- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



# Introduzione

MERCEDES LUGONES, CHIARA CAMPISANO, MARIAPIA D'ATTOLICO, CHIARA MARZULLO, FRANCESCA PACINI

L'idea di affrontare l'argomento dell'interruzione del trattamento accostandolo – tra le tante e complesse dinamiche in gioco – al meccanismo del diniego del dolore psichico è nata in un gruppo di supervisione clinica. I genitori di una ragazzina di 12 anni, adottata e con una storia di traumi e sofferenze estreme, decisero di interrompere il percorso iniziato da poco. Il bisogno di uno spazio terapeutico era molto forte, ma ancora più forte era l'impossibilità dei genitori – e forse anche della figlia – di affrontare il dolore legato all'abbandono e all'adozione, nonostante la centralità accordata nella psicoterapia alle esperienze vitali del presente. L'interruzione apparve sostenuta da una fantasia di sopravvivenza psichica attraverso il diniego del trauma e del dolore.

Tale interruzione lasciò soprattutto la ragazzina deprivata di una testimone della propria sofferenza e del sostegno dell'area traumatica infantile, funzioni messe in campo dalla sua psicoterapeuta. Nel caso di una prosecuzione del trattamento tali funzioni avrebbero potuto essere svolte anche per i genitori e, nel tempo, in alleanza con loro.

Il gruppo risuonò con il vissuto doloroso della psicoterapeuta, impegnata a fronteggiare la sofferenza denegata dal nucleo familiare.

Pensando a questo caso e alle esperienze cliniche che riportiamo nel Focus, le parole del poeta risuonano con forza:

> "*Via, via, via, disse l'uccello.*
> *Il genere umano non può sopportare troppa realtà*" (Eliot, 2022, p. 127).

Questo ci è apparso più che mai vero nella lettura che abbiamo cercato di dare del diniego, una difesa primitiva, che può essere tanto violenta quanto salvifica in quanto tentativo di controllare le angosce di annichilimento.

Già dal titolo del nostro contributo segnaliamo il diniego del dolore psichico come un aspetto centrale, tuttavia non riteniamo utile fare generalizzazioni onnicomprensive. Ci sembra molto opportuno ricordare a questo proposito il pensiero di Masud Khan quando afferma che i concetti sono strumenti del pensiero clinico piuttosto che misure della certezza (Khan, 1974).

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



I primi analisti, tra cui Freud e Ferenczi, consideravano la conclusione del trattamento essenzialmente in riferimento al paziente. Bolognini (2020), in linea con gli sviluppi teorico-clinici degli ultimi anni, ritiene che oggi il focus si sia spostato sul funzionamento della coppia analitica. Egli fa riferimento ai versanti del contatto e della separazione così come alle dinamiche incrociate di transfert e controtransfert, tenendo presente l'alleanza di lavoro e la relazione reale.

La riflessione e la scrittura sugli insuccessi nella pratica clinica rappresentano una sfida complessa, sebbene siano un'esperienza condivisa da tutti noi. In ambito psicoanalitico, questo tema è stato affrontato in modo limitato, principalmente a causa del coinvolgimento dell'analista nel processo di fallimento. Nonostante il termine "fallimento" possa sembrare riduttivo, poiché la questione è molto più complessa, rappresenta senz'altro un'emozione intensa quando ci si trova ad affrontare interruzioni o conclusioni premature di una cura.

Annie Anzieu (2005) porta l'attenzione sulle dinamiche dell'analista nel momento della conclusione; la separazione dal bambino, prevista o brusca e violenta, risveglia inconsciamente nell'analista gli echi del suo lontano vissuto infantile di essere ignorato, rifiutato, abbandonato.

L'interruzione di un trattamento richiede un ritorno a se stessi: la scrittura su questo argomento così difficile e coinvolgente si presenta come un'occasione per elaborare le angosce di separazione che impone ogni conclusione, a maggior ragione quando si tratta di una interruzione improvvisa o prematura.

È necessario, sottolinea Algini (2005), accettare il *senso del limite* dato dai *vincoli della struttura psichica* del soggetto e della *capacità del campo relazionale a trasformarsi*, da tenere presente – sottolinea l'autrice – non solo nelle conclusioni ma anche nelle interruzioni.

Sulla questione del diniego e delle funzioni di questo meccanismo nella costituzione dei legami, il pensiero di René Kaës è stato fonte di riflessione teorica[1] e d'ispirazione nella lettura della clinica. Nel mese di giugno 2021, durante un Convegno dell'Istituto Winnicott a cui ha partecipato il Professor Kaës con una sua relazione, il nostro gruppo ha avuto il privilegio di un confronto con lui a proposito dell'argomento che stiamo affrontando in questo lavoro. Del dialogo con Kaës riportiamo una sua riflessione sotto forma di domanda, poiché introduce molto efficacemente la questione che ci accingiamo ad affrontare:

> *"Dobbiamo quindi chiederci quali aspetti leghino questi soggetti che stabiliscono tra loro un patto di denegazione della sofferenza psichica: il bisogno di protezione narcisistica, il rifiuto di avvicinarsi al contenuto o alla causa di questa sofferenza, il desiderio di sconfiggere il terapeuta e attaccare il lavoro terapeutico, l'ansia di coinvolgere i familiari nella genesi della sofferenza? L'alleanza, in questo caso, costituisce una meta-difesa contro la revoca del diniego. Ha l'effetto di rompere un'altra alleanza, questa strutturata come alleanza terapeutica"* (Kaës, giugno 2021).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Interrogheremo la teoria e la nostra esperienza clinica con bambini e genitori, nel tentativo di delineare alcuni aspetti che ci auguriamo possano essere di aiuto nell'attraversare e potenzialmente attivare un processo di elaborazione nella difficile e dolorosa esperienza dell'interruzione di un percorso di cura.

## I tempi dell'inizio

I tempi dell'inizio sono fondamentali e si svolgono all'interno di un setting altamente specializzato: il processo psicodiagnostico. Tuttavia, comprendiamo soltanto a posteriori fino a che punto la prima o le prime sedute mettano già in evidenza ciò che sarà l'evolversi del processo terapeutico.

Potremmo brevemente definire la specificità dell'inizio di un'analisi infantile sottolineando il fatto che il bambino è il portatore del sintomo ma i suoi genitori sono coloro che portano il bambino da noi e, come scrive Anna Freud (1965), sono essi ad avvertire maggiormente il disagio dovuto ai sintomi e disturbi della figlia o del figlio. La clinica con i bambini ci mostra tuttavia che essi percepiscono, in un modo diverso dagli adulti, il proprio malessere, si sentono rassicurati dall'attenzione accordata dai genitori che consultano uno specialista, avvertono in qualche modo che noi siamo dei dottori e delle dottoresse molto particolari che possono aiutarli a sentirsi più sollevati. Per cui fin dall'inizio non sono soggetti passivi. Vedremo in che modo partecipano, o non partecipano, anche loro all'interruzione del percorso.

