

EDITORIALE

Lucia De Bastiani

In questo numero del quaderno *Psicoanalisi e infanzia in dialogo* verremo accompagnati nella riflessione su come la psicoanalisi si relazioni con l'infanzia aprendo le sue stanze alla famiglia del bambino, accogliendo pazienti che non sono in grado di accedere ad un registro simbolico e dialogando con le neuroscienze, lasciandosi permeare, ma mantenendo il suo peculiare assetto.

La prima sezione del quaderno è dedicata ai seminari che ogni anno sistematizzano l'attività culturale e di ricerca dell'Istituto. In questo numero in particolare i seminari vengono divisi per due grandi temi introdotti da altrettanti contributi che ci aiuteranno a immergerci maggiormente negli argomenti trattati.

Il primo contributo **Nodi teorici e clinici della psicoanalisi infantile nei seminari Psiba 2024**, *Cristina Calle, Jole Colombini e Paola Morra* ci introducono le tematiche dei seminari di questa sezione in linea con la prospettiva teorico-clinica dell'attività scientifica intrapresa lo scorso anno. Il contributo si apre focalizzando la riflessione sulla dicotomia fra sessualità e trauma che ha caratterizzato, agli esordi della psicoanalisi, le teorizzazioni sullo sviluppo psichico e sull'eziologia della nevrosi. Questa prospettiva ha successivamente orientato la possibilità di includere nel trattamento sia le strutture non nevrotiche sia i bambini. Come approfondito nel seminario di Silvia Paolicelli, l'interesse per i piccoli Hans (Freud) e Arpad (Ferenczi) favorisce lo studio diretto del bambino non più solo come ricostruzione e ricordo nell'analisi dell'adulto. L'osservazione diretta ci riporta al ruolo della sessualità infantile e del trauma ambientale: lo sviluppo sessuale porta con sé un trauma evolutivo (non per forza patogeno) o il trauma proviene dall'ambiente che disorganizza la struttura psichica? Il tentativo

di risposta a questa dicotomia influisce direttamente e prepotentemente, non solo sulla storia della psicoanalisi, ma anche sulla pratica clinica con cui ci misuriamo nei nostri studi.

Un altro tema che emerge dalle prime osservazioni psicoanalitiche dei bambini è la relazione temporale tra la fase di sviluppo raggiunta, il momento del trauma e la comparsa della sintomatologia. Pensando ad Hans e Arpad la fase di sviluppo sembra influenzare la forma del sintomo, simbolico (fobico) per il primo e di identificazione con l'aggressore per l'altro, per entrambi però la sintomatologia non insorge nel momento del trauma, ma in presenza di un fattore scatenante. Questa constatazione sottolinea una prospettiva temporale che non può essere pensata come lineare, ma come un complesso processo di interazione con l'ambiente che si realizza tra l'episodio traumatico e la sintomatologia.

Anche i seminari successivi (in particolare Correale), si inseriscono in questo filone, approfondendo, attraverso l'esemplificazione di casi clinici, sia i processi di conservazione nella mente delle esperienze prima che il bambino abbia accesso ad un mondo simbolico che l'influenza dell'ambiente nel passaggio alla rappresentazione. Questo filone teorico-clinico ha aperto le applicazioni della psicoanalisi a pazienti anche lontani dal registro simbolico, come ad esempio quelli riconducibili allo spettro autistico, e all'introduzione dei genitori – e più in generale delle famiglie – nel pensiero e nella pratica psicoanalitica, come approfondiranno i due lavori seguenti di questo quaderno.

Nel contributo **Sandor Ferenczi: l'adattamento della famiglia al bambino** Silvia Paolicelli ci accompagna, attraverso gli scritti di questo profondo autore, alla riflessione sul ruolo della famiglia, delle caratteristiche dei genitori e della qualità delle cure parentali, *“fattori interpersonali ritenuti fondamentali per la crescita e lo sviluppo dell'individuo”*.

