipotente.

Cioè, potrà vedere ed ascoltare il suo paziente come un altro, distinto da se stesso.

A partire da questa comprensione ed accettazione possiamo integrare un criterio etico nell'analisi. E' anche questa una nuova prospettiva?

Il nostro lavoro non ammette altra cooperazione che non sia quella offerta dal paziente, che, al tempo stesso, è l'oggetto del nostro lavoro.

Quando la situazione analitica risveglia una ansia non tollerata dall'Io dell'analizzando, perdiamo la sua collaborazione, ed egli interferisce col nostro sviluppando resistenze che mirano ad evitare la nostra chiarificazione, cercando di gratificare se stesso col fallimento dell'analista.

Se l'analista non è in grado di elaborare questa situazione, ne soffre le conseguenze perché il suo strumento di lavoro perde capacità, e – come afferma D. Liberman – subisce un danno equivalente alla castrazione. Questo succede spesso quando le nostre difficoltà ci "obbligano" a fabbricare teorie nel nostro lavoro clinico quotidiano. Ogni analista è esposto ad un'intensa partecipazione emotiva nella mente dell'analizzando.

Il senso di questo rapido e adeguato passaggio attraverso alcuni momenti fondamentali nell'analisi dei bambini, è quello di comprendere come l'accrescimento aggiunto alle differenti trasformazioni della teoria possa condurre quasi impercettibilmente a cambiamenti nella teoria, facendo emergere nuove prospettive nella comunità psicoanalitica internazionale.

I cambiamenti nella cultura ci portano inevitabilmente a variazioni nella teoria e nella metapsicologia?

Quando cominciammo a lavorare, i problemi riportati dai genitori, dagli insegnanti e dai pediatri avevano a che fare con carenze nella scolarizzazione, narcisismo o comportamenti antisociali.

Asma, epilessia, eczema, cambiamenti comportamentali aggressivi e distruttivi che alterano l'ordine familiare, come bugie ed affabulazioni, enuresi, encopresi, balbuzie, ecc.

Le teorie kleiniane e post-kleiniane aprirono un campo di possibilità nel trattamento di bambini disturbati, affetti da fobie e gravi nevrosi ossessive, disturbi schizoidi, autismo, disturbi dello sviluppo precoce, ecc..

Potremmo pensare che ciascuna teoria psicoanalitica dia luogo a una nuova prospettiva? Ci sono differenti prospettive dentro una stessa teoria?

Se pensiamo agli sviluppi postkleiniani, per esempio Bion, vediamo che essi hanno prodotto importanti cambiamenti nell'interpretazione, passando da una spiegazione dell'inconscio ad un lavoro interpretativo più descrittivo e più vicino a un tentativo di comprensione. In questo caso la nostra preoccupazione ha più a che fare col il compromesso di controtransfert.

Potremmo allora pensare a questo sviluppo come a una nuova prospettiva?

Oggi noi fronteggiamo un atteggiamento più permissivo degli adolescenti verso il sesso, l'uso di sostanze e i disturbi dell'alimentazione.

Spesso riconosciamo la presenza di abusi sessuali precoci – vecchi quanto l'umanità – e di maltrattamenti familiari. Inoltre, la pratica istituzionale spesso si allontana dai setting psicoanalitici praticati in ambito privato, e le assicurazioni impongono un numero definito di sedute settimanali in contrasto coi bisogni del paziente e con l'opinione dell'analista.

Non possiamo evitare di menzionare alcune nuove tecnologie che distorcono gli obiettivi del cambiamento. Tutto ciò cambia la prospettiva dell'analisi nella clinica odierna?

Questi temi possono essere discussi e negoziati, sebbene noi pensiamo che i nuovi approcci in teorie differenti o anche nella stessa teoria, così come la posizione dell'analista, non dovrebbero cambiare quando si accettano prospettive differenti. Ciò dovrebbe condurre a pensare a una psicoanalisi contemporanea che integri un approccio collettivo che eviti il riduzionismo e si confronti decisamente con le differenti teorie ed intrateorie.

Presenterò ora un caso clinico del 1962, in cui penso che l'atteggiamento clinico potrebbe non essere cambiato nonostante che le mie conoscenze e la mia esperienza siano continuamente migliorate da allora.

Difficoltà non viste, gli effetti del controtransfert, identificazioni proiettive incrociate o situazioni emotive da parte dell'analista così come la mancanza di esperienza e di conoscenza, possono creare teorie difensive che possono influenzare la creazione di un setting inadeguato e discontinuo, mettendo a rischio il processo analitico (Meltzer, 1966).

Nel tempo ho fatto miei le nuove acquisizioni teoriche fornite dalla Scuola Inglese, continuando a promuovere sedute settimanali ad alta frequenza ogni volta che è possibile. Inoltre comprendo l'importanza del concetto di *enactment* (in quanto connesso alle comunicazioni preverbal) nell'analisi dei bambini e degli adolescenti.

Caso clinico

Aprile 1962.

Anita, 3 anni e sette mesi.

La consultazione fu motivata dalla masturbazione clitoridea compulsiva della bambina (che durava da circa 7 mesi), che accadeva la sera prima di dormire e la conduceva allo svenimento.

Dati significativi: Figlia unica di genitori anziani, madre di 42 anni, e padre di 56. Entrambi laureati e di alto livello intellettuale. Il padre molto dedito alla sua carriera, la madre si occupava quasi esclusivamente della bambina.

Anita nacque quattro anni dopo il matrimonio, è stata molto desiderata, non vi furono problemi durante la gestazione né durante il parto. L'allattamento fu difficile in quanto la madre aveva poco latte, problema rapidamente risolto utilizzando anche il biberon. Non ebbe problemi significativi nell'allevamento, e neppure attualmente, salvo il sintomo per il quale la portarono in consultazione. "E' una bambina che incanta, buona, intelligente, attiva. Tutti le vogliono bene e ci rende molto felici".

Dati raccolti nel colloquio coi genitori: non ricordavano quando avvenne lo svezzamento e se esso causò qualche problema.

Il sintomo apparve approssimativamente quando avvenne la seconda interruzione dell'allattamento al seno nella mattina. Ci volle un po' di tempo per interrompere l'allattamento notturno col biberon, e ci riuscirono appellandosi al *buon senso* di Anita.

Dati che attirarono la mia attenzione sui genitori: erano decisamente bassi di statura e biondi, molto comunicativi e simpatici. Il padre era allarmato dal sintomo, non così la madre, nonostante che mi raccontasse di avere un cugino psicotico, malattia attribuita (così era stato detto) alla masturbazione compulsiva.

Erano sorpresi perché Anita non aveva avuto altri sintomi precedentemente.

Si sentivano perduti, ignoravano se io li avrei potuti aiutare visto che da sette mesi consultavano medici che ordinavano elettroencefalogrammi, radiografie, analisi, ecc.

Infine ricevettero il consiglio di prendere un appuntamento con uno psicoanalista infantile. E adesso erano rassegnati e non molto ottimisti.

Io avevo avuto in trattamento altri bambini, ma mi sentivo preoccupata nessuno era così grave come immaginavo fosse Anita. Stavo facendo il mio ultimo anno di seminari. Inoltre, l'inviava a me un capo sala dell'Ospedale dei Bambini che avrebbe potuto fornirmi un flusso di pazienti, questa situazione complicava il caso. In alcune occasioni Anita era stata portata al Pronto Soccorso dell'ospedale dopo lo svenimento.

Proposi ai genitori due o tre incontri diagnostici con Anita. Dissi alla madre di accompagnare la bambina nello studio e di comportarsi con naturalezza, ma senza iniziare giochi o conversazioni.

La madre ed Anita arrivarono puntualmente. La bambina era bionda come i genitori, con i capelli un po' più rossicci di quelli della madre, occhi scuri come la madre, ma decisamente alta, il che colpì la mia attenzione.

Dissi ad Anita che ero la dottoressa Kaplan e lei mi disse: *mi ha detto mamma che non mi toccherai, perché sono venuta qui solo per giocare.*

Parlava come una adulta e senza un'inflessione infantile.

Mi chiese perché la mamma aveva una sedia alta e lei ed io avevamo sedie piccole. Ricordo che non chiesi ai genitori con che cosa Anita giocasse abitualmente. In ogni modo, sul tavolino avevo preparato piccoli giochi come quelli della Klein, carta, matite, forbici, marionette come si usavano allora, una donna ed un uomo, colla, spago, piccole tazze e gessetti.

Le chiesi se sapeva perché era venuta, lei arrossì e mi disse di sì, e credo che arrossì anch'io e non feci altre domande. Era a disagio, si mosse sulla sedia, guardò la madre, lanciò un'occhiata alle tazzine senza toccarle, poi si mise a riconoscere tutti gli oggetti con le mani, dicendone il nome.

Chiese alla madre se poteva usare le tazze, e la madre indicò me. Allora lei lo chiese a me e io le dissi *sì*.

Si avvicinò al piccolo lavandino, tentò di aprire il rubinetto e successe l'inatteso, l'acqua era stata tagliata.

Pensai al suo allattamento, alla mamma che non aveva latte, ma lei tranquilla notò:

hanno chiuso l'acqua come hanno fatto a casa. Buon senso.

Poi trovò il vinavil, lo prese, e alla mamma scappò di dire *Non l'aprire!* e lei si mise a piangere.

La madre aspettò alcuni secondi, mi guardò chiedendomi il permesso di consolarla, io acconsentii e la mamma le disse che era meglio non aprirlo perché rischiava di sporcarsi i vestiti e dopo avevano una festa. Di nuovo il buon senso: Anita riprese la bottiglietta del vinavil e la accarezzò: come se fosse il suo biberon? riconoscendo un oggetto assente, il seno perduto?

Subito dopo Anita chiuse i suoi piccoli occhi, vacillò e cadde dalla sedia.

La madre pensò che fosse svenuta, ed anche io lo pensai; ma Anita si alzò e disse che voleva andare via, ed io acconsentii, nonostante che fossero passati solamente 35 minuti dei 50 previsti.

L'angoscia aveva portato Anita a ritirarsi dalla cooperazione. Decisi poi di non fare una seconda seduta diagnostica di gioco, se i genitori avessero acconsentito di iniziare il trattamento.

C'era troppa violenza nel sintomo innescato dall'abbandono del biberon quando già le avevano integrato una dieta completa a otto mesi.

Commento

I fatti accaduti in quell'ora di gioco apparentemente non avevano niente a che fare con la violenta masturbazione compulsiva che si concludeva con lo svenimento. La bambina era molto adattata alla sua età, la madre aveva partecipato, lei frequentava la scuola materna, era abituata alla seggiolina, ai giochi, al lavandino, ecc..

In alcuni momenti la vidi abbastanza sovra-adattata, il buon senso che incantava i genitori, aveva fiducia in loro che le avevano detto che io non la avrei torturata (toccata?), ed entrò fiduciosa nel mio studio, ricorse ai suoi meccanismi di difesa come faceva a casa, e poi l'interruzione della fornitura d'acqua come era accaduto a scuola e forse anche a casa, chiese il permesso di giocare con l'acqua, rimase frustrata e pianse perché non aveva potuto aprire la bottiglietta del vinavil.

Ma alla fine ebbe una rottura emotiva, e ce l'ebbi anche io.

Sembrò come se la violenza originasse dalla sua frustrazione (il che non potei intendere fino a quel momento), e lei vacillasse e cadesse tentando di scomparire, o dormire, svenire, o masturbarsi non in un modo violento quando tentò di evitare il sintomo, e si difese con uno più lieve, cadendo a terra.

Entrambe pensammo che fosse meglio per lei andare via perché io non ero in grado di darle niente di più.

Non avevo potuto ascoltare il mio controtransfert e rimasi attaccata all'identificazione proiettiva di Anita.

Credo che sia Anita sia genitori abbiano pensato che io non avrei potuto aiutarla, ed io non ho fatto un tentativo di interpretarli. Sebbene questo non fosse il mio modo di usare un'ora di diagnosi, la mia momentanea rigidità corrispose all'aver creato una teoria ed ascoltarla invece di ascoltare il mio controtransfert. Oggi mi domando se fossi rimasta nel posto dell'analista, o se, scioccata e spaventata per la mia mancanza di esperienza, avessi creato una teoria con solide basi per non interpretare nel corso delle sedute diagnostiche.

Coprii il mio errore con una buona teoria.

Perché pensai che avrei dovuto interpretare?

Perché l'eccesso di ansia risvegliatosi per la situazione analitica non venne tollerata dall'io di Anita e la portò a evitare qualsiasi cooperazione andandosene.

Presi la decisione di non fare altri colloqui diagnostici, non perché non potessi diagnosticare esattamente quello che accadeva con Anita, ma perché, in base a ciò che ero in grado di comprendere in quel momento, mi ero trovata a fronteggiare una notevole frustrazione quando lei rispose con un alto livello di ansia o di violenza che la condusse a scomparire, svenire o mostrare che era svenuta.

Compresi che aveva bisogno di trovare alcune risposte ed interpretazioni che – pensai – non era il caso di darle durante un colloquio diagnostico.

Ma perché sospesi l'intervista quando Anita lo chiese? Penso che nel gioco delle identificazioni proiettive, non fui in grado di comprendere ed elaborare il controtransfert, e potei soltanto incassarne e temerne la violenza.

Dissi ai genitori che potevo prendere Anita in trattamento. Essi erano ansiosi di sapere la causa della masturbazione compulsiva.

Cercai di essere più chiara possibile nel sottolineare che era solamente un sintomo.

Gli proposi un trattamento a quattro sedute settimanali, lo discussero abbastanza giungendo alla conclusione che il caso di Anita doveva essere molto serio per un trattamento così intensivo. Spiegai loro che la frequenza aveva a che fare con la tecnica e finirono con l' accettarlo.

In un successivo colloquio, i genitori di Anita mi comunicarono che l' avevano adottata quando lei aveva tre giorni, e che non me ne avevano parlato prima perché era meglio per lei non saperlo.

In quei tre giorni lei era stata allattata dalla madre naturale. Alla madre adottiva fu consigliato di mettersela al seno perché le venisse il latte, ma – mi dissero – fu un' esperienza disastrosa perché la bambina pianse per diversi giorni, fino a che le fu dato il biberon, al che lei smise di piangere.

Tutto ciò io lo trovai durante il suo gioco e il suo atteggiamento nella seduta diagnostica.

(traduzione dallo spagnolo di Mario Giampà e Lillian Silvia Bustamante)

10 dicembre 2012

L'infantile e l'elaborazione del sogno nel bambino

Elsa Schmid-Kitsikis

Tutti conosciamo i lapsus che fanno i nostri pazienti quando ci parlano di un film piuttosto che di un sogno. Questa posizione di spettatore esterno suggerisce una sorta di rêverie diurna, che si dispiega nel buio della sala cinematografica. Prefigura la notte dei suoi sogni. Ma si tratta anche della posizione di spettatore interno dei propri sogni della notte che egli racconta di giorno.

Il sogno nel bambino, poco trattato in quanto tale da un punto di vista metapsicologico, pone chiaramente la problematica dell'infantile attraverso lo statuto psichico dell'esteriorità/interiorità, dell'illusione, dell'immagine, dello sdoppiamento e del legame con la creatività.

Questa problematica suggerisce, attraverso l'estraneità che il bambino sperimenta nel provare il vissuto immaginato evanescente del sogno, di tenere in conto l'apporto del pulsionale e del pensiero, apporto che organizza il suo immaginario come le favole, i miti...e le produzioni filmiche.¹⁸

L'importanza del movimento pulsionale deve essere sottolineata. Esso segna la conflittualità psichica, la ricerca di un esito simbolico, quello della delimitazione tra mondo interno e mondo esterno. Esso partecipa anche ai movimenti introiettivi.

Nel quadro del dibattito che ci interessa, cioè quello del legame sogno/cinema, può essere interessante avvicinare la dinamica del dentro/fuori, dello sguardo, e più specificamente, quella dello spazio psichico che occupano gli occhi, così come il tema *dell'inquietante estraneità*.

Quando si domanda a un bambino, al di fuori del contesto psicoanalitico, cosa sia un sogno, le sue risposte sono stupefacenti: *il sogno -dicono i bambini- viene dalla testa, dalla voce; è la notte che fa sognare; il sogno è nella stanza, davanti agli occhi: il sogno arriva la notte e ci parla nelle orecchie; si sogna con gli occhi, sembra che sia di fuori, davanti agli occhi. Non è né dentro né fuori. è nei nostri occhi; l'immagine è nella nostra testa ma si crede che sia davanti a noi.*

Alcune di queste riflessioni espresse sul piano manifesto sono simili a quelle descritte da Aristotele nel suo testo *Problema XXX*, quando nota:

Il sogno arriva quando ci si addormenta dopo aver pensato ed aver avuto qualcosa sotto gli occhi: è per questa ragione che noi vediamo in sogno soprattutto ciò che facciamo, ciò che faremo o ciò che vogliamo fare. E' a ciò che si applicano più frequentemente i ragionamenti e le immagini(....)la

¹⁸ Pollack J.C. *L'obscur objet du cinema. Reflexions d'un psychanalyste cinophile*. Ed.Campagne Premiere,2009

disposizione del corpo gioca un ruolo primordiale nella produzione di immagini nel corso di un sogno.

Le elaborazioni, tra gli altri, di Winnicott, Bion, Diatkine, Meltzer e dei loro successori, hanno aperto la strada a nuove concettualizzazioni, che sono in linea con le produzioni che sollecitano e mobilitano le rappresentazioni inconsce e preconsce del bambino, in particolare quelle che suggeriscono il posto che occupa il soggetto di fronte al proprio funzionamento psichico, di fronte all'analisi dei vissuti e delle idee che il bambino stesso se ne fa.

I commenti dei bambini sul posto che occupano gli occhi nei sogni sono interessanti come prova del *vissuto inquietante, insieme estraneo e familiare* che si impone loro.

L'inquietante estraneità [il *perturbante*, nella traduzione italiana] - scrive Freud (1919, 82) - "è quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare". Essa (l'inquietante estraneità) si presenta nel bambino quando, in un movimento di rivolgimento su di sé, il bambino crede di afferrare le relazioni sovente conflittuali che intrattengono il sogno e gli occhi, per esempio quando afferma che: *il sogno è davanti agli occhi, si sogna con gli occhi, il sogno è negli occhi, il sogno sono io, ma sono soprattutto i miei occhi che erano restati là dentro per vedere.*

Questo fa pensare alla paura che Freud segnala nel suo testo *Il perturbante* (92): "siamo di fronte a una tremenda angoscia infantile, causata dalla prospettiva di un danno agli occhi o della loro perdita", - la quale rimanda alla paura della castrazione, la punizione che si infligge Edipo, il mitico criminale quando si acceca lui stesso. C'è allora, nota Freud un "rapporto sostitutivo che si manifesta nei sogni, i fantasmi ed i miti" un rapporto traumatico tra gli occhi e la minaccia di castrazione.

Queste considerazioni ci interrogano:

Il bambino piccolo vive il sogno come un pensiero, il pensiero come un sogno, che si situerebbe *nella testa, nella voce?*

Il piccolo Hans ci pone di fronte ad un dilemma. Freud parla di sogno, quando Hans si "immagina" di parlare con i suoi bambini come se fossero presenti, dicendo loro: "anche i miei bambini Bertha e Olga, sono stati portati dalla cicogna"; Freud parla invece di *pensieri* o *credenze* quando Hans afferma: "sai, stanotte, ho pensato"; parla di *fantasma* quando, a proposito della giraffa sgualcita, Hans si dice persuaso che si tratti di un avvenimento reale.

Dobbiamo considerare il pensiero presso il bambino come credenza, immaginazione, fantasma, sogno? Il sogno, nel bambino, è credenza, immaginazione, fantasma, pensiero?

Questo significa che il sogno acquisisce solo progressivamente lo statuto di oggetto interno? Che il bambino non arriva a differenziare ciò che pensa da ciò che sogna? Che vive il sogno come un oggetto bizzarro (Bion) di consistenza interno indeterminato, che può, talvolta, diventare una minaccia?

Il sogno, presso il bambino, è pulsionalmente *pensato*, il pensiero è pulsionalmente *sognato*, nel senso che l'uno e l'altro diventano convinzione magica di immagine, di fantasma, di allucinazione, nel mentre rivelano l'imprecisione di un vissuto, le cui funzioni di giudizio, così come definite da Freud (giudizio di attribuzione, di esistenza e di causalità), sono mescolate, come se non ci fosse scarto tra la ricezione di una percezione e l'iscrizione di una rappresentazione corrispondente, tra un'immagine mnestica di cosa diretta, ed una traccia mnestica di cosa rimaneggiata, derivata dalla prima.

Penso a quei bambini i cui giochi, nel corso delle sedute analitiche, sono di corsari o di vampiri, di streghe e matrigne. Tuttavia i giochi sembrano prefigurare gli scambi con l'analista, la cui laconicità è in genere la regola. Questi giochi capitano quando il bambino sente il bisogno di affermare: "Non ho più niente da dire". Ma possono talvolta venire sostituiti da "ho fatto un sogno" altro ingresso che può talvolta essere associato ad un disegno, che farà emergere nel bambino il sogno/incubo (alleanza spesso presente nel bambino, in cui l'agire tende a dominare il sogno come i personaggi che sembrano prendere vita dal disegno). Il sogno/incubo può emergere in continuità con le scene di invasori e di geni malvagi, come se la frontiera tra interno ed esterno rimanesse mescolata. Penso

qui ad una scena di un film che ho visto tanto tempo fa ed il cui ricordo è certamente deformato, un film di Kurosawa, "Sogni". Soldati vestiti di nero con gli occhi cerchiati di bianco- si capirà poi che sono morti in battaglia- escono da un tunnel, col loro capitano estremamente dispiaciuto perché si sente responsabile del loro massacro. Questi soldati sembrano fantasmi, quelli che Freud dice essere "i visitatori notturni che vengono a guardare il bambino"¹⁹, alla guisa di un fantasma che, secondo il testo di R. Diatkine del 1984 -"Cacciatori di fantasmi"-, "ha la caratteristica di richiedere un trattamento particolare del materiale verbale, in quanto in esso non appare tanto il ritorno del rimosso, quanto l'esistenza" di una 'cripta' (Nicolas Abraham e Marie Torok) che è stata creata da una incorporazione e "ha pareti ben sigillate nell'apparato psichico, costruite da un mondo pulsioni, soprattutto l'aggressività, che non possono essere introiettate"²⁰.

L'inquietante familiarità che suscita un fantasma porta il bambino ad evocare talvolta un incubo ricorrente di quando era piccolo. Il bambino può allora tentare di fare un legame con ciò che gli fa paura, le streghe, i vampiri che sorgono anche nei sogni. Da qui il suo dilemma. È più protetto fuori o dentro? Possono anche arrivare all'idea che i sogni sono strani. Questa formulazione mi interroga a causa della sua ambiguità. Il bambino trova strano il fatto di sognare e/ o trova strano ciò che ha sognato. Difficile rispondere anche se dalla mia esperienza clinica coi bambini, diversamente dai pazienti adulti che trovano talvolta strano il contenuto dei loro sogni (dicono: mi domando perché ho sognato questo!) il fatto di sognare sembra essere di per sé un'attività inaspettata, in se inquietante ed estranea.

Mi sembra dunque che lo statuto rappresentativo del sogno nel bambino si riveste di un'*inquietante estraneità*. Esso condiziona la conflittualità del vissuto transferale dentro/fuori. Questa *inquietante estraneità* è alla base del *rapporto animista* con l'oggetto, lo stesso che si articola con le teorie sessuali infantili.

Il bambino sembra provare così una sorta di perplessità nei confronti delle attività psichiche che vive come strane, e che nel mentre gli si impongono, tendono altresì a scappargli di mano. Freud cita le situazioni in cui il bambino si sente in dubbio nel sapere se una persona o una cosa sono viventi o meno (animata o no di vita), come per esempio le figure di cera, le bambole sapienti, gli automi, quando mette a confronto queste impressioni con quelle suscitate da una crisi epilettica o dalla follia. Freud nomina anche il meccanismo ossessivo, le credenze superstiziose, i racconti fantastici, i giochi infantili, quell'insieme di situazioni che ci consentono di cogliere l'interesse del problema, suggerendo il posto del corpo e del suo movimento, quello del sogno e del suo incubo, quello dei complessi traumatici infantili e della questione del doppio.

Una delle particolarità del processo onirico presso il bambino, così come nell'adolescente, è il posto che occupa l'incubo, che secondo E. Jones,²¹ si manifesta attraverso un'angoscia vissuta come tortura, un'impressione di imprigionamento che assomiglia ad un dolore e ad una impossibilità di agire. E' così che uno dei significati, indicati da Freud, lega il trauma e la vita onirica.

Essa ci è suggerita attraverso il motivo della favola de "Il mago sabbiolino", la paura di perdere gli occhi (il mago sabbiolino che strappa gli occhi ai bambini) messo in relazione con la morte del padre, così come l'idea del doppio, che egli mette in relazione con la scissione dell'Io, il suo sdoppiamento e la sua sostituzione. L'inquietante estraneità, che sollecita l'animismo e l'onnipotenza del pensiero, è ottenuta da un movimento di regressione dell'Io, mentre allo stesso tempo si mette in moto la ripetizione con il ritorno dell'identico, ripetizione il cui fattore non-intenzionale, "rende perturbante ciò che di per sé sarebbe innocuo, insinuandoci l'idea della fatalità e dell'ineluttabilità laddove normalmente avremmo parlato soltanto di 'caso' ".²² A seguito delle sue osservazioni, aggiunge Freud "in determinate condizioni e combinata con circostanze

¹⁹ Nunberg H., Federn E (a cura di) (1962). *Dibattiti della Società Psicoanalitica di Vienna 1906-1908*. Incontro del 17.04.1907, p.183. Boringhieri, Torino, 1973.

²⁰ G. Diatkine "Chasseurs de fantomes. Inhibition intellectuelle, problemes d'equipe et secret de famille » *La psychiatrie de l'enfant*, 1, 1984, p.227-230.

²¹ Jones E. (1931) *Le cauchemar*, Paris Payot, 1973

²² Freud, S. (1919). *Il Perturbante*, 98

particolari, la ripetizione evoca indubbiamente un sentimento del genere, che inoltre ci ricorda l'impotenza di certi stati onirici".²³

La variabilità dei punti di vista di Freud sull'incubo sembrano attribuirgli il ruolo di qualcosa che contraddice, quanto meno a livello manifesto, le sue ipotesi sulla funzione del sogno, guardiano del sonno e realizzazione (o tentativo) del desiderio. Questa variabilità ci porta a pensare, alla luce dei lavori più recenti sui sogni tramatici, che l'incubo rappresenti esattamente il fallimento dell'integrazione dell'eccitazione in un *processo allucinatorio*, poiché si fa ricorso ad un funzionamento ripetitivo e all'*immagine visuale*, che Freud situa nell'*Interpretazione dei Sogni* "al polo dell'estremità percettiva dell'apparato psichico, al livello degli stimoli sensoriali". Questa posizione verrà riesaminata da Freud in collegamento con la sua teoria della regressione, concezione che trova un'eco particolare ai giorni nostri nel campo della clinica, vista l'importanza che questa concezione attribuisce alla posizione di "rêverie" regressiva dell'analista, così come dell'analizzato, sottolineando così il fatto che la nozione di immagine non può essere concepita altro che nel quadro di un processo di regressione. Regressione che Freud (1899, 496) scopre nel momento in cui "nel sogno la rappresentazione si ritrasforma nell'immagine sensoriale da cui è sorta in un momento qualsiasi". (.....). "Se guardiamo al processo onirico come a una regressione all'interno dell'apparato psichico da noi adottato, possiamo senz'altro spiegare il fatto (.....) che nel lavoro onirico tutte le relazioni logiche dei pensieri onirici vanno perdute". Cosicché queste relazioni logiche "nella regressione sino alle immagini percettive sono costrette a rinunciare alla loro espressione. *Nella regressione, la struttura dei pensieri del sogno viene disgregata nella sua materia prima*". Detto ciò ne risulta che questo riesame del pensiero Freudiano in relazione con la teoria della regressione dovrebbe essere pensato in funzione della realtà psichica infantile dei nostri giovani pazienti. Si può avanzare l'idea che al momento di questo processo, il polo sensoriale "dell'estremità percettiva dell'apparato psichico, è per loro più rapidamente e più facilmente accessibile?

L'immagine non si costruisce all'istante, ma è concepita, come Freud lascia intendere in "*L'Uomo Mosè e la Religione Monoteista*", di impressioni "ricevute in un'epoca dell'infanzia dove, per quello che noi crediamo, l'apparato psichico del bambino non è ancora pronto ad accoglierle".

Nello stesso confronto, mi piacerebbe citare tra gli altri alcuni lavori attuali sull'attività onirica del bambino, per esempio quelli di François Kamel o Thomas Ogden (*L'année psychanalytique International* 2005), i quali considerano l'incubo come un vero sogno. Il bambino, nota Ogden (2004), che è risvegliato da un incubo, "è in grado di riconoscere la persona che lo sta confortando". E' un sogno "in cui in cui la sofferenza emotiva dell'individuo è soggetta (...) a un lavoro psichico inconscio che genera crescita psicologica", all'opposto del terrore notturno che non è un sogno, "non viene generato alcun pensiero onirico; non viene svolto alcun lavoro psicologico; niente cambia in conseguenza dell'evento psichico" (Ogden, 2004; poi in Ogden, 2005, trad.it. 2008, 5).

Questa posizione estrema, che rovescia la comprensione che abbiamo della realtà psichica dell'incubo, mi pone degli interrogativi. Sembra allontanare l'idea di una discontinuità nel lavoro del sogno, come se il sogno non subisse alcuna rottura, alcuna effrazione, l'incubo si mantenesse negli stessi limiti e vie psichiche del il sogno. E' così che il problema del quadro onirico nel bambino, della sua permeabilità specifica di fronte all'irruzione dell'angoscia che rende difficile la delimitazione degli spazi dentro-fuori, mi sembra importante che sia discussa. Mi fa associare ai film in 3-D dove i limiti del quadro sono modificati. Non ho la pretesa di aver sufficientemente riflettuto su questa eventualità, ma i piccoli bambini, ed io ne ho osservati molti, sembrano vivere questa tridimensionalità come un'intrusione, che rimette in questione la loro posizione di spettatore che introietta una storia che è stata loro raccontata a partire da un film.

Ancora qualche parola di conclusione per riprendere contatto con il sogno:

²³ Op.cit., 98

“colui che guarda da fuori attraverso una finestra aperta, non vede mai tante cose quante ne vede colui che guarda una finestra chiusa. Non vi è oggetto più profondo, più misterioso, più fecondo, più tenebroso, più abbagliante di una finestra illuminata da una candela. Ciò che si può vedere al sole è sempre meno interessante di ciò che accade dietro un vetro. In questo buco nero o luminoso, vive la vita, sogna la vita, soffre la vita”.

*Les fenêtres
Le spleen de Paris
Charles Baudelaire*

Traduzione dal francese di Paola Catarci

12 dicembre 2012

Alcuni commenti sui lavori di Dina Vallino e Barbara Piovano

Maria Mabel Levi

APdeBA (Asociacion Psicoanalitica de Buenos Aires)

Sono grata di partecipare a questo dibattito sulla Psicoanalisi Infantile proposto dalla Società Psicoanalitica Italiana. Prenderò in considerazione i lavori di Dina Vallino e di Barbara Piovano. Sebbene non abbia la Specializzazione in Psicoanalisi Infantile, ho avuto in cura, e ho tuttora, diversi pazienti.

L'inclusione o meno dei genitori nel processo analitico del bambino continua ad essere un tema di discussione; lo è fin dall'inizio della psicoanalisi. La stessa psicoanalisi del bambino ha rappresentato un argomento fondamentale.

Oggi prendiamo in considerazione nuove variabili, nate dai cambiamenti sociali ai quali è andata incontro la famiglia. Assistiamo, direi, anche a nuove modalità di comunicazione, qual è, appunto, il dibattito online, che spesso ci fa risparmiare tempo e ci arricchisce, rendendo più fluidi gli scambi. Noi analisti continuiamo a pensare, a produrre delle idee, per cercare di capire quale sia il luogo dei genitori nella Psicoanalisi Infantile. Se riconosciamo la dipendenza infantile, come un elemento al quale fare riferimento, non possiamo non tenere in considerazione la sua influenza e la sua partecipazione nella produzione dei disturbi o sintomi che presentano i bambini quando li vediamo in consultazione. Pertanto, mi sembra che oggi dovremmo chiederci “come Includere i genitori”, anziché se includerli oppure no. La risposta a questa domanda riguarderà il singolo analista; e sarà diversa anche da caso a caso, visto che bisogna considerare i diversi momenti della strutturazione dell'apparato psichico del bambino, il tipo di organizzazione familiare e la sua particolare problematica.

Sia il modello di Consultazione Partecipata sviluppato da Dina Vallino (che ci propone di andare al di là di dell'intrapsichico e di considerare la dimensione intersoggettiva, che valuta gli effetti dei problemi dei genitori sulla psiche dei bambini), sia il punto di vista di Barbara Piovano (che suggerisce di considerare i genitori i nostri migliori colleghi, proponendo quindi il suo modello di Psicoanalisi o Psicoterapia in parallelo) considerano i genitori “risorse e non ostacoli”. E questo sia durante la fase di consultazione diagnostica, sia durante il processo psicoanalitico del bambino. Ciò può avvenire se siamo in grado di comprendere qual è la trama dei conflitti intrapsichici di ognuno di loro e tra di loro (nelle dinamiche intersoggettive) che ha determinato la collocazione del figlio nel luogo delle loro proiezioni.

Dobbiamo cercare di aiutare al bambino a distinguere il suo desiderio da quello dei genitori, e ai genitori di coinvolgersi nel difficile compito di decifrare i contenuti inconsci e riconoscere la loro partecipazione nella produzione di patologia nel figlio. Le interviste iniziali saranno un importante strumento diagnostico. Ci permetteranno di farci un'idea della storia della coppia e della storia del figlio fin dalla sua preconcezione. La nostra ricerca sarà completata dall'osservazione e valutazione delle interviste tra madre e figlio e tra padre e figlio, delle ore di gioco del bambino e dei test infantili in base all'età. Tenendo conto di tutti questi elementi di studio, possiamo fare una restituzione e anche indicare la terapia che consideriamo più adeguata. Decideremo di volta in volta se è necessario il trattamento, se lavoreremo solo con i genitori o se al trattamento del bambino affiancheremo incontri con i genitori; in questo caso, gli incontri verranno fissati tenendo conto la specificità del caso e, ovviamente, il criterio dell'analista.

Lavorare psicoanaliticamente con i genitori, non solo sarà importante come forma di coinvolgimento e impegno attivo nel processo, ma sarà importante anche per "aiutarli a sostenere sentendosi anche loro sostenuti".

Mi piacerebbe riferirmi ora, puntualmente, ad alcuni dei concetti sviluppati nei lavori di Vallino e Piovano: Il rispetto dello spazio del bambino e della sua privacy; la cura del bambino come obiettivo e l'impegno richiesto ai genitori.

Possiamo parlare della "cura della privacy del bambino", riferendoci al rispetto della privacy dello spazio fisico del paziente nello studio, al rispetto dei suoi giocattoli, disegni o materiali, al rispetto da parte dei genitori e dell'analista della cornice stabilita. Ma possiamo parlare della cura della privacy del bambino, anche quando ci riferiamo al rispetto dell'intimità e della privacy dei pensieri e sentimenti che gli appartengono e al rispetto verso il senso dato da lui a ciò che ha percepito o vissuto. Il bambino ha bisogno di costruire uno spazio psichico privato, da solo con se stesso, libero da intromissioni. L'intimità data da questo spazio privato sarà la condizione della sua autonomia. Data la sua dipendenza, sappiamo che sarà oggetto delle proiezioni dei conflitti degli adulti, quindi è importantissimo lavorare con i genitori per poter liberarlo dal ruolo di paziente designato. Lavorare psicoanaliticamente con i genitori, implica anche "proteggere loro". Considero tanto importante proteggere i genitori quanto il bambino, poiché sono loro responsabili del bambino. I genitori vengono in consultazione generalmente perché si trovano in una situazione limite, quando i loro conflitti, sia intrapsichici che intersoggettivi, sono già passati al figlio. A quel punto sentono che hanno fallito, e questo li rende vulnerabili. Sentono che sono "nella mira". Possono essere giudicati, questionati. Per ciò, secondo me, l'obiettivo di proteggere il bambino è così importante come quello di proteggere i genitori, poiché sono loro che devono svilupparsi per poter aiutare il figlio nel suo sviluppo. La loro richiesta di aiuto, certamente non cosciente, non è solo una richiesta di consultazione per la malattia del figlio, ma anche una richiesta di consultazione per loro stessi, e potrebbe tradursi proprio come la "necessità di essere sostenuti". Alcune volte questa richiesta può esprimersi cercando di delegare nell'analista la funzione paterna che loro non si sentono capaci di esercitare, altre volte, per esempio, nella richiesta di consigli che sarebbero disposti a seguire con impegno per "fare il meglio", perché hanno la fantasia che così facendo i loro conflitti spariscono. Ci sono anche genitori con i quali è difficile lavorare per le forti resistenze, o anche situazioni molto specifiche, nelle quali la protezione del bambino deve essere l'obiettivo unico e primario. Sono quelle situazioni dove c'è maltrattamento fisico, emozionale o abuso sessuale in famiglia. In questi casi, viene da chiedersi in cosa debba consistere la protezione della privacy del bambino, considerando che si tratta di situazioni che comportano un rischio alla sua integrità corporea e psicologica, che devono essere denunciate e che richiedono l'intervento di altre istanze istituzionali.

Ogni caso con la sua particolarità ci pone una sfida diversa.

Relativamente all'impegno richiesto ai genitori, considero che la loro accettazione iniziale non offra, da sola, garanzie per tutto il tempo del processo. Per questo motivo, il lavoro psicoanalitico con i genitori, il sentirsi compresi, sostenuti e non giudicati, aiuterebbe, secondo me, a rinnovare e

rinforzare la loro iniziale decisione di compromettersi, presa quando ancora non sanno bene di cosa si tratti, né quali derivazioni possa avere il processo di trasformazione nel quale si trovano. Per concludere, una rete di contenimento tra analista e supervisore e di analisti tra loro, per esempio, attraverso dibattiti come questo, che ci coinvolge e ci nutre, credo ricadrà in un migliore contenimento dei genitori e dei figli e contribuirà a un migliore svolgimento della nostra pratica clinica nel campo della famiglia e nella psicoanalisi infantile.

Traduzione dallo spagnolo di Adriana Ramacciotti

20 dicembre 2012

Processo diagnostico di un bambino di 9 anni: caso Marcos.

Ana Fleischer de Trenes

trenes@hotmail.com

(Buenos Aires Psychoanalytic Association –APdeBA-, Child Analyst)

INTRODUZIONE

Riassunto dei due incontri con i genitori.