Pichon Rivière, attraverso il suo lavoro con adolescenti psicotici e le loro famiglie, ha potuto constatare, con ciascun paziente, che noi non siamo di fronte a un uomo isolato, bensì di fronte a un *emissario*, e capire che l'individuo come tale non è solo l'attore principale di un dramma che cerca chiarificazione attraverso l'analisi, ma anche il *portavoce di una situazione* (Pichon Rivière, 1979). Questo autore offre un contributo che ci aiuta a comprendere la complessità della clinica in età evolutiva.

Nella *lezione 34* dell'Introduzione alla psicoanalisi Freud cambia la sua posizione iniziale rispetto alla possibilità di un'analisi nell'infanzia. Egli riconosce l'estensione della psicoanalisi al lavoro con i bambini, *soggetti adattissimi alla terapia analitica*, che richiede però di modificare ampiamente la tecnica di trattamento rispetto a quella con gli adulti. Coerentemente con le teorizzazioni della figlia Anna, egli ritiene che il transfert, esistendo ancora i genitori reali, assume una funzione diversa:

> "*(…) perciò è spesso necessario unire all'analisi del bambino un certo influenzamento analitico dei genitori. Nel caso del bambino, dove si potrebbe contare sui risultati migliori, le massime difficoltà sono quelle del suo rapporto con i genitori, che dopo tutto però appartengono alla sua condizione infantile*" (Freud S, 1932, p. 253).

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Proprio agli albori della psicoanalisi infantile Freud segnala, attraverso una espressione molto calzante, che i *genitori appartengono alla condizione infantile* ed è proprio *nel rapporto del bambino con i genitori* che troviamo le massime difficoltà.

Tutte le correnti di pensiero nel campo della psicoanalisi infantile accordano la massima importanza ai genitori come parte integrante del lavoro analitico con il bambino. Quindi abbiamo sempre a che fare con un sistema, una *rete transferale inconscia* e non solo una relazione duale paziente-terapeuta (Farina, 1994).

Ci siamo interrogate su quelli che possono essere i prerequisiti che facilitano e rendono nel tempo possibile il mantenimento della continuità del trattamento psicoanalitico. Il nostro sguardo si rivolge innanzitutto alla posizione del terapeuta che dovrebbe poter valutare le proprie risorse interne e le proprie conoscenze teorico-cliniche rispetto alla complessità del caso.

McDougall (1990), a questo riguardo, mette in luce la volontà dei pazienti di incontrare ed esplorare le «*terre sconosciute della propria mente*». La McDougall si riferisce a pazienti adulti, nel nostro caso invece è importante sondare la disponibilità interna dei genitori rispetto a se stessi e al rapporto con il figlio o la figlia. Prima di intraprendere una psicoterapia sarebbe utile soffermarsi sulla disponibilità a prendere contatto con il proprio dolore mentale e quello del figlio/a, ricercando non soltanto i fattori esterni che possono aver contribuito alla formazione di una tale sofferenza, ma anche quelli interni, ancora sconosciuti.

Un altro aspetto rilevante, sempre secondo l'autrice, riguarda la dipendenza dall'analista, e cioè la possibilità di ricevere aiuto e di vivere un profondo cambiamento interno.

È ipotizzabile valutare l'assenza di tali prerequisiti come un possibile fattore di rischio per la continuità del trattamento, che comporterebbe anche la messa in atto di massicce difese da parte del paziente, fra le quali può rientrare il diniego di alcune aree di dolore psichico.

Betty Joseph ci propone di osservare l'atteggiamento dei nostri pazienti nei confronti del cambiamento. I pazienti richiedono un'analisi perché sono insoddisfatti del modo in cui vanno le cose e desiderano un cambiamento. Ma è altresì presente, continua l'autrice,

> "*una paura del cambiamento. Inconsciamente essi sanno che il cambiamento di cui vanno in cerca implica uno spostamento interno di forze, un turbamento di un equilibrio mentale ed emotivo stabilito […] l'interconnessione delle loro difese è così sottile che modificazioni in un'area provocano sempre necessariamente disturbi in un'altra*" (B. Joseph, 1991, pp. 236-237).

Possiamo considerare la paura del cambiamento a cui si riferisce l'autrice, presente fin dall'inizio ma che si manifesta durante il corso della cura, come una dinamica attiva nelle interruzioni del trattamento, nel nostro caso veicolata soprattutto

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



dai genitori, quando i cambiamenti dei figli, come vedremo nei casi clinici, provocano un turbamento nell'equilibrio psichico del campo familiare.

Un aspetto molto importante per poter stabilire un rapporto iniziale con i genitori, che potrà evolvere o meno in un'alleanza, riguarda il poter riconoscere la difficoltà, il dolore, la ferita narcisistica che comporta doversi rivolgere ad un estraneo, anche se professionista specializzato, perché non più in grado di comprendere e gestire la vita emozionale del proprio bambino o bambina. Risulta più agevole rivolgersi ai terapisti della riabilitazione, logopedisti e psicomotricisti, psicoterapeuti comportamentali, perché in questi casi il problema è concreto e appartiene al bambino, il problema è più facilmente oggettivabile, presentato e trattato al di fuori delle dinamiche genitori-figlio.

Alla luce dell'esperienza clinica riguardo le interruzioni e conclusioni premature riteniamo che il confronto che fanno alcuni genitori con la grande diffusione delle terapie a cui abbiamo appena accennato costituisca un ostacolo rispetto al poter avviare e mantenere nel tempo un trattamento psicoanalitico che non prevede step od obiettivi rigidamente prestabiliti, sebbene il nostro obiettivo sia di vitale importanza: la ripresa dei processi di maturazione e sviluppo, che però richiedono continuità e tempi difficilmente prevedibili. Rispetto al tempo si apre uno scoglio importante perché il tempo sociale è un tempo accelerato molto diverso dalla temporalità psichica che orienta gli interventi psicoanalitici.

Un altro aspetto del sociale che porta a eludere la psicoanalisi come metodo di cura ha a che fare con la rimozione del dolore, quindi non soltanto il diniego presente a livello soggettivo o nelle dinamiche dei legami ma un diniego sociale. Il filosofo Byun Chul Han ci parla dell'*algofobia*, la paura generalizzata del dolore. Egli ci segnala un cambio di paradigma che coinvolge anche la psicologia, si passa così dalla "*psicologia della sofferenza*" alla "*psicologia positiva*" che si occupa del benessere e dell'ottimismo (Byung-Chul Han, 2020).