In *Psicoanalisi e pedagogia* l'autore prospetta come un sistema educativo che nega le pulsioni libidiche dei bambini alimenti rimozioni inutili, precluda la possibilità di sublimarle e obblighi ad una *“conservazione nell'inconscio”* con un notevole dispendio di energia psichica. In un lavoro successivo, *Introiezione e transfert*, introducendo il concetto di introiezione, Ferenczi ipotizza come il primo amore oggettuale e il primo odio oggettuale siano le *“radici di ogni introiezione futura”* e di come il rapporto con i genitori ponga le basi sulle future relazioni e della gestione del biso-

gno di essere “*soggetti a qualcuno*”. Gli oggetti amati (i genitori) vengono introiettati e l'obbedienza, costrizione esterna che produce dolore, viene così trasformata in una obbedienza a sé stessi. Le figure adulte devono, tuttavia, essere consapevoli del limite di questa obbedienza, limite soggettivo da non oltrepassare per evitare un precoce ritiro della libido che influenzerà lo sviluppo psichico. In *fasi evolutive del senso di realtà* l'autore, analizzando le fasi che portano ad una graduale separazione tra le parti dell'Io e del non Io, sottolinea come il bambino, se “*circondato da cure sollecite*”, non è costretto a rinunciare del tutto alla propria onnipotenza, attribuendo una forza divina alla madre, pur iniziando a rassegnarsi di poter possedere solo una parte del mondo. Lo stadio successivo introduce il linguaggio, sostituto del simbolismo gestuale, che consente all'adulto di leggere con più facilità le richieste del bambino, contribuendo alla coesistenza del principio di realtà e “*dei pensieri e delle parole magiche*”. È con lo scritto *L'adattamento della famiglia al bambino* che Ferenczi matura una prospettiva intersoggettiva e relazionale, sottolineando come gli adulti e la società dovrebbero mostrare un adattamento psicologico ad alcuni eventi cardine dell'ingresso dei bambini nella vita adulta (svezzamento, obbligo dell'igiene...), prevenendo così sintomi d'angoscia.

Nei saggi successivi l'autore ipotizza che alcuni disturbi organici dei bambini possano avere origine da una “*cattiva accoglienza*” della famiglia che spezza la “*forza vitale del bambino*” che si sente rifiutato: la famiglia viene, quindi, ritenuta come “*potenzialmente patogena*”. La riflessione si amplia alla tecnica psicoanalitica e a come il terapeuta abbia il compito di agevolare la ripetizione allucinatoria dell'esperienza traumatica e renderne possibile l'elaborazione. L'autore riflette sulle caratteristiche della tecnica e dell'intervento terapeutico e sull'atteggiamento del terapeuta stesso, soffermandosi sul rischio di una *confusione di lingue* tra quella del bambino/paziente *erotica mista a tenerezza* e quella dell'adulto/terapeuta *erotico passionale*.

Negli scritti in cui si dedica principalmente alla riflessione sulla tecnica psicoanalitica (*La tecnica psicoanalitica e prospettive di sviluppo della psicoanalisi*, pubblicato con Otto Rank, *L'elasticità della tecnica analitica*) l'autore si sofferma sulle caratteristiche del terapeuta che passa da un'iniziale posizione strettamente interpretativa ad una funzione di cura empatica e teorizzando una “*tecnica attiva*” che cambia nelle diverse fasi, seguendo le necessità del paziente: inizialmente è richiesto che egli riman-

ga passivo, ma poi nell'incarnare le vesti di oggetto transferale, egli potrà assumere un ruolo più attivo, a tratti frustrante. Questo ultimo atteggiamento sarà successivamente rivisto, sottolineando la necessità che l'analista non imponga la sua volontà. In seguito, Ferenczi si concentra sulla necessità di una capacità ematica dell'analista che, come un elastico, deve *“allungarsi verso le tendenze del paziente e contemporaneamente tirare in direzione delle interpretazioni dell'analista”*.