I genitori di Marco, Enrico (58) e Maria (44) mi consultano perché Marco non vuole più andare a scuola, piange, chiede di cambiare scuola. Non sanno cosa fare, pensano possa essere una manipolazione del figlio; non hanno preso nessuna decisione e vorrebbero che li aiutassi a prenderla. Questa situazione si è creata l'anno scorso, ma quest'anno è peggiorata.

Marco (9 anni) è l'unico figlio della coppia. Lo descrivono come un bambino sensibile e intelligente, che a volte a casa fa delle bizze e diventa tirannico; dicono che cerca di manipolarli, è teatrale e, a volte, mente. A scuola invece è estremamente docile.

Nella relazione con i coetanei, dicono che se non si fa ciò che lui vuole, non partecipa; mentre le maestre lo vedono isolato. Va a giocare con i bambini di prima; dice che quelli di terza giocano a giochi che a lui non piacciono e che non è capace a fare. Se non è il migliore, preferisce ritirarsi. Quando invita qualche compagno a casa, ha lo stesso atteggiamento; non gli piace prestare i suoi giochi; la madre dice che anche lei era così.

Ha paura del buio, dei mostri. Ha degli incubi notturni da quando sono tornati dall'Argentina; a volte racconta che negli incubi lotta con bambini. E' angosciato quando la madre si arrabbia.

Nelle sedute di gioco, mi accorgo che quando va al bagno ha paura di chiudere la porta.

Andarono a vivere in Perù quando Maria era incinta, a causa del lavoro del padre. Lì nacque Marco. Successivamente, vissero in Bolivia e Cile. Nel febbraio 2007 tornarono a vivere in Argentina, a Buenos Aires, a causa di un incidente automobilistico del padre; Marco aveva 4 anni e mezzo. Il padre subì gravi lesioni, con sequele permanenti.

Fu una gravidanza cercata; nacque con parto cesareo, 3.600Kg. La madre lo allattò al seno per circa un mese, ebbe poi una mastite e smise. Marco piangeva molto, la notte si svegliava ogni 2 o 3 ore; i

genitori descrivono quell'anno come molto traumatico per loro. Lo mandarono al nido a sette mesi, in Perù, quando la madre volle iniziare a lavorare. Piangeva molto e finalmente lo ritirarono. A otto mesi si è seduto, non ha gattonato. Ha camminato ad un anno. A diciotto mesi si esprimeva a gesti che solo la madre comprendeva. A tre anni parlava in modo da farsi capire.

Ha broncospasmi dai 2 anni e mezzo, i genitori dicono che è a causa del clima. Attualmente usa preventivamente un puf al giorno e non ha attacchi.

Iniziò la materna in Cile a tre anni, piangeva molto, anche se quando iniziò la materna in Argentina diceva di sentire molto la mancanza del Cile, della sua scuola materna e delle sue maestre. Lì la materna aveva una fattoria con orto e animali, l'accudimento delle maestre era molto affettuoso e i gruppi erano piccoli.

Da quando è nato hanno viaggiato molto per il lavoro del padre, ragion per cui Marco trascorrevva quasi tutto il tempo libero con loro; giocava solo negli alberghi delle diverse località. (Rispetto al controllo sfinterico, il pediatra disse loro che quando fossero stati nello stesso luogo per quattro mesi consecutivi, avrebbero potuto togliere il pannolino). Controllo sfinterico senza difficoltà ai tre anni e mezzo.

Frementa il terzo anno in una scuola bilingue di doppia scolarità; è entrato in questa scuola dal rientro in Argentina; non ha mai avuto difficoltà di apprendimento. Ha varie attività extrascolastiche di cui gode e ha quattro pomeriggi impegnati.

Una maestra della scuola, a cui Marco è particolarmente legato, dice che è un bambino che non si arrabbia mai, che non ha il coraggio di ribellarsi. Quando la maestra lo riprende, lui piange. Lei dice che è molto obbediente.

Il padre pensa che Marco soffre perché è esigente con se stesso. La madre pensa che possa soffrire per loro, ma non sa spiegarlo.

Raccontano situazioni con diversi contenuti senza alcuna risonanza emotiva. Ad esempio, quando chiedo loro se pensano che Marco soffra per questa situazione scolastica, la madre risponde che a volte Marco dice che preferirebbe non essere nato, in tono descrittivo, senza alcuna connotazione affettiva. La mia impressione è che sono preoccupati e desiderano risolvere il problema della scuola e dell'opposizione di Marco, ma non capiscono niente della sofferenza del figlio. Quando chiedo loro che cosa pensano del pianto e della richiesta di Marco di cambiare scuola, mi dicono che lui dice di non avere amici e di trascorrere gli intervalli da solo in aula o in bagno, ma suppongono che dica questo per manipolarli.

Il padre Enrico, 57 anni, ha un figlio da un primo matrimonio (27 anni) con il quale Marco ha una buona relazione per quanto si vedano poco.

Il padre ebbe un incidente automobilistico, quando Maria e Marco erano in visita a Buenos Aires. Fu un incidente molto serio, che richiese un periodo di ospedalizzazione di un mese e mezzo e gli sono rimasti danni permanenti.

La madre Maria, 44 anni, professionista, ha fatto un dottorato in scienze matematiche ed è stata sempre una studentessa eccellente. Ha iniziato a lavorare un anno e mezzo fa. L'unica sorella che aveva è morta giovane di una malattia fulminante.

Ne padre ne madre vanno dove c'è rumore o molta gente, anche se la madre quando è necessario tollera farlo.

Breve riassunto dell'intervista familiare

Misi la scatola di Marco nella stanza degli adulti, sopra il divano.

Dico loro che facciano e dicano ciò che desiderano, affinché io possa comprendere come sono a casa. Immediatamente Marco accusa il padre, dicendo che appena egli arriva a casa diventa isterico e lo sgrida per tutto il tempo. Il padre, dunque, gli dice di dire perché lo fa, cosa fa lui (Marco) quando il padre rientra, e si lanciano accuse reciproche. La madre propone che Marco scelga a cosa giocare. Aveva portato un gioco e propone di giocare con quello; mi invita a partecipare. E' un gioco di quelli tutti contro tutti; a turno ogni partecipante tira una fiche contro quelle di un avversario, le fiches sconfitte restano fuori dal gioco e così ne rimangono ogni volta di meno. Chi che rimane senza fiches, perde. Nel gioco, quando Marco perdeva, barava senza nascondere o cambiava le regole e il padre si comportava come un suo pari. Marco, durante il suo turno, cerca principalmente di sconfiggere il padre, anche se a volte si oppone alla madre o a me. Quando Marco bara, il padre lo smaschera, lui nega, il padre protesta e continuiamo a giocare. Poco dopo, Marco va in bagno e il padre bara davanti a me e alla madre. Marco, quando torna, si rende immediatamente conto dell'imbroglio, si arrabbia e poi si infuria con il padre (credo anche con noi). Descrivo la situazione senza prendere partito, lui continua a urlare e il padre nega. Termina la seduta, Marco se ne va furibondo e senza salutare.

Padre e figlio avevano combattuto violentemente e si erano confrontati rabbiosamente. La madre cercava di mettere ordine con calma e chiaramente. Durante la seduta descrissi qualcuna di queste situazioni e il cambiamento del clima emotivo.

1° ORA DI GIOCO DIAGNOSTICO

Prima di entrare Marco deve passare vicino ad una scala dell'edificio, attaccata alla porta. Fa un gesto un po' teatrale come di timore di fronte alla scala, il padre gli dà la mano assicurandolo e si avvicina.

Saluto e mi presento. Entriamo nella stanza, consegna (scatola, può usare ciò che crede o chiedermi che lo faccia io, che ci vedremo 3 o 4 volte, che può dirmi ciò che desidera e segreto professionale). Si siede e mi guarda. Va allo zaino, tira fuori un quaderno e un libro.

P- A me piace disegnare, vuoi vedere?

A- Dai

Mi mostra un suo disegno sul quaderno. Mi mostra delle decalcomanie con disegni tipo pupazzi che sono personaggi di cartoni animati. Uno di essi ha le ali, gli chiedo cos'è, e dice che sono personaggi di un cartone animato. Mette un Nintendo sulla tavola.

P- vuoi che ti faccia vedere?

A- se vuoi..., dai.

P- conosci questo Nintendo?

Mi mostra il Nintendo: c'è un guerriero, in un altro c'è un mago (mi va dicendo): il mago ha qualcosa di magico che uccide e il soldato gli va dietro per un percorso (sopra c'è un mappa). Dice che sopra ci sono i rossi, che sono malvagi, va in quella direzione. Mi mostra qualcosa di più e dice che va in bagno. Guardo il libro che ha lasciato perché lo veda. Nel libro c'è scritto: "mi piace la gente buona (o benigna), di fatti io sono tra le migliori persone che conosco e cerco quindi di insegnare agli altri come essere migliori. Ha dei disegni tipo fumetti, un disegno per pagina, un testo a carattere corsivo (sembra un testo di auto aiuto per adulti, in formato infantile. Un altro mondo da quello del Nintendo, mago con poteri che uccide) .

Quando torna si siede, guarda di traverso la scatola

A- mi pare che tu abbia voglia di guardare la scatola, ma non trovi il coraggio.

P- posso?

A- certo. E' per te.

Guarda, tira fuori il filo.

P-ti faccio un bracciale. Sono molto creativo. (parla a voce molto bassa. Prende la plastilina colorata). Posso?

Gli dico di sì.

Taglia il filo, mette sopra il quaderno, sopra ancora le plastiline di tre colori , chiude le pagine del quaderno.

P- adesso si deve seccare.

Tira fuori la pasta e mi chiede se può, timidamente.

Cerca di tagliarla con la mano e poi con la forbice, è un po' dura e non ce la fa, gli dico che forse vorrebbe essere aiutato, ma non riesce a dirmi. Dice che va bene, mi da la pasta e ne taglio un po', lui finisce di tagliare. Fa un piano, con la forbice segna un cerchio e lo ritaglia;

P- l'occhio magico.

Prende il cerchio ritagliato e se lo mette sull'occhio, guardando da una parte e dall'altra.

A- oh, che fa quest'occhio magico?

P- ha poteri

A- dovrei essere spaventata; se ti arrabbi cosa puoi fare con l'occhio magico?

P- non devi spaventarti (credo), l'occhio magico lancia raggi e adesso faccio l'anello magico. Hai visto il signore degli anelli?

Fa l'anello che sale al centro, verso vuoto. Se lo mette al dito: adesso lo trasformo in un vulcano.

A- vulcano? Di quelli da cui escono delle cose?

P-sì. Lava qui una piccola lava, qui una più grande e la più grande.

A- e se ti arrabbi mi tiri quella lava? Ahi!

P- e adesso me la mette nell'occhio. (disfa ciò che ha fatto). Meglio faccio una guerra.

.....(un frammento che non ricordo).....

Mi dice che va in bagno a lavarsi le mani. Mentre si asciuga (devo essere andata ad accompagnarlo) dice.

P- ti racconto che ho un problema. (Breve silenzio). A scuola c'è una biblioteca, hai visto? Ho chiesto un libro e ora non lo trovo. Mia madre mi ha detto che lo avrebbero ricomprato, ma in biblioteca mi hanno detto che non serve ricomprato, deve essere quello., e hai visto che ti fanno firmare? E mi hanno raccontato che c'è stato un bambino che non ha restituito un libro e lo hanno scacciato.

A- ahh! Certo, mi stai raccontando della tua preoccupazione di essere scacciato... cosa succederà qui se ti viene voglia di portare via delle cose...

Inizia a tirar fuori i soldatini che trova nella scatola, mentre mi racconta che chi ha l'anello ammazza. Gli chiedo chi, e risponde a quelli dell'altra banda. Ma perché li uccideranno, dico. Lui dice per uccidere il capo. Si conclude la seduta. Marco a rimettere a posto, anche se è evidente che vorrebbe restare.

2° ORA DI GIOCO DIAGNOSTICO

Dalla prima ora di gioco è trascorso un mese a causa di una mia interruzione lavorativa.

La madre ha lasciato un messaggio dicendo qualcosa che non ho compreso. La chiamai e mi disse che Marco piangeva ed era angosciato, sia a casa che a scuola. Che lei non aveva idea di cosa gli stesse capitando. Mi racconta che Marco dice di essersi comportato molto male con alcuni cugini, ma lei dice che questo è successo da molto tempo. Per fortuna doveva avere la sua "seduta", e che lei gli aveva detto di parlarne con me per "maneggiare questa situazione".

Marco arriva 10 minuti in anticipo, vede uscire la paziente che lo precede, un'adolescente, la madre mi sorride e strizza l'occhio alla paziente (o a me?).

La madre sulla porta mi dice che Marco ha del catarro, che gli fa male la pancia, che gli fa male tutto.

Non ha ancora finito di entrare che dice di dover andare in bagno. Tarda due minuti. Si siede serio, infagottato fin dentro il collo della sua felpa, guarda verso il basso per un minuto, mi guarda e dice con voce molto bassa e da dentro la felpa

P- Sto per avere un problema. Voglio chiederti di aiutarmi, perché ho fatto qualcosa di male, ma non posso parlatene. Il problema mi fa piangere (qualcosa del genere). Capisci? (breve silenzio)

T- capisco che hai un problema e che senti di aver fatto qualcosa di male... (mi interrompe)

P- Ho fatto qualcosa di male.

Breve silenzio.

T- capisco. E ti senti male e mi chiedi aiuto. (breve silenzio). Cosa starà succedendo che non mi puoi raccontare?

P- non posso parlatene perché se te ne parlo mi sentirò molto male. Non te ne posso parlare.

Breve silenzio

T- forse ti fa vergognare?

P- no, no, se no te ne potrei parlare.

Breve silenzio

(immagino potesse essere in relazione a fantasie masturbatorie, o con il “furto” a scuola, che non capii).

T- beh, forse insieme potremo trovare un modo affinché io possa comprendere qualcosa di più.

Breve silenzio

Fa un gesto che in quel momento non capisco, molto lentamente tira fuori qualcosa dalla sua tasca, e lo tiene sotto il tavolo, lentamente lo mette sopra il tavolo. Guarda il Nintendo che ha tirato fuori dalla tasca, mi guarda.

P- ho portato questo. Ti aiuterà a capire un po' quello che mi succede.

(mi commuove la modalità del contatto che sta utilizzando con me; come due aspetti del suo sé che si escludono, uno che cerca disperatamente aiuto e contatto e l'altro che si oppone).

Inizia ad aprire il gioco. Mi fa il nome del gioco e mi chiede se lo conosco. Gli dico di no. Me lo mostra. Ci sono due schermi: in una lui muove un personaggio che circola in un percorso tra automobili, cespugli e case, o fuori dal percorso; nell'altro schermo si vede come in una mappa aerea ciò che avviene nel primo schermo.

Incomincia a giocare, a tratti mi spiega che quel personaggio ha una missione, che è inseguito da una pattuglia. Cerca di sfuggire, ma a volte non ci riesce perché sono in tanti contro di lui che è solo. Entra sempre di più nel gioco e, emergendo dalla felpa, si trasforma nel personaggio del Nintendo.

P- Mi prende un'auto...mi insegue un pattugliatore...sto scappando, scappo (questo dura più a lungo, il ritmo va accelerando), torna di nuovo, viene con un altro, scendo dall'auto e l'incendio. Uff!BBS. Ecco. Ho una moto.

T- come l'hai avuta?

P- l'ho rubata. Ce l'ho ancora. (il tono della voce si sta alzando, non parla più a bassa voce). Adesso non mi riconoscono. Sono scappato, bene! Uf! Mi hanno riconosciuto, mi segue un pattugliatore!..., vado a cercare un'arma grande..., lascio la moto..., lì ci sono più armi, ne prendo una! Pf! Pf! Gli ho sparato e l'ho incendiato! Mi insegue un altro! Pf! Pf! L'ho ammazzato! Mi inseguono, arriva un camion, la lascio e pf! Ho ucciso il camionista e salgo sul camion. Adesso non mi fermeranno! (questo dura più a lungo).

T-dentro il camion ti senti più forte.

P- si, è grande e ho armi grandi (non so se dice “da guerra”)

Ad un certo punto gli chiedo perché lo insegue la pattuglia. Dice per “incarcerarlo” o ammazzarlo. Gli chiedo per quale motivo vogliono incarcerarlo o ammazzarlo, e dice perché si è comportato male. Ahh, dico, ma male come? Non risponde, ma mi pare che poco dopo va in bagno per la seconda volta. In totale, va tre volte in bagno.

Va al bagno fa la pipì e tira tre volte la catena. (penso sia claustrofobico, non posso dire nulla, sono come affascinata dal gioco e dalla metamorfosi).

Continua il gioco. Così distrugge, sgomina pattuglie, passa da un veicolo ad un altro, rubando e ammazzando, cambia totalmente il gesto di inizio seduta. (mi evoca l'incredibile Hulk e il dr. X). Qualche volta la pattuglia lo circonda e lo porta in carcere. Uff!!!mi hanno preso!

T- chissà se troverai il coraggio per dirmi perché senti che io posso essere come la pattuglia.

P- no. Vado al bagno.

Va, fa la pipì e torna.

Mi guarda, continua. Gli dico che mi pare che quando gli ho detto che forse a volte mi vede come la pattuglia, si è sentito un po' rinchiuso ed è andato al bagno.

P- no, avevo bisogno di fare la pipì.

Continua il gioco. Ad un certo punto: le pattuglie mi inseguono, mi do fuoco con la moto. Mi do fuoco.

T- perché ti sei dato fuoco?

P- perché la pattuglia mi sta acchiappando e, prima che mi acchiappino e mi mettano in carcere, preferisco darmi fuoco io.

T- quando sei dentro le auto grandi e hai le armi, ti senti come un papà grande e forte che può fare ciò che vuole, rubare e ammazzare. Però poi ti spaventi e ti viene voglia di piangere, hai paura che ti castigano per quello che hai fatto.

P- però non l'ho fatto io, l'ha fatto lui (segnalando il personaggio del Nintendo)

T- certo, però mi pare che tu senti che fai quelle cose nella tua testa, e lì ti senti male.

P- ma questo mi succede solo quando sono solitario.

Anche in un'altra situazione mi dice che si spara. (mi accorgo che mi preoccupa: sarà disperato o cerca di preoccuparmi?) Dico che gli propongo un accordo: verrà la prossima settimana, continueremo ad incontrarci, però se si sente solitario e a disagio mi chiama per telefono; dice tranquillamente che va bene.

Non ricordo esattamente le parole: gli chiedo com'è quando si sente solitario, e mi dice che quando si sente male se ne va solo, a volte in bagno. Ora mi rendo conto che è andato in bagno durante la seduta e anche che l'incendio può equivalere a febbre, che era la mia congettura all'inizio dell'ora. Penso anche che questo bambino ha poco spazio per angosciarsi, per fare marachelle e giocare con la sua mamma, e che suo padre è realmente molto debilitato.

E' la fine dell'ora, gli dico che vado a vedere se sua mamma è arrivata, e rientra nella sua felpa.

Commento della restituzione ai genitori

Consigli un'analisi di almeno due sedute la settimana, preferibilmente 3 o 4. Parlo della sofferenza di Marco, e dico che a volte ha fantasie nelle quali si fa del male. Non solo non si sorprendono, ma la madre mi racconta che si dispiace di essere nato e una volta aveva detto che se avesse avuto un coltello affilato si sarebbe ucciso. La madre racconta tutto questo senza nessun tipo di risonanza emotiva, come se fosse un aneddoto qualsiasi. Lei non pensa che siano tentativi di manipolazione.

1° SEDUTA (successiva al contratto con i genitori)

Nell'entrare, ancora in corridoio, mi dice a voce bassa che vuol farmi una domanda. Già nello studio, a voce bassa:

P- lo sai che domenica è Halloween?

Gli dico di sì.

P- bè, volevo chiederti se lunedì posso venire mascherato.

A- sì, certo.

Mette sul tavolo un contenitore con nove caselle; in ogni casella c'è una figurina in vista, e sotto ce ne sono altre.

P- se vuoi, puoi guardare le figurine.

Va verso la scatola e cerca degli oggetti, ne trae alcuni, mentre mi dice
P- cerco alcune cose per far qualcosa.

A- se vuoi le guardo...(in quel momento ho l'impressione che cerchi di tenermi occupata perché non lo guardi)

P- si, se vuoi...(tutto a bassa voce, come con delicatezza).

Mentre guardo le figurine, mi accorgo che ci sono raffigurati mostri di tutti i tipi. Gli chiedo che cosa sono, e mi dice che sono mostri. Si tratta di animali fittizi; qualcuno ha tratti simili agli animali reali, altri assomigliano a quelli mitologici, come i draghi. In generale hanno denti, sguardo, zoccoli o unghie con atteggiamenti minacciosi.

Mentre disegna, usa della plastilina che copre con lo scotch, mi spiega che mette del giallo, che adesso lo copre, e che verrà molto bene. In fine taglia un foglio e lo attacca su di una parte.



P- fatto, ora deve asciugarsi. Se vuoi lo puoi tenere. (a bassa voce, soprattutto l'ultima parte).

(ho l'impressione che non abbia il coraggio di dire che me lo regala, per timore della mia reazione)

A- vuoi che me lo tenga, vuoi regalarmelo?

P- se vuoi...

A- bene, grazie. Lo conserverò, così se vorrai rivederlo, basta che tu mi avvisi la seduta prima. Mi racconti un po' cos'è?

P- è un mostro e questa è la maschera. Questi sono gli occhi.

A- e che fa questo mostro?

P- niente, viene da un altro pianeta. Non può respirar l'ossigeno di questo pianeta, per questo deve tenere il tubo dal quale respira, questo, vedi?

Mi commuove quello che dice, perché la prima cosa a cui ho pensato quando ha parlato della maschera, è stata che stava cercando di distrarmi e che, sotto questa apparenza educata e delicata, c'era un mostro che lui sentiva pericoloso. Ho la sensazione che non ho potuto vedere qualcuno che si sente diverso e non sa come sopravvivere.

Ha continuato il suo disegno. Non ricordo.

In fine, propone di giocare insieme ai soldatini. Ha utilizzato la plastilina per fare rifugi per i soldati e creare armi nuove. Mentre lavorava mi parlava in modo tale da informarmi, anche se sembrava che d'altro lato sarei stata sorpresa dalle protezioni e dalle difese. A mia volta, andavo creando altre armi, mentre dicevo: ah! Allora devo proteggermi, faccio questa cosa qui perché tu non mi veda, e faccio questo aereo invisibile, adesso volo per vedere cosa stai facendo, allora lui sparava contro il mio aereo, lo distruggeva e cadeva. Quando io dicevo: ma non mi puoi vedere, era inutile, lui continuava. Diceva che non aveva ucciso nessun soldato mio, o che faceva rivivere i suoi, o che usava le mie armi, ma in altri momenti era quasi troppo rispettoso verso i miei soldati.

Al termine della seduta tardava a riporre le cose, era evidente che desiderava rimanere e quando uscì non mostrò timore davanti alla scala.

(traduzione dallo spagnolo di Anna Peverini)

26 12 2012

Interpretare nelle diverse età della vita²⁴

Florence Guignard

(SPP, Società Psicoanalitica di Parigi)

Sosterrò il seguente punto di vista: come la Repubblica, la psicoanalisi è una e indivisibile.

I suoi riferimenti teorici restano ancorati all'insieme dell'opera di Freud, che cercò di definire dei parametri riguardanti la psiche in tutti i suoi stati.

Se questi parametri si sono approfonditi e arricchiti sia attraverso i successivi sviluppi della clinica che con le teorie e la tecnica di altri psicoanalisti, resta il fatto che questi parametri non sono parcellizzabili in funzione di una nosografia psichiatrica o di una qualsiasi altra categorizzazione dello sviluppo.

D'altronde l'identità dell'analista non dipende dall'età dei suoi pazienti.

Partendo da queste premesse, cosa pensare dell'interpretazione?

La *tendenza* a interpretare è parte integrante del funzionamento psichico umano e, più specificamente, della *curiosità* o *pulsione K*, di cui costituisce lo schermo paraeccitatorio (in tedesco: "Reizschütz").

Per Freud questa curiosità fa parte delle *trasformazioni* della pulsione che avviano alla *sublimazione* (cfr. Leonardo). Bion la considera come uno dei precipitati di base dei movimenti pulsionali (K) e vi integra esplicitamente la sua dimensione negativa (K+ o K-).

Si può perciò essere in forte opposizione alla *curiosità*, impedendo ogni accesso a un nuovo significato e pertanto a ogni possibilità di *crescita psichica*, che richiede di essere disponibili ad

²⁴ Florence Guignard ci invia come suo intervento questo suo paper presentato nella "Giornata con Florence Guignard", Roma 26 febbraio 2011, presso il Centro di Psicoanalisi Romano www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1460:interpretare-nelle-diverse-et-della-vita&catid=340&Itemid=432. Poi in: 24th EPF Conference, Copenhagen 14th-17th April 2011. *Anxieties and Method in Psychoanalysis*. In *Psychoanalysis in Europe*, Bulletin 65, 2011: 195-203.

accettare un “cambiamento catastrofico” (Bion), sarebbe a dire uno sconvolgimento totale del punto di vista che si credeva acquisito.

Questa opposizione alla curiosità, e quindi al cambiamento, è la definizione stessa della situazione psicotica. In un soggetto invaso dalla situazione psicotica, l’interpretazione non sorgerà mai spontaneamente, e ogni proposta interpretativa venuta dall’esterno – ad esempio dall’analista – sarà vissuta come una minaccia e una profonda ferita narcisistica.

Esempio:

Nel corso di una serata tra amici, sto conversando con uno studioso di lingua inglese, molto conosciuto e tuttavia inizialmente semplice e molto simpatico. La conversazione si svolge in francese, una lingua che padroneggia notevolmente. Ad un certo punto, qualcuno dice qualcosa e lo studioso non capisce una delle parole contenute nella frase, sebbene sia una parola di uso comune. Si gira verso di me affinché io gliela ripeta, ciò che faccio, aggiungendo però la traduzione inglese. Passa qualche minuto e improvvisamente lo studioso si gira verso di me con aria furiosa e allo stesso tempo offesa e mi apostrofa con voce acuta: “perché mi avete fornito la traduzione inglese di questa parola? La conosco molto bene, sono 35 anni che parlo il francese!”. Presa alla sprovvista protesto affermando che non dubito affatto delle sue competenze linguistiche ma lui insiste: “come avete potuto pensare che non conoscessi questa parola?”

La storia non finisce qui: bisogna aggiungere l’impressione di catastrofe e i violenti sentimenti di inadeguatezza, di sgomento e di colpa che mi hanno invaso in quel momento, nella stessa maniera incongrua della sua recriminazione. Tutto accadeva dentro di me come se avessi compiuto chissà quale affronto e avessi mostrato un’arroganza del tutto fuori luogo e vissuta come molto offensiva da parte del mio interlocutore. Visto che non riuscivo – sebbene cogliessi il lato assurdo di tale reazione – a riprendere completamente la distanza divertita come avrebbe suggerito di fare la mia ragione di fronte a tale incidente – decisi di proseguire l’analisi in petto. L’interpretazione si è presentata a me sotto forma del ricordo della voce del protagonista di Psycho quando egli “è” sua madre. Avevo dunque toccato la parte psicotica del mio prestigioso interlocutore, e mi era scoppiata in faccia – come ogni parte psicotica che si rispetti! Quest’ultimo dal canto suo non aveva potuto interpretare la mia traduzione della parola come un eccesso di zelo, forse un’ingenuità vagamente irritante, ma senza conseguenze – almeno in un mondo nevrotico-normale.

L’interpretazione è una tappa lungo il cammino della pulsione sessuale, una tappa verso una nuova trasformazione, una nuova coerenza, sempre provvisoria, perché continuamente arricchita, trasportata dalle successive onde della pulsione che talvolta la invade e la distrugge come un castello di sabbia.

L’interpretazione non esaurisce mai il potenziale della pulsione che la sottende, ma supera sempre l’intenzione che la muove.

Interpretare significa permettere a qualcuno di scoprire un volto nuovo a ciò che si pensava di conoscere.

Interpretare è cercare un’apertura di senso. Ma il senso non è mai assoluto. Esso si situa da qualche parte tra l’aleatorio e la certezza, quest’ultima essendo nella maggior parte del tempo illusoria.

Il senso non può dunque essere egli stesso definitivo. Interpretare significa incamminarsi verso un altro senso, non percepito fino a quel momento, e che offre di conseguenza un aspetto nuovo al paesaggio della vita.

L’interpretazione nasce dall’incontro di due luoghi psichici.

Può trattarsi dell’incontro di due persone reali, o dell’incontro dell’io con uno o più oggetti interni.

La natura e le qualità rispettive dei luoghi psichici implicati nel processo di formazione del senso modulano la pertinenza e la portata dell’interpretazione.

L'esempio precedente illustra bene il fatto che ci sono delle circostanze nelle quali questi due luoghi non si incontrano.

L'interpretazione “sognata”, parafrasi o allucinosi?

L'interpretazione può nascere da un'opera letteraria, artistica, scientifica o da un paesaggio, o ancora nel corso di una seduta d'analisi.

L'interpretazione dovrebbe sempre essere una scoperta creativa, ma non bisogna mai dimenticare che il suo grado zero è la *parafrasi* che conduce dritto all'allucinosi.

Thomas Ogden, nel suo articolo “parlare/sognare”²⁵ offre un esempio carino di una paziente che, non avendo potuto portare fino a quel momento dei sogni in analisi, arriva un giorno trionfante e racconta un presunto “sogno” in tre episodi, di cui il primo è, di fatto, un “non-sogno”:

Sogna lo studio del suo analista, uno studio assolutamente identico nel sogno, dice, a quello della realtà. Nella seconda parte del sogno, lo spazio si allarga e si trasforma, per diventare del tutto onirico nella terza parte. Ogden considera la prima parte come un non-sogno e lo assimila ad una produzione di allucinosi (cfr. Bion).

Alcune espressioni dell'attività interpretativa dell'analista possono essere avvicinate all'attività del sognare, così come lo intende Bion. Altre, come le interpretazioni non autentiche (“*interprétation plaquée*”), assomigliano più al non-sogno che ho evocato.

Ecco due esempi tratti dalla mia pratica:

Un'interpretazione “sognata”:

Dopo circa due anni di un'analisi a quattro volte a settimana, Antoine, una trentina d'anni, con problemi di enuresi fino al servizio militare, fa un sogno le cui associazioni mi portano a notare: “il luogo che sembra interessarla in questa proprietà del padre non sembra essere la dimora principale – il corpo della madre – bensì la loggia del portiere – l'ano”. Antoine ignora il mio intervento e parla d'altro. Qualche giorno dopo scopro che utilizza regolarmente il bagno della scala di servizio del mio palazzo alla fine di ogni seduta. Solo per caso, scendendo un giorno in cantina subito dopo la seduta con questo paziente, vedo il suo cappotto appoggiato in corridoio. Dunque occupa il mio ano, ma l'aspetto essenziale di questo acting-out è che mi occupava fino ad allora a mia insaputa.

L'elaborazione di questo incidente nelle sedute successive segna una svolta importante nella cura: Antoine – che nel frattempo ha sofferto terribilmente per farsi togliere le emorroidi – mi spiega che va di corpo varie volte al giorno – “quando sono triste, mi consola” – solitamente prima della seduta, generalmente al bistrot di fronte. Ma sente ugualmente un bisogno urgente di urinare dopo ogni seduta e si è messo d'accordo con la portiera, ciò che gli permette di non dover tornare al caffè. “O di dovermi chiedere di utilizzare il mio bagno” dico io “come se fosse molto importante tenermi fuori da tutta questa cacca-pipi”. Da quel momento, Antoine usa il mio bagno, e per varie settimane fatica a trattenersi durante la seduta; gli succede varie volte di doverci andare nel corso della seduta. Prima è in ansia, poi molto sollevato – anche psichicamente – di questa presa in carico dei suoi bisogni infantili. Non ne parla ma l'atmosfera generale della seduta è meno compatta, le reazioni alle interpretazioni meno invidiose e distruttive. Poi un giorno Antoine mi dice: “A casa mia non avevo il diritto di piangere. Mia madre diceva: “un maschio non piange! Non voglio vedere questo a casa mia!” Commento: “Così la pipì ha sostituito le lacrime...” Il silenzio che segue viene interrotto improvvisamente da un pianto diretto. Antoine piange; piangerà

²⁵ Ogden, T.H. (2008). PARLER-RÊVER. *L'Année Psychanalytique*, 2008:117-131. Trad. francese di Ogden, T.H. (2007). On talking-as-dreaming. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88:575-589.

con passione per varie settimane, sempre alla fine della seduta, mentre scomparirà simultaneamente, senza mai più comparire, il bisogno di urinare durante la seduta. Accoccolato sul lettino, per quanto glielo permetta il suo metro e novanta, piange con una disperazione tanto più straziante perché scollegata da qualsiasi rappresentazione. Non sa perché piange, e se cerca di scoprirlo le lacrime si prosciugano all'istante, senza peraltro lasciare il posto ad un'immagine. Ciò che percepisce tuttavia intuitivamente è il valore insostituibile di queste lacrime, una sorta di orgasmo primitivo finalmente accolto, attraverso il quale ritrova se stesso: "Non so perché sto piangendo, ma mi fa bene" mi dice lasciandomi, il viso gonfio per il pianto. La gratitudine del tutto nuova che mostrerà da quel momento nei miei confronti – per aver accolto le sue lacrime – potrà talvolta lenire la ferita inferta alla sua onnipotenza, bilanciare la forte umiliazione che accompagna il ricevere le mie parole, lui la cui motivazione essenziale all'agire era, da sempre, di mostrare a sua madre come lui, Antoine, sapesse nutrirsi e crescerci da solo, mentre lei avrebbe fatto tutto il contrario sbagliato tutto, rendendolo tanto impotente quanto i bambini di cui si occupa – tutto ciò è una dimostrazione doppia e contraddittoria che mobilizzava tutte le sue energie mantenendolo al punto zero.

Un'interpretazione non autentica ("interprétation plaquée"):

Alix è una bambina di quattro anni, vivace e espressiva, ma che non parla affatto. Non un "no", né un "sì", non una lallazione, non un cinguettio, soltanto urla e grugniti quando non è soddisfatta. Il suo sguardo è vivace, la sua motricità è ben sviluppata, sa prendere benissimo la mano della madre o del padre per far fare loro ciò che desidera. Poco o niente sorriso, all'infuori di espressioni trionfanti quando ha ottenuto ciò che voleva.

Alix abita a centocinquanta chilometri da Parigi, in una regione dove spostarsi nella cittadina accanto è più difficile ancora che raggiungere Parigi. Non la vedo quindi sovente e non ho intenzione di illudere i genitori sulle mie capacità terapeutiche a queste condizioni. Tuttavia, nel corso di mesi, le cose lentamente procedono. Le sedute di Alix si svolgono per una parte in presenza della madre, poi riesce a restare sola con me per il resto della seduta. Mi ha annessa come i suoi cari per farmi fare ciò che desidera, prende la mia mano come fosse la sua, è molto eccitata e non fa che rovesciare i giocattoli, arrampicarsi dappertutto e fare assemblaggi di Lego senza avere alcun piano né progetto.

Un giorno suo padre riesce a liberarsi per accompagnarla; assiste perciò per la prima volta ad una seduta. Con mia grande sorpresa, Alix per la prima volta prende i personaggi della famiglia, sceglie il padre e la figlia, lasciando intenzionalmente da parte la madre e il figlio – lei ha un fratello e una sorella. Il papà e la figlia si abbracciano e si strofinano in maniera inequivocabile. Il padre reale sorride, un po' sorpreso, ma anche contento perché, afferma, a casa Alix non gioca mai con i pupazzi. Di fronte a questo debutto commento: "Il papà e la figlia sono molto contenti di essere insieme, vero?" Alix annuisce. Non so perché diavolo proseguo così: "e la mamma? Cosa pensa la mamma? Sarà contenta o piuttosto un po' ge...." Non ho il tempo di finire la frase che Alix si butta sotto il tavolino dove stava giocando, nascondendosi con un'aria tremendamente colpevole e perseguitata. Il padre, che ha delle conoscenze psicologiche, è ancora più stupefatto di me... Ma l'incantesimo è rotto e Alix non riprenderà i personaggi durante questa seduta. Quando li riprenderà in mano, qualche seduta più tardi, non ne farà nulla di interessante sul piano della relazione pulsionale e emozionale. Alix ha vissuto il mio intervento maldestro in un registro psicotico e la simbolizzazione nascente – o pseudo – è andata in pezzi e, partiti dal sogno, ci siamo ritrovati, a seguito della mia parafrasi, sul versante dell'allucinosi.

Curiosità e attività interpretativa

Penso di aver mostrato, in ciò che precede, il carattere universale dell'interpretazione, segnalando peraltro i suoi limiti rispetto al versante psicotico del funzionamento psichico.

Giungo adesso alla *funzione* che svolge l'interpretazione nella situazione analitica: l'attività interpretativa.

Un certo grado di *curiosità* nei due protagonisti costituisce una premessa indispensabile al costituirsi di un campo potenzialmente significante, eventualmente interpretabile ulteriormente, a livello verbale o non.

L'attività interpretativa deve esistere, più o meno, in entrambi i protagonisti della scena analitica. In realtà, la circolazione dell'interpretazione nel campo analitico dipende dallo stato delle *sensorialità* di ognuno dei due protagonisti: non si può concepire l'emissione senza la sua contropartita: la ricezione. Inoltre, colui che emette riceve sempre qualcosa in risposta a questa emissione.

L'interpretazione viene *introiettata* nelle parti *nevrotico-normali* di ognuno dei due protagonisti; mentre è *incorporata* nelle loro parti *psicotiche*.

Per l'equilibrio e il buon funzionamento del campo analitico, è dunque auspicabile poter contare maggiormente sulle parti nevrotiche che non sulle parti psicotiche all'interno del suddetto campo, sapendo che certi movimenti della relazione possono momentaneamente destabilizzare questo equilibrio, come l'ha dimostrato il mio esempio dello studioso. È a questo punto che diventa fondamentale *l'analisi del controtransfert*.

Nella *situazione analitica*, la dimensione di transfert e controtransfert nel *setting* favorisce gli *stimoli pulsionali* e costituisce un *contenitore trasformativo* specifico per la scoperta.

Se la relazione T/CT funziona bene, la coppia analitica potrà appropriarsi di questa scoperta.

Nel riappropriarsi di questa scoperta attraverso l'interpretazione, sia per l'analizzando che per l'analista, gioca un ruolo fondamentale la qualità della *relazione interpersonale*. È questa qualità che permette alla coppia analitica di tollerare il peso della sofferenza psichica legata agli oggetti interni proiettati nella relazione transfert-controtransfert.

L'attività interpretativa dell'analista

Possiedo una visione ugualmente unitaria dell'*attività interpretativa dell'analista*, che non dipende dall'età cronologica della persona a cui è rivolta, bensì *dalla configurazione intrapsichica e interpersonale del campo analitico nel quale essa si svolge*.

Essendo chiaro che la ricerca di senso fa parte del funzionamento psichico nevrotico-normale, *l'attività interpretativa* dell'analista mira a permettere alla coppia analitica di *dare forma*, di *trasformare* qualcosa che si manifesta nel campo analitico – o che già vi si trova senza ancora essere stato notato.