Stiamo delineando una complessa situazione rispetto al diniego del dolore, in alcuni casi l'interruzione arriva poco dopo l'inizio, quando si sfiora il dolore più da vicino, sottovalutando i rischi che comporta per il bambino una tale frattura nella continuità dei delicati processi che si attivano già durante il processo diagnostico.

Alla luce dell'esperienza clinica, anche se gli esiti di una psicoterapia in età evolutiva sono spesso imprevedibili, in mancanza o difetto dei prerequisiti di cui sopra, potrebbe essere di aiuto dare a noi, al paziente e ai genitori lo spazio di una consultazione prolungata per sostenere e promuovere la *nascita della domanda*, che implica il desiderio ed un coinvolgimento maggiore rispetto all'iniziale richiesta di aiuto sostenuta dall'urgenza e dal malessere.

Tuttavia, non vi sono prerequisiti che possano assicurare che il percorso iniziato arrivi in porto, dobbiamo sempre assumerci dei rischi, soprattutto nell'infanzia dove abbiamo a che fare, come sottolineato finora, con una complessa configurazione fantasmatica e reale.

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



## Legame, alleanze e patti denegativi

Le considerazioni iniziali hanno sollecitato nel gruppo la necessità di ampliare la riflessione teorica e clinica, considerando non solo le difese messe in atto dai genitori ma anche le implicazioni nel bambino (o nella bambina) e le difese del terapeuta stesso.

È sembrato utile fare riferimento ai concetti di René Kaës riguardanti il legame e le alleanze inconsce, considerando come, nello spazio analitico, essi si saldano alle dinamiche di transfert e controtransfert.

Kaës definisce il legame come

> *"costruzione di uno spazio psichico dotato di una realtà propria, comune e condivisa da due o più soggetti"* (Kaës, 2001, p. 164).

È ciò che tiene insieme soggetti distinti, separati, eterogenei.

Il legame viene a crearsi come dimensione inconscia terza tra i soggetti, con proprie caratteristiche, un proprio paradigma logico, una propria topica ed una propria economia, ed esige una porzione di lavoro psichico, principalmente rimosso, da parte dei suoi membri.

Già Freud (1905), nel caso dell'analisi di Dora, mette in evidenza che il sintomo è chiaramente "sovradeterminato" dal gruppo familiare e dal controtransfert dell'analista, cioè dalla "posta in gioco inconscia". Nel pensiero di Kaës il fulcro della vita psichica del soggetto si situa nell'articolazione di tre spazi: lo spazio intrapsichico e soggettivo, lo spazio interpsichico e intersoggettivo e lo spazio trans-psichico e transsoggettivo. Questa nozione ha reso necessario trasformare il dispositivo tradizionale della cura psicopatologica in dispositivi che accettino, nello spazio psicoanalitico, una pluralità di soggetti, tra cui rientrano il gruppo, la famiglia, la coppia, così come nel lavoro con i bambini la partecipazione dei genitori è fondamentale.

In questa direzione, l'oggetto della conoscenza e del trattamento si sposta dal soggetto singolo all'insieme, dunque si rende necessario concepire gli effetti dell'inconscio sull'intreccio dei legami tra i soggetti e sull'ambito del legame stesso, considerando le alleanze inconsce che i soggetti implicati in quel legame stipulano.

Kaës definisce l'alleanza inconscia come

> *"una formazione psichica costruita dai soggetti di un legame per rinforzare in ciascuno di loro alcuni processi, alcune funzioni o alcune strutture da cui ottengono un tale beneficio che il loro convergere acquista, per la loro vita psichica, una portata decisiva. L'insieme così legato possiede una sua realtà psichica solo grazie alle alleanze, ai contratti e ai patti che i soggetti che lo compongono concludono e che mantengono per l'obbligo cui sono legati in funzione del ruolo che occupano nell'insieme"* (Kaës, 2001, p. 166).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Le alleanze inconsce interne e le alleanze inconsce nel legame si definiscono tali poiché sottoposte ai processi costitutivi dell'inconscio, sotto l'effetto di operazioni di difesa per rimozione e operazioni di difesa per diniego-disconoscimento. Quando prevalgono queste ultime ci si ritrova in presenza di alleanze patologiche ed alienanti. I profondi interessi soggettivi coinvolti nel legame debbono rimanere essi stessi rimossi allo scopo di preservarlo.

La maggior parte delle alleanze è saldata nell'obiettivo di affrontare la questione del negativo. Il negativo non è solo ciò che manca, segnando il legame con il sigillo dell'impossibile, ma anche ciò che deve essere rigettato, cancellato, rimosso e che si trasmette attraverso le generazioni. Il concetto di patto denegativo – patto sul negativo – fondato sul diniego ha come specificità quella di essere stipulato per assicurare i bisogni difensivi dei soggetti quando fondano un legame.

L'alleanza psicoanalitica fondamentale, in riferimento all'analisi e al setting, è l'alleanza strutturante ed asimmetrica che si viene ad instaurare nello spazio psicoanalitico ed i cui effetti si manifestano nel campo transfero-controtransferale.

Nel lavoro terapeutico con i bambini, il setting stesso diviene un'alleanza strutturante in cui il legame familiare ed il legame che il setting crea vanno ad intrecciarsi. Se questi legami inconsci si vanno ad annodare in un patto denegativo, l'esperienza di cura, che va a sollecitare aspetti difensivi profondi che tengono inconsciamente saldo il legame, potrebbe divenire intollerabile e comportare l'interruzione prematura del trattamento, per garantire il mantenimento del legame familiare e denegare la possibilità di una separazione.

Ci chiediamo, inoltre, quale ruolo giochino i legami inconsci transgenerazionali, che vengono trasmessi fra genitori e figli nel corso delle generazioni, e che potrebbero riguardare, nella coppia, questioni connesse allo svincolo dal nucleo familiare originario. In tale contesto, è utile domandarsi anche quanto la presenza dell'analista e l'attivazione delle dinamiche transferali possano essere sentite come presenze intollerabili e minacciose per il proseguimento di tale legame.

## Diniego - Dissociazione - Ripetizione

Il diniego appare in Freud come termine usato

> "*in senso specifico per descrivere un modo di difesa che consiste in un rifiuto da parte del soggetto di riconoscere la realtà di una percezione traumatizzante, essenzialmente quella della mancanza del pene nella donna. Questo meccanismo è invocato da Freud specialmente per spiegare il feticismo e le psicosi*" (Laplanche e Pontalis, 1981, p. 123).