Nel suo ultimo scritto *Diario clinico* Ferenczi pone l'accento sul ruolo centrale del controtransfert come strumento elettivo per comprendere il carattere infantile della vita mentale del paziente, che deve essere affiancata dall'empatia per il paziente stesso, affermando la dimensione interpersonale e relazionale della tecnica psicoanalitica.

Nel contributo **La psicoterapia genitori-bambino. Esperienze a lungo termine in soggetti con disturbi dello spettro autistico** Luisa De La Pierre, Elena Pizzi e Elena Scherini ci conducono, attraverso la loro esperienza clinica, nella riflessione sulla presa in carico di pazienti autistici con un setting aperto anche ai loro genitori.

Inizialmente si soffermano sulle motivazioni che spingono alla presa in carico di questa tipologia di bambini. Queste terapie sono accumulate da un “tempo lento” in cui “sostare in attesa”: i bambini autistici spesso accolgono con difficoltà gli interventi dei terapeuti e la “sfida” è quella di trovare e cogliere aspetti comunicativi poco comprensibili. Una motivazione guida è l'intento di individuare e valorizzare *“aspetti vivi”* celati dietro ai comportamenti di evitamento e il tentativo di mantenere aperta una curiosità verso la comunicazione e comprensione all'interno di una relazione che appare inafferrabile. La presa in carico si apre anche ai loro genitori, la cui funzione viene messa profondamente in discussione da un bambino che *“sembra non aver bisogno di chi lo accudisce”* e compromette le loro capacità di “stare con” i loro figli. Questo attiva nelle autrici anche un desiderio di *“restituire il figlio ai suoi genitori”* con un ascolto e una relazione nuova.

La famiglia diventa quindi “il paziente”, come lo era nelle esperienze ospedaliere pregresse delle autrici, di cui raccogliere angosce e da sostenere perché diventi parte attiva nell'aiuto ai bambini.

Il lavoro con i bambini autistici richiede un *“osservatore vigile attento in ascolto e recettivo”* (Bick e Harris) e che sopporti di non comprendere

ciò che accade e ciò che viene comunicato. Attraverso il caso di Matteo vediamo come la terapeuta utilizzi la “quantità di immagini” che lo stare con il bambino provoca e come tali immagini riportino ad una competenza comunicativa che -ad un primo sguardo della seduta- si fatica a cogliere. Il caso di Matteo aiuta, inoltre, la riflessione su come sia risultato fondamentale il buon rapporto instaurato con i genitori, partecipanti attivi della seduta, la cui fiducia permette alla terapeuta di *“non sentirsi sola e mantenere viva la capacità di pensare”*.

La terapia attraversa anche fasi di scoramento: *“le sedute sono molto penose non riesco a raggiungerlo, si arrocca in lunghi monologhi che mi lasciano stremata e priva di pensieri”*, ma l’interazione con il bambino apre spazi nuovi e si può pensare di imparare *“lingue diverse”*.

Il contributo prosegue con una riflessione sul ruolo dei genitori all’interno della stanza che risulta essere duplice: co-terapeuti e pazienti. I genitori talvolta risultano co-terapeuti, *“hanno la stessa funzione di cercare di interpretare”* e condividono *“la gioia dell’effetto che il lavoro produce sul bambino”*, ma va tenuto sempre a mente anche il loro ruolo di pazienti. Con la mamma di Alessio il ruolo di paziente ad un certo punto della terapia irrompe prepotentemente: la separazione dei contesti (da terapia con la mamma a terapia individuale) non elaborata dalla signora procura un taglio profondo (anche fisico).