Si tratta di una componente *attiva* della presenza dell'analista. Essa mobilita di per sé tutti gli *strati dello psichismo dell'analista*, nelle proporzioni descritte da Freud nella sua metafora dell'*iceberg*.

Affinché questa tendenza si trasformi in *funzione* interpretativa, lo psicoanalista deve acquisire una *capacità negativa* (Keats, poi Bion, poi Green) che gli permetta simultaneamente di contenere la sua ignoranza e di sostenere la sua curiosità durante un tempo sufficiente a far emergere nel campo analitico una visione *altra* della realtà attuale della situazione relazionale.

Quest'ultima diventa l'eco della *realtà psichica* che contiene il passato dell'analizzando, ma anche certi elementi del passato dell'analista (contro transfert) e certi elementi identificatori di quest'ultimo agli oggetti interni dell'analizzando (Guignard: macchie cieche).

La *funzione interpretativa* richiede all'analista una buona capacità di situare le sue conoscenze teoriche e una certa agilità tecnica che gli permettano di proporre all'analizzando, quale che sia la sua età, delle formulazioni piene di *tatto* (nel senso etimologico del termine) e "digeribili" (nel senso di Bion).

Personalmente, tento una riflessione a partire dell'osservazione della *configurazione attuale* degli *elementi sensoriali investiti dalla pulsione*, elementi che considero, alla stregua di Bion, come costitutivi del funzionamento psichico. Questa configurazione può – oppure no – suscitare una rappresentazione – nell'analizzando o in me – della quale posso allora osservare la qualità – iconica o simbolizzata, più figurativa o sonora, nel migliore dei casi, ben rappresentata e verbalizzabile. (In quest'ultimo caso, è generalmente inutile che l'analista formuli questa verbalizzazione: l'analizzando lo farà da sé in un futuro più o meno prossimo).

Esempio n. 3

Un bambino di due anni e mezzo dovrà per la prima volta passare tre giorni e tre notti dalla sua nonna. Nella settimana che precede, gioca ogni mattino a preparare la sua valigetta per andare da lei. Il giorno prestabilito, si precipita felice nella stanza dove starà e che conosce bene per averci giocato a lungo, per averci fatto varie volte dei sonnellini e averci già dormito per una notte soltanto. All'improvviso esce dalla stanza e dichiara, un po' teso: "C'è un lupo nel tavolo". Il suo tono è per metà inquieto e per metà interrogativo. La nonna si avvicina e gli chiede: "E com'è questo lupo?" – "Oh! È un lupo gentile-non-cattivo". La nonna guarda le venature del tavolo di marmo indicate dal bambino e aggiunge: "Sì, è vero. È proprio così, ben contenuto nel tavolo. Vediamo se possiamo parlargli più tardi..." Il bambino ha già ricominciato a giocare, felice e disteso. La sera hanno augurato la buona notte al lupo gentile-non-cattivo, e tutti hanno dormito bene. Le venature del tavolo hanno contenuto l'angoscia del terzo sconosciuto della nonna, la negazione "gentile-non-cattivo" ha costituito un buon compromesso nevrotico-normale, evitando una forma più violenta di negazione, oppure un diniego, del tipo: "ma non, non ci sono lupi cattivi qui da me!" che avrebbe costretto il bambino a tenere dentro di sé la sua paura dello sconosciuto. Qui, l'interpretazione della situazione si è svolta ad un livello iconico normale, attraverso un "quasi gioco", il linguaggio svolgendo la funzione di un "medium malleabile" e non di un enunciatore di contenuto psichico.

Esempio n. 4

Al contrario, una paziente schizofrenica che vado a prendere in sala d'attesa per la millesima volta – la seguo da quindici anni per quattro, anche cinque volte alla settimana – mi chiede impietrita da terrore: "lei ha letto tutti i libri della sua biblioteca?" – Perché me lo chiede? Con un grande sforzo riesce a dirmi: "C'è l'opera del Marchese de Sade..." Nel sistema di simbolizzazione malato di questa paziente, se ho de Sade nella mia biblioteca, io sono de Sade, dunque il Diavolo. Anche io, considerata come "plebea straniera", facevo parte del suo mondo, il mondo della nobiltà cattolica dove l'opera di de Sade viene messa all'indice e dove la gente come lei (la paziente) viene esorcizzata. Bloccata nel mezzo di un impossibile compromesso, che avrebbe richiesto una migliore capacità di elaborazione per uscire dal funzionamento psicotico, la paziente compie nonostante tutto uno sforzo patetico per utilizzarmi come contenitore/trasformatore delle sue angosce – un seno-gabinetto avrebbe detto Meltzer. Ma qui è patologico lo stesso livello iconico, a differenza di quello del bambino di due anni e mezzo.

Per concludere:

È una banalità affermare che il linguaggio utilizzato dall'analista nella sua attività interpretativa installa nel campo analitico molto più che la forma secondarizzata delle parole utilizzate. Non ho qui né lo spazio né la pretesa di sviluppare questo aspetto della questione dell'interpretazione. Mi limiterò a ricordare che, confrontato all'aporia costituita dall'utilizzazione

del linguaggio nella pratica quotidiana, l'analista contemporaneo può orientarsi verso l'uno dei due seguenti poli:

- un'attenzione minuziosa per *ogni gli elemento del discorso* che sopraggiunge nel campo analitico, perché lo si considera di fatto un *significante dell'inconscio dell'analizzando* (La scuola di Lacan, che si ispira alla linguistica di Ferdinand de Saussure);
- un'attenzione per tutti i *derivati (embranchements) narrativi* suscitati dai due protagonisti del suddetto campo, che costituiscono di fatto dei *significanti della tonalità originale* del funzionamento psichico della coppia analitica nella relazione transfert-controtransfert (psicoanalisti italiani che si ispirano alla linguistica di Umberto Eco).

D'altronde, se il linguaggio costituisce un importante vettore dell'attività interpretativa, non è mai l'unico. L'immenso territorio della comunicazione non verbale e la sua interpretazione meriterebbero un'ulteriore approfondita ricerca.

L'attitudine all'osservazione della situazione analitica comporta e permette allo stesso tempo di accompagnare senza troppi conflitti interiori i movimenti regressivi dell'analizzando, movimenti favoriti, o promossi, dalla situazione analitica anche nel caso del bambino. Mi riferisco qui al *setting interno* dell'analista, che condiziona il suo ascolto e modula la sua posizione.

Per quanto riguarda la *regressione*, vorrei ricordare che essa non risparmia l'analista e che produce in lui/lei una prevalenza di movimenti pregenitali, in particolare sadici orali e sadici anali, nei riguardi del suo analizzando. Questa attitudine psichica inconscia dell'analista gioca un ruolo non trascurabile nelle sue formulazioni interpretative e nella maniera in cui le comunicherà all'analizzando(a).

Infine possiamo deplorare sia le interpretazioni selvagge che le interpretazioni narcisistiche con il pretesto del transfert, così come un silenzio ostinato da parte dell'analista.

30 dicembre 2012

Il metodo psicoanalitico: continuità e cambiamenti nella clinica coi bambini²⁶

Virginia Ungar

(APdeBA)

Questo contributo cerca di portare qualche riflessione sull'effetto che hanno le caratteristiche della cultura attuale sugli esseri in via di soggettivazione. Il lavoro psicoanalitico con bambini e adolescenti è quello che maggiormente ci sfida sul tema dei cambiamenti e della continuità in Psicoanalisi.

Nella storia della Psicoanalisi si può facilmente vedere che sono i risultati clinici quelli che portano alla possibilità di teorizzazione e, a sua volta, la teoria arricchita permette di dar prova di nuove possibilità di osservazione.

Il concetto di *trasformazioni* di Bion sembra rilevante per affrontare i cambiamenti e la continuità, poiché questo autore nei primi capitoli di *Trasformazioni* (1965) utilizza questo termine e quello di *invarianza* che sono equiparabili a cambiamenti e continuità.

Bion ha proposto la teoria delle trasformazioni per la pratica e soprattutto per la osservazione psicoanalitica. Per presentare le sue idee, propone il noto esempio dell'artista che dipinge un campo di papaveri. Dice che da un lato c'è il campo con i fiori e dall'altro la tela con la pittura. Nonostante la trasformazione che ha fatto l'artista su quello che ha visto per giungere ad un quadro,

²⁶ Questo lavoro, in una versione molto simile, è stato presentato e discusso nel Congresso Internazionale "Gruppa-Duale" che l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo organizzò a Roma nell' mese di Febbraio del 2012, ed è in corso di pubblicazione.

c'è dell'altro che resta inalterato e da questo altro dipende il riconoscimento del campo di papaveri che la pittura permette di fare a colui che osserva. Questo altro, Bion lo ha chiamato *invariante*. Ha definito come *invarianti* gli “elementi che intervengono a formare l'aspetto inalterato della trasformazione”. Ha aggiunto inoltre che la psicoanalisi può essere inclusa nel gruppo delle trasformazioni.

Come per un artista le invarianti per rappresentare la realtà cambiano secondo la sua tecnica e dunque producono trasformazioni differenti, gli analisti interpreteranno in modo differente un medesimo materiale clinico dando priorità a invarianti diverse a seconda della teoria che utilizza. Bion ha proposto di classificare la teoria psicoanalitica “in accordo con il tipo di trasformazione e con le invarianti associate”. Se questo fosse possibile si otterrebbe qualcosa di molto importante nel cammino del concettualizzare le somiglianze e le differenze fra le teorie psicoanalitiche separate da una classificazione secondo scuola o autori.

Cambiamenti e continuità, o trasformazioni e invarianti, appaiono come termini di una coppia.

Non si può avere un cambiamento se non sulla base di una persistenza; in ogni trasformazione vediamo il marchio dell'invariante, dell'inalterato.

Noi analisti questo lo sappiamo, poiché la condizione perché il transfert si sviluppi e, ancor più, perché la nevrosi di transfert si manifesti, è che il setting analitico sia instaurato.

Non mi sto riferendo ad una nozione di setting che si appoggia sulle condizioni formali del medesimo, bensì alla nozione a mio parere più psicoanalitica, quella che lo considera una condizione che deve essere interiorizzata, legata al cosiddetto *atteggiamento analitico*.

Il setting costituisce l'aspetto tecnico del metodo analitico che, come sappiamo, fornisce le condizioni necessarie perché il transfert si manifesti.

È importante, e molto più nel lavoro con bambini e con giovani, sostenere un setting ma non permettere che il medesimo sia una corazza che soffochi la creatività dell'analista e non ammetta la flessibilità necessaria perché l'analisi con persone in sviluppo abbia luogo.

Transfert-controtransfert-setting interiorizzato non sono invarianti o continuità?

È il momento di parlare dei cambiamenti. Per riferirci alle caratteristiche dell'epoca in cui viviamo è necessario una messa a fuoco multidisciplinare. Mi concentrerò solo su due questioni perché sono quelle che più ci interrogano nella nostra clinica: le condizioni di allevamento e il mondo dei media, che si influenzano a vicenda.

Nel nostro tempo i cambiamenti avvengono rapidamente. Come gli storici dicono che la storia non si può scrivere mentre stanno accadendo gli eventi, dobbiamo pensare che i cambiamenti in Psicoanalisi, soprattutto nella teoria psicoanalitica, si vedranno retrospettivamente. In ogni caso, qualcosa possiamo intravedere.

In primo luogo, i modelli della mente, con i quali portiamo avanti la nostra pratica di analisti, dipendono dalle teorie sullo psichismo precoce che li sostengono. Non è per sfuggire alla polemica che macchia certe discussioni, a mio parere un po' obsolete, tra endogenismo e ambientalismo, ma io preferisco pensare ai momenti fondanti della vita psichica come un *incontro* che deve avvenire fra il neonato ed il mondo (rappresentato dalla madre). Questa affermazione sembra molto semplice ma in realtà è di una complessità enorme essendo ognuno dei termini in questione soggetto a molteplici fattori.

I genitori che ricevono il neonato sono naturalmente immersi nella e determinati dalla cultura in cui vivono. La produzione di differenti soggettività cambia in rapporto ai differenti media sociali in cui un individuo realizza il suo processo di sviluppo.

Sono lontani i tempi in cui la psicoanalisi poteva fare le sue letture facendo perno con esclusiva predominanza o sul mondo interno o sull'ambiente.

Tanto il paziente che l'analista con cui si incontra sono esseri socializzati. A sua volta, il cosiddetto “mondo esterno” è costruito dagli esseri che lo abitano.

Questo potrebbe essere un **cambiamento**, che il dibattito su mondo interno o mondo esterno nella costruzione dello psichismo si decentri o addirittura si esaurisca.

Per quanto riguarda le **condizioni dell'educazione**, le famiglie attuali che ci consultano, in una grande percentuale che per altro è crescente, non concordano più col modello di famiglia nucleare borghese – caratteristica dell'epoca in cui è nata la psicoanalisi dei bambini. In questo modello di famiglia la sessualità della coppia coniugale monogamica ed eterosessuale era il paradigma della sessualità *normale*. I bambini e i giovani che vediamo oggi nella nostra consultazione appartengono molte volte a quello che si chiama *nuove configurazioni familiari*: famiglie ricomposte, quelle monoparentali, i figli di madri adolescenti, i nati da trattamenti di fecondazione assistita, l'allevamento di bambini da parte di coppie omosessuali ci pongono interrogativi. Questo momento storico di cambiamenti esige da noi un atteggiamento di osservazione e di riflessione.

A questo punto è utile rivedere alcuni concetti come “infanzia” e “bambino”. Mi affido alla differenza che fa Julio Moreno (2002) nell'affermare che la costruzione della soggettività di un bambino risulta dalla complessa interazione fra il suo corpo biologico e i costrutti che regolano le relazioni dell'ambiente in cui vive. Egli distingue “infanzia” come l'insieme degli interventi istituzionali che, agendo sul bambino “reale” e la sua famiglia, producono quello che ogni società chiama *bambino*. E' così che “bambino” sarebbe il prodotto degli effetti dell'*infanzia* su una materialità biologica. L'*infanzia* sarà variabile in ogni epoca, che a sua volta, produrrà *bambini* diversi.

Stiamo parlando della realtà, senza entrare in nessuna questione filosofica, semplicemente cercando di caratterizzare l'ambiente che genera i costrutti con cui interagisce il “bambino biologico” per dar luogo alla sua soggettività di bambino.

Ciascuno dei modelli familiari menzionati mette in discussione di quale *infanzia* e di quale *bambino* parliamo oggi. Presumo che, come analisti, possiamo solo avvicinare ogni persona nella sua unicità. Quantunque un bambino faccia parte di una famiglia chiamata “tradizionale”, interagisce con bambini che provengono da altri ambienti; per un bambino di oggi, essere amico o compagno di figli di genitori separati è così comune che non viene chiesto sull'argomento in casa.

Un argomento molto interessante mi si propose quando fui invitata dall'APSA a discutere in un seminario clinico un materiale di analisi di un bambino di cinque anni di età che era stato adottato a otto mesi in un paese dell'Europa dell'Est da una coppia di genitori omosessuali. Devo dire che questo lavoro mi obbligò ad affrontare i miei pregiudizi come poche volte in precedenza e ad avere una posizione di osservazione aperta tenendo anche conto delle mie reazioni. Così finii con l'accettare che avevo più domande che risposte. Questo caso e la discussione sono stati pubblicati nell'IJPA (Ungar, V., 2009) e in varie *Annate Psicoanalitiche* (Ungar, V., 2010), per cui mi limiterò a riferirvi le domande ancora aperte alla discussione che emersero da questa esperienza, che fu molto importante per me, molto rivelatrice.

In primo luogo, l'avanzamento della tecnologia e della scienza ha prodotto un dato che si potrebbe formulare così:

Non è più necessario un padre, una madre e una relazione sessuale fra loro perché si concepisca e nasca un bambino. Si può dire che l'ovulo e lo spermatozoo si sono “indipendentizzati” dal corpo di una madre e di un padre. Se questo non ci porta a mettere in discussione ad un certo punto la teoria del Complesso di Edipo e la teoria dell'incesto, resteremo al di fuori di una realtà che ci interroga come psicoanalisti.

D'altra parte, l'ideale predominante nel nostro tempo ha più a che fare con una visione narcisistica di se stesso e meno con la rappresentazione di essere membro della trilogia edipica: madre, padre e figlio.

Questi fattori portano a pensare ad un possibile cambiamento in relazione al tema del conflitto sessuale, che è il centro del nostro lavoro analitico.

Per parlare dei cambiamenti, non possiamo trascurare di dedicare spazio ai **mass media**.

Oggi, i media si impongono in maniera diretta al bambino, trapassando tutta la protezione che, procedendo dal nucleo familiare verso l'esterno, avrebbero potuto offrire la famiglia, la scuola, la religione o lo Stato in altri tempi.

In questo modo, lo spazio in cui si sviluppano i legami è cambiato. Prima questa zona era la famiglia, la scuola, il gruppo. Adesso si sono sovrapposti gli spazi virtuali da parte dei vertiginosi cambiamenti tecnologici.

Credo che dobbiamo tenere a mente che al momento non ci sono spazi non conquistati da un linguaggio mediatizzato, nessun luogo escluso, la TV e Internet raggiungono ogni luogo. Inoltre, il bambino ha accesso e abilità per entrare in quella interazione molto più grandi di quelle dei suoi genitori. Gli adulti devono conformarsi al linguaggio dei bambini che proviene dai media; certamente possiamo accompagnarli nei loro cyber-viaggi: però appena lasciamo la sua mano, il bambino divenuto ragazzo si libera, va ad esplorare da solo.

I media attraverso l'offerta tecnologica danno elementi, strumenti e i bambini producono qualcosa con quello che si offre loro. Così come possono essere creativi con dei pezzi di legno o con una matita e un foglio di carta, possono essere creativi anche con gli elementi che propina la tecnologia. Sono come i DJ, mettono la musica di altri però nell'arte della combinazione c'è una possibilità creativa.

Noi analisti di bambini abbiamo di fronte la sfida di comprendere l'uso che i bambini fanno della nuova serie di strumenti che si infiltrano nelle loro soggettività. Ho l'esperienza che da molti anni offro nel consultorio gli stessi giocattoli semplici e, nel mio caso particolare, i bambini giocano con quello che offro loro. Mi sembra che solo una volta nella mia vita di analista un bambino mi chiese se non avevo computer e, quando dissi di no, lui continuò a costruire una torre con i cubi.

Voglio dire che il bambino continuerà ad esprimere le sue fantasie e ad aprire la sua capacità immaginativa usando quello che gli si offre. Ora include i supereroi, i transformers, porta le sue carte magiche, però alla base il canovaccio dei giochi è tanto arcaico quanto lo è l'uomo.

D'altra parte ora la chat e i giochi in rete possono essere lo spazio dell'interscambio grupppale.

Online uno è chi vuole essere secondo il modello sociale e mediatico imperante al momento. Non è neppure necessario incontrarsi di persona, si può usare il computer o il cellulare che ogni volta ha più elementi. In questo senso, penso che il tema dei collegamenti online possa costituire un'alternativa alla modalità di spazio di prova (sarebbe molto arrischiato pensarlo come spazio transizionale?) che prepara all'uscita nel modo reale. Tutto dipenderà dall'uso che ogni bambino fa di quello che gli si offre, in questo non c'è nulla di nuovo. Un ragazzo che passa ore di fronte al computer e non interagisce con i suoi coetanei non è lo stesso rispetto ad un altro che chatta, naviga in Facebook, gioca a Second life e inoltre esce, fa sport e incontra i suoi amici.

Noi analisti dovremmo evitare una posizione normativa che condanni i modelli del tempo.

Il nostro posto è quello dell'osservazione, riflessione, discussione in spazi condivisi con colleghi e con specialisti di altre discipline, come l'Antropologia, il Diritto, la Sociologia e la Pedagogia per cercare di capire cosa sta succedendo.

Tornando al tema dei cambiamenti nella teoria psicoanalitica, la mia impressione è che i meccanismi mentali usati dai bambini e dagli adolescenti si avvicinano più a quelli che sono collegati alla scissione o splitting che non alla rimozione. Non è che pensi che la rimozione non venga più utilizzata, ma capisco di più il tipo di interazione multimediale attraverso la quale un ragazzo può stare a guardare la televisione, a chattare, a guardare un breve video di You Tube e ad inviare un SMS con il cellulare lo so penso come espressione di uno splitting e dissociazione di diversi livelli del Sé che gli permettono di distribuire e concentrare l'attenzione in più cose contemporaneamente.

Per concludere, c'è un cambiamento molto evidente che riguarda la prevalenza o per meglio dire la imposizione dell'**immagine**. In questo senso, la realtà virtuale o dei media ha generato cambiamenti che interessano le categorie di spazio e di tempo e che includono anche i vincoli e la relazione che abbiamo col nostro corpo.

I mass-media costruiscono Ideali dell'Io, modelli ai quali si aspira attraverso quello che si deve essere, il prodotto che *si deve* comperare, l'alimento che si deve consumare. Non voglio dilungarmi in questo, lo lascio come proposta, però l'aumento inestimabile del numero di entrate nelle reti sociali come Facebook ci parla dell'importanza dell'immagine nei giovani, quelli che stanno

elaborando l'angoscia per la perdita della rappresentazione di sé e del loro corpo infantile in un cambiamento rapido che il mondo interno non è sufficiente ad assorbire, ed ha bisogno di essere guardato e riaffermato dagli altri – i suoi pari – che, come specchi parlanti, con i loro messaggi restituiscano ad essi qualcosa, che benché sia quasi sempre confuso e infantile, tuttavia porta un po' di calma all'angoscia collegata al vuoto dell'esistenza.

In conclusione, torno all'idea che i cambiamenti saranno molto più visibili in retrospettiva. Però dobbiamo essere aperti ad essi, da una posizione di autentica meraviglia e desiderio di conoscere.

Spazi di interscambio come questo, dove possiamo discutere e scambiare esperienze della nostra fatica quotidiana, permettono a noi che abbiamo passione per il nostro lavoro, di continuare nel cammino della Psicoanalisi verso il futuro.

(traduzione di Irene Olivotto)

29 dicembre 2012

La famiglia...scende in “campo” ?

Gemma Trapanese

Con non poca fatica, nel corso degli ultimi decenni, la Psicoanalisi infantile, conquistatosi un *setting fuori divano*, “adotta” ormai da tempo, disinvoltamente, senza più rischio di abiura e di accusa di “infedeltà”, bambini, adolescenti e coppie di loro genitori. L'entrata ufficiale nella SPI di una figura “speciale”, quale quella di un “analista esperto” in bambini e adolescenti, a buon diritto ha invocato una formazione altrettanto “speciale” da promuovere che, “in aggiunta” a quella di base, possa garantire l'acquisizione di quella competenza “ideale” per la cura di bambini e adolescenti. A proposito di una possibile descrizione di un *istituto psicoanalitico ideale*, Anna Freud (1966) auspicava la possibilità che un istituto di addestramento offrisse agli analisti in formazione la possibilità ugualmente di lavorare sia con gli adulti che con i bambini, proprio perché *“la tecnica di analisi infantile non è semplicemente un derivato della tecnica usata con gli adulti, ma piuttosto ad essa equivalente”*. In conclusione l'auspicio di Anna Freud era che i candidati potessero essere addestrati sia per gli adulti che per i bambini e che alla fine potessero scegliere di specializzarsi nell'uno o nell'altro.

Ormai quasi a scadenza, il dibattito sviluppatosi induce a riflettere e a rilanciare preziose questioni inerenti “i bambini e la cura”. *“La psicoanalisi dei bambini è innanzitutto, psicoanalisi di figli”* (Marta Badoni, 2007). *“Come entrare allora nella casa familiare senza intrudere, senza giudicare, e d'altra parte senza essere considerati semplicemente ospiti?”*: così, Marta Badoni.

E a proposito di “campo”, citato in molti interventi qua e là, è possibile che il “campo”, allora, si “allarghi”, per offrirsi in un'altra possibile declinazione della psicoanalisi infantile? Non c'è dubbio che l'analisi infantile sia iniziata *“come una sottospecialità della psicoanalisi”*: così Anna Freud commentava nel 1970. Riconosciuto, ormai, che *“l'analisi infantile si è dimostrata unica per un aspetto essenziale: fu l'unica innovazione che dette la possibilità di verificare la correttezza delle ricostruzioni nell'analisi degli adulti”* (Anna Freud, 1970, 1109), quali competenze per un analista perché sia meglio in condizione, ogni volta, preliminarmente, di non trascurare la delicata questione delle “indicazioni” per la scelta del setting o dei possibili settings da mettere in campo?

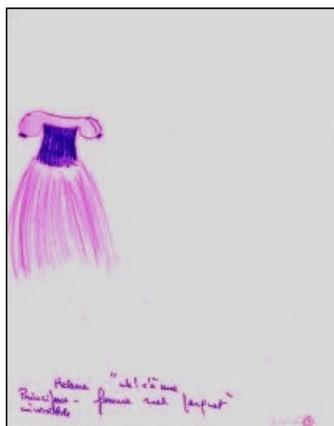
Chi da decenni, si ritrovi, da psicoanalista, a lavorare con coppie (non solo di genitori) e famiglie, e quindi a prendersi “cura” di bambini e adolescenti “nella” mente della coppia o all'interno delle loro famiglie “reali”, è portato con grande naturalezza a pensare il bambino e l'adolescente all'interno di una realtà psichica “allargata”. Espressione, questa, che nomino con un certo timore,

visto il serio rischio che essa corre di essere riduttivamente definita come la semplice somma di più mondi intrapsichici...

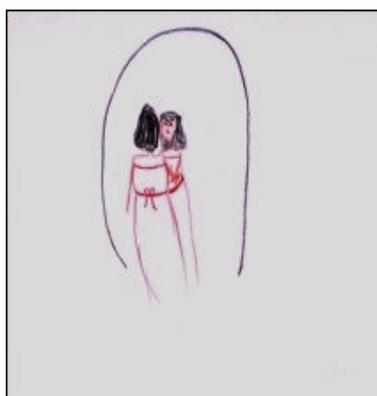
Il lavoro psicoanalitico con famiglie, che ha ormai in Italia una storia pluriennale, ha avuto il suo avvio con Anna Nicolò, pioniera di questo campo, che ha tra l'altro il merito di aver saputo creare intorno a sé un gruppo di ricerca, a cui ha trasmesso generosamente stimoli e a cui ha dato opportunità di incontro con esperienze internazionali di grande rilievo. E' nel lontano '82 che ho avuto la mia prima supervisione con lei. Da quel momento in un clima costante di collaborazione e di confronto si è sviluppata una specificità di cultura psicoanalitica che ha avuto per molti una cifra comune. Un più ampio dibattito sull'uso del modello psicoanalitico applicato alla famiglia e su una sua possibile declinazione di una teoria della tecnica, prende vita in occasione del Primo Convegno Internazionale tenutosi a Napoli nel dicembre 2000 (*“Quale Psicoanalisi per la coppia? Quale Psicoanalisi per la famiglia?”* – cfr. Nicolò & Trapanese, 2005a; 2005b). Da allora la ricerca in tema di clinica psicoanalitica su coppia e famiglia ha un suo ulteriore rilancio, che contribuisce ad arricchire di sempre più contributi, italiani e stranieri, la già avviata Rivista *Interazioni* che, Direttore Scientifico Anna Nicolò, aveva avuto il suo primo numero nel 1992. Si verifica, allora, che negli ultimi vent'anni un gruppo di psicoanalisti SPI che “intra-moenia” (dentro la SPI) non ha mai dibattuto questi temi, si ritrovi puntualmente, “extra-moenia” (fuori dalla SPI) a confrontarsi, in convegni e dibattiti promossi da società e associazioni europee e internazionali, su delicate questioni inerenti la clinica di famiglie e coppie con bambini e adolescenti. Ancora una volta, “ora”, proprio come “allora” è stato per la Psicoanalisi dei bambini, la Psicoanalisi Familiare si ritrova all'interno di una sfida. Non c'è *sfida*, come l'etimologia della parola suggerisce, che non ammetta una sua *fede*, da difendere contro troppo facili possibili *diffide*. E' bene, allora, precisare che all'interno di una tal supposta Psicoanalisi Familiare, la fede in questione rimane la fede nel modello psicoanalitico, che mai vorrà trascurare, pur all'interno di una psicoanalisi fuori divano, il rispetto di quelle condizioni di base che rendano possibile il procedimento psicoanalitico: **le libere associazioni, l'ascolto fluttuante, l'astinenza, l'analisi del transfert e controtransfert.**

Come nel bambino che viene in analisi, *“sentiamo di dover entrare in contatto con zone cieche: qualcosa di nascosto e di incomprensibile, che pure avvertiamo, e che opera in modo sotterraneo”* (Tonia Cancrini), proprio così è nell'analisi del gruppo-famiglia. Modalità arcaiche di funzionamento gruppale infrangono qualsiasi confine individuale, cancellano qualsiasi differenza, di sesso e di generazione, distinzione tra vivi e morti, impongono una temporalità “eternamente presente”. Ci ritroviamo così, nelle nuove generazioni, ad intercettare menti colonizzate da fantasmi dell'altro (“fattori ego alieni” Winnicott, 1972), a menti in cui è traslocata la sofferenza mentale dell'altro (Meltzer & Harris, 1983), a trasmissioni silenziose che attraversano sotterraneamente le generazioni, a inevitabili coazioni a ripetere, a “fati” ineluttabili che strangolano qualsiasi possibilità di riscatto per destini individuali. In assenza di qualsiasi possibilità evolutiva familiare, a volte, si lavora, o meglio “si fatica” con queste famiglie per preliminarmente “liberare” il bambino dalle maglie di un tessuto familiare che lo strangola, togliendogli spazio vitale. Farlo approdare in una stanza d'analisi, da solo, spesso, è la prima battaglia da vincere... In genere la si vince, facendosi guidare dal “fanalino di coda” che è il bambino o l'adolescente con la sua famiglia nella stanza d'analisi, effettivamente *“capace di mappare il campo gruppale”* (Elena Molinari). L'uso dei disegni e del gioco, o delle narrazioni sono gli strumenti chiave, utili...sempre, per piccoli e ... grandi che non fanno di essere bambini (W. Benjamin). E' così, che a volte, ci si inventa... *“un setting più libero per adeguarlo a ciò che sembra necessario al bambino”* (Adamo Vergine).

Una breve esemplificazione clinica:



E' solo il vestito ciò che rimane di una principessa, *“forse scivolata dentro la fessura del parquet di casa”*: è l'Assenza in scena. Questo il disegno che fa Helena, quattordici anni, in una delle prime sedute con la sua famiglia, all'interno di una consultazione “lunga” che avrebbe previsto successive sedute individuali con lei.



Sarebbe giunto il momento in cui, “alla fine”, nello spazio individuale riservatole, uno specchio, l'avrebbe riflessa per intera, rivelando il suo volto.

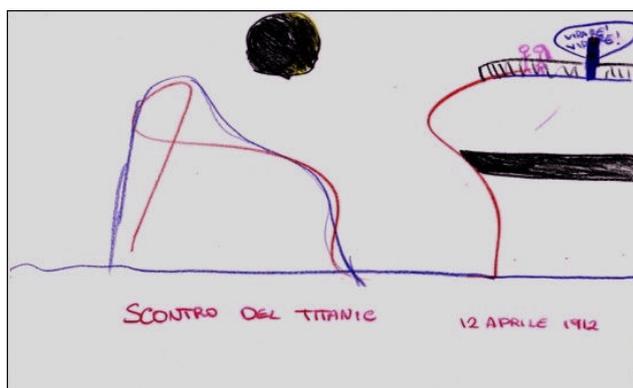


Helena avrebbe dato, solo in una fase più avanzata del percorso di consultazione, un'immagine più completa e sorridente di sé: eccola, piccola a cavalcioni di una persona grande, proprio come nella

storia da lei ricordata in seduta de *La bussola d'oro*, in cui la protagonista, sul dorso di un orso corazzato, partiva eroicamente per scoprire dove fossero finiti “bambini misteriosamente rapiti e sequestrati all'interno di un laboratorio”, per essere sottoposti ad un esperimento che li avrebbe privati dell'anima.



Una corazza, con funzione di *scudo parastimolo*, forse mai veramente svolta dalla sua famiglia, è proprio ciò di cui Helena sembra aver bisogno. Come per la nave ammiraglia Titanic, che andrà a disegnare, anche per Helena sembra essere accaduto qualcosa di simile a un disastro: un vero crollo.



Sembra che il “*sentire*”, senza una funzione di parastimoli (*Notes magico*, Freud, 1924), senza uno scudo, sia destinato a diventare ricerca anarchica di sensazioni, che costringe ad esplorazioni dei propri confini, magari come fa proprio Helena, muovendosi con tagli sottili attraverso una lametta che fa affondare sulla superficie della propria pelle, che va come a misurare... di taglio in taglio: lo stesso procedimento che sembra ispirare l'analista che è alla guida della cura, e che sembra operare vari tagli di setting, quali quelli proposti nel corso del ciclo di consultazioni (setting di famiglia, individuale, di coppia). All'interno di un'area caratterizzata da una grande pluralità sintomatologica, sempre di confine, i contemporanei successivi episodi di bulimia e anoressia di Helena avrebbero rivelato e confermato (con Pichon-Rivière, 1961-1963) l'idea poi ripresa dai Losso (2003; cfr. anche Losso, 2000), di trovarci di fronte ad una “mobilità” di quelle stesse “strutture” psichiche, a cui è vincolato l'emergere di sintomi cangianti, da intendersi come soluzioni di adattamento ad esperienze “inaugurali” intense e magari troppo precoci, incontrate forse da Helena nel corso di alcuni passaggi della sua vita, non ultimo quello che l'ha vista “custode”, per gli ultimi due anni, di una nonna affetta da Alzheimer, “uscita fuori di sé”, e morta poco prima l'insorgere dei suoi sintomi.

Come Dina Vallino sottolinea nel suo intervento, non possiamo trascurare “*le nuove configurazioni di famiglie e le nuove culture familiari*”. Esse, infatti, ci impongono di riflettere sulle molte

trasformazioni cui è andata incontro la famiglia e che descrivono quella condizione, per la quale è stata coniata l'espressione di *"modernità liquida"* (Bauman, 2000), ci hanno indotto a chiedere più specificamente in che modo la famiglia, luogo privilegiato della trasmissione psichica, e luogo deputato a legare il soggetto alle proprie origini, continui a svolgere il suo ruolo di contenitore identitario, in grado di fungere da *"soglia della vita psichica"* e di consentire il realizzarsi di un sano riconoscimento della differenza dei sessi e delle generazioni, delle identità individuali e dei legami. Una difettosa capacità simbolizzante, un'ipertrofia dell'immaginario conducono spesso l'adolescente, ad esempio, a rifrangersi nelle azioni, in un *"fuori di sé"*, che sempre più lo allontanano da uno *"stare dentro di sé"*, per incontrare se stessi. Gli amori cosiddetti "liquidi", a causa della fragilità dei legami stessi, si travasano di continuo in forme sempre cangianti, di relazioni comunque precarie quanto mutevoli. Nuove suggestioni modificano l'abituale modo di intendere il setting stesso, che finisce con l'essere considerato non unicamente luogo adatto a rimettere in forma, quindi ri-formare una dinamica pulsionale debole o disturbata, e ad accogliere configurazioni psichiche poco riconducibili alle note classificazioni nosografiche. Piuttosto, a partire dall'intake, a finire alla scelta del trattamento più idoneo, alcune forme di quella materia che definiamo "psichica", che appaiono sempre più come al "limite" di una loro possibile trattabilità, si mostrano bisognose di contenitori idonei, e individuati, di volta in volta come quelli più opportuni. Affermando con Kaës (1993) che *"una parte del soggetto è "fuori dal soggetto", che il soggetto ha più centri, che alcune delle sue formazioni inconsce sono spostate, esportate e depositate in luoghi psichici che il gruppo predispone e che il soggetto utilizza"* (pag. 6), e che quindi *"l'inconscio di ogni soggetto reca traccia, nella sua struttura e nei suoi contenuti, dell'inconscio di un altro, di più-di un altro"*, ne deriverà la centralità che le alleanze inconsce di base hanno nella situazione psicoanalitica, ai fini dell'organizzazione del campo transfero-controtransferale. Sarà importante ricordare che l'alleanza inconscia di base tra analista e famiglia, centrale per l'esperienza e la cura psicoanalitica, si basa proprio sul reciproco investimento affettivo; che essa è parte del legame, quindi, del "cadre" psichico; che, inoltre, poggia sulla *"pulsione di sapere, mobilitata dalla cura e nella cura"* (Enriquez, 1986); che offre, infine, possibilità elaborative e simbolizzanti. Proprio il legame tra famiglia e analista, quindi, l'alleanza inconscia in esso inscritta, costituiranno il perno fondamentale di un lavoro con la famiglia, psicoanaliticamente inteso. Proprio l'analisi dei legami renderà possibile riconoscere e sciogliere slegamenti, aprire conflitti, disarticolare ingranaggi e incastri, al fine di creare nuove sinergie da mettere al servizio delle singolarità dei soggetti in sofferenza e dei loro gruppi.

Intanto, prendendo in prestito il *modello bioniano contenuto-contenitore*, c'è da domandarsi quale sia il potere del contenitore rispetto al "contenuto" e alle sue possibili trasformazioni. Come con la nascita del quadro nella storia dell'arte, la cornice non rimane mai in disparte, ma *"da un certo al di fuori"*, entra e coopera con *"il di dentro"*. Ci domanderemo, quindi, che potere abbia il "cadre", di modificare "un certo al di dentro" del dispositivo analitico stesso o comunque che potere abbia di interferire sulla condizione stessa che rende possibile l'esercizio dell'analisi. Il setting nelle sue varie forme, individuale, di coppia, familiare, di gruppo, consentirà che proprio "dal di dentro", attraverso il transfert si renda possibile la rimessa in scena di avvenimenti psichici fondamentali. Per il noto gioco di apparizioni e sparizioni, di comparse e scomparse, il lavoro sul transfert permetterà di trasformare le mancanze in perdite, rendendo possibili insperati "ritrovamenti". Attraverso il setting prescelto, la modifica della situazione analitica intesa come campo dinamico (M. e W. Baranger, 1961) accoglierà non solo una psiche, la cui superficie (individuale, di coppia, di gruppo, di una parte di gruppo) varierà, di conseguenza, a seconda del suo "espandersi" o del suo "restringersi", ma anche le condizioni che renderanno possibile in esso l'intercettazione della fantasmatica presente (come sempre accade nel registro edipico e nella prospettiva del desiderio), o la segnalazione dell'assenza della stessa fantasmatica, come di fronte al registro violento dominato dall'agire, da effrazioni di confini di ogni genere, da segreti che disattivano il pensiero, che attraversano le generazioni, confondendole, facendo sparire qualsiasi differenza tra l'adulto e il bambino, tra i generi, le generazioni, tra i morti e i vivi.