Ad essere rifiutato è un elemento della realtà esterna e ciò porta ad associare questo tipo di difesa alla psicosi, ma è proprio lo stesso Freud che, nel corso della sua ope-

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



ra, assottiglia il confine fra funzionamento psicotico e nevrotico, come se i due funzionamenti fossero vasi in certi punti comunicanti, e aspetti psicotici possano irrompere e comparire in una struttura che, almeno apparentemente, sembra nevrotica. Questo assottigliamento dei confini compare, per esempio, in *Introduzione al Narcisismo*, a proposito dell'istanza della coscienza morale. Freud afferma che il delirio di essere osservati, così evidente nelle affezioni paranoidi, si può frapporre nelle manifestazioni di una nevrosi di traslazione (Freud, 1914).

E ancora Freud in "Analisi terminabile e interminabile" riprende la questione:

> *"Ogni persona normale è appunto solo mediamente normale, il suo Io si avvicina a quello dello psicotico per un tratto o per l'altro, in proporzione maggiore o minore, e la misura della lontananza da uno o della vicinanza dall'altro degli estremi della serie sarà assunto provvisoriamente a criterio di ciò che abbiamo così approssimativamente definito 'alterazione dell'Io'"* (Freud, 1937, p. 518).

Queste precisazioni fatte attraverso il pensiero di Freud sottolineano con forza fino a che punto il diniego del dolore psichico – che in questo lavoro consideriamo come un elemento importante nelle interruzioni della cura – sia una difesa presente e attiva nelle diverse strutture psichiche.

A partire dal 1927, Freud elabora la nozione di diniego essenzialmente in base all'esempio privilegiato del feticismo, dove si perpetua un atteggiamento infantile, facendo coesistere due posizioni inconciliabili: il diniego e il riconoscimento della castrazione femminile. Freud mostra come questa coesistenza costituisca una vera scissione dell'Io del soggetto, che si trova a rifiutare la mancanza del pene nella donna e *contemporaneamente* a riconoscere tale mancanza. Queste due posizioni proseguono in parallelo, senza influenzarsi reciprocamente: la realtà esiste e non esiste, allo stesso tempo. La nozione di scissione dell'Io (1938) chiarisce più nettamente quella di diniego.

La scissione divide e dissocia stati dell'Io simultaneamente presenti ed inavvicinabili, che coesistono senza essere integrati, come mette in luce Winnicott nel saggio "Sapere e non sapere: un esempio clinico" (Winnicott, 1995).

Lo stesso Winnicott associa il concetto di dissociazione ai processi dello sviluppo psichico della prima infanzia, ipotizzando uno stato iniziale non integrato, che rappresenta il punto di partenza per una serie di fenomeni di dissociazione fisiologica, che riguardano il corpo e gli stati del lattante: sonno-veglia, quiete-eccitazione (Winnicott, 1945).

La dissociazione che si organizza a causa di un fallimento ambientale, come protezione contro la disintegrazione e la frammentazione psicotica, si manifesta nell'evoluzione psichica successiva attraverso aspetti del sé scissi e dissociati. Questi aspetti dissociati, quindi, si organizzano molto precocemente in risposta al trauma, alla minaccia di annientamento e disintegrazione, come difesa da uno stato di dolore e di terrore intollerabile.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Il pensiero di Winnicott ci rende possibile cogliere più da vicino la forza del diniego come difesa rispetto alla sofferenza che riguarda i genitori alle prese con il proprio dolore e con quello del proprio bambino. La richiesta di aiuto parte dai genitori stessi che apparentemente sanno dei problemi del figlio, ma allo stesso tempo, l'agito dell'interruzione rivela che non *sanno*. Sapere e non sapere rimangono due posizioni inconciliabili.

La sofferenza legata al trauma è così denegata, relegata in uno spazio altro, scisso e dislocato, che agisce nell'interruzione, senza che vi sia il tempo e lo spazio per poter pensare e significare il dolore attraverso la funzione dell'analista.

Medri (2016), riflettendo sul processo terapeutico e sui casi di interruzioni associati al diniego, individua una delicata fase del rapporto analitico che riguarda il passaggio da una relazione di sostegno e di aiuto ad un'altra che chiama in causa dinamiche più profonde, che richiedono una loro elaborazione.

L'autore sembra alludere a quegli aspetti del profondo, traumatici e dissociati, che attraverso il lavoro terapeutico potrebbero in qualche modo essere attenuati rispetto al loro potenziale distruttivo.

Questo lavoro si rende possibile, per Winnicott, se l'analista diventa capace di offrire contenimento al momento della dissociazione, tollerando l'evoluzione naturale del transfert e quindi evitando di *interrompere* questo *processo naturale*, attraverso interpretazioni fuori tempo (Winnicott, 1969).

La proposta di Winnicott è importante anche per sostenere il processo di elaborazione del dolore avvertito come aspettative persecutorie sottese al potenziale agito di interruzione (Lugones, 2010).

Ancora Medri si sofferma soprattutto su quei casi in cui la decisione di interrompere appare dirompente, come uno squarcio repentino nel setting analitico. Sembra quasi che il paziente adulto o i genitori del piccolo paziente decidano di interrompere il percorso all'improvviso, su due piedi, destando sorpresa nello stesso analista. L'autore ipotizza che in presenza di una situazione del genere, sia possibile ritenere che tale modalità sia già iscritta e operante e quindi ripetuta all'interno del contesto analitico. I casi clinici che presentiamo in questo lavoro mettono in evidenza questi aspetti sottolineati da Medri.

La coazione a ripetere si manifesta in una forma grezza, agita e priva di connotazioni simboliche, lavorando insieme al diniego e ad altre difese, quali la negazione, la proiezione e la dissociazione.

> "*L'interruzione, quindi, esita in una dissociazione, ma non ne è la causa; rivela invece uno stato dissociativo preesistente, che proprio perché era tenuto sotto traccia e non si era reso evidente prima, ora irrompe sulla scena del tutto privo di mediazioni*" (Medri, 2016, p. 1).

Freud affronta il tema della ripetizione nel saggio "Ricordare, ripetere, rielaborare" (1914) per poi riprenderlo nel 1920 in "Al di là del principio di piacere" dove,

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



concettualizzando la pulsione di morte, chiarisce maggiormente anche il concetto di coazione a ripetere.