Attraverso le terapie di Valerio e di Luca entriamo nella relazione terapeutica con questo tipo di pazienti in cui la creazione di spazi (fisici e mentali) passa attraverso alla sensorialità e necessità di una mente *“disposta ad ascoltare, a vedere e a lasciarsi usare”*. Appare, quindi importante, l’assetto del terapeuta che, secondo le autrici, passa attraverso la dedizione della mente a sostenere un funzionamento labile e destrutturato e per il controtransfert, guida imprescindibile per creare significati da restituire al bambino. Il controtransfert si modifica sensibilmente nel corso della presa in carico: inizialmente più tenue e spesso legato a sensazioni corporee si fa via via più intenso e immaginativo. Un’ultima grande importanza viene data all’aspetto descrittivo di ciò che accade che restituisce una possibilità di un interesse per ciò che avviene e la possibilità di una dimensione temporale che comincia a far prendere forma alla mente.

Lo scritto **Psicoanalisi e neuroscienze in dialogo**, di Roberta Vitali e Francesco Mancuso per il nostro gruppo redazionale, introduce la succes-

siva sezione di seminari permettendo di immergersi nel complesso e interessante tentativo di integrare le nuove conoscenze scientifiche e la terapia psicoanalitica. Già Freud ipotizzava l'inconscio legandolo alle conoscenze che aveva del funzionamento cerebrale. Quello che non era possibile indagare in modo peculiare ai primi del Novecento è stato validato sperimentalmente dalle conoscenze più attuali, dando "corpo" ai meccanismi ipotizzati dalla psicoanalisi come i processi psichici inconsci, il transfert e le proiezioni. Il cervello può essere visto come un sistema dinamico in relazione continua con l'ambiente, dove la percezione non è solo reattiva, ma costruttiva. Questo si riflette nella crescente centralità del corpo e della relazione all'interno delle teorie psicoanalitiche, in particolare nei primi anni di vita, fase cruciale per la strutturazione del cervello e delle capacità affettive e relazionali. La teoria polivagale e gli studi neurobiologici, in particolare, sottolineano l'importanza delle interazioni precoci madre-neonato nella regolazione emotiva e nello sviluppo del cosiddetto "cervello sociale". Esperienze precoci positive favoriscono la costruzione di connessioni cerebrali funzionali tra le aree emotive e cognitive, permettendo una buona autoregolazione. Esperienze negative o carenze relazionali possono portare a fragilità psichiche, ma la terapia può rappresentare un'occasione di "riparazione". Il processo terapeutico, nella visione contemporanea, non è più solo interpretativo, ma relazionale e co-costruito. La parola del terapeuta assume un ruolo regolatore, integrativo e trasformativo, capace di incidere sugli stati affettivi e favorire l'emergere di nuove narrazioni di sé.

Il contributo *Il corpo parla laddove la parola tace. L'approccio psicomotricità in dialogo con la prospettiva polivagale* di Monica Fumagalli, Franca Beatrice, Alicia Sovera, Fabio Mascheroni e Ludovica Bonsignore, ci guida alla scoperta di un corpo che "*parla di qualcosa che la parola non riesce a narrare*" attraverso l'esemplificazione con i casi clinici.

Le neuroscienze, riprese in particolare con Siegel e Schore, teorizzano che la mente si sviluppa solo all'interno di una relazione, attraverso una coregolazione dando un ruolo centrale agli affetti per lo sviluppo del cervello e del Sé: la crescita del soggetto si sviluppa con la costante sintonizzazione dell'emisfero destro, che regola gli stati emotivi e associa stati emozionali agli stati interni della madre con quello del bambino, in una sorta di "*danza degli emisferi destri*".