Potremmo riferirci a livello esemplificativo al trattamento di quei bambini e adolescenti compiuto in un setting familiare, in cui il funzionamento familiare spesso si trova ad oscillare tra una compulsiva tendenza all'atto ed una inibizione in grado di impedire il superamento di quelle "soglie", espressione di quei passaggi evolutivi fondamentali per ogni sviluppo.

Le atmosfere mortifere che si respirano in molte famiglie con gravi patologie (anoressie, psicosi, autismo) sono spesso il fanalino di coda di regimi narcisistici e antigenerativi che caratterizzano il funzionamento di menti gruppali in cui prevale l'agire, in cui è messo a morte il desiderio, in cui non sono ammessi fantasmi, in cui si usa malignamente la seduzione, si scansa il lutto, per approdare magari all'incesto agito sul piano genitale, o all'incestuale (Racamier, 1995).

Insomma, per chiudere qua, e non abusare ulteriormente di questo spazio, tra le tante declinazioni della Psicoanalisi Infantile, mi auguro che negli anni a venire la SPI si apra ... anche a quest'altra "declinazione" della Psicoanalisi: la Psicoanalisi Familiare.

30 dicembre 2012

Daniela Scotto di Fasano

I familiari in terapia: 'ostacoli' o 'collegli' dell'analista?²⁷

"è probabile che il maggior aiuto che uno psicoanalista può ottenere non lo riceva dal suo analista, o dal suo supervisore, o dal suo insegnante, o dai libri che può leggere, ma dal suo paziente." (Bion, 1977/1985, p. 10).

"Sappiamo che la richiesta di analisi di un bambino si innesta sempre su una sofferenza familiare (...) e che l'analista di bambini deve potere aprirsi un varco in questa sofferenza e essere capace di trasmettere ai genitori (...) il senso (...) del proprio lavoro. L'intento (...) è di promuovere un'alleanza con i genitori (...) evitando che la cura stessa aggiunga ferita a ferita, e diventi, in tempi più o meno lunghi, intollerabile. Sappiamo anche come tutto questo non sia né semplice né facile, pur essendo un passaggio necessario e fondamentale per poter iniziare e soprattutto proseguire l'analisi di un bambino." (Badoni, 2002). Abbiamo imparato che tale situazione riguarda anche adolescenti e adulti, per cui può capitare di 'dover' accogliere (e spesso non solo nell'area della consultazione) chi 'arriva'. Come ha mostrato Ferro, infatti, la/le persone, il/gli oggetti, o, perfino, gli animali, con cui un paziente può arrivare a un colloquio di intake o a una seduta 'racconta' molto a proposito di un 'elemento' del mondo (interno/esterno) di quel paziente in quel momento della sua vita. Si tratta di un 'molto' prezioso per l'analista, in grado di dare informazioni importanti su un bisogno, oppure su un alleato che "sostiene" il contatto con l'analista, oppure, ancora, su una sorta di test cui il paziente ci sottopone ("accetti anche questo 'X' che porto con me?") o su un infiltrato che ha il compito di spiare per sabotare il lavoro in corso. E' come se si desse il via a una relazione simbiotica (Bion, 1970), nella quale "vi è un confronto tra le due parti, ed il risultato produce crescita". Ancora con Badoni (2002), in riferimento alla regola aurea della neutralità del setting, il rapporto con tutto ciò che non siano la persona e, soprattutto, le *parole* del paziente (e, in particolare, la questione del "se e in che modo" avere a che fare, nell'analisi infantile, con i suoi genitori), ha impegnato e impegna le società psicoanalitiche. Le conseguenze teoriche e tecniche non sono di poco conto, costituendo spesso ancora oggi sia una demarcazione tra scuole di

²⁷ Tale contributo è l'elaborazione di un lavoro letto a Roma al Centro di Psicoanalisi Romano, discutant Pier Andrea Lussana, su invito dell'Osservatorio Infantile il 7 maggio 2004.

pensiero sia il possibile diniego di quello che Balottari (1998) chiama “*un nostro controtransfert collettivo*” in base al quale il genitore può esser vissuto come “*terzo incomodo*”²⁸, demarcazione e diniego che a mio avviso possono far sì che, nella mente dell’analista, non si crei – paradossalmente – un ‘posto per l’altro’: un *altro* punto di vista, un *altro* modello, un *altro* tipo di approccio....

In questo senso, lo sperimentare un periodo di *coabitazione* (analista, bambino, genitori) *nella stanza di terapia*, è stata per me una lezione fondamentale, che ho poi esteso a una forma di contratto particolare nel setting approntato nel corso degli anni per gli adolescenti²⁹ e approvato, negli ultimi anni, anche, se le condizioni lo richiedano come opportuno, al lavoro con gli adulti. Si tratta di un assetto mentale necessariamente improntato alla flessibilità (che espone alla faticosa e continua rielaborazione del nostro sé analitico) ma in cambio offre inedite competenze su ‘quel’ particolare soggetto poiché consente di “*ospitare ipotesi fluttuanti in cerca di conferma*” (Speziale Bagliacca, 1980), stimolando una integrazione dinamica dei contrari e un processo identificativo multiplo.

Infatti, il modo con cui i genitori (ma in generale chi può arrivare in seduta con il paziente) parlano dei loro bambini e di loro stessi in quanto figli, fratelli, genitori, coniugi, insieme con i sogni che ci raccontano, costituisce un apporto che davvero ce li rende ottimi *colleghi*... con i quali non mancano momenti di attrito, come con ogni collega con cui si collabori in modo autentico. Si tratta d’altronde di affetti e emozioni che in ogni analisi caratterizzano la relazione con i parenti, dal momento che l’analisi ‘muove’ assetti intrapsichici e intersoggettivi rigidi e di conseguenza ‘irrita’ equilibri codificati, innescando reazioni di angoscia di fronte a cambiamenti percepiti inizialmente come catastrofici. Può accadere, anche nel trattamento di adulti, che, anziché entrare in analisi classicamente solo per mezzo delle *parole* del paziente, tali sentimenti chiedano di essere accolti ‘*fisicamente*’, per mezzo di persone o di oggetti, ed è mia opinione che si debba dar loro ospitalità conservando, nel relazionarsi, un assetto mentale *psicoanalitico*, trattandoli cioè come *comunicazioni* (dello stesso valore delle ‘*altre*’ libere associazioni) con le quali il paziente ci mette a parte di qualcosa che gli risulta ancora indicibile e per cui sta cercando le *parole*.

Ciò può avere a che fare anche con identità inconse in balia del tirannico ‘condensarsi’ della storia di più generazioni (Faimberg, 1988), come nel caso di R., che all’epoca R. aveva otto anni, frequentava la scuola con sostegno, assumeva neurolettici, quando qualcosa lo turbava non poteva evitare di masturbarsi, non utilizzava il pronome ‘Io’. Nel primo incontro con i genitori, mi colpì il fatto che la signora salisse le scale con la mano sul braccio del marito, braccio dal quale non si staccò nemmeno per entrare nello studio. Mi spiegò che poteva muoversi solo toccando con un dito un accompagnatore, fatto che la condizionava pesantemente nella quotidianità; ha un’aria “molle”; con voce da bambina, racconta che R. è sempre stato normalissimo ma, alla vista del marito che, inarcando le sopracciglia, sembra stare per interromperla, dice: “*le tappe dello sviluppo sono state normalissime, solo, crescendo, quando lo abbiamo portato all’asilo, non c’è stato più niente da fare*”. A questo punto lui integra: “*I genitori di mia moglie non ce l’hanno più voluto mandare, ed è stato un errore*”; lei aggiunge che i suoi genitori sono sempre stati con lei molto protettivi, “*fanno con R. gli stessi errori che hanno fatto con me*”, dice, al punto da non essere in grado, lei, di

²⁸ Si tratta di una “ideologia” che può colludere con i sentimenti di esclusione dei genitori e con le fantasie di furto, in un concorso di atmosfere persecutorie: “*In questa ideologia è impegnato un fantasma ‘comune’ di espropriazione, che chiede di essere considerato prima di essere attribuito all’una o all’altra parte. Una considerazione che rimanda alla necessità di una maggiore consapevolezza controtransferale sulla nostra ‘genitorialità’ interna e su come la trasmettiamo nell’esperienza con i genitori*”.

²⁹ Per i quali propongo (Scotto di Fasano, 1992) che in forma regolare, secondo una modulazione di setting particolare, ci siano colloqui con i genitori in presenza dell’adolescente. Se ciò debba accadere una volta al mese, piuttosto che con ritmi più o meno diluiti, è concordato con l’adolescente stesso, anche in relazione alle problematiche presentate. Mi sembra che tale forma di contratto renda il paziente più ‘padrone’ del proprio trattamento, costituendosi a livello fantasmatico come una sorta di ‘pagamento’ nonostante l’onere del mio compenso ricada nei fatti sui genitori. Inoltre, si costituisce come uno spazio in cui tutti gli ‘attori’ in gioco possono guardare a sé e agli altri da più vertici, scoprendo punti di vista impreveduti che consentono di ‘fluidificare’ relazioni spesso irrigidite e di sperimentare importanti possibilità di identificazioni multiple.

camminare da sola: *“sono anche contrari a mio marito, meridionale, un ‘terrone’...mi sono sposata perché sono rimasta incinta”*. E’ in terapia analitica. Lui, al contrario, fin dall’adolescenza ha *“dovuto imparare a farcela da solo”*, *“non come me che ho sempre avuto la pappa pronta”*. Le cose nel loro matrimonio, finché hanno vissuto con i genitori di lei, andavano di male in peggio, ora sono migliorate, vivono da soli da qualche mese ma sono preoccupati per il bambino, viziaticissimo dai nonni (con i quali passa ancora la maggior parte del tempo), che non ha iniziative, non sa stare né da solo né con altri bambini ma, in casa, *“è un ras”*. Si dilungano sul ricorso coatto, nei momenti di agitazione³⁰, alla masturbazione, *“come avesse bisogno di qualcosa di duro a cui aggrapparsi”*, commento.

Ad anni di distanza, mi chiedo se questa ipotesi non sia suonata alle orecchie della madre come una conferma della fantasia inconscia che *ci vuole davvero qualcosa di duro a cui aggrapparsi...* Non a caso, forse, la signora mi domanda se la maestra potrebbe venire a parlarmi: rispondo di no, ma oggi mi chiedo se l’introduzione di questa figura, che forse nella fantasia materna ha a sua volta bisogno di attaccarsi a qualcuno, non prefigurasse la necessità che io sapessi predisporre uno spazio così elastico da poter accogliere gli svariati bisogni di aggrappamento da cui questi adulti erano abitati.

“L’analista di bambini, che opera tra una generazione e l’altra, è un testimone privilegiato, ma in una posizione imbarazzante (...) In un certo senso il suo ruolo è quello di disporsi tra le parti, riducendo così l’impatto di quello che la Faimberg chiama “télescopage” tra una generazione e l’altra. Il problema non è solo quello di cogliere la presenza di un mandato, ma quello di cercare di disattivarlo, in modo da permettere al bambino di costituire la propria identità.” (Badoni, 2002).

L’analisi di R. prese il via senza i genitori in stanza di terapia, non avendo io allora, alle prime armi, neanche preso in considerazione tale ipotesi. Come emergerà nel corso del lavoro di supervisione, il rapporto era continuamente in bilico tra un *“lasciarmi tenere in pugno”* da R. e l’insegnargli che però tale tipo di relazione non gli faceva bene: dovevamo, ai suoi ordini, incollare ripetutamente pezzi di carta da lui strappati, mentre, della colla, che diceva essere *“una bomba”*.

Nel giro di qualche mese la situazione a scuola parve migliorare; in coincidenza, al posto dei genitori iniziò ad accompagnarlo alle sedute la nonna materna, mentre R. portava con sé sempre più frequentemente (fino a farlo sempre), stretta nella mano, una ruspa-giocattolo³¹.

Contemporaneamente, aumentavano da parte del bambino gli ordini: se non obbedivo, reagiva con rabbia e con attacchi allo studio e alle suppellettili: soprattutto, buchi e incisioni su mensole e scrivania. Nello stesso tempo, iniziò a usare il pronome ‘Io’; in una seduta, ad esempio, nel tentativo di risolvere un problema (serviva un circo con un tetto ma, con il tetto, non avrebbe più potuto lavorare con le bestie feroci all’interno), dice: *“dai Daniela, aiuta, pensa qualcosa per io!”*). Sembrava –tale sensazione era sempre più intensa – che R. portasse l’R. noto insieme con un R. ignoto, non ancora nato: è molto interessato agli altri miei pazienti, ne vuole sapere il nome, in una seduta, al mio invito di dirmi come immagina che si chiami, risponde che lui non conosce nomi, è irritato, si allontana, poi mi *“implora-ingiunge”* di giocare con lui con il tritasassi decidendo io cosa fare perché lui *“si sente solo e la stanza è buia e triste”*, evoca due esperienze assai sgradevoli: *“il dipendere da qualcosa che non è lui stesso e l’essere tutto solo –tutte e due le cose nello stesso momento.”* (Bion, 1983, p.68). R. fatica a tollerare la fine delle sedute, soffre nell’uscire; a ciò si accompagna l’insistenza sempre più intensa della nonna di fermarsi con R. in seduta (*“so io come tenerlo calmo”*, *“con me si calma”*) e di avere con me dei colloqui privati, richieste che non accolgo: tagliando fuori *“una richiesta implicita di accoglienza e partecipazione a un processo di ricreazione, in cui il bambino da riparare e ricreare sia un sé-bambino: nel genitore e nel figlio”* (Balottari, cit): e nella nonna? Costei accompagna R. sempre più presto, obbligandomi a farli aspettare; vengo a sapere da una telefonata della mamma che, *“dato che R. per qualche ora dopo le sedute è agitato, è stato opportuno trasferirlo dai nonni, loro sanno meglio di noi come calmarlo”*.

³⁰ L’estrema eccitazione di questi bambini segnala un troppo e un troppo poco: un effetto di intrusione che tiene il bambino in uno stato di perenne minaccia, un effetto di assenza che scatena angosce di separazione. (Badoni, cit.)

³¹ Era innamorato delle ruspe, che andava a vedere in funzione nei cantieri con la nonna.

R. in quel periodo sembrava comunicare che, se avesse trovato una placenta cui aggrapparsi e nutrirsi, avrebbe potuto svilupparsi fino a nascere, portando alla luce *parti non nate di personalità*, ma il problema che si poneva in modo sempre più vistoso era “di chi è R.?”: la nonna spesso mi porta dei fiori, si ferma a parlare invadendo lo spazio delle sedute, narrando episodi scolastici di cui non vuole che i genitori di R. vengano a conoscenza, perorando il fatto che io parli con la maestra....

Io oppongo rifiuti fermi ma non colgo/accolgo il bisogno della nonna di trovare a sua volta uno spazio di accoglienza nella mia mente.

R., dopo le vacanze estive, non riprenderà le sedute. Verrà il padre a dirmi che anche la madre ha interrotto il proprio trattamento analitico e che R. vive tuttora con i nonni: “*con loro è effettivamente più calmo*”...

A posteriori penso di aver probabilmente imposto a R. e al suo nucleo familiare una separazione anticipata rispetto alla capacità del gruppo di tollerarla, equivalente a una interpretazione prematura, che non può che essere vissuta come violenza³². A distanza di anni, mi chiedo se accogliere la nonna, la maestra, i genitori stessi nei primi mesi di lavoro con R. non avrebbe forse impedito il precipitare di una situazione che non ha trovato una rete mentale che ne raccogliesse il crollo.

“Il paradosso nel quale l’analista opera in queste circostanze è legato alla richiesta di curare un bambino che non c’è e la cui nascita psicologica, ancora in divenire, minaccia profondamente le posizioni difensive dei genitori. In conseguenza l’analista rischia di essere imprigionato nello stesso mandato in cui si trova il suo giovane paziente” (Badoni, 2002).

Il problema della ‘rete mentale’ che consenta a ognuno dei “*personaggi*” introdotti sulla scena di un trattamento analitico infantile dalla ‘mente del gruppo’ mi si impose subito (avendo imparato dall’esperienza dolorosa vissuta con R.) nell’accogliere la domanda di terapia di V.

V. nasce pretermine da parto distocico alla 38° settimana (taglio cesareo) per sproporzione fetopelvica ed è ricoverata per dodici giorni; sarà dimessa con diagnosi di “sofferenza perinatale note dismorfiche”; a tre mesi scarsi, è di nuovo ricoverata per vomito ricorrente post-prandiale; a cinque mesi, per sepsi. In questo ricovero fu evidenziata una problematica a carico del rene sinistro; seguirono altri due ricoveri a pochi giorni gli uni dagli altri, ogni volta per una decina di giorni circa, fino a giungere alla diagnosi di pielonefrite e reflusso vescico-uretrale sinistro di quinto grado. A un mese circa di distanza dall’ultimo ricovero (cioè ai suoi sei mesi circa), V. fu sottoposta ad intervento chirurgico di reimpianto vescico-ureterale sinistro secondo Cohen. E’ sempre stato registrato uno scarso accrescimento staturo-ponderale. A tre anni e mezzo, il quadro emergente dalla visita neurologica è di tetraparesi ipotonica. Si sottolinea un ritardo posturale: mantiene con scarso equilibrio la posizione seduta; sotto il profilo psichico, appare un ritardo di grado elevato. Si ipotizza un’eventuale patogenesi epilettica. Quando incontro i suoi genitori, V. ha tre anni e un mese; raccontano, in sintonia, tutte le malattie, i ricoveri, il fallito inserimento al Nido. La signora è ‘afflosciata’ nella poltrona ma sembra ‘tonicizzarsi’ quando chiedo loro se ricordano i primi sorrisi della bambina. Emerge a questo punto nelle parole della mamma (che per la prima volta sorride) una V. “*cavallino*”, vivace, curiosa, sempre intenta a rovistare nei cassetti... Interviene però – come a ‘tornare sulla retta via’ – il padre, che riporta il discorso sull’ipotonia di V. (noto che la signora si riaffloscia), sulla sua fragilità, sul suo essere così esposta ad ammalarsi. Raccontano di come paia loro che V., che sta volentieri con tutti, non dia loro l’impressione di riconoscerli, e citano il parere della dottoressa inviante³³ che la mamma chieda il part-time per passare più tempo con la sua bambina. La signora ne è molto colpita, pare sorprenderla il fatto che passare più tempo con la mamma possa rivelarsi per V. “*terapeutico*”.

³² “*Benché la richiesta dei genitori abbia la parvenza di una richiesta di aiuto per il figlio, se vogliamo che la definizione di figlio come ‘nostro paziente’ non definisca noi come emarginatori (ritagliatori) violenti e sospettabili, quindi come persecutori contro i quali agirà prima o poi l’arma dell’interruzione, dobbiamo trovare il modo di lavorare su entrambi i ‘fronti’, producendo un ‘sistema tecnico’ (oltre la seduzione?), in grado di tenere le angosce di cambiamento*” (Balottari, cit).

³³ Dina Vallino.

Si innesca qui un circolo virtuoso che occuperà svariati anni di lavoro con V., i suoi genitori e le figure che si occupano di lei: baby-sitter, insegnanti, psicomotricista, logoterapeuta, direttrice della scuola. La dottoressa inviante entrò pesantemente con questo suggerimento nella organizzazione familiare; i genitori furono da me invitati a partecipare nei primi sei mesi alle sedute; se la dottoressa inviante ‘spiazzò’ la mamma mostrandole un suo potenziale benefico, la mamma spiazzò la grigia sequenza adesiva alle cartelle cliniche con cui questi genitori si erano identificati introducendo nella mia mente (e, mediante l’evidenza del materiale che potevamo osservare assieme, in quella del padre), l’immagine vispa e ‘furbetta’ di una V. cavallino.

V. imparerà lentissimamente a stare seduta diritta, a sollevarsi sulle gambe, a tenere in bocca la saliva, a smettere il pannolino, a giocare a *fort-da* con lo sportellino del suo armadetto, a frequentare la scuola materna, assumendo via via un ‘*endoscheletro osseo/psichico*’, in questo sostenuta soprattutto dalla mamma che funzionava spesso³⁴, in seduta e, finiti i sei mesi di ‘coabitazione’ nella stanza di terapia, fuori, da ‘*apri-pista*’³⁵ nel segnalare microtrasformazioni nel comportamento di V.

Sarà lei a accorgersi del sorriso di V. nel ritrovarla dopo una separazione e a raccontarmelo, commentandolo davanti a lei all’inizio di una seduta, con la frase “adesso ci riconosce”, sarà lei (nel corso dei primi sei mesi) a avviare in seduta il gioco del “*fort-da*” nascondendosi e riapparendo dietro lo sportello dell’armadetto dei giochi (gioco che V. farà a lungo, accedendo, mi pareva, a uno spazio mentale tridimensionale), sarà lei a comprare un carillon avendo notato la passione di V. per un mio carillon, costituendosi come “*ponte*” per me e per la bambina tra il dentro e il fuori, il davanti e il dietro, il sotto e il sopra.

In una delle prime sedute, ad esempio, V. prende dalle mani del papà un orsetto che suona se gli si schiaccia la pancia. Lo fissa estatica, poi sembra accennare a un movimento come di ballo che io sottolineo parlandone a lei e ai genitori, dicendo che a V. piace la musica perché le piace ballare. Lei ha come un piccolo guizzo, poi butta per terra l’orsetto e si avvia gattoni, velocissima, verso il filo della tenda, che spesso passa interi minuti a succhiare. “*Il tuo amico!*”, dice la mamma, e le si mette alle spalle. V., usando le braccia della mamma come appoggio, si solleva in piedi, poi afferra il filo lasciandosi andare a peso morto sulla mamma, che commenta, sostenendola: “*comodona, eh?*” – si afferra al filo (che la sostiene) e fa andare la tenda su e giù, accennando a una sorta di balletto a ritmo ‘su e giù’. La mamma dice, sorridendo: “*Ma allora ha ragione la Daniela, balli!*”, frase cui V. risponde con piccole risatine soddisfatte. Il padre, che era parso dispiaciuto che V. avesse buttato in terra l’orsetto, sorride a sua volta e commenta: “*ma stai in piedi!*”.

V. è davvero stata per lungo tempo ‘appesa a un filo’ ma i genitori mostrano di iniziare a sostenere il suo bisogno psichico di *volume e di presenza*. Dalla bambina ‘*lumachina adesiva*’ emerge, come farfalla da un bozzolo (duro, per quanto apparentemente floscio) il ‘*cavallino*’ che la mamma aveva preannunciato fin dal primo colloquio.

Non sono mancati momenti di competizione, in particolare con il padre, più ‘mammo’ che padre, e che quindi dovette affrontare e tollerare vissuti di emarginazione dalla posizione di centralità occupata fino ad allora. Egli fu però molto grato al mio venire incontro alla sua richiesta di passare da tre a due sedute la settimana per non dover creare troppi problemi sul posto di lavoro, sentì – come lui stesso mi disse – di aver capito in quel momento che ritenevo davvero importante la sua presenza in seduta accanto a quella della mamma.

Si tratta, in definitiva, di imparare a “*riconoscere ai genitori (e ai figli) la qualità di ‘oggetto trasformativo’ oltre che di ‘soggetto da trasformare’.*” (Balottari, cit).

Ho imparato poi che l’ingresso di ‘altri’ si può sperimentare anche con pazienti adulti, come preziosa forma di alleanza e integrazione del lavoro d’analisi.

X., al momento della consultazione, è una trentenne elegante (un po’ Barbie), manierata e formale. Ha un fratello di otto anni più piccolo (che la madre, parlandone con lei, chiama “tuo figlio”), è sposata da tre anni con un uomo di nove anni più vecchio che porta lo stesso nome del padre di F..

³⁴ Man mano che potenziava la funzione psicoanalitica della propria mente (Di Chiara, 1985).

³⁵ Si pensi al concetto di ‘*madre porta-parola*’ della Aulagnier (1986).

Chiede la consultazione per gli invalidanti attacchi di panico che la obbligano a essere accompagnata ovunque e l'hanno privata di autonomia. Ha interrotto gli studi universitari e lavora con la mamma nel suo negozio, mentre il fratello si è laureato e sta specializzandosi con master prestigiosi. Tre anni prima X. è stata operata di endometriosi e le è stata indotta una “*menopausa precoce a scopo terapeutico*”. Le è stato consigliato di attendere qualche anno prima di pensare a una gravidanza e le è stata suggerita una psicoterapia, che lei avvia ma interrompe dopo qualche mese perché la terapeuta le pareva “*più dalla parte di mio marito che dalla mia*”. A lungo non accetta l'uso del lettino. Mi si ‘aggrappa’ addosso con lo sguardo in un modo per me molto fastidioso, commentando un abito, un gioiello, il tipo di occhiali, dandomi l'impressione di ‘valutarmi’ e al contempo di ‘usarmi per esserci’. Racconta di essere cresciuta in una casa priva di ‘atmosfera materna’ (ha seguito lei gli studi del fratello, preparava lei i pasti) ma, anche, di ‘polso paterno’, viziaticissima ma estremamente condizionata da alcune imposizioni della mamma: guai, ad esempio, usare mezzi pubblici o toilettes di bar o ristoranti. Non percepisce stipendio per il lavoro, ma i genitori hanno sostenuto le spese per l'acquisto e la ristrutturazione della casa in cui vive, adiacente a quella dei genitori. Il marito appartiene a una prestigiosa e facoltosa famiglia, con la quale X. è invischiata in rapporti di competizione, confronto, invidia, in particolare con una cognata, già madre di una bambina. Il marito, è uomo rigido, a sua volta dipendente dalla famiglia di origine³⁶, solitario, con il quale ci sono scarsi e problematici rapporti sessuali. Lei, al momento dell'intake, ne dipende completamente per gli spostamenti ma, al contempo, lo ha costantemente ‘sotto controllo’. Mi chiede, a pochi mesi di avvio della terapia, se potrebbe avere un colloquio con me. Accetto, purché in sua presenza e in un momento non coincidente con una sua seduta. Egli si mostra collaborativo, possiamo lavorare su una sua ‘mentalità’ (Bion) da ‘banda omosessuale’ (Meltzer, Harris, 1983) di cui X. l'ha privato, obbligandolo a staccarsi dalla sua vecchia compagnia di soli maschi. Emerge in questo colloquio una X. ‘comandona’, che spesso lo priva della possibilità di ‘fare il maschio’ e di suoi spazi privati (per esempio, la pesca). Al contempo, può però anche risultare un ‘isolamento’ di marca autistica con valenze ostili nei confronti di X.: il suo giocare per ore al computer o al game-boy o lo stare per ore davanti alla televisione. Dopo tale colloquio, X. accetterà di passare dalla poltrona al lettino (uso peraltro a lungo controverso) e potremo lavorare in modo più esplicito sul suo ‘governare’ mediante dipendenza (nello stile della dialettica hegeliana servo/padrone) il suo compagno, che nei fatti, intanto, ha ripreso a coltivare l'hobby della pesca e a difendere con fermezza il proprio diritto a tempi, spazi e decisioni personali. Riprenderanno anche sporadici ma più frequenti rapporti sessuali e, soprattutto, X. ricomincia a spostarsi (con distanze via via più ampie³⁷) in macchina da sola. Si apre intanto in analisi un approfondimento delle problematiche connesse al rapporto con la madre, con la quale ‘bisticcia’ sempre più spesso per più ragioni, rifiutandone i diktat: “*non dire questo alla tale zia, non usare quella giacca con la talaltra zia, ma perché ti fai fare la fattura, è umiliante far sapere al commercialista che fai analisi*”. A un anno di distanza dall'avvio dell'analisi, accetto che venga a un colloquio con la madre. Sarebbe troppo lungo entrare nei dettagli della descrizione di questa persona, allontanata da casa a nove anni, unica in tutto il paese, per farle continuare gli studi in città, ‘usata’ dai propri genitori in funzione di un salto sociale. Quello che mi interessa qui sottolineare è il modo in cui X. commenterà il colloquio: “*Non le chiederò più di portare qui qualcuno, perché ho capito che queste cose le devo cambiare io, non lei per me. Le devo cambiare dentro, non fuori, ma se lei non avesse accettato (come ha accettato che ci mettessi dei mesi a usare il lettino) io non avrei sentito spazio per me, per le mie esigenze.... mia madre non ha mai avuto spazio per me, per noi, ma l'ho capito ieri qui, quando s'è messa a piangere per essere stata mandata in collegio così piccola, se non c'era spazio per lei come poteva imparare a darlo a noi, a me e a mio fratello? Sono grata a mia*

³⁶ Lavora con il padre e il fratello, con i quali gestisce un'attività libero professionale.

³⁷ Ricordandomi il modo in cui i cuccioli, anche dell'uomo, nella conquista dell'autonomia si allontanano dalla madre a cerchi concentrici sempre più ampi.

*madre di aver detto cose che non aveva mai detto a nessuno*³⁸, *che se non fosse stato possibile farla venire si sarebbe tenuta dentro per sempre*".

Si avvia una apertura verso l'intrapsichico e il mentale che il concreto aver fatto posto a figure concrete del mondo esterno ha reso possibile evidenziare e (come nel seminario di discussione dell'Infant Observation) osservare assieme. Anche il marito e la mamma di X. sono stati validi 'colleghi' del lavoro analitico, permettendo di osservare assieme elementi importanti della sua storia.

Nel tipo di approccio che propongo ciò che va sottolineato e difeso è il valore del setting (ad esempio l'uso del lettino, l'uso di sedute 'extra' e non nello stesso orario di quelle del paziente, il fermo rifiuto di assumere in trattamento anche parenti/amici), che permette ai pazienti di fare esperienza di un contenitore, indeformabile ma non persecutoriamente rigido, anzi, 'su misura', personale e non 'anonimo'.

Y. è una bella donna (mi verrebbe da dire 'ragazza') di trentacinque anni, anche lei ancora invischiata in relazioni di dipendenza dalla famiglia di origine, nella quale tuttora vive e da cui dipende professionalmente ed economicamente (gestiscono un'attività commerciale). È secondogenita, la sorella maggiore è sposata e madre di due bambini, a sua volta però è più in contatto con la famiglia d'origine che con la propria. Y. chiede il trattamento dopo l'ultimo fallimento dell'ennesima improbabile storia d'amore; è seriamente depressa e – mi pare – ad alto rischio suicidiario. Ha un rapporto di particolare intensità con la madre, descrive una vita sessuale precoce (a 14 anni il primo rapporto) e promiscua, con uomini e, sporadicamente, con una donna, con cui ha stabilito l'unico legame duraturo³⁹. Di lei dice che, se fosse un uomo, la sposerebbe. Non accetta il cuscino che c'è sul mio lettino, ne porta uno da casa (fornito di federa) che usa lei sola. Descrive un comportamento che ha caratterizzato tutta l'infanzia e la prima adolescenza: per addormentarsi, doveva succhiare il dito e contemporaneamente strofinare tra il pollice e l'indice dell'altra mano un pezzetto di stoffa liscio e morbido con cui sfiorare contemporaneamente la guancia.

Ha provato due volte, con due uomini diversi, a lasciare la famiglia d'origine, "*ma ogni volta - dice -, con gran soddisfazione di mia madre, me ne sono tornata a casa con la coda tra le gambe*".

Veste in modo molto vistoso ma privo di continuità: se neveca, arriva vestita da rambo; altre volte, è in gonna lunga molto Lou von Salomé, oppure ha minigonne mozzafiato o jeans rosa super decorati e accessoriati. È 'lontana', come remota in un mondo o di 'fiaba' (in cui lei è, con le sue parole, la "*principessa*") o – nel mio controtransfert – di 'incubo', in un'area grigia, fredda, di vuoto assoluto e di solitudine estrema. A fronte di un'apparenza di disinvoltura e autonomia, racconta di non essere mai stata da sola in un negozio, in un bar, tanto meno in un albergo, può fare queste cose solo se accompagnata. Nel primo sogno che porta in analisi è violentata, a turno e ripetutamente, dal padre e dalla nonna paterna. Dice che da adolescente si masturbava a lungo fantasticando episodi di questo tipo con gli stessi protagonisti. Mi avverte che, non facendocela a arrivare alle sedute da sola, potrebbe, in assenza di altri accompagnatori (in genere il suo fidanzato del periodo o la sua 'amica') portare con sé il suo cagnolino. Effettivamente, a due mesi circa dall'inizio, è con lui che arriva, mettendolo con sé sul lettino. Questi però non è a suo agio e mostra di voler scendere. Le dico di lasciarlo pure andare. Appena a terra, il cane fa il giro della stanza annusandola, poi si ferma in piedi a metà tra la mia poltrona e il lettino, guardando ora Y. ora me con aria 'perplexa', senza decidersi a sedersi. Y. commenta ridendo, guardandolo: "*Sembra strano anche a te parlarsi in questo modo, vero?*", e scoppiamo a ridere assieme. A un certo punto, si sentono dei passi nel corridoio esterno. Il cane, allarmatissimo, corre all'uscio e ringhia sottovoce, mentre Y. gli dice di stare tranquillo, che non c'è problema. Quando torna il silenzio, il cane si allontana dalla porta e viene a stendersi ai miei piedi, sotto le mie gambe, acciambellandosi sul tappeto con il muso rivolto

³⁸ Disse piangendo: "*ho sempre odiato mia madre per avermi esiliata, ma era per il mio bene, come potevo dire a qualcuno che la odiavo?*"

³⁹ Non è mai stata senza un uomo, ciascuno sostituito continuamente da un nuovo fidanzato.

verso la sua padrona. Non sarà l'unica volta in cui Y. verrà in compagnia del suo cane, ora però può arrivare alle sedute anche senza accompagnatori, ed è la prima 'cosa' che fa da sola.

In che modo mi è stato 'collega' il suo cane? Io credo mostrando a Y. che era in un luogo "heimlich", contemporaneamente 'casa-non casa', dove il 'perturbante' del setting analitico, da lui per primo individuato come 'anomalo' con quel suo guardarci perplesso, era proprio ciò di cui ci si poteva fidare, sottolineando la funzionalità della dissimmetria della relazione: è ai piedi dell'analista che il cane prende infine posizione. Y. forse ha avuto bisogno mediante il suo cane di esplorare la mia disponibilità di fare/dare posto alle sue parti più arcaiche e animalesche, le quali, a loro volta, hanno, anch'esse mediante di lui, potuto riconoscermi il ruolo e la funzione di skipper, cui affidarsi per affrontare l'ignoto che il perturbante viaggio analitico comporta.

E' mia impressione che gli 'accompagnatori concreti' che possono partecipare al lavoro clinico con i pazienti aiutino l'analista a 'ascoltare/incontrare' qualcosa che il paziente stesso non è ancora pronto (Anzieu, 1968) a (ma è sul punto di) dire/fare, perfino come quando (come nel caso di V.) il paziente è un bambino piccolo: V. era 'già', almeno potenzialmente, il 'cavallino' che la mamma aveva intravisto oltre il suo floscio ricadere in sé.

Inoltre, la possibilità di conciliare (all'inizio concretamente) la relazione con l'analista con le sue relazioni contingenti e 'storiche', oltre a 'rassicurare' il paziente sui rischi suscitati dal 'conflitto di lealtà', apre ulteriori spazi di pensabilità, imprevisi fino ad allora in ambiti in cui l'imponenza dei processi di fusione/confusione e l'importanza delle identificazioni mimetico-adesive (Bick, 1975), del gliscro-carico (Bleger, 1967) e della posizione autistico-contigua (Ogden, 1992) non avevano consentito l'apertura a un vertice 'terzo'.

In occasioni in cui il 'concreto' sembra dover 'traumaticamente'⁴⁰ invadere lo spazio analitico, *"l'analista viene inconsciamente richiesto di sperimentare una situazione (...) senza sapere in anticipo dove porterà" (...) La controversia perenne, se sì o no l'analista debba lavorare con i genitori del bambino assume qui una importanza particolare. (...) La tolleranza ad essere usati come un oggetto (Winnicott, 1969) e, come tale scosso, è essenziale."* (Badoni, 2002).

Se è senz'altro nostro compito favorire aperture di varchi verso orizzonti di libertà, è, come ho tentato qui di mostrare, anche possibile che il 'personaggio' introdotto in seduta possa aiutare l'analista a "apprendere dall'esperienza" (Bion) come rispondere in modo autenticamente rispettoso dei bisogni di 'quel' paziente in 'quel' momento specifico della sua analisi e della sua vita.

Penso in quest'accezione allo straordinario potere formativo dell'Infant Observation, e mi piace avviarmi alla conclusione con uno stralcio della mia personale esperienza in questo campo.

Scrivono Vallino e Macciò (2004): *"Un neonato di 25 giorni, Claudio, ha dovuto lasciare il seno perché la madre non ha avuto la montata latte, L'Osservatrice racconta: entro in cucina dove c'è la culla in cui Claudio strilla e piange. La mamma commenta che ha appena finito il biberon. Dunque Claudio ha finito la poppata e è stato messo nella culla, ma per qualche motivo non è soddisfatto e piange: forse non vuol essere lasciato solo ma abbracciato? forse ha mal di pancia o altro disturbo? (...) Sempre più disperato, Claudio si inarca, spingendo indietro la testa e cerca di voltarsi verso il seno annaspando con le mani nell'aria. La mamma volta leggermente il bambino verso di sé, egli strofina il volto sul seno della mamma e lentamente smette di piangere. Adesso gli unici movimenti sono questi. La signora se ne accorge e commenta: «tu vuoi le tette della mamma, eh?»*

Claudio potrebbe avere ancora fame, ma la madre giudica che no. (...) Il suo appare chiaramente un pianto di desiderio. (...) Abbiamo in Claudio (...) un'idea che addirittura si fa azione a soli 25 giorni di vita (...) E' troppo ardito arguire che Claudio cerca di realizzare anche un tipo di azione volta a modificare la realtà? L'azione per Freud deve essere presente perché una rappresentazione mentale possa veramente essere definita 'processo di pensiero'⁴¹."

⁴⁰ Un 'trauma' innanzitutto per noi analisti, in quanto altera il 'salvagente'- setting.

⁴¹ La capacità di Claudio di cercare il seno velato dal vestito è in accordo con i primi studi dei Gibson, da cui risulta che già nei primi tre mesi il bambino è in possesso di un sistema percettivo unificato che gli consente di estrarre invarianti astratte da canali sensoriali diversi.

Gli autori sottolineano che si possa ipotizzare già nei primissimi giorni di vita un “pensiero preverbale” (Scotto di Fasano, 2003). A me preme sottolineare come sia stata la madre a permettere loro tale ipotesi.

30 dicembre 2012

Curare il bambino curando i genitori / curare i genitori curando il bambino.

Valdimiro Pellicanò

Sollecitato dai vari interventi, vorrei proporre alcune mie riflessioni (in forma di bozza, eventualmente da sviluppare) sulla cura con la psicoanalisi infantile.

In particolare mi vorrei soffermare su alcuni aspetti della cura di cui si parla poco, ma che credo molti analisti di bambini praticano (specie con le patologie gravi) e che spesso si rivelano decisivi per la continuità del trattamento e per l'evoluzione della cura.

Mi limiterò ad breve commento, insistendo per lo più sugli effetti terapeutici che il prendersi in carico le problematiche del bambino e (separatamente) dei genitori, può avere per l'evoluzione clinica e per ampliare gli spazi individuali di ognuno dei partecipanti al trattamento.