Ripetere è una resistenza in cui l'Io è solo parzialmente implicato. La ripetizione sembra assumere la forma di una scarica nell'azione di qualcosa che non può essere né ricordato, né elaborato, richiamando quindi a sé eventi traumatici che nella clinica si manifestano attraverso l'agito e le situazioni di impasse.

L'interruzione si presenterebbe come un agito che svela il diniego della realtà del dolore psichico, si tratta della ripetizione di esperienze traumatiche rimaste scisse e tramandate attraverso le generazioni.

La situazione traumatica originaria si ripropone nel transfert ed il paziente attraverso l'interruzione cerca di sottrarsi al trauma, ma il suo tentativo finisce per fallire, perché ciò che apparentemente sembra una via di fuga dal dolore è una ripetizione.

La temporalità appare ferma e bloccata e il dolore è mantenuto in un'area in cui *esiste e non esiste allo stesso tempo*.

## Conclusione, incompiutezza e interruzione

Riferendosi al tema delle interruzioni del processo analitico, Ferraro e Garella (2001) chiamano in causa le derivazioni dell'inconscio, evidenziando come queste per prime rappresentino la principale manifestazione di incompiutezza. A differenza dei processi coscienti e dei loro tentativi di dare significato, di chiudere, di completare, poiché sotto il giogo del principio di realtà, l'inconscio si limita ad esistere. Questa distinzione viene posta alla base della nozione di terminabilità del trattamento dove il processo analitico non giunge ad una vera e propria compiutezza, ma può, tramite il transfert, continuare a spostarsi e ad appoggiarsi ad altri oggetti che non siano più rappresentati dall'analista stesso.

Gli autori, inoltre, fanno riferimento all'esiguo numero di analisi realmente concluse, un dato sconcertante oltre che una costante dello sviluppo storico della psicoanalisi, che tuttavia non è mai divenuto un oggetto specifico e circostanziato di indagine. Gli autori ricordano due casi emblematici per la storia della psicoanalisi, quelli di Anna O. e Dora, entrambi interrotti, due casi fondamentali per la messa a punto del metodo psicoanalitico che elude un discorso specifico sull'interruzione.

Tuttavia, rispetto al tema della conclusione, la letteratura è densa di contributi che hanno fatto luce sugli scopi e i principi del lavoro terapeutico e che, se raggiunti, possono aiutarci a comprendere se un'analisi possa definirsi realmente conclusa. Ferenczi (1927), ad esempio, sosteneva che un primo criterio di riuscita riguardava l'inevitabile ruolo dell'analista nel riuscire gradualmente a guidare e ad accompagnare il paziente verso l'acquisizione di una crescente capacità di dominare i punti deboli della propria personalità.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Un ulteriore e interessante punto di vista, inoltre, ci viene offerto da Melanie Klein in relazione alla sua dissertazione sui criteri per la conclusione del trattamento psicoanalitico (1950). L'autrice, a tal proposito, afferma che in concomitanza della conclusione di un processo analitico, si riattiverebbero nel paziente antiche situazioni di distacco che sono paragonabili e ascrivibili all'esperienza dello svezzamento. Dunque, uno dei criteri fondamentali, in quanto analisti, riguarderebbe un'attenta indagine sull'analisi e la rielaborazione dei conflitti e delle angosce vissuti durante il primo anno di vita. Esistono, secondo la Klein, due tipi di angosce che giocherebbero un ruolo di particolare rilievo nell'ambito del processo di conclusione, ovvero le angosce persecutorie e le angosce depressive. Le prime riguardano i pericoli che minacciano l'Io del bambino, mentre le seconde riguardano i pericoli che minacciano l'oggetto d'amore.

Di fronte alla conclusione dell'analisi, tuttavia, anche quando sono stati conseguiti risultati soddisfacenti in questo processo, si genera uno stato di lutto che suscita sentimenti dolorosi e riattiva, seppur in minima parte, tali tipi di angosce. L'autrice offre, inoltre, degli importanti spunti sulla tecnica che riguardano, tra i tanti, l'importanza e la necessità di far conoscere al paziente la scadenza del termine con parecchi mesi di anticipo.

In questa sede, però, ci chiediamo quali dinamiche si innescano in tutte quelle circostanze in cui sono proprio i pazienti ad interrompere improvvisamente la terapia e, nella fattispecie, nelle terapie in cui sono coinvolti i bambini.

Meltzer considera

> "*la soglia della posizione depressiva l'area delle resistenze intrattabili più frequenti*" (1967, p. 88).

Si tratta di un passaggio molto delicato su cui l'autore si sofferma e per il quale ci segnala che, qualora non fosse possibile accedere a quell'importante passaggio evolutivo riguardante l'elaborazione, il rischio nel quale si potrebbe incorrere riguarderebbe, per l'appunto, il precipitare verso un'interruzione.

Ragionare sulla continuità e sugli scopi del trattamento chiama in causa quelle situazioni in cui un'interruzione brusca velocizza il processo di chiusura, privando il paziente e l'analista della possibilità di vivere pienamente il momento di separazione, con l'elaborazione ed il dolore che questo potrebbe comportare.

Fine ed interruzione si manifestano, quindi, come due opposti: elaborare la fine dell'analisi richiede infatti che si viva e si sperimenti in prima persona il dolore della separazione e del distacco; l'interruzione invece si configura come uno strappo nella relazione analitica, che lascia in sospeso tali vissuti dolorosi, impedendone l'elaborazione (Cancrini, 2002).

Anna Freud (1957), parlando della conclusione del trattamento dei bambini, definisce l'importanza di un accordo preso tra tutte le parti coinvolte nella relazione analitica: terapeuta, paziente e genitori. L'autrice stessa condusse presso l'Hampstead Clinic una ricerca che evidenziò come la maggior parte delle psicoterapie psicoanaliti-

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



che infantili in carico non si concludeva con una fine pianificata, ma con una interruzione: su 49 casi esaminati solamente 17 riuscirono ad accordarsi sulla fine.

Il rischio dell'interruzione del trattamento con i bambini sembra quindi essere molto presente e A. Freud si interroga e delinea le cause che sembrano essere più frequenti. Tra queste, le prime hanno a che fare con le dinamiche di transfert e controtransfert che si intrecciano nella relazione analitica fra piccolo paziente ed analista. La proposta che riteniamo più interessante riguarda invece l'evidenza messa in luce dall'autrice del diverso tipo di sguardo che analista e genitori hanno sul bambino.

> "*Una delle ragioni più frequenti per le quali genitori e analisti non concordano circa la durata del trattamento di un bambino è la loro diversa valutazione della sintomatologia manifesta*" (A. Freud, 1957, p. 655).