I casi clinici proposti si riferiscono ad una sintomatologia che riguarda il corpo che “*si disconnette*” quando si trova in situazioni percepite come ‘pericolose’. Attraverso le storie di Anna e Ginevra gli autori ci guidano nella riflessione su come il corpo diventi portatore di comunicazioni profonde. In entrambe le storie ricorrono eventi che possano aver creato delle memorie corporee traumatiche che, riletti alla luce della teoria polivagale, possono rappresentare una risposta di shut down del sistema dorso vagale. Secondo questa prospettiva, maggiormente approfondita nel contributo, il corpo è il luogo in cui convivono natura (genetica e biologica) e cultura (ambiente fisico e relazionale). I casi clinici presentati hanno portato gli autori ad approfondire soprattutto il tema della memoria implicita e delle risposte del SNA (sistema nervoso autonomo) a messaggi percepiti come pericolosi. Secondo il Modello di Porges il sistema nervoso valuta costantemente i possibili rischi attraverso l’elaborazione di stimoli e informazioni provenienti dall’ambiente interno ed esterno. Il sistema funziona attraverso la neurocezione che attiva una risposta prima che il cervello “comprenda” i significati dell’esperienza. In questa teorizzazione quindi *“l’inconscio senso di sicurezza o di pericolo del nostro cervello influenza le nostre emozioni e i nostri comportamenti”*, rendendoci ostaggi, per salvaguardare lo stato di sicurezza, *“di stati fisiologici di sopravvivenza che possono essere immobilizzanti -come lo spegnimento dorso-vagale- o mobilizzanti -come l’attacco e fuga”*. Per Anna e Ginevra si può ipotizzare un “blocco” del sistema nervoso *“in uno stato ventro-vagale disfunzionale: il loro comportamento sembra socialmente ‘adatto’, ma in realtà questa configurazione appare una strategia per mantenere un senso di sicurezza in un ambiente percepito come potenzialmente minaccioso”*. Le due pazienti sembrano, quindi, suggerire una neurocezione che impedisce loro di abbassare le difese e per esempio di giocare nella stanza di psicoterapia.

Anche le figure di accudimento in quest’ottica sembrano acquisire un carattere minaccioso e si può ipotizzare che ci sia stata una connessione di contenuti disturbanti tra emisferi destri. L’analisi delle dinamiche familiari di Anna e Ginevra evidenzia come entrambe abbiano assorbito aspetti non risolti dei genitori, trasformandoli in schemi di comportamento rigidi. Alla luce delle riflessioni di Clara Mucci (2014), si evidenzia che il trauma relazionale vissuto nel contesto familiare predispone i bambini a risposte dissociative e somatiche, poiché essi non riescono a sviluppare adeguate risorse di autoregolazione emotiva.

Nella riflessione del proprio comportamento nella relazione con questi pazienti, i terapeuti notano come attivino una forma di autoregolazione consapevole, modificando la loro postura ed il tono della voce, percependo la necessità delle pazienti di essere calmate da un punto di vista somatico per incrementare il loro coinvolgimento: *“poiché Anna e Ginevra si trovano in uno stato di insicurezza interna, le terapeute, percependo questa tensione, entrano in una modalità di regolazione cauta a partire dalla loro corporeità, facilitando la co-regolazione del SNA delle bambine”*. La riflessione porta gli autori a sottolineare come *“un fenomeno trasformativo sia stato attivato più che dai contenuti trattati, dal processo di co-regolazione di stati neurocettivi reciproci che ha portato le terapeute ad attivare un dialogo attraverso proto-conversazioni con forme di comunicazione non verbale”*. Gli interventi delle terapeute utilizzano un doppio sistema di scambio che si potrebbe definire come *“bottom-up che, dalle zone percettive del corpo, accompagna alle aree superiori che ricevono e integrano le informazioni”*. Nel trattamento va, quindi, tenuto fattivamente conto del livello di sviluppo del paziente e si deve rispondere al suo tipo di funzionamento. Con Anna e Ginevra, le terapeute sono diventate agenti di regolazione affettiva degli stati primitivi traumatici, così come degli stati affettivi esclusi dalla dissociazione. La psicoterapia ha l’obiettivo qui di lavorare sul *“ripristino della sensazione di sicurezza e sulla capacità di tollerare emozioni senza percepirle come pericolose, favorendo l’attivazione del sistema ventro-vagale e, quindi, la possibilità di risposte più flessibili da parte di una mente sotto assedio di rappresentazioni e proiezioni traumatiche e peri-traumatiche non mentalizzate”*.

buon ascolto quindi e buona lettura.

Lucia De Bastiani