Nell'organizzare il setting, quando s'inizia il trattamento di un bambino (specie in quelle situazioni cliniche in cui non è possibile procedere con un'analisi del bambino a 4 sedute settimanali), ritengo che sia molto importante prevedere uno spazio per i genitori (che possono essere seguiti da un collega esperto di coppia o dallo stesso analista del bambino, se è anche esperto di trattamento di coppia).

Dalla mia esperienza clinica coinvolgere i genitori nel trattamento del figlio, organizzando per loro un setting separato, può costituire un fattore terapeutico aggiuntivo al trattamento individuale poiché permette:

1) Di ridurre le influenze (spesso agite attraverso proiezioni massicce di elementi beta) che genitori disturbati hanno nel mantenere e, spesso aggravare la patologia del piccolo paziente (a questo proposito ricordo un trattamento, da me seguito, dei genitori di un bambino con alopecia, seguito da una collega, che a causa di violentissimi litigi in seduta riuscivano a indurre in me nel controtransfert un vero e proprio blocco del pensiero. In questo caso il contenimento e l'elaborazione di questi stati emotivi “bruti” dei genitori si è rivelato fattore importante per un'evoluzione favorevole del trattamento).

Il lavoro con la coppia genitoriale, oltre a ridurre le proiezioni sul figlio, può intervenire sul circolo vizioso della “coazione a ripetere”, che nelle dinamiche di coppia (o familiare) è particolarmente presente, e favorire lo sviluppo di un circolo virtuoso. Intervenire sulla patologia della coppia ovviamente aiuta il nostro piccolo paziente a liberarsi da aspettative e richieste dei genitori (il paziente designato) che lo ostacolano nello sviluppo e nella crescita.

2) Seguire contemporaneamente la coppia dei genitori e il bambino⁴² (NOTA 1) (con setting separati) può servire per ridurre quelle interferenze, che spesso i familiari agiscono sul trattamento del bambino. L'analista, inoltre, può diventare per i genitori un “oggetto familiare”, specie se li aiuta a comprendere il significato, anche comunicativo, di certi comportamenti “folli” del loro

⁴² In Pellicanò V. (a cura di) (2012) illustro il caso di un bambino con patologia autistica e simbiotica (da me seguito con 2 sedute settimanali per 8 anni); vi sottolineo come sia stato fondamentale, per l'evoluzione del trattamento, seguire anche i genitori una volta al mese (anche loro per 8 anni).

bambino. Sempre di più si fa strada in me la convinzione che se riusciamo, parallelamente all'intervento sul bambino, a modificare l'ambiente in cui vive, possiamo aiutarlo a impegnare meno energie per contrastare le interferenze genitoriali, energie che può impegnare per il cambiamento e la crescita.

3) Il lavoro terapeutico sul bambino solleva i genitori da angosce molte profonde di danneggiamento e favorisce le loro tendenze riparative, che possono essere sbloccate anche dal trattamento di coppia.

Per ora mi fermo qui, sperando di poter sviluppare ulteriormente queste mie considerazioni, sollecitato anche dagli interventi dei colleghi.

31 dicembre 2012

E perché non psicoanalisi della Coppia?

Cristina Ricciardi

Ero al supermercato venerdì pomeriggio e mentre osservavo i datteri freschi da comprare, mi sento chiamare con tono gioioso: "Dott.ssa che piacere incontrarla! Noi le siamo sempre grati, Lei ci ha cambiato la vita" Piacevolmente sorpresa saluto con partecipazione la coppia nel mentre, ridimensionando, dico che è stato solo merito della loro disponibilità a mettersi in discussione come coppia a favorire la trasformazione del loro rapporto, io li avevo solo accompagnati nel percorso. Mi riferiscono del piacere e della serenità del loro rapporto, del cambiamento di lavoro del marito, che mi invita tra l'altro a partecipare ad un evento che sta organizzando sui disturbi del comportamento – è dipendente di una casa farmaceutica-. Intanto vengo a sapere che il figlio che aveva promosso la loro terapia di coppia sta per laurearsi brillantemente e talora impreca contro chi voleva relegarlo all'insegnamento di sostegno.

Sono passati più di dieci anni dall'ultima seduta, allorché concordemente concludemmo la loro psicoterapia psicoanalitica di coppia.

Erano venuti su sollecitazione della loro pediatra, allora allieva in un Corso di psicoterapia psicoanalitica dell'età evolutiva, preoccupata in quanto per il figlio di circa sei anni era stato ipotizzato ipodotazione intellettiva e marcata instabilità psicomotoria – si definirebbe oggi ADHD – e sollecitato un insegnamento di sostegno e, come terapia, sedute di psicomotricità. Alla consultazione parallela con una collega che si occupava del bambino (sia la coppia che il bambino erano visti contemporaneamente in 'setting parallelo' nello stesso studio e in stanze diverse) emersero significative problematiche di coppia e la loro ricaduta sulla vita psichica del bambino. La loro relazione risentiva di una reciproca bassa stima e fiducia, retaggio di problematiche personali vissute nel rapporto coi propri ambienti significativi. Allora emerse come la signora non si era mai sentita valorizzata dal proprio ambiente familiare al punto da essere indotta ad acting che avevano condizionato la propria vita e comportato rinunce gravide di frustranti conseguenze; il marito risentiva della difficoltà a superare le conseguenze della svalutazione della famiglia della moglie connesse alla sua estrazione e condizione sociale più bassa, che finivano per minare la propria autostima. Ne risultava una situazione depressiva che sollecitava fra loro aggressività e rivendicazioni appena riconosciute. Massicce proiezioni reciproche nutrivano una collusione di coppia che rendeva la loro vita coniugale al limite del tollerabile, nel mentre il tutto era ben mascherato da comportamento convenzionale e scarsamente mobile sul piano affettivo.

Il bambino evidenziava un apparato difensivo assestato prevalentemente sulla scissione e una tendenza all'identificazione con l'aggressore che ostacolavano un'adeguata partecipazione alla vita familiare e sociale ed il naturale dispiegamento delle sue pur consistenti potenzialità intellettive e creative.

Fu data indicazione di psicoterapia della coppia e di psicoterapia psicoanalitica per il bambino con cadenza trisettimanale entrambe accettate e condotte a termine.

Ho preso stimolo da questo episodio capitato ad hoc per decidermi in coda al dibattito ad intervenire brevemente e sottolineare un punto che mi sembra degno di rilievo.

Siamo solitamente tutti abbastanza concordi sul fatto che quando siamo impegnati nelle consultazioni per bambini bisogna dare molto spazio ai genitori per aiutarli a comprendere le difficoltà dei figli e prevederne l'ascolto in quanto, per dirlo con le parole di Marta Badoni (2002): *“Sappiamo che la richiesta di analisi di un bambino si innesta sempre su una sofferenza familiare, più o meno visibile, più o meno tollerabile, e che l'analista di bambini deve potere aprirsi un varco in questa sofferenza e essere capace di trasmettere ai genitori, gradualmente, il senso della propria riflessione e del proprio lavoro”*.

Eguale condividiamo la realtà che il lavoro coi genitori è mirato a promuovere e mantenere nel tempo la loro alleanza con la terapia dei figli così come la stessa M. Badoni sostiene e come in questo dibattito ha sottolineato efficacemente Paola Marion.

Gemma Trapanese ha introdotto il tema della famiglia e tra le righe, neppure poi tanto, quello della coppia. Mi sembra utile far risaltare come in ogni consultazione per un bambino o un adolescente fin dall'inizio i genitori non vanno considerati solo per la loro funzione genitoriale, ma anche per la loro realtà di essere una coppia coniugale. Tensioni abbastanza significative e problematiche inerenti il loro rapporto di coppia sulla base di una collusione patologica, inficiano spesso clandestinamente la loro vita personale e, ricadendo sui figli, possono nel tempo minare la loro vita psichica. E' allora una questione di assetto mentale dell'analista: risulta sempre proficuo se esso è predisposto fin dalla prima seduta all'ascolto della dinamica di coppia per poter poi valutare fin dall'inizio l'eventualità di una indicazione di terapia psicoanalitica della coppia. Tale ascolto va ancora più affinato nei casi in cui i figli non presentino una sintomatologia catastrofica palese, tipo l'autismo, bensì una sintomatologia che sembra salvaguardare alcune aree psichiche e lascia abbastanza mascherati screzi di struttura, come pure rischia di restare mascherata e sommersa la dinamica patologica di coppia.

Fin dal 1977, la frequenza dei seminari di coppia condotti da Andreas Giannakoulas (cfr. Giannakoulas & Giannotti, 1984), che ha contribuito, fra i primi, ad introdurre in Italia la terapia psicoanalitica di Coppia dall'inizio degli anni settanta, mi ha sollecitato all'ascolto della dinamica e psicopatologia della coppia.

“Quando - scrivevamo ne ‘Il dialogo fantasie-sintomi tra teoria e clinica’ (Ricciardi & Sapio, 1991) - nel nostro lavoro affrontiamo coi genitori la sintomatologia presentata dai bambini, rileviamo di frequente una loro naturale reazione che ci richiama le pagine di Freud sul ‘Il Perturbante’ (1919). Tale reazione affiora nel momento in cui fa capolino nella loro mente l'idea, accettata o meno, che la patologia del figlio può avere una qualche relazione con loro stessi, col loro mondo interno, e si accompagna ad espressioni del tipo: ‘Possibile che c'entriamo noi nei suoi disturbi?’; ‘Certo pure io ero così, e mia moglie non mi tollera, ma che c'entra il Bambino?’ Laddove è sospesa la parola, è eloquente la mimica, quando si tradisce in espressioni smarrite, sgomenta, o assorta ed affascinata.”

“Il perturbante - dice Freud - è quella sorta di spaventoso che risale a ciò che ci è familiare... qualcosa in cui non ci si raccapezza”, “che avrebbe dovuto rimanere nascosto e invece è riaffiorato”. “Esso si verifica quando complessi infantili rimossi sono richiamati da una impressione”. Questi sono momenti tipici, fra tanti altri, che attivano in noi l'ascolto alla dinamica di coppia e sollecitano a riflettere su quale indicazione dare: terapia del bambino? Del bambino e dei genitori? Solo dei genitori? (vedi per esempio tra tanti: “La terapia senza paziente”. Paola Carbone, 1992). Chiara indicazione di psicoterapia di coppia? Quest'ultima indicazione è spesso

gravida di tante difficoltà, prima fra tutte la resistenza dei genitori a porsi come soggetti-pazienti. Il decollo della stessa terapia, nel senso che essa venga accettata come propria terapia di coppia e non come appoggio a quella del figlio, richiede una cura e modulazione molto attenta e un tempo non definibile e peculiare per ogni coppia.

Nel privilegiare l'ottica della coniugalità rispetto a quello dei genitorialità, ovviamente ci si ritroverà a lavorare, con la coppia, su quanto impedisce loro la realizzazione del diritto al loro piacere, contraltare del diritto del bambino e/o adolescente alla conquista di una dimensione personale di vita e di identità; a riconoscere alla coppia il diritto a trovare o ritrovare il piacere di essere coppia, per potersi nutrire di quote narcisistiche che poi alimenteranno anche il rapporto coi figli, e contribuiranno a ridurre il troppo pretendere da loro o a rafforzare una fiducia ed amore in loro stessi che saranno la base per predisporre un assetto genitoriale non troppo devastato dalle delusioni delle aspettative.

2 gennaio 2013

Gioco e “enactment” nella psicoanalisi dei bambini⁴³

Maria del Rosario Sánchez Grillo

msanchezg@fibertel.com.ar

(Psicoanalista con funzione didattica della APdeBA, Professore ordinario di Psicopatologia Infantile Giovanile e Diagnosi e trattamento di Bambini e Adolescenti nella Facoltà di Psicologia dell'Università del Salvatore, Buenos Aires, Argentina).

“ ... quello che leggeremo è un elogio
della capacità di giocare ...” J. B. Pontalis
(Prologo a *Gioco e realtà* di D. W. Winnicott)

Introduzione

In questo lavoro imposto il discorso intorno al concetto di “enactment”, che sempre più ha guadagnato terreno negli ultimi anni, specialmente nella psicoanalisi anglosassone.

In primo luogo, analizzo l'etimologia, la storia e la “moda” di questo concetto, che si incontra alla intersezione di una triplice frontiera teorica, tra i concetti di transfert – controtransfert; pensiero – azione; regola fondamentale – regola dell'astinenza.

Un frammento di materiale clinico della psicoanalisi di un bambino ci dà conto, anche, della sua potenziale apertura e connessione con altri concetti, come quello della interpretazione mutativa e dell'insight, con particolare riferimento al concetto di “Gioco” (“playing”) in Winnicott e la relazione di quest'ultimo con quello di “Processo” in André Green.

In conclusione, si imposta l'appartenenza di questa categoria concettuale come distinta e specifica in rapporto con le altre categorie dell'azione in Psicoanalisi e si propone, per il dibattito, una definizione di “enactment”.

Il concetto di “enactment”: sulla sua etimologia.

⁴³ Questo lavoro è una versione leggermente modificata di quello presentato nel XXIV° Congresso Latinoamericano di Psicoanalisi, “Permanenze e cambi nella esperienza psicoanalitica” (Montevideo, settembre 2002) e pubblicato in “Psicoanalysis”, la Rivista de la Asociacion Psicanalitica de Buenos Aires (APdeBA), anno 2004, la quale mantiene il Copyright.

Il termine enactment, che sembra ingrossare le fila di quelli che sono stati ammessi nel linguaggio psicoanalitico – come insight, holding, acting out -, ha nella sua lingua d'origine un duplice significato (cfr. Webster's New Collegiate Dictionary 1981). Il primo significato è - per il verbo "to enact" - "deliberare tramite un atto legislativo" e - per il sostantivo "enactment" - è l'atto di tale deliberare. Il secondo significato è "agire e rappresentare un ruolo", il che è chiaramente connesso col teatro, col "play" (opera teatrale). Anche se il termine è entrato nel lessico psicoanalitico grazie al suo secondo significato, anche il suo primo significato ha giocato una parte.

Così, esso condensa il doppio significato di una messa in scena che promulga una legge o, ancor meglio, che stabilisce un nuovo ordine. Di conseguenza, questo concetto di teoria della tecnica introduce una svolta più o meno radicale, ma pur sempre sorprendente, nella situazione clinica analitica.

Perciò, preferisco usare "enactment" invece di tradurlo, giacché la sua traduzione ("portare all'azione?", "passaggio all'atto?", "attualizzazione?") sarebbe impoverita rispetto alla ricchezza veicolata dal termine originale.

Un altro aspetto interessante del termine "enactment" è segnalato da James McLaughlin (1991) nel suo lavoro "Clinical and Theoretical Aspects of Enactment", in cui nota che esso è entrato nel vocabolario psicoanalitico senza che prestassimo attenzione a ciò che esso significasse per gli psicoanalisti. D'altra parte, egli mette in evidenza il triplo rinforzo del verbo "to act" veicolato, innanzitutto, dalla sua struttura come parola trisillaba compatta, in secondo luogo dal prefisso "en" che aggiunge al significato di "acting" il senso di forzare e condurre all'agire, e, in terzo luogo, dal suffisso "ment" che sottolinea i diversi significati veicolati dal termine "act" come sostantivo.

Così il termine "enactment", prima di diventare parte del vocabolario tecnico della psicoanalisi, "suggerisce l'idea di un'azione il cui proposito è diretto ad avere un impatto o un'influenza su altri nel campo dell'azione" ("re-azione"). Egli aggiunge che questa idea diventa ancora più forte se consideriamo il termine "act" nel "senso di rappresentazione teatrale, gioco di ruolo, simulazione o dissimulazione". Potremmo ancora aggiungere: indurre un altro nel campo della "rappresentazione".

Da questo punto di vista, incontriamo una delle frontiere teoriche del concetto di "enactment": il concetto di "acting out".

Il concetto di "enactment": la sua storia.

C'è una generale convergenza tra gli autori nel considerare il lavoro del 1976 di Joseph Sandler "Countertransference and Role Responsiveness" come l'atto di nascita del concetto di enactment.

In questo lavoro, Sandler sottolinea il valore positivo che Paula Heimann (1950) attribuì al controtransfert, nel senso di considerare che le reazioni emotive dello psicoanalista possono costituire segnali assai utili per comprendere i processi psichici nel paziente. Sandler utilizza il verbo "to enact" ed il sostantivo "attualizzazione", col significato di "rendere reale nel presente; una realizzazione in un'azione o in un fatto". Secondo Sandler, "molto spesso una risposta irrazionale dell'analista, che la sua coscienza professionale gli fa considerare solo come una 'macchia cieca', può a volte essere utilmente considerata una formazione di compromesso fra le sue personali tendenze e l'accettazione del ruolo che il paziente gli sta imponendo"⁴⁴.

Vi è inoltre convergenza nel considerare Betty Joseph colei che – da Londra - accolse e fece crescere il concetto di enactment. Nel suo già classico lavoro "Transfert: la situazione totale" (1985), formalizza i concetti che già stavano in germe nei suoi primi lavori (1960). La Joseph torna esplicitamente sul concetto in un suo articolo non pubblicato scritto nel 1998, "From acting out to enactment".

Nell'introduzione al libro *Enactment: Toward a New Approach to the Therapeutic Relationship* (1998), Steven Ellman e Michael Moskowitz (che ne sono i curatori), riferiscono che alcuni

⁴⁴ N.d.T.: Riprendiamo la traduzione di questo brano dell'articolo di Sandler da Albarella, C. & Donadio, M. (a cura di) (1986), 194.

accreditano Morris Eagle di essere stato colui che ha introdotto il sostantivo “enactment”, mentre altri considerano come precursori Jacobs e McLaughlin.

McLaughlin (1991) afferma che la parola “enactment” “non è rintracciabile negli indici di tre riviste (*The Journal of the American Psychoanalytic Association, International Journal of Psychoanalysis, and The Psychoanalytic Quarterly*) fino al 1986”, e nota che il primo riferimento al concetto nel titolo stesso fu nell’articolo di Jacobs (1986), “On Countertransference Enactments”.

Così, possiamo notare che un’altra frontiera teorica del concetto di enactment è costituita dal transfert e controtransfert e dalla relazione tra loro.

Il concetto di “enactment”: la sua “moda”.

Il concetto di “enactment” venne rapidamente adottato tra gli psicoanalisti inglesi e americani; senza annoiare il lettore, segnalerò sommariamente alcuni passaggi nel suo sviluppo:

- Nel 1992 si tenne a Philadelphia un Panel dal titolo “Enactment, a closer look: clinical and theoretical aspects”; i lavori lì presentati vennero poi pubblicati (in Ellman & Moskowitz, 1998). Fra di essi si può menzionare “Enactment: What is It and Whose is It?” di Harriet Basseches e “Is Enactment a Useful Concept?” di Paula Ellman.

- In una sessione plenaria del 38° Congresso IPA, tenutosi ad Amsterdam nel 1993, André Green e Leonardo Wender discussero il lavoro presentato da Theodore Jacobs (1993) “The Inner Experiences of the Analyst: Their Contribution to the Analytic Process”.

Mi riferisco qui ad alcuni passaggi dei loro interventi:

André Green (1993): “Il modo in cui il mio paziente influenza i miei processi mentali ha a che fare con le rappresentazioni di ogni genere che egli induce in me. Le mie interpretazioni lo influenzano tramite le rappresentazioni che attivano in lui. In una seduta analitica non vi è posto per atti, né da parte dell’analizzando, né da parte dell’analista”.

Leonardo Wender (1993): “La mia opinione è che ‘la mente dell’analista’ sia tale soltanto perché egli è coinvolto in un’interazione reciproca col paziente; al di fuori di ciò, ‘la mente dell’analista’ cessa di esserci e diventa soltanto ‘la mente di un analista’”.

- Citerò solo due lavori, quasi paradigmatici, di autori inglesi, apparsi nel International Journal Web site nel 1998 : “Thick- and Thin-Skinned Organisations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders” di Anthony Bateman e “Getting in on the act: The hysterical solution”, di Ronald Britton.

- Il *Journal of Clinical Psychoanalysis* del 1999 pubblica la sintesi del panel “Enactment: An Open Panel Discussion IPTAR” (1997). Al parteciparono psicoanalisti noti e interessati a questo tema controverso come Judith F. Chused, Steven Ellman, Arnold Rothstein e Owen Renik.

- Nel Congresso IPA, tenutosi a Nizza nel 2001, si tenne un Panel su Acting Out and/or Enactment’ (Levinson, 2003) in cui i relatori erano Maria Ponsi, di Firenze; Paula Ellman e Nancy Goodman (USA) e Gigliola Fornari Spoto (Londra).

Maria Ponsi affrontò l’argomento ponendo la domanda: “Questi concetti hanno una collocazione distinta oppure uno dei due termini è preferito a detrimento dell’altro?”.

Ellman e Goodman sostennero che questi enactments, “una volta identificati in una configurazione transfert/controtransfert, costituiscono un nuovo accesso all’inconscio ed a un processo di simbolizzazione”.

Fornari Spoto sostenne che “l’enactment occupa uno spazio intermedio tra il cognitivo e l’esperienziale, fra il pensiero simbolico e la concretezza delle azioni, e tra controtransfert e transfert”.

- Potremmo a questo punto chiederci perché, nonostante che il concetto di enactment sia stato assimilato nella cultura psicoanalitica internazionale, esso non sia stato accolto fra gli psicoanalisti di Buenos Aires con la stessa facilità con la quale si è diffuso tra gli psicoanalisti che parlano inglese.

Qualche indizio ce lo dà il lavoro di Manuel Gálvez “Acting out e enactment, concetti o slogans?” presentato nel Simposio Interno dell’APdeBA nel novembre del 2001. Gálvez si chiede: “Il concetto di enactment è una categorizzazione dell’azione nella pratica clinica che rimpiazza il concetto di acting out? Sono concetti fra di loro complementari? Oppure entrambi i termini costituiscono slogan usati da diverse masse di psicoanalisti identificati positivamente o negativamente con i loro ‘morti idealizzati?’”

Forse potrebbe esser stato difficile, ed anche inutile, scoprire un significato speciale in un concetto tanto imparentato con quelli del transfert, controtransfert e acting out per psicoanalisti formati con Racker, Grinberg e Liberman.

Il lavoro citato di Manuel Gálvez, insieme a quello presentato dallo stesso nel panel su Modificazioni e/o progressi, nel Congresso FEPAL (Gramado, 2000), costituiscono una valida introduzione del concetto di enactment nel nostro spazio, aprendo la possibilità di discussione nell’ambito della teoria della tecnica.

Sulla stessa linea, all’interno dell’ambito latinoamericano, incontriamo due lavori di Roosevelt M. Smeke Cassorla: “Acute Enactment as a ‘Resource’ in Disclosing a Collusion Between the Analytical Dyad” (2001) e “From bastion to enactment: The ‘non-dream’ in the theatre of analysis” (2005).

Una definizione di enactment

Scelgo, tra le altre, quella di Judith F. Chused in “The Evocative Power of Enactments” (1991):

“Gli enactments sono interazioni simboliche fra analista e paziente che hanno un significato inconscio per *entrambi*. Durante un’analisi, essi sono di solito iniziati dalle azioni del paziente o dalla comunicazione nascosta nelle sue parole. Gli enactments possono anche avere inizio da parte dell’analista, sebbene in questi casi sia spesso la risposta controtransferale dell’analista al materiale del paziente a condurre all’enactment” (Anche in Ellman, S. J. & M. Moskowitz M., 1998, Cap.7, pag.93)

Materiale clinico

In questo paragrafo considererò un frammento del trattamento di Alex, un bambino di 10 anni, all’inizio del secondo anno di analisi.

Il motivo per cui i genitori cercarono la consultazione l’anno precedente fu costituito dai reiterati disturbi del comportamento a scuola, cominciati dopo che i genitori Alex si erano separati. Litigava con i compagni, si burlava di loro o raccontava barzellette inopportune. Gli insegnanti lo descrivevano ansioso ed eccitato. Non rispettava limiti e, in una occasione, affrontò il direttore davanti a tutta la scuola contestandolo in una maniera inadeguata, urlandogli. Il suo rendimento scolastico diminuì notevolmente: gli costava concentrarsi e non terminava i compiti, anche se lo riconoscevano come molto intelligente, abile e rapido.

Basso e paffutello, era sempre stato molto vorace e mostrava i segni dell’obesità. Aveva controllato lo sfintere uretrale per un periodo molto breve: si potrebbe dire che la sua enuresi era primaria. Questi ultimi sintomi non costituivano una preoccupazione principale per i suoi genitori e credo che non mi abbiano consultato se non fosse stato per i problemi scolastici.

Nel periodo che descriverò, i suoi disturbi di comportamento erano relativamente diminuiti, ed il suo rendimento scolastico era migliorato. Ciò nonostante, in nessuno dei due aspetti aveva raggiunto un livello soddisfacente, e sempre trasmetteva la sensazione di trovarsi sul punto di rompere il precario equilibrio raggiunto.

Nel detto periodo, mi chiese che gli comprassi le “figurine dei Pokemon”. Dovevamo giocare con esse durante le sedute, con certe regole che egli diceva di conoscere ma non poteva comunicare completamente, e che non si trovavano scritte “da nessuna parte”. Vinceva sempre lui, e questo gli provocava un grande piacere. Dopo mi svalutava o mi sgridava, oppure mi derideva. Pretendeva che io ricordassi il nome di tutti i Pokemon (più di centocinquanta), le loro trasformazioni, i loro poteri e il loro valore. Quando sembrava che io iniziassi a dominare un tema o comprendere il

meccanismo del gioco, lo modificava o aggiungeva nuovi personaggi, il che mi confondeva ancora una volta. Il suo gioco sembrava diretto ad un solo obiettivo: acquisire il controllo su di me per il piacere del trionfo e del disprezzo. Mi sentivo impotente nel gioco, trattata in modo sadico, e più di una volta ero stata tentata ad abbandonare il gioco. Ciò nonostante qualche intuizione mi stimolava a continuare il gioco. Qualunque interpretazione che mi veniva in mente, mi risultava una intellettualizzazione, e se la formulavo, la rifiutavo o era squalificata. Di conseguenza, mi sentivo anche impotente e squalificata nella mia funzione analitica.

In alcuni momenti, si incaricò di rinforzare la sua superiorità con “tutti frutis” e “ahoreados” dei Pokemones e Digimones. Sembrava tenermi sempre sotto esame e qualche volta mi lodava per i miei progressi nell’apprendere i nomi (così strani per me), comunque sempre per indicare una mia inferiorità rispetto a lui.

Con una certa difficoltà accettai che, forse, qualcosa di quello che faceva con me, entrava in lui e modificava il suo agire a scuola: insegnare ed apprendere erano sinonimi di dominare o essere dominato, e la relazione maestro - alunno poteva rappresentare un equivalente della relazione padrone - schiavo. Forse nelle sue difficoltà con i compagni e le autorità, appariva la sua necessità compulsiva – tossicofilica - di controllare e trionfare sugli altri. Generalmente queste interpretazioni aumentavano le sue resistenze e non mancò un periodo in cui affermo che le sedute avrebbero dovuto essere fatte in inglese – come rinnovato tentativo di cambiare arbitrariamente le regole. Regole di chi e per chi?

In un modo imprevisto, un giorno, approssimativamente dopo quattro mesi di sedute sempre uguali nel fare le stesse cose, mi disse che avremo giocato a scacchi. Ben presto, dopo poche mosse e come risultato di un arrocco, gli dichiarai scacco matto. La prima sensazione che ebbi fu di imbarazzo e sorpresa. Sentivo che si era rotto qualcosa nel gioco tra noi due. Ancora più sorpreso, Alex scoppiò in lacrime sconsolatamente mentre mi diceva: “Non può essere che tu faccia questo ad un bambino. Tu sei una persona grande, sei una psicologa. Come è possibile che fai questo a un povero bambino?”

Che era successo al paffutello prepotente, esperto e vincitore? Alla fine appariva, di fronte a me, ma soprattutto di fronte a lui stesso, il bambino debole, vulnerabile, perdente. Era evidente la sua scarsa tolleranza alla frustrazione. Per la prima volta, per una “giocata” imprevista e spontanea dal mio posto d’analista poterono apparire, nell’ambito del setting, sentimenti di dolore, impotenza e vulnerabilità.

La sua sofferenza si rivelò bruscamente nel momento in cui perse i suoi panni falsi. Dopo esserci ripresi dal primo impatto, rimase abbastanza chiaro per entrambi lo sforzo che Alex doveva compiere per mantenere l’immagine di paffutello vincitore. Una mossa giocata da me lo aveva privato dei suoi panni falsi rivelando, così, le radici dei suoi sintomi scolastici così come la qualità reale e profonda del suo vincolo con l’autorità e con le persone che erano in pieno possesso di abilità che lui non aveva ancora acquisito.

Dopo che Alex andò via, quel giorno, una sensazione di sconcerto mi portò ad analizzare profondamente il mio controtransfert per tentare di capire che cosa era accaduto. Era chiaro che durante molte sedute (mesi) avevamo sostenuto un gioco funzionale a sostenere e a rinforzare l’onnipotenza di Alex. Come si infranse questa situazione? Chi lo fece? Egli come paziente o io come sua analista? ... Forse fu una “mossa” giocata da entrambi. Dopo tutto, era stato lui a chiedermi di cambiare il gioco, un gioco che non conosceva. Perché lo avevo “battuto con tanto accanimento” come lui percepi? Era una vendetta? Un acting out controtransferale? Un mio “passaggio all’atto” come analista? ... Al momento la mia risposta era positiva. Comunque, non era il mio modo abituale di comportarmi né con lui né con gli altri pazienti.

La situazione mi portò alla mia propria infanzia e fece affiorare un ricordo di copertura, dimenticato: quando ero più piccola di alcuni anni rispetto ad Alex, mio padre mi aveva insegnato a giocare a scacchi e, tra le altre cose, a fare arroccchi. Utilizzando questa tattica cominciai a fare scacco matto nelle prime mosse, il che mi portò a vincere partite con altri bambini - miei cugini – che non la conoscevano. Mio padre, preoccupato per il mio comportamento, intervenne dicendomi

qualcosa che io ricordo in questo modo: “L’arocco è una mossa da conoscere per poterla usare in caso di necessità, e se si utilizza appena inizia il gioco, il gioco finisce subito”. Anche se il lettore dilettante è a conoscenza che le cose non stanno necessariamente così, nel mio inconscio le sue parole divennero la “verità”, forse trasmessa da mio padre con l’intenzione disperata di intervenire prima che si scatenasse una scena familiare conflittuale. Quello che è certo è che da allora non utilizzai più l’arocco, e se mi avessero chiesto prima della seduta come si faceva, probabilmente non l’avrei ricordato.

Su “gioco” e “enactment”

In relazione a questo materiale clinico, traccero una terza frontiera teorica per il concetto di “enactment”, costituita dalle “regole del gioco” della situazione analitica: regola fondamentale e associazione libera; regola dell’astinenza e attenzione fluttuante.

Sappiamo che tali “regole” sono necessarie per permettere un certo intendimento tra il linguaggio inconscio e il preconsciouso e che, nel migliore dei casi, mediante l’interpretazione, che non dovrà trascurare le trasgressioni dell’uno e dell’altro membro della coppia analitica, ci permetterà di accedere a un nuovo ordine.

Ma come fare perché dette regole non trasformino la situazione analitica in un “game” e nemmeno in un “play”, se non in un “playing”, che ci permetta di captare i movimenti tra l’analista e l’analizzando?⁴⁵

È nel “playing”, che implica uno spazio e un movimento condiviso, che ha luogo la relazione tra l’analista e il bambino. Anche se tale relazione è più asimmetrica di quella con un paziente adulto, in entrambi i casi l’inconscio dell’analista è raggiunto in un doppio aspetto: come oggetto del transfert del paziente e per la risonanza che il suo gioco (playing)/discorso produce sul passato infantile dell’analista. Le resistenze psicologiche del paziente entrano in combinazione con quelle dell’analista, sebbene permettano al tempo stesso all’analista di connettersi col proprio inconscio in un modo che favorisce la capacità mutativa dell’interpretazione, che riguarda entrambi (Gálvez - Sánchez Grillo, 2000).

Il concetto di enactment ha l’inconveniente di condividere una frontiera tripartita con i concetti confinanti che di per sé implicano un conflitto: transfert e controtransfert, pensiero ed azione, regola fondamentale e regola dell’astinenza.

Sebbene questo inconveniente generi un certo conflitto, esso aggiunge interesse al concetto di enactment per la psicoanalisi, poiché è radicato nella sfera dell’intersoggettività.

Senza dubbio, il “gioco degli affetti”, che conferì al discorso la qualità di “vivo” o “vivente” (A. Green, 1973), costituì un punto di svolta nel trattamento di Alex.

Se pensiamo agli affetti come manifestazioni della pulsione nella vita psichica e al movimento legato all’oggetto analista nel transfert come manifestazione dei movimenti della pulsione verso l’oggetto, possiamo intendere le azioni manifeste nelle rappresentazioni drammatiche o ludiche come una ricerca di rappresentazione simbolica attraverso il linguaggio.

I giochi del bambino, e la varietà di affetti piacevoli e spiacevoli che si producevano sia in lui che nell’analista, realizzarono “arrocamenti” e “mosse” non solo sulla scachiera, ma anche nelle interrelazioni tra i processi primari e secondari di entrambi (processi terziari).

In fin dei conti, fu proprio Alex che, in un determinato momento, diede l’O.K., la luce verde, proponendo un brusco cambiamento da un gioco senza legge a, forse, “il” gioco con le regole per eccellenza (gli scacchi). Fu Alex che, in intima connessione con la sua propria storia, indusse l’analista a fare una “mossa” che consentì, prima dell’interpretazione contenuta in una

⁴⁵ Mi riferisco al prologo di “Gioco e realtà” di D. W. Winnicott, scritto da J. B. Pontalis: “E’ precisamente la sua esperienza personale dell’analisi che stabilisce, in definitiva, la doppia differenza tra game e play da una parte, e play e playing dall’altra. Perché per Winnicott non si tratta unicamente di sfumature linguistiche”

rappresentazione di parola, l'affetto "incarnato", dentro il transfert, del taglio che separa il bimbo dai genitori – il "Re" e la "Regina" -, per la differenza generazionale.

Taglio che, inoltre, introduce un ordine e un'etica tra quelli della stessa generazione: compagni di scuola, fratelli, cugini, "pedine" ("peones"). L'"enactment" sostenuto nella ripetizione produsse un viraggio radicale e una apertura verso l'insight e l'interpretazione mutativa.

In questo senso, "playing" e "enactment" possono essere correlati solo in quanto connessi al valore paradigmatico che Winnicott conferisce al concetto di "playing" (per cui l'intero obiettivo del lavoro analitico è raggiungere la capacità di giocare).

Il concetto di "enactment". Discussione.

Infine propongo la discussione di questi punti in relazione al concetto di "enactment":

1) Se consideriamo l'"enactment" come un concetto che sta sul confine di tre coppie di concetti centrali nella psicoanalisi (transfert – controtransfert; pensiero – azione; regola fondamentale – regola dell'astinenza), ciò implica e giustifica un suo proprio posto come concetto nella teoria? Esso costituirebbe una nuova categoria nella teoria della tecnica psicoanalitica, dimostrandosi differente e specifico in relazione ad altre categorie dell'azione in psicoanalisi (come azione specifica, acting out, atto mancato, ecc.)?

2) Se la risposta fosse positiva, la distinzione e la specificità potremmo concettualizzarle nel seguente modo?:

a) Una rappresentazione nel senso di messa in scena o drammatizzazione, con uno status equivalente a quello del gioco (playing), che si svolge in uno spazio e in un movimento condiviso,

b) durante un periodo più o meno lungo di un processo (non in un unico "acting"),

c) coinvolgendo inconsciamente, mediante induzioni reciproche, sia lo psicoanalista che il paziente

d) nella ricerca di una "rappresentazione" verbale,

e) che generalmente (sebbene non sempre) produce un viraggio radicale nella situazione analitica (interpretazione mutativa, insight) se l'enactment non è smentito e può essere compreso da entrambi.

3) Dal punto di vista delle controversie tecnico-teoriche, non è casuale che questo concetto abbia un'origine inglese: stabilisce punti tra l'intrapsichico (M. Klein e post-kleiniani) e l'intersoggettivo (Winnicott e post winnicottiani), focalizzandosi su quel che succede nello spazio transizionale e nel un processo.

Conclusioni

In primo luogo, questo lavoro analizza l'etimologia, la storia e la "moda" del concetto di "enactment" alla luce della bibliografia anglosassone.

Poi, a partire dal materiale tratto dall'analisi di un bambino, si stabiliscono le frontiere teoriche di questo concetto, che consideriamo riguarda la teoria delle tecnica, tra quelle del transfert – controtransfert ; pensiero – azione; regola fondamentale – regola dell'astinenza.

Inoltre questo lavoro esplora la pertinenza di questa categoria concettuale come distinta e specifica in relazione con altre categorie di azione in psicoanalisi.

Infine si propone, per la discussione, una definizione dell' "enactment": una "rappresentazione" nel senso di messa in scena o drammatizzazione, con uno statuto equivalente a quello del gioco (playing), che si sviluppa in uno spazio e un movimento condiviso, durante un periodo più o meno lungo di un processo (non è un unico "acting"). Questo processo coinvolge inconsciamente - mediante induzione reciproca - entrambi (analista e analizzando), alla ricerca di una "rappresentazione" verbale e generalmente produce un viraggio radicale nella situazione analitica.

(Traduzione dallo spagnolo di Mario Giampà. Revisione di Norma Lillian Silva Bustamante)

8 gennaio 2012

Sulla psicoanalisi con la coppia e la famiglia: un altro punto di vista

Anna Maria Nicolò

Il presente dibattito sulla psicoanalisi infantile si sta rivelando particolarmente ricco e vivace e ha toccato numerosi punti di rilievo. Farò solo alcune brevi precisazioni, per illustrare un altro punto di vista intorno all'intervento con i genitori nelle situazioni di disagio del bambino o dell'adolescente, perché mi pare ci sia una tessera mancante in questo interessante mosaico. Spero con questo intervento, un po' affrettato, di colmare uno scotoma in questo argomento. Il mio intento è fornire solo qualche informazione in più, sottolineando il rispetto che ho per altri modelli che pure hanno costituito parte integrante della mia formazione.

Il lavoro con la famiglia e la coppia genitoriale ha dimostrato una grande efficacia ed anzi è diventato ineludibile nelle patologie in età evolutiva e nei casi gravi. E' assolutamente impensabile di lavorare, ad esempio, con uno psicotico senza curare la sua famiglia, quella da cui proviene o quella in cui vive.

I modelli che orientano questi interventi sono però abbastanza complessi e hanno una tradizione relativamente recente. Possiamo dire che si sono sviluppati negli ultimi quarant'anni, anche perché Freud fu il primo a sostenere che la psicoanalisi è un metodo che non sopporta testimoni. Malgrado questa affermazione, la IX Conferenza degli Psicoanalisti di Lingua Francese, tenutasi a Nyon nel 1936, fu dedicata al tema della famiglia: "Family Neurosis and Neurotic Family".