Il sintomo manifesto spesso appare come la motivazione principale per la richiesta di una consultazione o di un trattamento e può capitare che questo, in breve tempo, vada in remissione. Di fronte alla scomparsa del sintomo, i genitori possono essere portati a considerare il lavoro terapeutico sufficiente e a proporre la conclusione prematura di esso, in disaccordo con le indicazioni dell'analista. La differenza sostanziale tra questi due punti di vista, quindi, è relativa a ciò che è visibile e ciò che invece non lo è.

Nella richiesta del genitore di interrompere il lavoro terapeutico potrebbero prevalere aspetti difensivi, esacerbati dal timore inconscio che la prosecuzione del lavoro terapeutico tra figlio e analista possa produrre effetti non voluti e fuori dal controllo, che metterebbero la coppia nella posizione di dover prendere in carico il proprio personale dolore, a servizio del benessere del proprio figlio.

*Sopportare troppa realtà* diventa un compito intollerabile e su questa dolorosa difficoltà poggiano difese quali la negazione ed il diniego.

## Soffrire il dolore

La fine dell'analisi costituisce un passaggio molto importante nella complessa vicenda che ha coinvolto analista e paziente nel corso dell'analisi e rappresenta la fase che permette alla coppia analitica di cimentarsi fino in fondo con il tema del distacco, che interessa e muove il paziente quanto l'analista.

In un recente lavoro nel pieno del periodo pandemico, Gabbard fornisce uno spunto di riflessione a proposito della sua seconda analisi, quando egli stesso era già analista:

> "*Avvicinandomi alla fine dell'analisi con un piede già fuori dalla porta, la mia concettualizzazione consisteva nell'idea che il mio analista mi stava costringendo a restare e che io dovevo lottare per la mia indipendenza*" (Gabbard, 2021, pp. 423-424).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



L'analista, tuttavia, lo convoca su un piano emotivo interpretando il sentimento della rabbia come più facile rispetto al soffrire il dolore della perdita.

Come scrive M. Klein, il passaggio alla posizione depressiva comporta lo sperimentare una qualità del dolore diversa, non più rabbiosa e persecutoria (Klein, 1940). Dal punto di vista dell'analista, Melanie Klein ci invita a convivere con questo processo luttuoso e a non disconoscere i conflitti infantili, né colludere con le difese maniacali contro questi stati emotivi.

Anche Meltzer affronta il tema della separazione e mette in luce come alcuni pazienti sperimentino una condizione di invivibilità del dolore in prossimità della fine dell'analisi. Spesso, secondo l'autore, che si rifà al pensiero di Bion, i pazienti sperimentano il dolore ma non lo soffrono: la sofferenza prende forma nel rapporto analitico, cioè nel transfert. Una delle funzioni primarie dell'analista secondo Meltzer è quella di contenere le proiezioni della sofferenza psichica del paziente. Tale dolore può configurarsi come invivibile in determinate fasi, perciò proiettato nell'analista.

La modulazione della sofferenza nella relazione è il centro del complesso rapporto transferale tra paziente e analista: proiezione del dolore nell'analista e restituzione in seguito ad un lavoro di trasformazione che lo rende vivibile attraverso il processo di rêverie (Meltzer, 2018).

La lotta che l'analista deve ingaggiare, afferma Meltzer, è proprio, in questa fase dell'analisi,

> "*contro la furiosa spinta al compromesso per mantenere lo status quo al punto di minore intensità della sofferenza*" (Meltzer, 2018, p. 78).

L'esito frequente di queste situazioni si configura come l'interruzione dell'analisi: il paziente che non riesce a vivere l'esperienza emotiva del dolore, agisce una separazione precoce, una frattura.

Bion coglie questo aspetto centrale affermando che:

> "*I pazienti per curare i quali mi sono spinto a formulare delle teorie, sperimentano il dolore ma non lo soffrono*" (Bion, 1970, p. 30).

Approfondendo la propria complessa trattazione, l'autore sottolinea che il dolore non elaborato del paziente è proiettato ed evacuato nell'analista, che ne diventa il contenitore alle volte inconsapevole. Tale dolore, come afferma Lupinacci (2015), può assumere per l'analista altre forme: rabbia, noia, vuoto, altresì sensazioni o dolori nel corpo. Il dolore non compreso, denegato e non accompagnato frammenta e dislega; è invece la capacità di sperimentare e soffrire il dolore che è una conquista, poiché avviene all'interno, nel qui ed ora della relazione (Lupinacci, ibidem).

L'elaborazione della fine dell'analisi è evidentemente l'opposto dell'interrompere e questo proprio relativamente al dolore psichico: elaborare la fine dell'analisi ri-

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



chiede necessariamente che si viva e si sperimenti in sé stessi il dolore della separazione e del distacco.

Anche per l'analista accompagnare il paziente attraverso le vicissitudini della perdita e del lutto significa affrontare un proprio dolore.

Il rischio per l'analista, tuttavia, è quello di rinnegare proiettivamente la propria paura della fine e dell'abbandono, vedendola come qualcosa che appartiene principalmente o esclusivamente al paziente.

In realtà, sia gli analisti sia i pazienti possono condividere a livello profondo la stessa difficoltà riguardo la perdita, il dolore e la rabbia associati alla fine dell'analisi: anche l'analista non può non vivere in prima persona il dolore della separazione (Gabbard, 2021).

In questo senso e proprio forse, in particolare, da chi ha sperimentato in sé la perdita, la fine dell'analisi può essere temuta e delinearsi quale ripetizione di una distruzione interna. Alla luce di questa considerazione è necessario per il paziente poter vivere tutto questo nel rapporto analitico attraverso l'esperienza concreta della fine dell'analisi, come possibilità di attuare una reale trasformazione (Cancrini, 2002).

Ferro (1993) analizza l'impasse in terapia e ne individua due forme: l'impasse come evitamento del lutto e l'impasse come preludio al cambiamento. Il primo sembra pienamente inserirsi nei termini dell'interruzione precoce dell'analisi, mentre il secondo è inteso come spinta al cambiamento, collocandosi all'opposto dell'impasse come evitamento. Secondo l'autore, l'impasse come evitamento del lutto è dovuta anche all'impossibilità dell'analista di cogliere le spinte separative presenti nel campo. Così, da parte dell'analista il lutto evitato si colloca *nell'evitare il lutto dell'ambizione terapeutica* ad inseguire una "perfettibilità dell'analisi" ed un'analisi completa anziché fattibile (Ferro, 1993).

La fine dell'analisi offre l'opportunità di una diversa elaborazione della separazione che permetta la conservazione dell'oggetto interno.