Non mi dilungherò su tutti gli psicoanalisti che si sono occupati di questi studi, e ormai sono veramente tanti (tra i primi ad esempio Bowlby e Enid Balint), rimando solo, per i curiosi di questa complicata storia, all'introduzione al libro *Quale psicoanalisi per la coppia?* (Nicolò, Trapanese, 2005) e ai numeri della rivista *Interazioni*, edita da Franco Angeli. La rivista, che ha compiuto vent'anni proprio nel 2012, si occupa di clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia e famiglia e ad essa collaborano molti psicoanalisti italiani e stranieri, me compresa, che studiano la coppia e la famiglia.

Quello che mi sembra importante è invece mettere in luce che, tra i tanti orientamenti al proposito, ci sono coloro che come Martha Harris, o da noi Marta Badoni, Dina Vallino, Barbara Piovano o Daniela Scotto di Fasano e tanti altri che non cito per brevità, ribadiscono l'importanza del lavoro con i genitori per 'sostenere l'alleanza terapeutica nell'intervento individuale con il bambino o l'adolescente'. Il focus è perciò in questo caso sul trattamento individuale del paziente che viene facilitato dal lavoro sull'ambiente dove vive. E' quello l'obiettivo da raggiungere e per questo motivo ci si giova dell'appoggio dato dai genitori o dalla famiglia che collabora, coadiuva etc.. Questo è un modello importante e valido usato da alcuni psicoanalisti infantili.

Ci sono però altri psicoanalisti che vedono la cosa in modo radicalmente diverso e perciò sostengono che ciascuno di noi è sia prodotto del suo mondo interno che espressione di un mondo interpersonale e fantasmatico di cui è portavoce (Pichon-Rivière) o portaparola (Anzieu, Aulagnier e molti altri). La capacità di differenziarsi da questo mondo fantasmatico familiare è anche un prodotto del nostro processo di soggettivazione ed è legato alla capacità di ciascuno di noi, e della famiglia in toto come organismo, di tollerare la sofferenza psichica attraverso funzionamenti che producono il pensare.

A questo proposito, è di Meltzer & Harris un interessante libro del 1983 su *Il ruolo educativo della famiglia*, che considera la famiglia come un contesto di apprendimento di modelli di formazione emotiva interna e un organismo deputato al contenimento mentale della sofferenza legata alla crescita dei suoi membri e nel quale lo psicoanalista inglese distingue i vari tipi di famiglie a seconda dei meccanismi di identificazione usati all'interno a questo scopo.

Questo approccio considera perciò la famiglia e la coppia come unità sovraindividuali, dotate di una propria identità. In questo ambito ci sono lavori che si ispirano ad una concezione grupppale della

famiglia. Analizzandola in termini di funzionamento in assunti di base (Box et al., 1981) e altri che sostengono l'ipotesi dell'esistenza di un "apparato psichico gruppale familiare" (Ruffiot, Kaës, Eiguer etc., 1986). Nel corso dei decenni, si è sviluppata un'impressionante mole di lavori sui meccanismi che caratterizzano il funzionamento della famiglia o della coppia sul piano inconscio. Citerò solo, a titolo di esempio, alcuni di questi meccanismi e gli autori che ce ne hanno parlato: collusione di coppia (Dicks, 1967; Willi, 1975; Giannakoulas, 1992; Norsa & Zavattini, 1997), alleanze inconsce e patti denegativi (Kaës, 1994), funzionamenti incestuali, antidepressivi e antiedipici nelle famiglia (Racamier, 1995), deleghe e lealtà inconsce (Boszormenyi-Nagi & Spark, 1973), family script (Byng Hall, 1995), e ancora concetti quali l'io-pelle di coppia e l'Io-pelle familiare (Anzieu, 1986) per non parlare della teorizzazione sulla psicoanalisi multifamiliare di Garcia Badaracco (2000).

Facendo questi nomi ho citato quelli che, a torto o ragione, ritengo di essere i più noti ai lettori del nostro dibattito, tralasciando i numerosi autori che spesso ho constatato con dispiacere essere sconosciuti ai più e le cui "ricerche" vengono spesso riscoperte anni dopo, da altri, nella migliore delle ipotesi ignari di loro.

In genere e in origine questo modello è usato da psicoanalisti che lavorano con pazienti psicotici, o con gruppi, o da coloro che lavorano sulle coppie con problemi di coniugalità.

Tra di noi nessuno dubita dell'influenza radicale delle prime relazioni madre-bambino nell'organizzazione della personalità. Il problema, se mai, sorge quando ci spostiamo **fuori** dall'analisi di queste relazioni diadiche.

La famiglia come organizzazione fantasmatica, e non solo la nostra relazione con il singolo genitore che in essa è compresa, è la matrice di base su cui si forma il nostro sé individuale in un processo di continua differenziazione, ripresa e trasformazione e perciò, a seconda delle situazioni, **su di essa** occorre intervenire.

Ogni famiglia ha una sua identità e un suo funzionamento condiviso che influenza ogni singolo membro e che si modifica a seconda delle fasi di cambiamento del ciclo di vita dei suoi membri. Può essere di osservazione comune che, alla nascita di un bambino, la madre ha un funzionamento più regredito (ad esempio con la preoccupazione materna primaria) che le permette di sintonizzarsi al meglio con il piccolo e il marito svolge una funzione di contenimento della coppia madre-bambino. Questi due funzionamenti sono in correlazione reciproca e possiamo quindi parlare della genitorialità come espressione condivisa di un funzionamento della coppia e non solo come funzionamento del singolo. Ognuno di noi sarà madre o padre diversamente, anche in funzione dei cambiamenti del partner.

In questa ottica perciò il criterio di scelta del setting individuale, o familiare, o di coppia genitoriale non è dato per scontato né è preordinato, ma invece è determinato da alcuni parametri (come il grado di differenziazione tra i membri della famiglia, o la massiccia presenza di funzionamenti agiti e concreti che sono espressione di aspetti scissi o dissociati di ei membri della famiglia, e altri ancora che non citerò etc..)

Ci sono poi situazioni cliniche dove la scelta su quale sia il setting migliore deve venire progressivamente costruita. Si può partire ad esempio da un setting familiare e, elaborando le dinamiche della famiglia, giungere alla costruzione di un setting individuale (con l'invio del paziente ad un altro analista) proprio nella misura in cui si può costruire uno spazio privato del sé del paziente all'interno.

Il lavoro con i pazienti adolescenti e le loro famiglie si presenta come una delle sfide più complesse a causa del bisogno di segretezza del paziente adolescente. Questo bisogno va rispettato ma nello stesso tempo, per le caratteristiche del funzionamento mentale in questa età, la famiglia può rappresentare per lo stesso paziente «lo spazio psichico allargato» di cui parlava Jeammet (1980).

Quando, come e se lavorare in un setting familiare o con la coppia dei genitori è importante valutarlo con cura proprio per la delicatezza posta dall'età. Esistono perciò molte indicazioni specifiche che ci fanno privilegiare un setting familiare o invece un setting con la coppia genitoriale, o un setting individuale, ma forse questo tema dovrebbe essere affidato ad un altro

luogo o dibattito. In genere, si potrebbe affermare che questi tipi di intervento sono essenziali quando la patologia può essere ritrovata nella relazione tra i membri o ancora, per usare le parole di Racamier, quando "il registro interattivo predomina su quello intrapsichico".

I casi con un paziente psicotico sono – a mio avviso – indicazioni specifiche per un setting integrato (Nicolò, Zavattini, 1992; Nicolò, 1999, 2000, 2006, 2008). un setting terzo, costituito dal confronto dei due analisti al lavoro e dove per l'appunto l'intrapsichico e l'interpersonale si possono integrare. Ritengo che questo setting terzo sia cruciale per ridurre ed elaborare gli aspetti scissi ed agiti che vengono riattualizzati dalla famiglia e dal paziente nei loro rispettivi setting, e anche si rivela utile per permettere agli analisti al lavoro di non subire e non agire un controtransfert difficile da elaborare.

Mentre ci sono alcuni psicoanalisti che seguono un orientamento decisamente gruppoanalitico in questi studi, personalmente io credo più giusto sostenere un altro modello che colloca il suo focus nel rapporto TRA l'intrapsichico e l'interpersonale e in particolare sulle ripetizioni, uguaglianze, discrepanze, fusioni, confusioni o al contrario differenze ed opposizioni tra il mondo interno di ciascuno di noi e il mondo fantasmatico familiare o di coppia. Io credo che individuo e relazione si pongono, più che come aspetti contrapposti predominanti l'uno sull'altra, come momenti in continua oscillazione .

Questo tipo di ottica, quando possibile, permette a mio avviso di aiutare il bambino o l'adolescente a sviluppare la propria capacità di crescita, il proprio funzionamento attivo nella costruzione di sé, la propria capacità di pensare e nello stesso tempo aiuta ciascuno ed anche il paziente a comprendere e trasformare i conflitti inconsci familiari costruiti da tutti in più generazioni.

Da questo punto di vista perciò e per concludere, **tra le tante**, due conseguenze mi sembrano importanti di questo modo di pensare: la prima è il quesito «dove è collocato l'inconscio?».

Potremmo dire da un certo punto di vista che “il luogo dell'inconscio non sempre è riconducibile al singolo individuo, ma può trovarsi esternalizzato in altre realtà come la coppia o la famiglia” (Nicolò, 1993). Esiste perciò, oltre ad un inconscio individuale, anche un mondo fantasmatico complesso, creato dalla famiglia, come gruppo che condivide una storia, uno spazio e un tempo, e dai legami che ciascuno dei membri fin dall'origine della vita co-costruisce con gli altri. Kaës stesso fa notare che “ci troviamo di fronte ad una realtà psichica senza soggetto... che acquisterebbe autonomia costituendosi inevitabilmente tra i soggetti (lo spazio psichico dell'intersoggettività) e attraverso i soggetti (lo spazio psichico della transoggettività)” (Kaës, 2012).

La seconda è che, seguendo questa ottica l'organizzarsi di una malattia sarà quindi al contempo prodotta all'interno dell'individuo e espressione della sofferenza nelle relazioni non solo del passato, ma anche attuali.

Voglio ricordare per inciso che lo stesso Meltzer ad esempio ipotizzava che non si tratta solo di studiare i modi con cui ci difendiamo dalla sofferenza mentale, dobbiamo anche ipotizzare che esiste anche un suo spostamento o un suo "trasporto". Se con la rimozione siamo inconsapevoli del dolore dentro di noi, possiamo tuttavia anche sbarazzarcene dentro vari oggetti del mondo esterno. Invece che negarne o rigettarne o rifiutarne l'esistenza, il dolore può essere spostato su un altro accanto a noi (Meltzer, 1979). Ritengo molto importante questo meccanismo perché esso ci illumina su molti funzionamenti patologici, ad esempio le dinamiche transgenerazionali, ma per onestà devo ricordare che molti studi sulla psicoanalisi della famiglia avevano già da decenni, e prima dei lavori della Faimberg, messo in luce l'esistenza di esperienze traumatiche non elaborate i cui effetti possono influenzare anche successive generazioni, e che chiedono attraverso un dislocamento, un trasporto della pena psichica in un'altra persona, in genere un figlio, quell'elaborazione dolorosa che il primo attore (in genere un nonno o un genitore) non è stato capace di soffrire. Questo funzionamento potrebbe essere annoverato tra quei meccanismi che gli psicoanalisti di coppia e famiglia chiamano “difese interpersonali”.

. Possiamo poi certamente osservare che è la coppia il laboratorio privilegiato dove studiare questi funzionamenti per svariati motivi. 1) Anzitutto il minor numero di persone interagenti rispetto alla famiglia facilita l'osservazione. 2) Il fatto che la coppia in genere esplicita con maggior facilità

l'incastro delle reciproche identificazioni proiettive e anche il legame neformato che essi creano e le difese interpersonali che coinvolgono l'uso dell'altro.

In questi setting poi il processo poliassociativo nella seduta espresso dai membri della famiglia e della coppia, il transfert sul setting e quello come gruppo familiare o di coppia sull'analista oltre che i transfert individuali dei singoli sono alcune delle caratteristiche di queste sedute. I sogni collusivi nel trattamento delle coppie genitoriali o coniugali e nella famiglia sono una chiara espressione di questi funzionamenti e il loro studio ha generato molti articoli in proposito.

E per finire un'informazione: presso l'IPA esiste un Committee che si occupa di questo aspetto di cui fa parte la nostra collega Diana Norsa. Negli ultimi anni poi, sono state costituite due importanti associazioni internazionali dove numerosi psicoanalisti e psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico si ritrovano.

Nell'Associazione Psicoanalitica Argentina (APA) poi, ed in molte altre associazioni psicoanalitiche del Sud America esiste già da molti anni un dipartimento dedicato alla psicoanalisi della coppia e della famiglia.

9 gennaio 2013

Conservare il gusto dell'oreficeria

Laurent Danon-Boileau
SPP Paris

Introduzione

Vorrei tornare sull'intervento di Florence Guignard a partire da un'interessante vignetta clinica che Florence mi ha gentilmente inviato, che riporto tra virgolette:

“Paul, un bambino che ha appena compiuto tre anni si precipita nella stanza di consultazione, si impadronisce del “pranzo” (gioco) e della plastilina e invita la sua analista donna a condividere un pasto, tête-à-tête, rifiutando energicamente l'accesso a questo pranzo a tutti i giocattoli che rappresentano dei personaggi. Versa dell'acqua nelle due tazze, bagnando generosamente il tavolo, confeziona delle salsicce e delle torte (galettes) circolari con la plastilina, ne dà da mangiare alla sua terapeuta e fa finta di mangiarne anche lui. Poi lui conficca vigorosamente un bastoncino in una delle torte di plastilina. Ma il bastoncino si rompe....Paul si ferma all'improvviso, esamina la rottura del bastoncino, guarda, perplesso la terapeuta che gli restituisce il suo sguardo, “a specchio”, silenziosamente attenta. Paul sceglie la parte più grande del bastone spezzato, che si rimette a infilare nella plastilina, con sempre più determinazione ma, questa volta, a svantaggio della concentrazione e della delicatezza. Ora osserva come un'artista gli scavi prodotti nelle torte di plastilina e con suprema attenzione prende delicatamente una piccola perla che si trova lì per depositarla in uno degli incavi prodotti. Mentre l'analista è ancora nell'estasi prodotta da ciò che lei coglie, abbastanza logicamente occorre dire, per l'espressione di un desiderio di Paul di farle un bambino, il piccolo si impadronisce della torta di plastilina, la getta a terra e la pesta, poi si siede sopra e la schiaccia con il suo sedere, dondolandosi ed emettendo con la bocca dei rumori che suggeriscono una defecazione. Poi con aria dolente, va a scegliere una bambolina di stoffa nella scatola dei giochi e si mette sul divano succhiando il pollice, con la bambola sul suo cuore.

Il gusto dell'oreficeria

Ciò che io trovo rilevante in questo passaggio del testo, è il modo in cui l'autore ci mostra il dispiegarsi del piacere del funzionamento simbolico che Paul mostra, o se si vuole, la messa in gioco del suo gusto per l'oreficeria.

Ciò che trovo drammatico è il traumatismo che gli impone la soluzione di questo movimento di simbolizzazione costituito dalla produzione di un oggetto simbolico: la torta incastonata di perle. Di fronte a questo risultato naturalmente deludente e irrisorio, insignificante lui prende atto che il prodotto non è niente, e manca di perderne il suo gusto per l'oreficeria, il suo investimento del funzionamento mentale e ludico. Facendo ciò sottolinea la questione che si pone in modo decisivo ad ogni psicoanalista di bambino o di adulto: come aiutare il proprio paziente a superare lo scotto (la convenue) che impone il suo confrontarsi con un oggetto simbolico realizzato? Sappiamo che l'analisi non ha scopi e che l'analista che prende in carico un trattamento deve liberarsi da ogni rappresentazione di scopo. Non importa: sappiamo anche che il lavoro di un analista con un bambino o un adulto, qualunque sia la patologia da cui il paziente è affetto, è di concorrere al fatto che il tragitto delle pulsioni che animano il suo apparato psichico nei suoi giochi nella seduta possa allungarsi e che queste pulsioni possano rimanere in sospensione a distanza uguale tra il crollo depressivo e l'espulsione (écondution). E per questo bisogna che il paziente possa non disperarsi del suo lavoro di elaborazione e non distogliersi (allontanarsi) quando è posto di fronte al carattere necessariamente irrisorio di ciò che ne costituisce la conclusione materiale. È ben vero che una torta di plastilina incastonata di perle è poca cosa in confronto al desiderio edipico che è il motore del processo e di cui questo oggetto fabbricato costituisce il luogo tenente fantasmatico. Tutto il problema consiste nel far sì che il bambino possa accettare che certamente questa torta non è un bambino fatto alla sua terapeuta e che peraltro non è un motivo per smettere di fare delle torte. Bisogna aiutare il bambino a continuare ad avere voglia di fare delle torte. Bisogna anche che un giorno lui possa continuare a farne al di fuori della presenza di ogni analista.

La delusione generata dal prodotto della simbolizzazione

All'inizio ciò suppone evidentemente che alcune condizioni siano riunite nel bambino, e queste non lo sono sempre. Ciò suppone, per esempio, che il bambino sia in grado di credere alla sua produzione simbolica. Che quando lui fa una torta (tarte) di plastilina lui non sia obbligato a morderla dentro quando dice che è un buon dolce. È la qualità dell'investimento simbolico del prodotto pulsionale che è qui in gioco, e a modo suo è questa dimensione del lavoro col bambino che riguarda il contributo di Elsa Schmid-Kitzikis. Ciò che voglio dire in questo è che ciò suppone che i giochi simbolici non siano in permanenza degli actings che mobilitano il ritorno dell'esigenza superegoica di un ritorno al setting.

Nella situazione clinica riferitami da Florence Guignard sembra che il caso sia proprio di questa natura, soprattutto verso la fine quando il bambino giunge a fare una torta in plastilina. Lui vi fa degli incavi con l'aiuto di un bastoncino e, anche quando il bastoncino si rompe, lui non spedisce la plastilina a passeggiare gettandola al lato opposto della stanza. E neppure si distoglie da quel che ha tentato di fare; al contrario, lui può prendere uno degli estremi del bastoncino rotto, superare la delusione che gli infligge questo confronto con la castrazione e proseguire il lavoro di orefice per finire di mettere una perla in ogni incavo che lui ha cesellato. Pertanto, una volta che ha costruito la sua grande opera sorge brutalmente un movimento di regressione pulsionale: calpesta il suo capolavoro per distruggerlo, poi lo mette sotto il suo sedere. È questo punto che costituisce l'intreccio teorico-clinico essenziale ai miei occhi. È al tempo stesso sia paradossale che banale. Un altro bambino avrebbe forse chiesto più brutalmente di andare a far pipì. Come capire ciò che si manifesta qui? Come comprendere che il bambino di cui si tratta è in grado di superare la delusione che gli procura il bastoncino che si rompe, (integra la castrazione che si infligge o che gli viene inflitta dalla sua eccitazione); al contrario, giunto al compimento del suo capolavoro, una incastonata la torta di perle, lui non riesce a conservarla con attenzione. Perché quindi? A mio avviso, per un motivo che noi non misconosciamo troppo spesso: il prodotto di un lavoro di simbolizzazione qualunque questo sia, (qui la torta incastonata di perle), non equivale alla

realizzazione del fantasma inconscio che ha sottinteso la messa in opera della simbolizzazione di cui è il risultato (dont il resuilte). Al contrario questa lo denuncia come tale. Il dramma della creazione, è che ogni produzione simbolica realizzata, è l'assassino soddisfacimento allucinatorio del desiderio di cui questo è l'emblema, salvo per il soggetto essere preso in un'equazione simbolica. Qui il bambino comincia a non poter mantenere il suo investimento dell'apparato psichico. Di fronte alla disillusione causata dal fatto che il prodotto del lavoro di simbolizzazione non vale per la realizzazione del fantasma inconscio, lui incomincia una regressione pulsionale. Questa convoca lo slegarsi (la déliaison). Lui comincia con il liberare la sua distruttività su ciò che costituisce l'emblema del suo insuccesso nel raggiungimento dell'onnipotenza, ciò che non è riuscito a realizzare il soddisfacimento, ovvero il prodotto di simbolizzazione: la torta incastonata di perle. Vi si siede sopra: di fronte al prodotto di questo lavoro di simbolizzazione che scopre la sua dimensione di illusione non realizzando il fantasma inconscio nel momento del suo compimento, il bambino ritorna all'espulsione della sua violenza distruttiva. Poi, in un secondo tempo, essendosi disfatto della dimensione thanatica (distruttiva) della pulsione, regredisce dal lato erotico in un modo tenero andando a stendersi succhiando il pollice con una piccola bambolina. Il tragitto è completo, anche perché c'è in lui "un'aria dolente" che diffonde un profumo salutare di lutto.

Preservare l'investimento del processo di simbolizzazione, aiutare a superare la delusione necessariamente generata dai suoi prodotti.

Ma la questione che si pone è la seguente: che cosa questo bambino conserverà dell'investimento del lavoro di simbolizzazione che l'ha condotto a fabbricare la torta con le perle? E' capace di far fronte alla castrazione che rappresenta il bastoncino che si rompe, ma sarà capace di far fronte alla delusione che costituisce il fatto che questa torta fatta pensando di fare un bambino alla sua terapeuta non sia un bambino fatto alla sua terapeuta? E quando sarà tutto solo, al di fuori della presenza della sua terapeuta, sarà capace di fare delle torte con perle?

Mi sembra che sono questi siano i nodi maggiori di ogni lavoro psicoanalitico (e non solo con il bambino), che sottolinea la vignetta clinica di Florence Guignard: come preservare il piacere di simbolizzare (l'investimento dell'apparato psichico), prevenire la distruzione anale, la rottura del processo di simbolizzazione davanti alla delusione inevitabile che causa il suo prodotto (la torta incastonata di perle)? Detto altrimenti, come far sì che nell'après-coup la pulsione parziale (anale) possa non distruggere (o non del tutto) il processo di simbolizzazione che non può avverarsi che deludendo?

Che cosa possiamo fare in circostanze simili che possa aiutare il bambino? E che cosa vuol dire aiutare un bambino se si vuole evitare di cadere nella trappola di una psicoterapia così piena di buoni sentimenti quanto inefficace (ciò che da parte mia chiamo terapia "Bisounours").

Evidentemente non si può dire niente. Nel suo testo Florence Guignard sembra non intervenire; in questo frangente avrebbe torto ad intervenire: l'ultimo movimento della sequenza, quello in cui il bambino va a sdraiarsi sul divano con la bambola sul suo cuore con un'aria dolente, mostra che ogni parola sarebbe superflua. Può darsi in effetti che il lutto dell'onnipotenza della simbolizzazione sia in procinto di realizzarsi nel modo della regressione. Non è affatto sicuro, ma il "con un'aria dolente" sembra indicarlo.

Ma supponiamo (per il piacere della discussione) che questo ultimo movimento non abbia avuto luogo e che il bambino non sia andato "con l'aria dolente" a scegliere una bambolina di stoffa nella scatola dei giochi e a sdraiarsi sul divano succhiando il pollice con la bambola sul suo cuore. Supponiamo che lui si sia seduto sulla torta guardando l'adulto con aria provocatoria. Se fosse stato questo il caso (e se in quell'occasione io fossi stato in forma), io avrei forse avuto voglia di intervenire; sarei senz'altro intervenuto per tentare di preservare l'investimento della simbolizzazione malgrado il carattere necessariamente deludente del suo prodotto. Forse avrei avuto voglia di mettere sotto lo sguardo comune del bambino e mio l'affetto spiacevole sottostante al movimento pulsionale anale di annullamento del lavoro di simbolizzazione (quello che è fonte di questa vendetta che costituisce la rottura della torta, il fatto di metterla sotto il sedere). Avrei avuto

voglia di permettere al bambino di confrontarsi con l'idea che il prodotto di un'elaborazione simbolica non permette mai la realizzazione del fantasma inconscio che la suscita - e questo per aiutarlo a non riportare la violenza suscitata dalla delusione relativa al prodotto di questa simbolizzazione sull'apparato stesso per simbolizzare. Perché poter fare con questa disillusione è vitale. Noi ne sappiamo tutti qualcosa. Ciò avrebbe potuto portarmi a dire qualcosa come: "È vero che è un po' triste quando si è finito di fare una bella torta con una perla. Qualche volta si avrebbe voglia di schiacciarla, si avrebbe voglia sempre di far meglio".

Ma qui, evidentemente, nel caso riportato da Florence Guignard c'è tutto. E la regressione dell'ultima sequenza con la bambolina costituisce forse la premessa di un lavoro di lutto che verrà più tardi nella cura. Non c'era quindi evidentemente niente da dire; bisognava solamente saper guardare. E saper vedere.

La forma dell'interpretazione

Centrarsi, come suggerisco, sulla disillusione causata da ogni processo di simbolizzazione, storia per aiutare il bambino a non disinvestire sul processo di pensiero non sortisce necessariamente l'effetto desiderato. Tuttavia, una parte dell'effetto dipende dal modo che si ha di intervenire; detto altrimenti, dalla forma che si dà alla propria interpretazione. È questo punto che io vorrei affrontare ora.

In ogni interpretazione c'è evidentemente il contenuto di ciò che si dice, ma c'è anche il modo di dirlo, e ciò che questo implica dal punto di vista del modo in cui colui che parla organizza implicitamente la scena del dialogo. Per questo motivo, io vorrei discutere i frammenti che compongono l'interpretazione immaginaria che io desideravo di proporre a un paziente simile a quello di Florence Guignard ma che non sarebbe giugno fino alla regressione tenera e un po' triste con la bambolina. A costui avrei desiderato dire: "È vero che è un po' triste quando si è finito di fare una bella torta con una perla. Talvolta si avrebbe voglia di distruggerla? Si avrebbe sempre voglia di far meglio".

Prima di tutto vorrei sottolineare la funzione essenziale di "è vero che". Questa permette di stabilire il dialogo che chiamo "fianco a fianco" e che oppongo al "faccia a faccia". Aprendo l'enunciato in questo modo, lo psicoanalista sottolinea di fatto che egli dice qualcosa ma che ha il sentimento, dicendolo, che ciò che lui commenta egli stesso lo riprende peraltro, che lui dà il suo assenso (assentiment) a qualcosa che viene da qualcun altro rispetto a lui. Che viene di fatto dall'altro. Quest'altro può essere il bambino o ancora un terzo. E il commento proposto su questa parola è lui che lo pronuncia, ma sarebbe anche potuto essere pronunciato dal bambino. E' questo che costituisce il "fianco a fianco". L'adulto parla con una voce che è la sua ma che potrebbe essere quella del bambino. Non cerca di distinguersi da lui, la loro differenza è lasciata sfumata.

La posizione sarebbe potuta completamente diversa se io avessi scelto di dire: "Forse pensi che è un po' triste quando si è finito di fare una bella torta con una perle". In questa seconda formulazione, la verità dell'affetto sarebbe stata riportata al solo pensiero del bambino e io sarei stato solo responsabile del giudizio enunciato su questo affetto. Con il "è vero che", al contrario, la verità, la realtà dell'affetto di tristezza collegata alla fine della produzione del bel dolce è presentata come un fatto che non dipende da nessuno. Succede lo stesso del "quando si è finito" in opposizione, per esempio, con ciò che sarebbe potuto essere: "Tu sei forse un po' triste dopo che hai finito...". Ciò che è enunciato è una verità che non è proposta come propria del bambino ma, al contrario, come una verità generale di ogni persona messa di fronte al prodotto della propria simbolizzazione. Inoltre, ciò che sottolinea l'espressione "è duro" è la condivisione dell'affetto provato dal bambino. Condivisione che gli permette (forse) un sostegno del suo lavoro di elaborazione del lutto.

Conclusione

Questa nota ha quindi per oggetto quello di sottolineare un punto essenziale: ogni gioiello prodotto rischia di condurre l'orecchio a rivolgersi violentemente contro la propria arte, perché

denuncia come tale il fantasma che si è trovato legato alla pulsione che animava il processo di sublimazione. E il lavoro dell'analista consiste proprio nel far sì che il soggetto possa non gettare ciò che non è il bambino con l'acqua del bagno.

14 gennaio 2013

Senza Parole

Elena Fieschi Viscardi

(SEP, Societat Espanyola de Psicoanàlisi)

Mi sono chiesta e mi sono spesso sentita chiedere in che cosa consista la psicoanalisi con bambini che, per la gravità del loro disturbo, non sanno né giocare né parlare, con bambini con un Disturbo dello Spettro Autistico, ma situati nella zona più colpita di questo spettro. In questo contributo al dibattito della SPI, a cui sono stata invitata a partecipare, vorrei provare a rispondere a questa domanda, a partire dalla mia esperienza clinica.

Immaginiamo di trovarci con un bambino che non sa giocare, praticamente non parla e forse non sappiamo nemmeno fino a che punto ci capisca. Naturalmente non usa il materiale in modo simbolico e perlopiù nemmeno in modo funzionale. Esplora i giocattoli in funzione delle sensazioni che gli provocano (tessitura, consistenza, rumore, odore, profilo visivo...). Devo trovare un modo di stare con questo bambino.

Il fondamento di ciò che chiamo psicanalisi in questo caso è la mia comprensione del funzionamento mentale del bambino, che ispirerà il mio rapporto con lui e mi aiuterà a capire come stare insieme e come offrirgli un'esperienza significativa a livello emozionale.

Penso (d'accordo con Tustin; Corominas, 1991; 1994; Viloca, 1998) che attraverso le sensazioni questi bambini cerchino di trovare un sentimento di continuità del self che li aiuti a sentire una certa consistenza nel loro essere. L'altra persona, la terapeuta o l'analista, almeno inizialmente può essere vista come una cosa, una parte della stanza da giochi o come un mezzo per ottenere qualcosa. Ma ogni bambino è diverso e prima voglio cercare di capire com'è questo bambino che ho davanti.

Dapprima l'osservo, stando con lui e sentendo con lui, voglio dire che non è un'osservazione visiva e statica, ma sensoriale, come un'attenzione fluttuante in un rapporto discretamente partecipante, per capire dove si trova questo piccolo paziente, in che mondo, in che momento dello sviluppo, a che distanza da me. Forse fin qui non c'è molto di diverso da un altro inizio di rapporto terapeutico. Senza poter giocare e con un uso del tutto particolare del linguaggio, però il nostro modo di stare insieme sarà diverso. Diverso, credo, anche da come stanno con lui gli altri adulti, che spesso sono coraggiosamente impegnati nel cercare di farlo funzionare meglio, aiutarlo ad essere più autonomo, a sapersi rapportare meglio con gli altri, ecc. Quale sarà allora il mio ruolo, la mia funzione? Devo aggiungere che, nella presente situazione della psicanalisi a Barcellona, è ottimistico pensare di poter fare più di una-due sedute settimanali (qualora fossero indicate). È un tempo breve, isolato nella vita del bambino, ma secondo me necessario.

Non si tratta di cercare che il bambino faccia delle cose (anche se è difficile non *desiderare* che comunichi, che ascolti, che non si isoli...); spesso non posso nemmeno raccontargli qualcosa di quello che capisco stando con lui. In ogni caso, più avanti. Cerco di *vivere l'esperienza di esistere insieme* (che il bambino si renda conto che sto con lui e lo possa tollerare), attraverso il *trovare un qualche piacere o emozione condivisi*, perché un bambino autistico ha bisogno che in qualche modo gli prestiamo *la nostra funzione di sentire le emozioni*. Direi che tutto comincia *accettando la fusione e l'indifferenziazione*: farmi eco di quello che esprime, *mescolarmi* con lui per potere, in un

secondo tempo, *introdurre una graduale differenziazione*. A questo punto si può provare a nominare sensazioni ed emozioni che emergono nell'esperienza della seduta (Corominas). In una situazione di relativa fusione, le esperienze emozionali che di solito generano grande ansietà, risultano meno sconvolgenti e meno destrutturanti per un Io poco formato. Insomma, cerco di essere una persona viva accanto al bambino, modulare quello che sente, prestargli il mio sentire, pensare, parlare. In questo modo forse è possibile dar vita a quello che l'autismo, con i rituali e le ripetizioni, devitalizza.

A volte mi posso trovare a fare le stesse cose che fa il bambino, a imitare i suoi suoni o le sue azioni. Cerco di mettermi nelle condizioni di sentire, sperimentare, quello che sente il bambino, offrendogli al tempo stesso uno specchio, un'eco in cui ritrovarsi. Mi chiedo -e stiamo realizzando una ricerca in questo senso con colleghe a Barcellona- se questo può essere un modo di stimolare il sistema dei neuroni specchio. Si tratta di una tecnica simile a quella usata nella danzoterapia e nella musicoterapia. Ma è anche quello che fanno la mamma e il papà quando rispondono alle vocalizzazioni, ai sorrisi e alle smorfie del figlioletto.

Júlia Corominas descrisse quello che chiamò "schema psicopedagogico" per riassumere e sistematizzare i successivi interventi utili per aiutare i bambini autistici (ma anche altri pazienti gravi) a mentalizzare le sensazioni e le percezioni. Si tratta di favorire il passaggio dalle sensazioni alle emozioni, con l'aiuto del terapeuta che, in un clima di *containing*, attraverso la condivisione e la graduale verbalizzazione, in modo simile, anche questo, a quello usato da una mamma che accudisce il suo bambino, o al tentativo di attribuire un significato al suo pianto.

È anche interessante osservare com'è facile essere contagiata dall'autismo: 'staccare' il mio pensiero, oppure passare da una proposta ad un'altra senza collegamento né continuità; partecipare a un'attività in modo meccanico, oppure, al contrario, sentirmi trascinata e confusa. Sono aspetti di un controtransfert che si esprime anche fisicamente, con sensazioni di sonno, di prurito, di solletico, di fame, di noia....

Due brevi pennellate su come può funzionare questo modo di lavorare::

A Manel piace che io gonfi i palloncini. Me lo chiede mettendome una nella mano e spingendola verso la mia bocca. Manuel ha quattro anni e non parla, si esprime con vocalizzazioni e con stereotipie che hanno a volte un valore comunicativo. Se non gli do retta, fa gridolini e salta. Potremmo continuare con i palloncini per un'eternità. Lascia volare il palloncino per la stanza ed esprime l'emozione con salti e suoni. Accetta anche altre proposte, far uscire l'aria piano piano, per esempio. C'è un piacere sensoriale condiviso, che però rapidamente si cristallizza in un'attività ripetitiva. Il contatto con me è minimo, più spesso mi usa per farmi fare quello che vuole. Un giorno mi venne l'idea di mettere un palloncino arancione tra la sua faccia e la mia mentre lo gonfiavo e di guardarlo attraverso il colore arancione. Anche lui mi guardò, riposando lo sguardo nei miei occhi. Un breve momento di incontro. In questo momento il palloncino non era solo una fonte di sensazioni, si era trasformato in un filtro e in un mezzo per il nostro rapporto emozionale, vicini ma sufficientemente separati.

Con Enzo (8 anni, con pochissimo linguaggio), mi ero accorta che ci eravamo incagliati. Era un bambino che non si interessava a niente che non fossero oggetti giratori e che passava tutto il tempo occupato in stereotipie e manierismi. Se accettava una proposta mia era solo per essere poi lasciato in pace. Sentivo che stavo tutto il tempo cercando di richiamare inutilmente la sua attenzione o di fargli fare cose. In generale finiva col situarsi all'altro estremo della stanza, protetto dal tavolo. E se mi muovevo per avvicinarmi, piano piano se ne andava dall'altra parte. Mi fermai e ripresi ad osservarlo, a lasciarlo stare e a cercare di capire. Mi venne la curiosità di sapere che cosa sentiva facendo tutti quei movimenti strani con le mani e mi misi a riprodurli. Con sorpresa mi accorsi che mi guardava. In diversi momenti della seduta, quel giorno e in giorni successivi, continuai così, in quella che divenne una specie di danza. E mi accorsi che finivamo col ritrovarci, adesso, dalla stessa parte della stanza. Col tempo Enzo venne a sedersi per terra di fianco a me e a

volte i gesti strani divennero una specie di dialogo, quasi un gioco, alternando ritmi e gesti in un clima di attenzione reciproca.

Bambini come Manel e Enzo mi obbligano a tenere sveglia e attenta la mia mente, a trovare modi di capirli e di arrivare a loro, spesso usando in modo poco convenzionale non solo la mia capacità di comprensione, ma anche le mie sensazioni e il mio corpo. Sono però convinta non solo che questo tipo di lavoro rientra in ciò che chiamo psicoanalisi, ma anche che mi aiuta nell'analisi di altri pazienti, piccoli e grandi, con cui è possibile un rapporto diverso, a livello simbolico.

15 gennaio 2013

Nella relazione, senza riserve

Carla Busato Barbaglio

Mi dispiace arrivare così tardi e per di più non essendo riuscita a seguire veramente tutto, ma il ricco e appassionato dibattito che ho in parte letto, in parte solo scorso, mi ha sollevato una serie di interrogativi sui quali mi riprometto di continuare a studiare, pensare e confrontarmi. Quindi prima di tutto grazie a Carnaroli e Mastella, Badoni e Cancrini che a vario titolo se ne sono occupati.

Un primo interrogativo che mi intriga riguarda che cosa intendiamo per relazione quando utilizziamo questo termine per parlare di ciò che avviene nella stanza di analisi.

Allan Schore nella prefazione all'ultimo libro di Philip Bromberg (2011) *L'ombra dello tsunami* afferma: "Oggi la ricerca clinica mostra che la dissociazione patologica, difesa primitiva contro un affetto soverchiante, è un tratto chiave del disturbo dell'attaccamento del bambino piccolo, del disturbo da maltrattamento pediatrico, del disturbo dissociativo d'identità, del disturbo posttraumatico da stress, dei disordini psicotici, dell'abuso di sostanze e di alcol, dei disturbi somatoformi e dei disturbi di personalità borderline e antisociali". In tutto il libro Bromberg afferma che l'enactment è un processo dissociativo diadico che non è trasmesso attraverso la comunicazione simbolica, ma attraverso la comunicazione sub-simbolica che è "morta alla funzione riflessiva". Nel processo diadico, se il terapeuta è "troppo attento al materiale" senza essere vivacemente in contatto con la propria esperienza interna della relazione, spesso comincia a svilupparsi in lui un processo dissociativo che può esser iniziato nel paziente, ma che presto diventa un bozzolo che avvolge paziente e terapeuta.

Come teniamo conto del processo diadico che a tutti i livelli ci mette assieme all'altro?