Per quei pazienti che decidono di interrompere non si può ipotizzare una tale acquisizione e molto del lavoro dopo l'interruzione resta in un'area poco definita, che lascia il vuoto che implica, almeno per l'analista, ma probabilmente anche per il paziente, una grande capacità di tollerare una fine decisamente imperfetta. Un trattamento interrotto può essere un trattamento che continua il suo corso silente, all'insaputa del paziente, proprio grazie al dolore che il terapeuta continua ad elaborare anche in seguito all'interruzione.

## Per concludere

Nell'articolo in cui tratta della fine dell'analisi, Gabbard sottolinea come, soprattutto nelle fasi conclusive, si riattivi

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



> "*il terrore infantile d'essere ignorato, rifiutato, disprezzato, odiato, indesiderato o abbandonato, come una forza che sopravvive alle esperienze positive che, nel corso della vita, teoricamente dovrebbero mitigarla*" (Gabbard, 2021, p. 419).

Secondo l'autore, la persistenza di quel timore infantile può interferire sia con la capacità dei pazienti di concludere l'analisi sia con la capacità dell'analista di congedarsi dai propri pazienti e considera un "mito" la possibilità di sconfiggere o domare l'infantile.

Se questa è la situazione durante il periodo conclusivo dell'analisi di un adulto, quali ripercussioni profonde può avere in un bambino l'interruzione del trattamento rispetto ai vissuti di essere ignorato, rifiutato, abbandonato a cui ci siamo appena riferiti? Anche se a promuovere l'interruzione sono i genitori, a livello inconscio il bambino probabilmente sente che il suo o la sua terapeuta lo ha tradito, abbandonato. Nei colloqui terapeutici con i bambini Winnicott parla dell'immensa fiducia che spesso i bambini ripongono nel terapeuta e definisce il lavoro terapeutico come occasioni particolari che

> "*possiedono una qualità che possiamo definire con la parola "sacra". […] Se si lascia sfuggire questo particolare momento, la speranza del bambino di venire capito viene distrutta*" (Winnicott, 1998, pp. 13-14).

In riferimento ai tempi dell'inizio della psicoterapia e sulla base della nostra esperienza clinica abbiamo detto che i bambini percepiscono, in un modo diverso dagli adulti, il proprio malessere, per cui fin dall'inizio non sono soggetti passivi. Come partecipano all'interruzione del percorso? I riferimenti a Gabbard e a Winnicott ci danno la misura del dolore che un bambino può vivere, a livello profondo, rispetto ad una interruzione.

La reazione manifesta dei bambini alla decisione d'interrompere è molto varia. C'è chi lamenta il fatto che non vi saranno più le sedute ma anche chi, come la bambina di cui ci parla la Dr.ssa Irilli, aderisce alla decisione dei genitori affermando con forza, in un primo momento, che non verrà più. Quando il percorso si interrompe i bambini vivono, chissà se senza arrivare a sentirlo consapevolmente, un sentimento d'impotenza.

In questo senso l'adesione infantile alla scelta dei genitori può rappresentare un tentativo di allontanare sentimenti di impotenza e perdita, non tollerabili a causa dell'ancora fragile assetto narcisistico.

Le interruzioni, soprattutto se brusche e senza appello, come testimoniano alcuni tra i casi clinici di questo lavoro, generano nel terapeuta tensione, blocco, confusione; bisogna attivare un ritorno a se stessi teso a contenere e trasformare gli elementi psichici confusi, dolorosi e densi, carichi di sensorialità, in pensieri pensabili. La scrittura nata all'interno del pensiero di gruppo è stata, in questo senso, una via privilegiata.

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Scrive Pontalis, a chiusura del suo libro "Tra il sogno e il dolore":

"*Diciamo che un analista che ignori il proprio dolore psichico non ha alcuna speranza di essere analista, come colui che ignori il piacere – psichico e fisico – non ha alcuna speranza di continuare ad esserlo*" (Pontalis, 1988, p. 256).

Abbiamo osservato che se il processo terapeutico si avvia in modo creativo e vitale i bambini sono in grado di fruire del processo e della relazione e lo fanno vedere attraverso piccole o più importanti trasformazioni, talvolta anche in periodi brevi. Con questo intendiamo dire che anche nei casi d'interruzione improvvisa i bambini portano dentro di sé qualcosa dell'esperienza vissuta, come testimoniato dai pazienti che tornano in adolescenza o già adulti e come suggerito da alcuni casi clinici presentati in questo lavoro.

Bolognini, attraverso l'immagine del "*tronco reciso*", da cui nel tempo possono spuntare nuovi getti, ci offre una straordinaria metafora di un processo che non si arresta.

"*Sembra esserci una sorta di forza vitale residua del processo che si è contribuito ad avviare con l'inizio dell'analisi, e che in alcuni casi […] sembra sopravvivere e continuare sotterraneamente un proprio cammino*" (Bolognini, 2020, p. 30).

Accettare ed elaborare l'interruzione come un limite richiede:

"*la rinuncia, senza la rassegnazione*" (D. Anzieu, 1996, p. 205).


### *Riassunto*

Le autrici esplorano la questione delle interruzioni della cura approfondendo, attraverso il pensiero di più autori, alcuni concetti che permettono di cogliere le complesse dinamiche in gioco coinvolte nell'interruzione di una psicoterapia nell'infanzia. Particolare rilievo viene dato al diniego del dolore psichico, alla dissociazione, la scissione, la proiezione, meccanismi di difesa attivi nell'interruzione. La presenza dei genitori evidenzia fin dall'inizio un setting caratterizzato da una complessa configurazione fantasmatica e reale che le autrici esplorano attraverso i concetti di legame, alleanze, patti denegativi. Il testo approfondisce le dinamiche di transfert e controtransfert che coinvolgono tutti i partecipanti: genitori, bambino e analista nella difficile e dolorosa esperienza dell'interruzione.



### *Parole chiave*

*Diniego, dissociazione, dolore psichico, interruzione della psicoterapia.*


### *Bibliografia*


Algini M L (2010). Fermarsi al limite. In: Lucarelli D, Tabanelli L (a cura di), *Sul Finire. Il tempo dell'analisi con i bambini*. Milano: Franco Angeli.

Anzieu D (1994). *Il Pensare. Dall'Io-pelle all'Io-pensante*. Trad. it., Roma: Borla, 1996.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Anzieu A (2010). L'analista alla fine di un'analisi infantile. In: Lucarelli D, Tabanelli L (a cura di), *Sul Finire. Il tempo dell'analisi con i bambini*. Milano: Franco Angeli.
Bion W R (1970). *Attenzione e interpretazione*. Trad. it., Roma: Armando, 1973.
Bolognini S (2020). Sabina e il tronco reciso. Sulla possibile continuità di un percorso analitico oltre l'interruzione del trattamento. In: *Adolescenza e psicoanalisi*. Approdi. Roma: Edizioni Magi.
Byung-Chul Han (2020). *La società senza dolore*. Trad. it., Torino: Einaudi, 2021.
Cancrini T, Ferro A (2002). *Un tempo per il dolore: Eros, dolore e colpa*. Torino: Boringhieri.
Eliot T S (1936-1941). *Quattro Quartetti*. Trad. it., Milano: Bompiani, 2022.
Farina C (1994). La rete transferale. In: Algini M L, De Silvestris P, Farina C, Lugones M, *Il transfert nella psicoanalisi dei bambini*. Roma: Borla, 1994.
Ferenczi S (1927). Il problema del termine dell'analisi. In: *Opere*, vol. 2. Milano: Cortina, 2002.
Ferraro F, Garella A (2001). *In-fine. Saggio sulla conclusione dell'analisi*. Milano: Franco Angeli.
Ferro A (1993). Disegno, identificazione proiettiva e processi trasformativi. *Rivista di Psicoanalisi*, 39: 667-680.
Freud A (1957). Problemi di terminazione nell'analisi infantile. *Opere 1945-1964*, vol. 2. Torino: Boringhieri, 1985.
Freud A (1965). *Normalità e patologia nell'età infantile*. Trad. it., Torino: Boringhieri, 1979.
Freud S (1901). Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora). *OSF: 4*. Torino: Boringhieri, 1970.
Freud S (1914). Introduzione al narcisismo. *OSF: 7*. Torino: Boringhieri, 1975.
Freud S (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare. *OSF: 7*. Torino: Boringhieri, 1975.
Freud S (1920). Al di là del principio di piacere. *OSF: 9*. Torino: Boringhieri, 1977.
Freud S (1927). Feticismo. *OSF: 10*. Torino: Boringhieri, 1978.
Freud S (1932). Introduzione alla Psicoanalisi. *OSF: 11*. Torino: Boringhieri, 1979.
Freud S (1937). Analisi terminabile e interminabile. *OSF: 11*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
Freud S (1938). La Scissione dell'Io nel processo di difesa. *OSF: 11*. Torino: Boringhieri, 1979.
Gabbard G O (2021). I Draghi dei tempi preistorici: la fine dell'analisi e la persistenza dell'infantile. *Rivista di Psicoanalisi*, LXVII: 417-428.
Joseph B (1989). *Equilibrio e cambiamento psichico*. Trad. it., Milano: Cortina, 1991.
Kaës R (2001). Il concetto di legame. *Ricerca psicoanalitica, XII*, 2: 161-184.
Kaës R (2021). Le alleanze inconsce. Il patto denegativo perverso. XLI *Convegno annuale* Corso ASNE-SIPsIA (Istituto *Winnicott*). Roma, 2021.
Khan M M R (1974) Dell'onnipotenza simbiotica. In: *Lo spazio privato del Sé*. Trad. it., Torino: Boringhieri, 1994.
Klein M (1950). Sui criteri per la conclusione di un trattamento psicoanalitico. In: *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978.
Laplanche J, Pontalis, J B (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Trad. it, Bari: Laterza, 1968.
Lugones M (2010). Clinica degli stati dissociati in età di latenza: funzione del rispecchiamento decentrato. In: Lugones M, Bisagni F (a cura di), *Bambini e Bambini. Quale latenza oggi?* Roma: Borla.
Lupinacci M A, Biondo D, Accetti L, Galeota M, Lucattini A (2015). *Il dolore dell'analista. Dolore psichico e metodo psicanalitico*. Roma: Astrolabio, 2015.
McDougall J (1990). *Teatri del corpo*. Trad. it., Milano: Cortina, 1996.
Medri G (2016). Il diniego. Riflessioni. *Rivista semestrale di clinica psicoanalitica e psicoterapia*, 14.
Meltzer D (1967). *Il processo psicanalitico*. Trad. it., Roma: Armando, 1971.
Pichon Rivière E (1979). *Teoria del vincolo*. Trad. it., Roma: Armando, 2021.
Pontalis J B (1977). Tra il sogno e il dolore. Trad. it., Roma: Borla, 1988.
Rocchetto F (2003). Che ne dice se finiamo? Quando i genitori "promuovono" la conclusione della psicoterapia del figlio. In: Lucarelli D, Tabanelli L (a cura di), *Sul Finire. Il tempo dell'analisi con i bambini*. Milano: Franco Angeli.
Winnicott D W (1945). Lo sviluppo emozionale primario. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Trad. it., Firenze: Martinelli, 1975.

Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Winnicott D W (1963). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Trad. it., Roma: Armando, 1970.
Winnicott D W (1971). *Colloqui terapeutici con i bambini*. Trad. it., Roma: Armando, 2017.
Winnicott D W (senza data). Sapere e non sapere: un esempio clinico. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*, Trad. it., Milano: Cortina, 1995.

Mercedes Lugones
Psicologa, Membro ordinario SIPsIA
Docente con funzioni di training,
Corso ASNE-SIPsIA (Istituto Winnicott)
Docente PCF-Master Coppia e Famiglia

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
Via Donatello, 50
00196 Roma
E-mail: lugones.sm@gmail.com

Chiara Campisano
Psicologa, Specializzanda scuola ASNE.SIPsIA
(Istituto Winnicott)

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
Piazza delle Iris, 40
00171 Roma
E-mail: campisano.chiara91@gmail.com

Mariapia D'Attolico
Psicologa, Psicoterapeuta
Specializzanda scuola ASNE-SIPsIA
(Istituto Winnicott)

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
Via delle Filatrici, 5
70054 Giovinazzo (Ba)
E-mail: mariapia.dattolico@gmail.com

Chiara Marzullo
Psicologa, Specializzanda scuola ASNE-SIPsIA
(Istituto Winnicott)

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.234.83 Sat, 27 Apr 2024, 14:45:58



Via Ferdinando Gregorovius, 3
00179 Roma
E-mail: chiaramarzullo3@gmail.com

FRANCESCA PACINI
Psicologa, Specializzanda scuola ASNE-SIPsIA
(Istituto Winnicott)

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
Via Quinto Fabio Pittore, 20
00136 Roma
E-mail: pacini.francesca@yahoo.com

[1]Vedi paragrafo "Legame, alleanze e patti denegativi".