Questo è un punto fondamentale del nostro pensare la relazione in analisi perché se la si intende come co-costruzione assieme, la relazione unitariamente modifica l'essere e l'ottica di lettura si sposta da una concezione intrapsichica a una interpersonale nella quale, si muove la vita nella sua completezza comunicativa, verbale e non verbale, nella ricchezza di tutto ciò che passa a tutti i livelli senza più distinzione fra corpo e mente, natura e cultura. Il parlare di mente che nasce nella relazione si interfaccia con un parlare di corpo non più in modo metaforico, ma attingendo e utilizzando la ricerca scientifica limitrofa. Su questa linea mi sembra importante evidenziare che quello che un bambino sperimenta di positivo o negativo resterà registrato, lascerà tracce. E anche le tracce del suo 'stare' con l'analista saranno il frutto di quell'incontro. Il problema allora riguarda per certi aspetti il numero di sedute perché se l'incontro è buono più tracce resteranno registrate e maggiori modifiche anche a livello cerebrale avverranno (Schore a proposito del cervello destro), ma il problema attiene alla qualità dell'incontro, a ciò che si può fare nel rispondere a quel bisogno a quella domanda a quella modalità relazionale che costruisce nel noi il tu e l'io quando è possibile.

Una bella descrizione in alcuni punti di tutto ciò è nell'intervento di Elena Fieschi Viscardi che è arrivato mentre sto scrivendo.

Due mesi fa ha chiesto un appuntamento un giovane uomo. Aprendo la porta da una serie di sguardi ho compreso che era il mio primo bambino avuto in analisi, a 4 e poi a cinque volte dai 7anni ai tredici, da più di 20 anni non lo vedevo. Mi portava un suo libro appena pubblicato e mi veniva a ringraziare per la vita che 'gli avevo fatto gustare'. Un incontro di grande emozione. Per giorni mi sono trovata a pensare a quelle 4-5 sedute settimanali, senza vedere i genitori se non all'inizio senza interruzioni e comunicazioni altre e pensavo ad una mia esperienza attuale, con una ragazza ora di sedici anni con la quale ho lavorato e lavoro sia individualmente sia al bisogno con la famiglia. Una co-costruzione multipla. L'acquisizione di un nuovo pensiero, con inedite prospettive, mobilità differenti modalità relazionali che inevitabilmente innescano una dinamicità in tutto il contesto. Questi due casi che mi si visualizzavano fra i tanti che ho seguito e seguo, mi interrogano sui cambiamenti avvenuti nella risposta al bisogno, sul mio cambiamento negli anni, nel cambiamento societario. Pensavo nel lavoro con gli adolescenti alle tante comunicazioni che ora passano per sms, per whats app, e altro con noi analisti. Pensavo all'osservazione della relazione madre- bambino che si dovrebbe iniziare a fare fin dai primi mesi dal concepimento per capire ancora più e meglio sul farsi della relazione. Pensavo alla differenza del lavorare con bambini piccoli, con adolescenti nella loro differenza di maschi e femmine...nelle prime adolescenze o nelle adolescenze più avanzate. Siamo veramente attrezzati a lavorare con tutte le età? Come è la nostra situazione interna? Siamo sufficientemente vivi e appassionati per trasmettere vita? Quanto usiamo le teorie per darci identità e quanto ci prestiamo generosamente alla relazione?

15 gennaio 2013

Psicoterapia /Analisi parallela a madre e bambino

Barbara Piovano

Ho già parlato nel precedente intervento sulle terapie e analisi parallele a genitori e figli e degli importanti temi di ricerca che possono essere approfonditi dal vertice della supervisione effettuata da un unico supervisore ai analisti del bambino e del/dei genitori che effettuano terapie parallele.

Accennerò adesso al processo dinamico che si mette in moto nel doppio setting nei casi in cui madre e bambino effettuino **una terapia parallela nella stessa ora e nello stesso studio**, indicando le varie tappe nella quale essa si articola.

Madre e figlio vengono accolti insieme dai rispettivi analisti nell'ingresso dello studio.

L'osservazione dei comportamenti, degli agiti, della interazione corporea e verbale tra madre e bambino e l'ascolto analitico delle modalità con cui si relazionano ai terapeuti veicola informazioni su aspetti della relazione della madre e del bambino che sono emersi nell'intervallo tra la seduta precedente e l'attuale o poco prima della seduta e su aspetti transferali nei confronti dei rispettivi analisti o dell'analista dell'altro.

Qualche esempio clinico:

- un bambino entra con il gelato e si precipita nella sua stanza, la madre lo frena accompagnando il gesto con un commento verbale oppure lo lascia andare e 'impara' dal bambino a non vergognarsi di manifestare il proprio bisogno o desiderio di incontrare il proprio terapeuta (è il caso del bambino miglior collega del terapeuta della madre);
- il bambino resiste a separarsi dalla madre per entrare nella sua stanza: sta esprimendo una sua difficoltà a separarsi dalla madre o un timore di essere disinvestito dalla madre se si separa? Sta

comunicando la sua gelosia nei confronti del terapeuta della madre o si sta proteggendo dalla gelosia della madre?

- una madre si presenta alla porta angosciata dicendo che il figlio è scappato poco prima di arrivare alla seduta e induce negli analisti un'impellente necessità di andare a cercarlo. Che cosa stanno drammatizzando madre e figlio sulla soglia dello studio in uno spazio condiviso? Una modalità di relazione connotata da modalità espulsive e di rifiuto reciproche o una modalità di separarsi che ripete il trauma relativo ad una rottura brusca della fusione con l'oggetto primario?

Ciascuna coppia lavora nella propria stanza

La comunicazione data e raccolta all'ingresso riceve ulteriori livelli di significazione nei rispettivi settings, alla luce dell'andamento della relazione transferale e controtransferale e della relazione analitica che si co-costruisce con l'analista.

La terapia del genitore rispetto all'analisi di un adulto che chiede un'analisi per sé assume una specifica connotazione

L'analista assiste la madre nel restaurare la propria immagine mentale del bambino e nel dare un significato a sintomi e comportamenti strani o distruttivi del bambino. Questo 'progetto', tuttavia, non ha successo se la madre non entra in contatto con conflitti ed esperienze traumatiche non elaborate che causano depressione o vengono agiti nelle relazioni familiari. La madre riesce ad a contenere e trasformare l'aggressività e distruttività del figlio nella misura in cui sperimenta un contenimento adeguato e trasformativo della propria aggressività e distruttività, sia che queste ultime siano secondarie alla frustrazione causata dai sintomi e dai comportamenti strani o rifiutanti del figlio, sia che siano primarie e proiettate sul figlio.

Il progetto condiviso di curare il figlio compensa la ferita narcisistica di avere un figlio disturbato che non rispecchia il narcisismo sano della madre.

L'esperienza emotiva della relazione analitica e la partecipazione ai processi di pensiero e alla comprensione empatica dell'analista favorisce l'introiezione dell'analista come riattivato o nuovo oggetto di sviluppo

L'analista infantile può concentrarsi sulla relazione con il suo piccolo paziente dal momento che il setting terapeutico della madre protegge l'alleanza terapeutica rispetto alla terapia del figlio. Il bambino può affidarsi al suo analista senza sentirsi in colpa di lasciare fuori la madre e viceversa.

Madre e bambino si accomiatano dai rispettivi terapeuti.

E' sorprendente osservare nell'ingresso come la madre reagisce alle modalità del bambino di entrare in contatto con i vissuti e le angosce scatenate dalla separazione. L'angoscia del bambino bypassa l'organizzazione difensiva della madre e raggiunge il sé infantile della madre oppure va a toccare una area traumatica della madre, nella quale il sé traumatizzato della madre è confuso con l'oggetto che dà il trauma e con il sé danneggiato del bambino.

La madre 'impara' dall'analista a non evitare di mettersi in contatto con le angosce di separazione del bambino (a non percepirlo come un 'marziano' quando il bambino infila tutta la mano in bocca, nel momento del commiato, per non sentire il vuoto) e a gestire emotivamente angosce di separazione del bambino e le proprie.

Madre e bambino gradualmente acquistano fiducia nella forza del 'legame' e nella possibilità di mantenere una continuità dello stesso.

I terapeuti si consultano dopo ciascuna seduta

Uno scambio di idee tra l'analista della madre e quello del bambino dopo ciascuna seduta consente di valutare come e in quale misura la realtà emotiva, i processi mentali e lo stato del sé della madre e del bambino si influenzano reciprocamente.

Attraverso il confronto metodico delle sedute si può valutare se ci sono correlazioni stabili stati affettivi e mentali della madre e stati del sé e comportamenti del bambino

Alcuni esempi:

- se la madre è in preda ad una crisi depressiva il bambino può trovare scampo nella maniacalità o nel ritiro autistico, oppure può tentare di mettere a disposizione della madre brandelli del suo falso sé (Fè D'Ostiani,1987) e diventare il terapeuta simbiotico della madre (Searles, 1986).

- le incompetenze del bambino possono attivare ferite narcisistiche e nuclei depressivi nella madre; il funzionamento mentale arcaico e patologico di un bambino autistico, borderline o psicotico può attivare aree di sofferenza mentale nascoste e silenti della madre, rinforzando in quest'ultima l'uso del figlio per completare il suo sistema difensivo- l'inclusione del figlio nella sua organizzazione difensiva patologica attraverso meccanismi di difesa primitivi (scissione, identificazione proiettiva, dislocazione di aspetti del sé nel bambino) che garantiscono l'inchiodamento del bambino al ruolo assegnatogli di ricettacolo di parti di aspetti del sé rifiutati, odiati, idealizzati, estremamente bisognosi della madre.

In una prospettiva longitudinale, il confronto del materiale clinico delle due terapie, consente di valutare gli effetti dei e intervenire terapeuticamente sui cambiamenti evolutivi e regressivi connessi all'influsso reciproco delle due terapie parallele

Una madre che presenta una rigida organizzazione caratteriale registra un qualunque movimento del figlio verso l'acquisizione di una identità personale o di genere come un evento traumatico o un vero e proprio attacco che minaccia di distrutturare il suo equilibrio.

Un bambino con una grande fragilità narcisistica che lo rende estremamente dipendente dalla madre può recepire come un attacco, una imposizione o una violenza, qualunque movimento della madre che va verso una de-collusione rispetto ad aspetti tirannici, possessivi e rivendicativi del figlio e verso una identificazione, invece, con oggetti più maturi.

Da un punto di vista tecnico è importante che l'analista della madre, sia lì ad interpretare la sua resistenza, ad allentare il controllo sul figlio, a condividere con lei l'effetto traumatico conseguente ai cambiamenti di quest'ultimo, così come il bambino va aiutato ad affrontare la rabbia narcisistica che prova nel momento in cui scopre di non essere al centro della vita della madre e di essere meno importante per di quanto lei non lo sia per se stessa.

Il bambino viene scoraggiato rispetto ai suoi abili tentativi di sfruttare i sensi di colpa della madre per rimanere al centro dell'attenzione e incoraggiato a rinunciare al guadagno secondario che egli ha in termini di onnipotenza.

L'analista infantile, da parte sua, imparerà molto dal bambino sulla strategia che quest'ultimo ha adottato per difendersi dagli impingements dell'inconscio della madre, sul modo cioè in cui il bambino ha imparato a entrare ed uscire dall'area minata dell'inconscio della madre per salvaguardare quell'identità che è riuscito a conquistare grazie alla propria vitalità o alla sua terapia (Fè d'Ostiani,1978. Comunicazione personale)

Indicazioni della terapia parallela a madre e bambino

La terapia parallela madre e bambino è particolarmente indicata nelle situazioni in cui si è creato tra madre e figlio un *equilibrio patologico di sopravvivenza* basato su una relazione ad incastro che difficilmente può esser modificata dall'intervento terapeutico su uno solo dei membri della coppia madre-bambino.

E' anche appropriata nelle situazioni in cui non è possibile proporre una terapia genitoriale o coniugale (Giannakoulas,1999; Ricciardi, 2013) perché il padre è assente o gravemente disturbato.

Infine, nei casi meno gravi, la terapia parallela nello stesso studio può essere una esperienza emotiva arricchente e desiderabile che madre e figlio condividono per migliorare la qualità della loro vita.

La terapia parallela introduce un'*area transizionale* per via indiretta tra madre e bambino poiché entrambi fanno una esperienza per certi versi analoga, in quanto si tratta di una relazione analitica, per altri diversa, in quanto viene effettuata con analisti diversi.

Il setting dell'altro introduce un terzo *significativo* che favorisce il *désengrènement* nella relazione madre-bambino: l'analista dell'altro diventa nel tempo una terza persona nei confronti del quale madre e figlio provano rispettivamente interesse curiosità gelosia. Questa triangolazione promuove una separazione non traumatica del bambino dalla madre e si apre la strada verso la possibilità e il desiderio per entrambi di nuove relazioni: con il padre e altre figure significative.

15 gennaio 2013

Intervento finale

Marta Badoni

Intervengo in chiusura di questo lungo e sempre più interessante dibattito con un vivo senso di gratitudine per molte persone: innanzi tutto per Francesco Carnaroli e Marco Mastella che l'hanno diretto con mano leggera quanto efficace, poi per tutti gli intervenuti: non è infatti per nulla ovvio emergere dal lavoro quotidiano per passare a un lavoro di riflessione che chiede attenzione e timing non sempre facili da trovare. Grazie in particolare ai colleghi stranieri che hanno portato la loro preziosa esperienza con chiarezza e semplicità. Grazie ai traduttori che sono riusciti a tradurre senza troppo tradire. Last but not least grazie al nostro segretario Romolo Petrini per aver creduto nella efficacia del sito web SPI per un maggior coinvolgimento dei soci e una maggior diffusione della cultura psicoanalitica e non.

Tutto questo è successo in un momento di grande fermento nella SPI e di grande vivacità per il lavoro analitico con bambini e adolescenti. Un nuovo dibattito inizierà a breve sulla adolescenza; nel frattempo abbiamo avuto una seconda giornata nazionale sul Training e avremo un convegno sul lavoro analitico con bambini e adolescenti a Bologna (15 e 16 febbraio). Dobbiamo fare in modo che tutti questi fermenti non vadano perduti e possano essere ripresi dal prossimo Esecutivo (Presidente Nino Ferro) che entrerà in funzione il 2 marzo prossimo.

Queste mie riflessioni cercheranno di tener conto dello stato dell'arte psicoanalitica per come essa è uscita dal dibattito e di portare il mio contributo per una visione futura della psicoanalisi dei bambini. Come i due miei precedenti interventi anche questo sarà dialogante, ispirato dai contributi che ognuno ha dato, dalla mia personale esperienza e da una qualche conoscenza della situazione nella nostra società e nell'IPA stante gli incarichi che ho ricoperto nelle diverse sedi.

Penso che a partire dai diversi interventi l'accordo sia unanime nel ritenere che la formazione psicoanalitica sia fondante per un ascolto diretto a permettere a chi ci consulta di raggiungere la posizione di soggetto, posizione che dovrebbe permettere di vivere liberamente e con un tasso sopportabile di angoscia, la quotidiana contaminazione con altri soggetti. "Sono lontani i tempi in cui la psicoanalisi poteva fare le sue letture facendo perno con esclusiva predominanza o sul mondo interno o sull'ambiente" (Intervento di Virginia Ungar).

Ritengo che, nell'attuale dibattito, vi sia un consenso di base nel ritenere che, per quanto riguarda i bambini in particolare, questa soggettività non solo si modelli, ma si radichi nella quotidiana interazione con l'ambiente. Il radicamento è alla base di quello sfondo percettivo-sensoriale implicito che fa sì che ognuno sia quello che è; esso si fonda sulla esperienza che l'infante fa del mondo quando le strutture mentali non sono ancora in grado di rappresentare simbolicamente. Questa base implicita della memoria va a costituire quel nucleo arcaico del soggetto col quale interagiranno, in un reciproco influenzarsi, le strutture mentali che via via si formeranno. Verranno

a configurarsi così modi e modelli di rappresentazione del mondo cui fa da sfondo almeno fino ad oggi e per la teoria psicoanalitica, la costellazione edipica.

E' questo radicamento che fonda la peculiarità dell'analisi dei bambini, ed è questo radicamento che, paradossalmente, ne ha fatto a un tempo una terra di conquista per le formulazioni più ardite della ricerca psicoanalitica, ma anche un territorio alieno per l'Istituzione psicoanalitica.

Penso a Freud e alla formulazione dell'angoscia del 1926, a quella di identificazione proiettiva (Klein) e di rêverie (Bion), e ai suggerimenti di Winnicott che di bambini ne aveva visti molti. Tuttavia, né questi contributi né l'appassionato impegno di Anna Freud hanno permesso alla psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti di essere considerata parte integrante della formazione psicoanalitica.

Credo che questo dibattito abbia portato qualche argomento atto a chiarire ragioni, caratteristiche e vie d'uscita da questa situazione di impasse.

Le ragioni di una "impasse"

Fin dalla apertura del dibattito abbiamo constatato due orientamenti diversi che proprio per non essere sovrapponibili hanno aperto a molteplici riflessioni. Se nel mio primo intervento (I bambini e la cura) l'accento era messo sulla dialettica tra la cura analitica classica e il prendersi cura sottolineando fin dall'inizio la complessità dell'approccio al bambino e la peculiarità dei legami familiari cui è soggetto, Tonia Cancrini (Bambini in analisi, angosce primitive e legami profondi) mostra di affidarsi con perizia, seguendo la teoria della Klein, a un approccio diretto all'inconscio e alla affidabilità della tecnica analitica. Ora, se predisporre quando si lavora con bambini un setting analitico classico (4 sedute) bastasse a convincere l'Istituzione che analizzare bambini o adulti sia pratica omologabile, non si capisce perché per decenni la pratica dell'analisi infantile sia stata di fatto esclusa e tuttora non pienamente integrata nella istituzione psicoanalitica. Le ragioni di questa epurazione stanno nella qualità dell'inconscio del bambino: il fatto che questo inconscio sia più esposto, non lo rende per questo né più facilmente interpretabile, né necessariamente da interpretare. Florence Guignard nel suo intervento *Un'interpretazione non autentica* ("*interprétation plaquée*") mostra bene le insidie di una interpretazione che proprio per essere concretamente appoggiata (plaquée) sulla teoria dell'inconscio e non sullo stato psicosomatico della bambina in questione chiude inesorabilmente lo spazio a una analisi. Dialogando a distanza con lei, Laurent Danon-Boilau ci chiede di conservare il gusto per "l'orfèverie": attento e paziente lavoro di cesello che si può fare solo procedendo fianco a fianco, attenti allo stato recettivo del paziente e allo sfondo percettivo. Assomiglia a quella che ho chiamato funzione di accompagnamento. Nel prossimo convegno sul lavoro analitico con bambini e adolescenti (Bologna, 15/16 febbraio 2013) Giovanni Foresti, cui spetta il compito di aprire il tema del convegno (Interventi e Interpretazioni nel lavoro analitico con i bambini e con gli adolescenti) porterà una distinzione che mi è parsa assai convincente su quello che significa analizzare e quello che significa interpretare (Lo ringrazio per queste anticipazioni). Non sempre le due operazioni coincidono. Se oggi possiamo riprendere ancora una volta il tema della psicoanalisi dei bambini e cercare di portarlo a buon fine, cioè ad una sua piena integrazione nella pratica istituzionale e nel training, ritengo che questo sia dovuto al fatto che noi siamo diventati più capaci di intendere, di reggere e di modulare la nostra presenza nella situazione analitica (con bambini, adolescenti e adulti) e più sofisticati circa il modo di avvalersi della interpretazione. Rimando ancora all'intervento di Florence Guignard da cui riprendo questa citazione: "L'interpretazione nasce dall'incontro di due luoghi psichici. Può trattarsi dell'incontro di due persone reali, o dell'incontro dell'io con uno o più oggetti interni. La natura e le qualità rispettive dei luoghi psichici implicati nel processo di formazione del senso modulano la pertinenza e la portata dell'interpretazione".

Questo modo di intendere l'interpretazione ci permette di fatto di passare con ben maggiore agilità dal lavoro analitico con bambini, a quello con gli adolescenti e con gli adulti. Come ho in molti modi sostenuto l'ampliamento della formazione al lavoro analitico con bambini e con adolescenti non potrebbe che arricchire il nostro modo di essere psicoanalisti.

*“Impasse” e Caratteristiche della psicoanalisi dei bambini
Che ne è dell’oro puro?*

Questo dibattito cui è stato dato il titolo di: “Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile” è stato in effetti caratterizzato da una molteplicità di interventi che ci ha visto con passione e intelligenza all’opera con modalità assai diverse: gli interventi, solo per citarne alcuni, si sono mossi tra il lavoro psicoanalitico col bambino nella stanza di analisi, col bambino e con i genitori (Piovano e Barbieri) con la consultazione partecipata (Vallino) con il lavoro sulla coppia (Trapanese, Ricciardi, Nicolò). Perché questa straordinaria ricchezza non si trasformi ancora una volta in sterile competizione su ciò che è e che non è psicoanalisi occorre grande onestà intellettuale da parte degli addetti ai lavori e grande lungimiranza da parte della Istituzione Psicoanalitica. Richiede onestà intellettuale, perché se è indubbio, come afferma Gemma Trapanese che tutti ci disponiamo all’ascolto con la nostra attrezzatura psicoanalitica cui siamo tutti molto legati (**le libere associazioni, l’ascolto fluttuante, l’astinenza, l’analisi del transfert e controtransfert**), è altrettanto vero che il setting, questo aspetto del nostro lavoro che non per essere stabile è meno vivo e creativo ci porta ad osservare oggetti mentali e funzionamenti diversi. Questi oggetti e funzionamenti saranno tanto più interessanti da rilevare quanto maggiore sarà la pratica con cui ognuno di noi ama esercitarsi e quanto più precisa sarà la esposizione psicoanalitica del proprio modo di operare: non possiamo sapere fare tutto, ma certamente possiamo capirci e arricchirci tra psicoanalisti se impariamo, come in parte si è cercato di fare in questo dibattito, da un lato a documentare con precisione, dall’altro ad accogliere i motivi e gli obiettivi che sottendono l’opera degli psicoanalisti nei diversi campi e nelle molte declinazioni. Un conto è saper oscillare tra familiare ed estraneo, e sappiamo quanto sia perturbante, un conto è decidere che quello che non pratichiamo è e deve restare estraneo. Appare ovvio che chi ha padronanza di una metodica tenda a considerarla oro e a essere meno recettivo ad altri possibili approcci. Una Istituzione Psicoanalitica lungimirante dovrebbe darsi una struttura adatta ad accogliere e a rendere fecondi approcci diversi: ogni metallo ha un uso che gli è proprio, resistenza diversa e diverse capacità di conduzione. L’Istituzione dovrebbe essere fiera di ospitare al suo interno tante e tanto diverse competenze.

Prospettive future

Da quanto sopra esposto possiamo trarre qualche considerazione: da un lato ben venga che la Società di Psicoanalisi si apra a tutte le possibili declinazioni della psicoanalisi purché lo strumento di osservazione sia la attrezzatura psicoanalitica citata. Dall’altro l’Istituto di training si concentri sulla formazione allargando il campo di intervento a ogni individuo, bambino, adolescente o adulto. La parola “Formare” ha una accezione ampia: dare forma, conferire maturità, comporre, integrare etc. Essa dovrebbe addestrare (to train) non solo ad una competenza professionale, ma ad una larga visione del mondo. Purtroppo spesso si riduce a regole sterili.

Per formazione dovremmo intendere, accanto e indipendentemente da quanto stabilito e praticato oggi, la disposizione continua a venire a contatto col mondo che ci circonda e che cambia, la capacità di costruire una situazione analitica in diversi contesti e di poterli esporre in modo che ogni psicoanalista che anche non lavori abitualmente nello stesso contesto possa capirli e con esso confrontarsi.

“E’ importante, e molto più nel lavoro con bambini e con giovani, sostenere un setting ma non permettere che il medesimo sia una corazza che soffochi la creatività dell’analista e non ammetta la flessibilità necessaria perché l’analisi con persone in sviluppo abbia luogo”. (intervento di Virginia Ungar).

Da alcuni anni ci si sta muovendo in questa direzione con l’istituirsi del cdp (corso di perfezionamento) da un lato e con il riconoscimento dato all’aggiornamento nell’analisi dei bambini e degli adolescenti dall’altro. Ma perché la cultura psicoanalitica trovi un maggiore respiro dovremo fare un ulteriore lavoro di ascolto reciproco e di integrazione. La vivacità di questo dibattito ci dà qualche motivo di speranza.

15 gennaio 2013

Alcune considerazioni finali sul dibattito

Tonia Cancrini

Innanzitutto un ringraziamento ai due conduttori del dibattito Francesco Carnaroli e Marco Mastella che con tanta passione e competenza hanno portato avanti questa esperienza. E voglio esprimere anche la mia soddisfazione per la ricchezza dello scambio in cui sono stati coinvolti non solo psicoanalisti di bambini, ma anche di adulti. Mi sembra questa la migliore premessa per uscire dall'isolamento che, come è stato sottolineato da più parti, spesso coinvolge chi si occupa di bambini. La possibilità offerta da questo spazio per uno scambio proficuo mi sembra sia stata un'ottima occasione di confronto e di arricchimento reciproco. Un particolare ringraziamento, oltre che ai colleghi italiani che sono intervenuti in modo così ampio, ai colleghi e colleghe stranieri che ci hanno arricchito delle loro esperienze sul gioco, sul sogno, sull' *enactment*, sull'interpretazione ecc., fornendoci anche in larga misura del loro materiale clinico su cui riflettere. Mi verrebbe da citarli tutti, ma sono tanti e per fortuna già presenti nel nostro dibattito anche grazie alla fatica e all'impegno dei traduttori.

Da sempre – ed è stato sottolineato da molti – il lavoro con i bambini, così come quello con i pazienti gravi, rappresenta un'apertura alla ricerca e all'approfondimento e riesce pertanto ad aiutare considerevolmente anche il lavoro con tutti gli altri pazienti. Da qui l'importanza di questo spazio dedicato ai bambini e alla loro cura.

Mi sembra che il dibattito si sia articolato seguendo i due filoni fondamentali posti da Marta Badoni e da me nei nostri interventi di apertura, con molteplici arricchimenti e suggestioni. Se da una parte Marta Badoni poneva la sua attenzione sulle varie diramazioni della cura dei bambini, sottolineando possibilità evolutive molteplici, nel mio intervento si insisteva in particolare sulle enormi potenzialità della psicoanalisi infantile individuale possibilmente a più sedute a settimana, ribadendo la specificità che può venire dal nostro contributo di psicoanalisti. Rispetto a queste due prospettive quello che a me sembra importante è di valutare l'arricchimento che ci viene da entrambe. Io credo che serva l'integrazione e non il rifiuto o l'idea che una prospettiva sia il superamento dell'altra. In particolare a me sembra che non è mai stata superata o annullata l'enorme potenzialità che ci viene dalla psicoanalisi dei bambini la cui strada è stata aperta in modo egregio da Melanie Klein, Anna Freud e poi da Donald Winnicott. Una potenzialità enorme sia clinica, dove spesso si raggiungono risultati straordinari, sia di ricerca, come ricordato da molti. Del resto anche Marta Badoni nel secondo intervento sottolinea: “Sul numero delle sedute penso questo: per una buona immersione nell'inconscio, rimosso e non rimosso serve frequentarsi molto. Con meno di tre sedute il lavoro sicuramente cambia, probabilmente è più difficile, a volte può essere fuorviante.” E del resto - lo sottolinea sempre Marta Badoni, e non si può non essere d'accordo con lei, “anche quando si va per strada (Orofino) occorre avere la Carta di Identità, altrimenti non si è nessuno e non vale il “lei non sa chi sono io”. E' essenziale per la sopravvivenza nostra e della psicoanalisi che questa identità sia certa e riconoscibile e che si colga chiaramente un sapere e un pensare psicoanalitico ad ogni livello.”

Molti degli interventi ci rimandano con forza all'importanza della psicoanalisi a più sedute a settimana dove è possibile raggiungere il bambino nelle sue angosce più profonde e condividere con lui le esperienze traumatiche che hanno provocato dolore, paura, terrore, e gli hanno fatto sperimentare una sensazione di catastrofe interna. E' stata così, da più parti, ribadita l'importanza dell'analisi nelle situazioni traumatiche gravi. E in queste situazioni sono stati sottolineati anche quegli aspetti della tecnica che richiedono una particolare attenzione. Un rimando costante ad Anna Alvarez ha percorso questi scritti. Anna Alvarez sottolinea come nel corso del trattamento

psicoanalitico è sempre una sorpresa – e certamente una bella sorpresa – assistere ai progressi di bambini e adolescenti gravi. E nel suo lavoro ci ha mostrato sempre quanto sia importante la presenza viva e partecipe dell'analista che, anche nelle situazioni più disperate, deve porsi come "compagno vivo". Nelle situazioni più gravi sono quindi essenziali la partecipazione affettiva, il coinvolgimento, il rivivere fino in fondo l'esperienza traumatica non lasciando mai solo il bambino, l'essere fino in fondo "compagno vivo". Ed è per questo che è importante essere guidati dal controtransfert che ci mette in contatto con il bisogno profondo del bambino. E, a questo proposito, un piccolo e affettuoso scambio polemico con Giuliana Barbieri proprio per la grande stima e simpatia che mi lega a lei e che mi ha fatto così tanto apprezzare i suoi interventi e il bel caso di Pimpa. Quando permetto al bambino (Rodolfo) di rompere le sedioline – e non di fare male né a sé né a me (e in questi casi sarebbe stato inevitabile lo stop) – è perché avverto che è per lui fondamentale comunicarmi questo suo buco nero in cui c'è il panico che tutto sia distrutto e la sua paura che la rottura sia definitiva e irreparabile. Ed è solo dopo aver condiviso tutto questo che si è potuto di nuovo costruire e riparare. Non è un modello che mi ha guidata ma quella partecipazione affettiva e profonda che ci deve sempre accompagnare nell'analisi con i bambini, dandoci a volte quelle libertà necessarie perché la relazione non sia prigioniera di regole troppo rigide. Io penso che la libertà e la fantasia e la capacità di inventare devono caratterizzare anche la psicoanalisi intensiva e non essere patrimonio soltanto degli altri tipi di intervento. Ricordare questo caso di Rodolfo mi permette poi di sottolineare che la psicoanalisi con il bambino non riguarda solo i bambini fortemente traumatizzati, ma anche i bambini problematici che possono comunque nell'analisi fare i conti con le loro aree più nascoste e buie.

Un altro punto molto importante è quello che riguarda la formazione che a più riprese è stato toccato nel dibattito. Se certamente è fondamentale che ci siano confronto, punti di incontro, scambi continui e continuativi con la psicoanalisi degli adulti, non va però dimenticata la specificità nella tecnica e nell'esperienza clinica. E vorrei in questa ottica ribadire l'importanza del Corso di perfezionamento bambini-adolescenti, che, basandosi sulla esperienza precedente di formazione come psicoanalista di adulti, dove ovviamente sono acquisite le competenze psicoanalitiche fondamentali, fornisce però quegli strumenti specifici di tecnica e di clinica che sono indispensabili per diventare dei bravi psicoanalisti di bambini. Certamente molte esperienze possono essere comuni nella formazione, p. es. l'osservazione del bambino potrebbe essere molto utile anche allo psicoanalista di adulti, proprio per affinare una sensibilità e un'attenzione alla sensorialità e alle prime dinamiche relazionali. Mi ricordo di aver seguito l'osservazione del bambino con grande profitto nella mia formazione di base in un bel seminario condotto da Pierandrea Lussana. Però un contatto più diretto con il mondo del bambino e con le sue forme di comunicazione (gioco, disegno e altro) meritano un approfondimento adeguato e specifico.

Ci sono tante scuole b-a fuori della SPI. Marco Mastella si interroga e ci interroga su questo punto. Perché, come è successo? Non è facile dare una risposta. Fa male però pensare che per tanti anni la SPI si è privata di uno spazio così importante. Forse per una sorta di sordità all'esigenza di portare avanti un campo così significativo, anche se certo non mancavano colleghi molto interessati in questo senso. Basti ricordare Benedetto Bartoleschi, Adda Corti, Anna Maria Galdo, Pierandrea Lussana, Gina Mori e altri ancora. Dopo tanti anni di lavoro e di impegno è ora funzionante da diverso tempo il Corso di perfezionamento bambini-adolescenti, che ha riportato nella SPI anche questo aspetto della formazione, e io credo sia molto importante curarlo e migliorarlo.

Negli ultimi interventi molto si è insistito sulla psicoanalisi con la coppia e con la famiglia (Gemma Trapanese, Anna Nicolò, Cristina Ricciardi e altri), possibilità terapeutiche che certamente, come ho già ribadito più volte, arricchiscono la nostra esperienza e ci forniscono strumenti utili e importanti. Vorrei però concludere il dibattito con una considerazione che è insieme un invito e una spinta a un impegno: non dimentichiamoci della psicoanalisi a più sedute a settimana con i bambini. Rispetto a questo mi viene da ribadire l'importanza della psicoanalisi intensiva e uso qui le parole di Daniele Biondo: "Il nostro compito di psicoanalisti infantili è quello di riuscire a fare qualcosa che nessun

altro è in grado di fare (è opportuno ricordarlo): raggiungere il bambino nel pozzo buio e freddo della sua disperazione [...]. Tutti noi sappiamo che questo è possibile farlo solo con la psicoanalisi, con il setting psicoanalitico classico intensivo”. E ancora ricordo quanto ci suggerisce Mirella Galeota sulla possibilità che soltanto un setting intensivo e una costante attenzione al transfert e il controtransfert permettono di avvicinarsi a un bambino che porta in sé angosce e ferite profonde. E ancora Marco Mastella che, pur ribadendo, nell’interessante caso dei due gemelli, l’importanza dell’intervento preliminare con i genitori e con l’ambiente, ci mostra come sia stata poi la psicoterapia individuale con i bambini a farli passare da una situazione di assenza, al gioco, al linguaggio e alla comunicazione rendendoli così finalmente “bambini vivi”. Vorrei ricordare tanti altri che sono intervenuti nel dibattito, ma non voglio appesantire queste mie osservazioni con troppe citazioni e concludo allora con quanto ci dice il bambino ricordato da Lidia Leonelli Langer: Per favore, non parlate! Lasciate fuori dalla stanza di analisi quanto è stato detto dagli adulti! Solo così il bambino può avere un ascolto particolare. E’ questo è fondamentale “per poter stare nel qui e ora della stanza di analisi, solo con il bambino, ad accogliere ciò che di nuovo emerge dal buio”. E aggiungerei per poter accogliere il bambino come persona, come individuo. E di nuovo grazie a tutti.

BIBLIOGRAFIA

- 9e Conférence des psychanalystes de langue française ; Nyon ; 10-11 avril 1936.
(Laforgue, R., La névrose familiale – pp. 327-359. Leuba, J., La famille névrotique et les névroses familiales – pp. 360-419). *Revue Française de Psychanalyse*. 1936, vol. 9, no 3.
- 9th Conference of Psychoanalysts of the French Language. The Neurotic Family and the Family Neuroses. Nyon, Switzerland, 1936. (1939). *Psychoanalytic Review* 26: (4) 577-591
- ABERASTURI, A. (1952). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Paidós, Buenos Aires.
- AGUAYO, J. (2002). Reassessing the clinical affinity between Melanie Klein and D.W. Winnicott (1935–51): Klein's unpublished 'notes on baby' in historical context (1937). *The International Journal of Psychoanalysis*, 83: 1133–1152
- ALBARELLA, C. & DONADIO, M. (a cura di) (1986). *Il Controtransfert. Saggi psicoanalitici*. Liguori, Napoli.
- ALGINI, M. L. (a cura di) (2007). *Sulla storia della psicoanalisi infantile in Italia*. Quaderni di psicoterapia infantile, vol. 55, Borla, Roma.
- ALVAREZ, A. (1992). *Il compagno vivo*. Astrolabio, Roma, 1993.
- ALVARO, C. (1949). *La lunga notte di Medea*. Bompiani, Milano, 1966.
- ANZIEU, A. (1968). Sur quelques traits de la personnalité du bègue. *Bulletin de psychologie*, 21: 1022–1028.
- ANZIEU, D. (1986). Introduzione allo studio delle funzioni dell'Io pelle nella coppia. *Interazioni*, 1, 1993, pp. 75-79. Tratto dalla rivista Gruppo, 2, 1986.
- ANZIEU, D. (1994). *Il pensare*, Borla, Roma, 1996.
- APPLETON'S *Cuyas English-Spanish and Spanish-English Dictionary*. Prentice Hall International, London, 1972.
- ARGENTIERI, S. (2005). *Il padre materno*. Meltemi Editore, Roma.
- AULAGNIER, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*, Paris, Ramsay.
- BADONI, M. (2002). Parents and their Child-and the Analyst in the middle. *Int. J. Psycho-Anal.* 83: 1111-1131.
- BADONI, M. (2004). La psicoanalisi dei Figli: Paradossi. In: *Quaderni di psicoterapia infantile* n°48, pp.171-186. Borla ed. Milano
- BADONI, M. (2005) . Déficit de la función de « rêverie » y transfert tiránico. *Revista de psicanálisis de Madrid*, n°45 pp.203-226.
- BALDARO B., MASTELLA M. (2004). *Dalla Diagnosi Psicoanalitica all'invio*. Relazione per Gruppo di lavoro al Convegno: L'assetto mentale dello psicoanalista nella consultazione. Milano, 8-10 ottobre 2004. Pubbl. modificato ('Note sulla consultazione con i nuovi pazienti') in: Landoni G., Jaffé R. (a cura di) (2006), 107-128.
- BALOTTARI, C. (1998). *Quale stanza per i genitori?*, letto al C.M.P., Osservatorio Infantile, il 19 maggio 1998.
- BARALE, F. (2012). Relazione letta al Centro Psicoanalitico di Pavia, 17 aprile 2012
- BARANGER W. & BARANGER, M. (1961). La situazione analitica come campo dinamico. In Baranger W. & M. (1990, 2° ed. 2011). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Raffaello Cortina, Milano.
- BARBIERI, G. (2011). L'azione ugualmente fluttuante. Seminari del CMP, 28 gennaio.
- BARBIERI, G. (2012). Pimpa e l'Intervento Psicoanalitico Contestuale. In *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 65, Borla, Roma.
- BASSECHES, H. (1998). Enactment. What is it and whose is it?. In Ellman, S. J. & M. Moskowitz M. (Eds.) (1998).
- BATEMAN, A. (1998). Thick- and Thin-Skinned Organisations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. *Int. J. Psycho-Anal.* 79: 13-25
- BAUMAN, Z. (2000). *Modernità liquida*. Laterza, Roma-Bari, 2005.

- BCPSG (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *Int J Psychoanal* 79:903–21.
- BENJAMIN, W. (2012) (a cura di F. Cappa e M. Negri). *Figure dell'infanzia. Educazione, letteratura, immaginario*. Raffaello Cortina, Milano.
- BERENSTEIN, S. & GRINFELD, P. (2005). Algunas notas acerca de las prácticas actuales del psicoanálisis. XXVII Simposio y Congreso interno APdeBA. Buenos Aires 2005, pag261.
- BICK, E. (1962). Symposium on Child Analysis. Child Analysis Today. *International Journal of Psycho-Analysis*. 43: 328-332.
- BICK, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of psychoanalysis*, 45
- BICK, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 558-566
- BICK, E. (1975). Adhesive Identification. In Tustin F., (1983), *Stati autistici nei bambini*, Armando, Roma.
- BICK, E. (1986). Further considerations on the functioning of skin in early object relations: findings from infant observation integrated into child and adult analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 292-299.
- BION, W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma.
- BION, W.R. (1962a). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:306-310.
- BION, W. R. (1962b). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- BION, W. R. (1965). *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- BION, W. R. (1970). *Attenzione ed Interpretazione*. Armando, Roma, 1973.
- BION, W.R. (1977). *I seminari Italiani*. Borla, Roma, 1985.
- BION, W.R. (1992). *Cogitations*. Armando, Roma, 1996.
- BIONDO, D. (2008). *Fare gruppo con gli adolescenti*. Milano, Franco Angeli.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*. Lauretana ed., Loreto, 1992.
- BLEGER, J. (1967). Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico. In *Simbiosi e ambiguità*. Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1992.
- BOLLAS, C. (2009). *La domanda infinita*. Astrolabio, Roma, 2009.
- BONAMINIO, V. (1993). Una nota su "La pazzia della madre che appare nel materiale clinico come fattore ego-alieno" di D.W. Winnicott. *Richard e Piggie*, 2, pp. 141-147.
- BONAMINIO, V. (2012). Alcune riflessioni non conclusive su originario, arcaico, primitivo, primario, profondo, precoce e sui rapporti fra analisi dei bambini e degli adolescenti e analisi degli adulti. Un viluppo di termini e concetti da sviluppare per tracciare un percorso di continuità e di discontinuità fra psicoanalisi degli adulti e psicoanalisi dei bambini. Spunti per un dibattito. Lavoro presentato alla 1° giornata sul Training, 13, 10, 2012.
- BORGOGNO, F. (2006). "Little Hans" updated: omaggio a "an invisible man". *Riv. Psicoanal.*, 52, 4, 951-968.
- BORGOGNO, F. & VALLINO, D. (2006). Spoilt children: un dialogo fra psicoanalisti. In *Quaderni Psicoter. Infantile*, n.52.
- BOSZORMENYI-NAGI, I. & SPARK, G. (1973). *Lealtà invisibili*. Astrolabio, Roma, 1988.
- BOWLBY, J. (1969). *Attaccamento e Perdita*. Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1972
- BOWLBY, J. (1973). *Attaccamento e Perdita*. Vol. 2: *La separazione dalla madre*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1978
- BOWLBY, J. (1980). *Attaccamento e Perdita*. Vol.3: *La perdita della madre*. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino 1983.
- BOX, S. et al. (1981). *Psicoterapia familiare. Un approccio psicoanalitico*. Liguori, Napoli, 1985.
- BRAZELTON, T., CRAMER, B. (1990), *Il primo legame*. Frassinelli, Milano 1991.
- BRITTON, R. (1989). The Missing Link: Parental Sexuality in the Oedipus Complex..., in Steiner J. (a cura di), *The Oedipus Complex Today*, Karnac Books, London.

- BRITTON, R. (1999). Getting in on the Act: The Hysterical Solution. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80: (1) 1-14. Anche in Ellman, S. J. & M. Moskowitz M. (Eds.) (1998).
- BROMBERG, P. (2011). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- BYNG-HALL, J. (1995). *Le trame della famiglia – attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- CAHN, R. (1991). *Adolescence e folie*. Paris, Presses Universitaires de France. Tr.it.: *Adolescenza e follia*. Roma, Borla, 1994.
- CAHN, R. (1995). Subject and Agency in Psychoanalysis—Which is to be Master? : By Frances M. Moran. New York and London: New York University Press. 1993. Pp. 198. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76:189-191.
- CAHN, R. (2002). *La fine del divano?* Borla, Roma, 2004.
- CAHN, R. (2004). Subjectalité et subjectivation. *Adolescence*, 2004/4 no 50, p. 755-766.
- CANCRINI, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina, Milano.
- CANCRINI, T. (1991). Affetti e controtransfert. L'espressione degli affetti attraverso il rapporto analitico. In *Gli affetti nella psicoanalisi*, Roma, Borla 1991.
- CANCRINI, T. (2002). *Un tempo per il dolore*. Boringhieri, Torino.
- CANCRINI, T. & BIONDO, D. (a cura di) (2012). *Una ferita all'origine*. Borla, Roma.
- CARBONE, P. (1992). La Psychothérapie sans patient: considerations sur le traitement des adolescents à travers les parents. 1992, "*Adolescence*", 10, 2, 297-306.
- CASSIDY, J. & SHAVER, P. R. (1999). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti, Roma, 2002.
- CASSORLA, R.M. (2001). Acute Enactment as a 'Resource' in Disclosing a Collusion Between the Analytical Dyad. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82:1155-1170.
- CASSORLA, R.M. (2005). From bastion to enactment: The 'non-dream' in the theatre of analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86:699-719
- CHUSED, J.F. (1991). The Evocative Power of Enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39:615-639. Poi in Ellman, S. J. & M. Moskowitz M. (Eds.) (1998).
- CIVITARESE, G. (2008). *L'intima stanza. Teoria e tecnica del campo analitico*. Borla, Roma.
- COLOMBI, L. (2010). The dual aspect of fantasy: flight from reality or imaginative realm? Consideration and hypotheses from clinical psychoanalysis. *IJP*, Vol 91, N°5, 2010, pp.1073-1091.
- COROMINAS, J. (1991). *Psicopatologia e sviluppi arcaici*. Roma, Borla, 1993.
- COROMINAS, J. (1994). Possibles vinculacions entre organitzacions patològiques de l'adult i problemes del desenvolupament primari. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, N° IX, 1-2.
- CORREALE, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma, Borla.
- CRESTI, L., FARNETI, P., PRATESI C. (a cura di) (2001). *Osservazione e trasformazione. L'Infant Observation nella formazione, la prevenzione e la ricerca*. Borla, Roma.
- CUPELLONI, P. (a cura di) (2012). *Psicoanaliste. Il piacere di pensare*. Franco Angeli, Milano.
- DALLANEGRA, P. & PARDINI, I. (a cura di) (2011). *Ciò che non è vero è vero. Discussione intorno all'alienazione genitoriale*. Provincia di Milano, settore Politiche Sociali, in collaborazione con la cooperativa sociale Ghenos. Scaricabile in:
www.provincia.milano.it/affari_sociali/correlazioni.html?pat=/affari_sociali/che_area_ti_interessa/Minori/&cat=Pubblicazioni
- DANON-BOILEAU, L. (2005). *Children without language. From dysphasia to autism*. Oxford University Press, Usa.
- DANON-BOILEAU, L. (2007). *The silent child*. Oxford University Press, Usa.
- DANON-BOILEAU, L. (2012). Les enjeux économiques de l'interprétation à l'enfant autiste. *Rev. Franc. Psychoan.*, 76,2, 435-446.
- DELIGNY, F. (1980). *I bambini e il silenzio*, Spirali.
- DELION, P. (a cura di) (2004). *Il bambino a rischio autistico*. Pendragon, Bologna.

- DE MASI, F. (2006). *Vulnerabilità alla psicosi*. Raffaello Cortina, Milano.
- DE MASI, F. (2012). *Lavorare con i pazienti difficili*. Bollati Boringhieri, Torino.
- DI CHIARA, G. et Al. (1985). Preconcezione edipica e funzione psicoanalitica della mente. *Rivista di Psicoanalisi*. 31.3:327-341.
- DI CHIARA, G. (1990). La stupita meraviglia, l'autismo e la competenza difensiva. *Riv. Psicoanal.*, 36, 441- 457.
- DI CHIARA, G. (2003). *Curare con la Psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano.
- DICKS, H. V. (1967). *Tensioni coniugali: studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Borla, Roma, 1992.
- EIGUER A., RUFFIOT A. et. al. (1986). *Terapia psicoanalitica della coppia*. Borla, Roma, 1986.
- ELLMAN, S. J. (1998). *Enactment, Transference and Analytic Trust*. In Ellman, S. J. & Moskowitz M. (Eds.) (1998).
- ELLMAN, S. J. & M. MOSKOWITZ, M. (Eds.) (1998). *Enactment: Toward a New Approach to the Therapeutic Relationship*. Northvale, NJ: Aronson.
- EMDE, R.N. (1983). The prerepresentational self and its affective core. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 36: 165-192. New Haven, C.T.: Yale University Press.
- ENRIQUEZ, M. (1986). Les représentations transgénérationnelles et leurs effets sur le transfert dans la thérapie familiale. *Gruppo*, 2
- FAIMBERG, H. (1988). A l'écoute du télescopage des générations: pertinence psychanalytique du concept. *Topique*, 42: 223–238.
- FAIMBERG, H. (1993). Il mito di Edipo rivisitato. In R. Kaes et al. (1993) *Trasmissione della vita psichica fra generazioni*. Borla, Roma, 1995.
- FÈ D'OSTIANI, E. (1987). *Mutismo elettivo e psicosi*. Borla, Roma.
- FERRARA MORI, G. (1998). *Apprendere dall'osservazione. Excursus storico, riflessioni e presupposti per un progetto di estensione della metodologia di E. Bick*. In Cresti L., Farneti P., Pratesi C. (a cura di) (2001).
- FERRARA MORI, G. (2001). Introduzione. In Cresti L., Farneti P., Pratesi C. (a cura di) (2001).
- FERRARA MORI, G. (a cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*. Borla, Roma.
- FERRO, A. (1985). Psicoanalisi e favole. *Rivista di Psicoanalisi*. 31:216-230.
- FERRO, A. (1992). *La tecnica nella psicoanalisi infantile*. Raffaello Cortina, Milano.
- FRAIBERG, S. (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health*, Basic Books, New York
- FRAIBERG, S. (1999). *Il sostegno allo sviluppo*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 1999
- FREUD, A. (1927). *Quattro conferenze sull'analisi infantile*. In Opere, vol I., Boringhieri, Torino 1972.
- FREUD, A. (1966). L'istituto psicoanalitico ideale: un'utopia. In Anna Freud, *Opere*, vol.3. Boringhieri, Torino
- FREUD, A. (1970). L'analisi infantile come sottospecialità della psicoanalisi. In Anna Freud, *Opere*, vol.3. Boringhieri, Torino
- FREUD, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. OSF 3, Boringhieri.
- FREUD, S. (1901). Azioni sintomatiche e casuali. Cap. 9 di *Psicopatologia della vita quotidiana*. OSF, 4, Boringhieri.
- FREUD, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF,4, Boringhieri
- FREUD, S. (1908). *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (caso clinico del piccolo Hans)*. OSF, Vol. 5.
- FREUD, S. (1909b). *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (caso clinico dell'uomo dei topi)*. OSF, 6. Bollati Boringhieri, Torino.
- FREUD, S. (1910). *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci*. OSF 6, Boringhieri.
- FREUD, S. (1915). L'inconscio. OSF 8, Boringhieri.
- FREUD, S. (1919). Il Perturbante. OSF, 9, Boringhieri.
- FREUD, S. (?) (1920). Editorial. *International Journal of Psycho-Analysis* 1: 3-5

- FREUD, S. (1920a). Associazione di idee di una bambina di quattro anni. In *Scritti brevi*. OSF, 9
- FREUD, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. OSF, vol9, pp193-249
- FREUD, S. (1924). Nota sul “notes magico”. OSF, 10, Boringhieri.
- FREUD, S. (1934-38). *L'uomo Mosè e la religione monoteistica*. OSF 11, Boringhieri.
- FREUD, S. & PFISTER, O. (1962). *Psicoanalisi e fede. Lettere tra Freud e il pastore Pfister 1909-1939*. Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
- GADDINI, E. (1959). *Immagine corporea primaria e periodo fallico: considerazioni sulla genesi dei simboli di forma rotonda*. Paper presented at the meeting “The first Body Image and Object Representation”, State University of New York, June, 1961a
- GADDINI, E. (1969 a). «On Imitation», *Int. Journ. Psycho-Anal.*, 50:475-484. Sull'imitazione. In: *Scritti 1953-1985*. Cortina, Milano 1989, pag. 159.
- GADDINI, E. (1969b) *Linguaggio e psicoanalisi*, in *Scritti*, Milano, Cortina, 1989.
- GADDINI, E. (1974). Formazione del padre e scena primaria. *Riv. Psicoanal.*, 23, 2, 1977:157.
- GADDINI, E. (1980). Note sui problema mente-corpo. *Riv. Psicoanal.*, 27, 1, 1981:3-29.
- GADDINI, E. (1981). Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. *Riv. Psicoanal.*, 28, 1, 1982:1-14.
- GADDINI, E. (1989). *Scritti*. Milano, Raffaello Cortina.
- GÁLVEZ, M. (2000). Panel Progresos y/o modificaciones. Congreso FEPAL, Gramado *Acting out y enactments: ¿Conceptos o slogans?* Comunicación del XXIII Simposio de APdeBA. Nov. 2001.
- GÁLVEZ, M. & SÁNCHEZ GRILLO, M. (2000). *Interpretación Psicoanalítica y procesos Terciarios: trabajo y material analíticos*. Publicación del XXII Simposium y Congreso interno de APdeBA. Octubre de 2000.
- GARCIA BADARACCO, J. (1989). *La comunità terapeutica psicoanalitica a struttura multifamiliare*. Franco Angeli, Milano, 1997.
- GARCIA BADARACCO, J. (2000). *Psicoanalisi multifamiliare*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- GEISSMANN, C. & GEISSMANN, P. (1992). *Storia della psicoanalisi infantile*. Borla, Roma 1994
- GIANNAKOULAS, A. & GIANNOTTI, A. (1984). Il setting con la coppia genitoriale, in “*Il setting*”. Roma Borla, 1984, 76-111-
- GIANNAKOULAS, A. (1992). Il bambino come «Terapia» della difesa maniacale post-traumatica, *Interazioni – “Legami e Affetti”*, 0, pp. 25-36.
- GIANNAKOULAS, A. (1999). Corteggiamento, innamoramento, amore e genitorialità. in Nicolò Corigliano A.M (a cura di). *Curare la relazione: saggi sulla psicoanalisi e la coppia*. Franco Angeli, Roma, 1999.
- GIANNOTTI, A. & DE ASTIS, G. (1989). *Il diseguale*. Borla, Roma.
- GODFRIND, J. (1989). Function symbolique et situation analytique *Rev. Franc. de Psychanal.*, 6, 1989: 1801-1805.
- GODFRIND, J. (1993). *Les deux courants du transfert*, Paris, Presses Universitaires de France. Trad.it. *Le due correnti del transfert*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1997.
- GOLSE, B. (1992). L'enfant autiste, sa pensée, son corps et ses images. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 1992: 481-518.
- GORETTI, G. (1997). Le menti violate. Pensieri su Dora, Schreber, Paul et altri. *Rivista Psicoanal.* 43: 635-656.
- GREEN, A. (1973). *Il discorso vivente. La concezione psicoanalitica dell'affetto*. Astrolabio, Roma, 1974.
- GREEN, A. (1983). *Narcismo di Vita. Narcisismo di Morte*. Borla, Roma, 1985.
- GREEN, A. (1993). Two Discussions of 'The Inner Experiences of the Analyst' and a Response from Theodore Jacobs. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 1131-1136
- GREEN, A. (2010). *Illusioni e disillusioni della psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- GUÉRIN, C. (1996). *La fiaba e la funzione contenitore*, in: Kaes R. et al. (1996).

- GUIGNARD, F. (1996). *Au vif de l'Infantile*. Delachaux et Niestlé, S.A. Lausanne. Trad. it. *Nel vivo dell'Infantile*. Franco Angeli, Milano.
- HAAG, G., TORDJMAN, S., DUPRAT, A., URWAND, S., JARDIN, F., CLÉMENT, M., CUKIERMAN, A., DRUON, C., CHÂTELLIER, A.M., TRICAUD, J., DUMONT, A. (2005). Psychodynamic assessment of changes in children with autism under Psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86:335-352. Trad.it. (2007). Valutazione psicodinamica dello sviluppo dei bambini autistici sottoposti a trattamento psicoanalitico. *L'Annata Psicoanalitica Internazionale*, 3:115-133. Borla, Roma.
- HARGREAVES, E. & VARCHEVCHER, A. (Eds.) (2004). *In pursuit of Psychic change: The Betty Joseph Workshop*. Palgrave Macmillan.
- HARRIS WILLIAMS, M. (2010). *Lo sviluppo estetico*. Borla, Roma, 2012.
- HEIMANN, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31: 81-84.
- HEIMANN, P. (1989). *Bambini e non più bambini*. Borla, Roma, 1992.
- HUG-HELLMUTH, H. VON (1967). *Journal d'une petite fille*. Denoel. Paris.
- ISAACS, S. (1943). The nature and function of phantasy, In *The Development of psychoanalysis*. London: Hogarth press, 1952.
- JACOBS, T. J. (1986). On countertransference enactments. *JAPA*. 34:2 (289-307)
- JACOBS, T. J. (1993). The Inner Experiences of the Analyst: Their Contribution to the Analytic Process. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 7-14
- JEAMMET, P. (1980). Realtà esterna e realtà interna. Importanza e specificità della loro articolazione in adolescenza. In: *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla, 1992 (cap. 1; pp. 13-53).
- JOSEPH, B. (1985). Transference: The Total Situation. *International Journal of Psycho-Analysis* 66: 447-454. Poi in Joseph B. (1989).
- JOSEPH, B. (1989). *Equilibrio e cambiamento psichico*. Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- JOSEPH, B. (1998). From acting-out to enactment. Lavoro non pubblicato
- KAËS, R. (1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo: elementi per una teoria psicoanalitica del gruppo*. Borla, Roma, 1994.
- KAËS, R. (1994). Patto denegativo e alleanze inconse. *Interazioni*, 1, 1994.
- KAËS R., PERROT J., HOCHMANN J., GUÉRIN C., MÉRY J., REUMAUX F. (1996). *Fiabe e racconti nella vita psichica*. Borla, Roma, 1997.
- KAËS, R. (2012). The Psychical Reality of Linking. In Nicolò A.M., Benghozi P. Lucarelli D. (eds): *Families in Transformation: A Psychoanalytic Approach*. London: Karnac (in press).
- KAHN, L. (2004). *Cures d'enfance*. Gallimard, Parigi. Trad. It. *Cure di bambini*, Borla 2006.
- KAHN, M.M.R. (1977). Introduzione. In: Donald W. Winnicott. Aix-en-Provence, L'Arc. Tr.it.: Il pensiero di Winnicott (a cura di V. Bonaminio e di A.Giannakoulas), Roma, Armando, 1982.
- KANCYPER, L. (2000). La memoria del rancore e la memoria del dolore. *Psiche*, VIII, 2, 101-108.
- KAPLAN, A.. La evolución de la práctica psicoanalítica con niños. Octavo Encuentro de la Asociación Internacional de la Historia del Psicoanálisis.
- KAPLAN, L.J. (1996). *Voci dal silenzio. La perdita di una persona amata e le forze psicologiche che tengono vivo il dialogo interrotto*. Raffaello Cortina, Milano
- KELLY NOVICK, K. & NOVICK, J. (2005). *Working with parents makes therapy work*. Jason Aronson. Trad.it. (2009). *Il lavoro con i genitori: i migliori alleati nella psicoterapia con il bambino e l'adolescente*. Franco Angeli, Milano.
- KLEIN, M. (1927). Symposium on Child-Analysis. *Int.J. Psycho-Anal.*, 8: 339-370.
- KLEIN, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze, 1970.
- KLEIN, M. (1933). The early development of Coscience in the child. *Scritti 1921-58*, Boringhieri Torino 1978
- KLEIN, M. (1937). *Notes on baby*. unpublished Cfr Aguayo, J. (2002).

- KLEIN, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In Klein M., *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- KRYSTAL, H. (1988-1993). *Affetto, trauma, alessitimia*. Magi Edizioni, Roma, 2007.
- LACAN, J. (1964). *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Torino, Einaudi, 1979.
- LANDONI G., JAFFE' R. (a cura di) (2006). *L'assetto mentale dello psicoanalista nella consultazione*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi, 9, 107-128.
- LAPLANCHE, J. (1995). Seduction, Persecution, Revelation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76: 663-682.
- LAPLANCHE, J. (2007). *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien 2000-2006*. Paris, Presses Universitaires de France. Tr. it.: *Sexuale. La sessualità allargata nel senso freudiano*. Bari-Roma, La Biblioteca, 2007.
- LEBOVICI, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal* 6(1):10-19
- LEPORE, S. (2011). La sedia vuota. Il posto dei figli nella separazione dei genitori, tra psicoanalisi e diritto. *Quaderni Psicoter. Inf.* n. 63, Borla, Roma.
- LEVINSON, N.A. (2003). Panel on 'Acting Out and/or Enactment'. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84:151-155
- LIEBERMAN, A. F. & PAWL, J. (1993). Infant-parent psychotherapy. In *Handbook of Infant Mental Health*, ed. C. H. Zeanah, pp. 427- 442. New York: Guilford.
- LIEBERMAN, A. F. & ZEANAH, C. H. (1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy and P. R. Shaver, pp. 555-574. New York: Guilford.
- LOSSO, R. (2000). *Psicoanalisi della famiglia. Percorsi teorico-clinici*. Franco Angeli, Milano.
- LOSSO, R. & PACKCIARZ LOSSO, A. (2003). I borderline e le loro famiglie: le identificazioni triviali. *Interazioni*, 1-2003/19, p. 20, Franco Angeli, Milano, 2003.
- LUPINACCI, M.A. (2012). L'esperienza del soffrire il dolore. Dalle prime esperienze dolorose viste nell'osservazione della relazione madre bambino verso la clinica. In Cancrini e Biondo (a cura di) (2012). *Una ferita all'origine*. Borla, Roma.
- LUSSANA P.A. (1998). *Storia iniziale e preistoria dell'Infant Observation*. in Cresti, Farneti, Pratesi (a cura di) (2001). *Osservazione e trasformazione*. Borla, Roma.
- LYONS-RUTH, K. (1998). *Implicit Relational Knowing: its Role in Development and Psychoanalytic Treatment*. *Infant Mental Health*, 19, 282-289.
- MAGGIONI, G. (2011). Il bambino non visto e i suoi genitori nell'incontro analitico. *Quaderni Psicoter. Inf.*, n 63, Borla, Roma.
- MASTELLA, M. (1997). Maternità e paternità preoccupanti. *Psiche*, V, 1, 51-64.
- MASTELLA, M., RUGGIERO, I. (1999). Il lavoro psicologico con i genitori di bambini e adolescenti in difficoltà. in Trombini E. (a cura di). *Genitori e figli in consultazione*. Edizione QuattroVenti, Urbino.
- MASTELLA, M., RUGGIERO, I. (2000). *Costituzione, tenuta ed evoluzione di una coppia di analisti impegnati nel lavoro 'combinato' con figli e genitori*. Congresso Internazionale *Quale psicoanalisi per la coppia e la famiglia?*, Napoli, 1-3/12/2000, in: Nicolò A. M. (a cura di) (2005) *Quale psicoanalisi per la famiglia?* F. Angeli, Milano.
- MASTELLA, M. (2008). Verso la maternità durante l'analisi, o in consultazione psicoanalitica. In: Ferrara Mori G. (a cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma.
- MASTELLA, M. (2009). *Sognare e crescere il figlio di un'altra donna. Ascoltando e sperando con i genitori adottivi*. Cantagalli, Siena.
- MASTELLA, M., VALENTINI, P., BAIAMONTE, C., MASTELLA, F. (2010). Un'esperienza di consulenza psicologica presso un'istituzione scolastica. *Richard e Piggie*, 2, 154-171.
- MATHEW MAF (1998). *The body as instrument*. *J Br Assoc Psychother* 35: 17-36.

- McLAUGHLIN, J.T. (1991). Clinical and Theoretical Aspects of Enactment. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39:595-614.
- MELEGA, M. P. (1990). L'osservatore psicoanalitico come contenitore della funzione materna – Movimenti del transfert e del controtransfert, *Interazioni terapeutiche in contesti diversi*, Istituto Italiano per gli studi filosofici, pp. 45-61, Napoli - Italia
- MELEGA, M. P. (1990). The Psychoanalytical Observer as a Container Model of the Maternal Function: Movements Within Transference and Countertransference. *Anais da Tavistock Tavistock-Model Courses*, Napoli - Italia
- MELEGA, M. P. (1998). Psicanálise Na Infância. Enfoque Kleiniano-Bioniano. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triangulo Mineiro*, Vol.1 n° 1, pp. 19-36.
- MELEGA, M. P. (1999). Gruppo Primordiale e Immagini Oniriche. *Funzione Gamma Magazine*, n°1 (Internet).
- MELEGA, M. P. (2012). Joint parent and child therapeutic interventions. In: MELEGA M. P., MENDES DE ALMEIDA M., LEITE DA COSTA M. (eds.) (2012). *Looking and Listening: Work from the São Paulo Mother-Baby Relationship Study Centre with a Supervision Seminar by Esther Bick*. Karnac -The Harris Meltzer Trust, 161-174.
- MELTZER, D. (1967). *Il processo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1971.
- MELTZER, D., BREMNER, G., WITTEMBERG, G, et al. (1975). *Explorations in Autism: A Psychoanalytic Study*. Perthshire: Clunie. [*Esplorazioni sull'autismo*, Torino, Boringhieri, 1977].
- MELTZER, D. (1979). Un approccio psicoanalitico alla psicosi. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 2. Roma: Borla.
- MELTZER, D., HARRIS M. (1983). *Il ruolo educativo della famiglia*. Centro Scientifico Torinese, Torino, 1986.
- MELTZER, D. (1986). *Studi di metapsicologia allargata*. Raffaello Cortina, Milano, 1987.
- MERLEAU-PONTY, M. (1961-1964). *Le Visible et l'invisible*. Edited by Claude Lefort. Paris, Gallimard, 1964. Trad.it. *Il visibile e l'invisibile*. Bompiani, Milano 1969.
- MIDGLEY, N. (2006). Re-Reading “Little Hans”: Freud's Case Study and the Question of Competing Paradigms in Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54:537-559.
- MILLER, A. (1983). *Il dramma del bambino dotato*. Torino, Bollati Boringhieri, 1985.
- MILNER, M. (1950). *Non poter dipingere*. Borla, Roma, 2010.
- MILNER, M. (1969). *The Hands of the Living God. An account of a psychoanalytic treatment*, The Hogarth Press Ltd and the Institute of Psychoanalysis, London 1969
[Le mani del Dio vivente,, Armando Armando ,Roma ,1974]
- MOLINARI, E. (2011). From one room to the other: A story of contamination. The relationship between child and adult analysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 92: 791-810
- MOLINARI, E. (in press). The use of drawings to explore dual↔ group analytical field in child analysis. (accepted *IJP*)
- MORENO, J. (2002). *Ser humano*. cap. 8, editorial libros del Zorzal, Buenos Aires, 2002, 3° edición, editorial Letra Viva, Buenos Aires, 2010.
- NICOLÒ, A.M. & ZAVATTINI, G.C. (1992). *L'adolescente e il suo mondo relazionale*. Roma: Carocci Ed..
- NICOLÒ, A.M. (1993). Countertransference in the Psycho-analysis of the Couple. Intervento presentato alla tavola rotonda “Countertransference and Counteridentification in the Psychoanalysis of the Family and the Couple” del 38th IPA Congress *The psychoanalyst's mind: from listening to interpretation* (Amsterdam).
- NICOLÒ, A.M. (1999). La scelta del setting con la famiglia dell'adolescente, *Interazioni*, 1, 13, pp. 9-33.
- NICOLÒ, A.M. (2000). Thérapie familiale psychanalytique à l'adolescence, *Adolescence*, 18, 1, 131-155.

- NICOLÒ, A. M. & TRAPANESE, G. (a cura di) (2005a). *Quale psicoanalisi per la famiglia?*. Franco Angeli, Milano.
- NICOLÒ, A. M. & TRAPANESE, G. (a cura di) (2005b). *Quale psicoanalisi per la coppia?* Franco Angeli, Milano.
- NICOLÒ, A.M. (2006). The Family and Psychosis: Transpersonal Pathologies. In: Scharff J.S, Scharff D.E. (eds). *New Paradigms for Treating Relationships*. Jason Aronson, pp. 63-76.
- NICOLÒ, A.M. (2008). Le traitement thérapeutique familial dans les situations psychotiques, *Psychiatrie Française*, XXXIX, 3, 2009, pp. 68-85.
- NISSIM MOMIGLIANO, L. (1987). A Spell in Vienna—but was Freud a Freudian?—An Investigation Into Freud's Technique Between 1920 and 1938, Based on the Published Testimony of Former Analysands. *Int. Journal. Psycho-Anal.*, 14:373-389.
- NORMAN, J., SALOMONSSON, B. (2005). ‘Weaving thoughts’: A method for presenting and commenting psychoanalytic case material in a peer group. *Int. J. Psycho-Anal.*, 86:1281-1298.
- NORSA D., & ZAVATTINI, G.C. (1997). *Intimità e collusione*. Raffaello Cortina, Milano.
- OGDEN, T.H. (1989). On the concept of an Autistic Contiguous Position. *International Journal of Psychoanalysis*, 70:127-140.
- OGDEN, T.H. (1989). *Il limite primigenio dell’esperienza*. Astrolabio, Roma, 1992.
- OGDEN, T.H. (2004). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85:857-877. Poi in Ogden (2005).
- OGDEN, T.H. (2005). *L’arte della psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- OGDEN, T.H. (2007). On talking-as-dreaming. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88:575-589. Poi in Ogden (2009), cap.2.
- OGDEN, T.H. (2008). PARLER-RÊVER. *L’Année Psychanalytique*, 2008:117-131. Trad. francese di Ogden 2007.
- OGDEN, T.H. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi*. CIS, Milano, 2009.
- OROFINO, P. (2005). La sindrome di Medea. Il processo psicopatologico della coppia in relazione all’infanticidio psichico. Seminario tenuto presso CMP
- OROFINO, P. (a cura di) (2011). *Ciò che non è vero è vero. Discussione intorno all’alienazione genitoriale*. in Dallanegra P. & Pardini, I. Provincia di Milano, settore Politiche Sociali, in collaborazione con la cooperativa sociale Ghenos.
- Scaricabile in: www.provincia.milano.it/affari_sociali/correlazioni.htm#affari_sociali/che_area_tiene_interessa/Minori/&cat=Pubblicazioni
- PANEL (1999). The Concept of Enactment: Cutting Edge or Current Fad. (IPTAR). *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 8:1.
- PANEL (2001). IPA Nice Congress Panel on “Acting Out and/or Enactment”. Reported by: Nadine A. Levinson, *International Journal of Psycho-Analysis*, 84: (1) 151-155
- PELLICANÒ, V. (a cura di) (2012). *Cura e Autocura con la Psicoanalisi. Un seminario con Antonino Ferro*. Borla, Roma.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1961-63). *Lezioni alla “Primera Escuela Privada de Psiquiatria”*. In Pichon-Rivière E. (1971), *Del Psicoanalisi a la Psicología Social*, Galerna, Buenos Aires
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1971). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, 1985.
- PINEL, J.-P. (1996). Lo slegamento patologico dei legami istituzionali nelle istituzioni di cura e di rieducazione. In KAËS R. et al. (1996). *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Roma, Borla, 1998.
- PIOVANO, B. (1994). *Le esperienze parallele: percorsi psicoanalitici dal bambino al genitore*. Borla Roma. (1998). *Parallel Psychotherapy with children and parents*. J Aronson NJ
- PIOVANO, B. (2004). Parenthood and parental functions as a result of the experience of Parallel Psychotherapy with children and parents. *Int. Forum Psychoanal* 13: (187-200).

- PIOVANO, B. (2005). Rilevanza del cambiamento procedurale e della conoscenza relazionale implicita in psicoanalisi. In Angelo Pennella (a cura di) *Realtà e rispecchiamento. Dalla teoria dell'attaccamento alla relazione terapeutica*. Roma, Edizioni Kappa
- POZZI, M., E. (2003). The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year-old boy with Asperger's syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(5):1333-1349.
- RACAMIER, P.-C. (1992). *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- RACAMIER, P.-C. (1995). *Incesto e incestuale*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- RACKER, H. (1951). Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico. *Revista de psicoanálisis*. APA.
- RACKER, H. (1957). The meaning and uses of counter transference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 3, 303-357.
- RICCIARDI, C. & SAPIO, M. (1982). Interventi terapeutici (in setting parallelo) in situazioni di crisi senza patologia della personalità. *Atti del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Sorrento 14-17 X 1982*. pag. 500-505.
- RICCIARDI, C. & GRITTI, A. (1985). Consultazione diagnostica con setting parallelo coppia genitoriale e bambino. In: *"Il Setting"*. Roma, Borla, 1985, 348-64.
- RICCIARDI, C. & SAPIO, M. (1991). Il dialogo fantasie-sintomi tra teoria e clinica. In: *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Roma, Borla, 1991, 283-305.
- RIOLO, F. (2007). Ricordare, ripetere e rielaborare: un lascito di Freud alla psicoanalisi futura. *Rivista Psicoanal.*, 53:439..
- RUFFIOT, A. et al. (1990). *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod, Paris.
- ROUSSILLON, R. (2004). La pulsion et l'intersubjectivité. *Adolescence*, 4, 50, p.735-753.
- RUSSO, L. (1995). Riflessioni intorno ad un'esperienza di formazione. *Rivista di Psicoanalisi* 1995,4
- SANDLER, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3:43-47. Then in Ellman, S. J. & M. Moskowitz
- SCOTTO DI FASANO, D. (1992). *I genitori nella stanza di terapia di bambini e adolescenti*. In: Di Cagno, L. et al., 1992, *Il disagio emozionale*, Ed. Minerva Medica, Torino.
- SCOTTO DI FASANO, D. (2003). Tenere "a corpo". Dall'incomprensibile fatto carne alla mentalizz-azione, *Psiche*, 1.
- SEARLES, H.F. (1986). *Il paziente borderline*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- SEGAL, H. (1973). *Introduzione all'opera di Malanie Klein*. Martinelli, Firenze, 1975.
- SIMONELLI A., BIGHIN M., DE PALO F. (a cura di) (2012). *Il Lausanne trilogie play. Modelli di ricerca e di intervento*. Raffaello Cortina, Milano.
- SPEZIALE BAGLIACCA, R. (a cura di) (1980). *Formazione e percezione psicoanalitica*. Feltrinelli, Milano.
- SQUIRE, L. R. (2009). *Memory and Brain Systems: 1969–2009*. *Journal of Neuroscience*, 29, 12711-12716.
- STERN, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- STERN D.N (1994) 'How can we now understand mother-infant interaction. Implications for parenting' The annual Sigmund Freud lecture, London
- TOMASELLO, M. (1999). *Le origini culturali della cognizione umana*. Il Mulino, Bologna 2005.
- TRAPANESE, G. (2003). Le lieu de ce qui se répète: le familial et l'étranger inquiétant. in *Le Divan Familial n. 10, 2003*
- TRAPANESE, G. (2010). Le présent éternel de l'inquiétant étrangeté "familiale". V Convegno Internazionale (AIPCF), Buenos Aires, *Suffering in the links and its transformations through couple and family psychoanalysis*
- TRAPANESE, G. (2010). Di famiglia in famiglia. Di Natale in Natale. 1°Convegno Europeo (EFPP) Firenze, *Famiglie in trasformazione: una sfida per la terapia psicoanalitica*

- TRAPANESE, G. (2011). Dall'estraneo perturbante al familiare: l'adolescente e le nuove famiglie. Convegno ARPAD, *L'agire e il sentire in adolescenza*.
- TRAPANESE, G. (2012). Le nuove famiglie tra passioni tristi e amori "liquidi": la ricerca di dispositivi "eroici". V Convegno Internazionale AIPCF, *Lo psicoanalista di fronte alle famiglie e alle coppie del XXI secolo: nuove sfide tecniche*.
- TUSTIN, F. (1981). *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma.
- TUSTIN, F. (1986). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Borla, Roma.
- TUSTIN, F. (1990). *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Milano, Cortina, 1991.
- UNGAR, V. (2009). The analyst at work: A contemporary child-Case Discussion. *Int. J. Psychoanal.*, Vol. 90, 2009.
- UNGAR, V. (2010) "Una discusión contemporánea sobre un caso de un niño" [A contemporary discussion of a child's case]. *Libro Anual de Psicoanálisis*. Published also as "Analitiker bei der Arbeit. Diskussion einer aktuellen Kinderanalyse." *Kinderanalyse*, July, 2010 and "Une discussion contemporaine d'un cas d'enfant." *L'Année Psychanalytique Internationale*, 2010.
- VALLINO, D.(a cura di) (1996). *Segni, disegni e sogno nella psicoanalisi dei bambini* Borla, Roma.
- VALLINO, D. (2002). La consultazione con il bambino e i suoi genitori. *Rivista Psicoan.*, 2002, XLVIII, 2.
- VALLINO, D. & MACCIÒ, M. (2004). *Essere neonati*. Borla, Roma.
- VALLINO, D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.
- VALLINO, D. & MACCIÒ, M. (a cura di) (2011). *Famiglie*. Quaderni di psicoterapia infantile, n° 63. Borla, Roma.
- VILOCA, LI. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* Vol. XV/ N°1, 1998.
- WENDER, L. (1993). Two Discussions of 'The Inner Experiences of the Analyst' and a Response from Theodore Jacobs. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 1136-1139
- WIDLÖCHER et al. (2000). *Sessualità Infantile e Attaccamento*. Franco Angeli, Milano, 2002
- WILLI, J. (1975). *La collusione di coppia*. Franco Angeli, Milano, 1987 (seconda edizione)
- WINNICOTT, D.W. (1945). Lo sviluppo emozionale primario. In: *Collected papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London, Tavistock Publications, 1958. Tr.it.: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Giunti, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1946). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze.
- WINNICOTT, D.W. (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena—A Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1953, 34: 89-97. In Winnicott D.W. (1958).
- WINNICOTT, D. W. (1958). *Collected Papers. Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. The International Psycho-Analytical Library, 100:1-325. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. Trad.it. *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT D.W. (1958b). The Capacity to be Alone. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:416-420. In : *Sviluppo affettivo e ambiente.*, Armando, Roma, 1970.
- WINNICOTT, D. W. (1958c). L'analisi del bambino nel periodo di latenza. In : *The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. London, The Hogarth Press, 1965. Tr. it.: *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970.
- WINNICOTT, D. W. (1959). Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica?. In : *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- WINNICOTT, D. W. (1962a). Ego integration in child development. In *the Maturation Processes and the Facilitating Environment*, pp.56-63. London: Hogarth, 1965
- WINNICOTT, D. W. (1962b). I fini del trattamento psicoanalitico. In Winnicott (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.

- WINNICOTT, D. W. (1969). The use of an object. *Int. J. Psychoanal.*, 50: 711–716.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.
- WINNICOTT, D. W. (1971b). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London, The Hogarth Press. Tr.It.: *Colloqui terapeutici con i bambini*. Roma, Armando, 1974.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Mother's madness appearing in the clinical material as an Ego-alien Factor. In P. Giovacchini (a cura di). *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*. Hogarth, London.
- ZETZEL, E. (1965). The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. *Int. J. Psychoanal.*, 46, pp. 39-52.