



Segnalazioni bibliografiche*

Riviste segnalate: *Adolescence*, *Journal of the American Psycho-Analytical Association*, *Journal of Child Psychotherapy*, *Interazioni*, *International Journal of Psycho-Analysis*, *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, *Kinderanalyse*, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, *Psychiatrie de l'Enfant*, *Psychoanalytic Study of the Child*, *Rivista di Psicoanalisi*, *Winnicott Studies*, *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse (FEP)*, *Revue Française de Psychanalyse*.

Premessa introduttiva

Le dinamiche di transfert e controtransfert, nella tecnica terapeutica, sono da sempre centrali nella riflessione sulla teoria e sulla tecnica in psicoanalisi. Oggi proponiamo in questa rubrica due lavori, che pure paiono esplorare prospettive diverse, e persino divergenti in quest'ambito, ma che tuttavia ci riportano ad una questione di fondo: qual è il reciproco movimento dei due soggetti dell'analisi, paziente e analista, nella relazione terapeutica? Quali molteplici coordinate possono orientare, o disorientare, il loro avvicinarsi o allontanarsi? Con quali conseguenze per l'esperienza soggettiva del paziente?

Nel suo articolo, Agrawal ci parla di ciò che può avvenire all'interno della stanza d'analisi, soprattutto con i bambini e gli adolescenti, quando il terapeuta viene 'spiazzato' nei suoi tentativi di sintonizzarsi con l'esperienza interna e con l'evoluzione, spesso rapida, in cui il paziente è fortemente impegnato. Confrontato con un mondo reale che è in continuo cambiamento, il giovane paziente è alle prese con le trasformazioni anch'esse tumultuose delle proprie esperienze emotive, relazionali e conoscitive. Nello spazio della supervisione, emerge talvolta come la scarsa flessibilità del terapeuta, attestato su equilibri noti, costituisca un ostacolo ad una possibile sintonizzazione emotiva con le vicende del mondo interno del paziente. Ma c'è una possibilità di salvezza da questo rischio di perdere il contatto con l'altro: paradossalmente, consentirsi di 'scivolare' e 'fallire' sulla via del paziente può favorire una condivisione empatica, fondamentale per l'evolvere della relazione terapeutica e per l'accesso al mondo interno e alle aree di sofferenza del giovane paziente, e per l'apertura di possibilità trasformative.

Il lavoro di Frankel ci confronta invece con altre situazioni di impasse relazionali, che hanno il loro modello fondamentale nel tipo di relazione narcisistica del genitore con il proprio bambino, e nell'ingaggio reciproco che cattura colui che di questa relazione è oggetto: pazienti sofferenti, che sono stati bambini narcisisticamente investiti, e quindi non visti nella propria soggettività, ma che nel corso della loro esistenza continuano a confermare questo schema relazionale, negando le proprie percezioni e confermando invece il ruolo e il valore del genitore idealizzato ed il proprio disvalore, pur di non entrare in contatto con le ansie e l'esperienza traumatica dell'abbandono emotivo. Nel confronto con queste dinamiche e questo assetto emotivo-relazionale del paziente, sussiste il rischio che l'analista stesso diventi oggetto di ulteriori idealizzazioni. Frankel invita a riflettere sulle tante valenze contraddittorie dell'investimento transferale sull'analista in queste situazioni, con il rischio della ripetizione dell'esperienza dell'abbandono nella stessa situazione fusionale sperimentata nell'infanzia. Ciò di cui il paziente ha bisogno, ci dice l'autore, è poter entrare in contatto con la valenza traumatica di tali dinamiche, ma in una situazione di separatezza psicologica. Da quanto questi due autori descrivono così in dettaglio, nel vivo della relazione analitica, si comprende quindi come la posizione reciproca e la distanza ottimale tra paziente e analista, e il timing degli interventi del terapeuta, rappresentino elementi cruciali affinché l'esperienza del paziente nella relazione analitica non venga usurpata dall'intrusione dell'altro, in modo che la creatività, il movimento personale e gli insight del paziente possano aver luogo in uno spazio sicuro nel quale la presenza di due soggetti, separati ma in relazione, non rappresenti una minaccia

per la matrice stessa della soggettività, ma piuttosto la condizione di uno scambio fecondo e vitale.

Laura De Rosa

Agrawal H. (2024).

Conducting psychodynamic therapy with children and youth: some thoughts for the modern clinician.

Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 20, 2, 121-126.

Questo breve articolo, seppure nella sua apparente semplicità, si pone come una riflessione sulla necessità di adattare teorie e modelli psicoanalitici all'avvicinarsi delle epoche, che oggi è particolarmente sollecitata dall'evoluzione tecnologica che costringe il clinico a dover inseguire conoscenze e competenze che ormai sono più veloci di lui, soprattutto nell'ambito del lavoro con giovani pazienti. L'autore ritiene che, dal lavoro di Anna Freud ad oggi, certamente alcuni aspetti della teoria psicoanalitica si sono modificati, altri hanno perduto efficacia teorica e tecnica, ma l'inconscio, il transfert e il controtransfert restano dei caposaldi ancora inalienabili e onnipresenti in ogni diade terapeutica. Tuttavia, nel lavoro con i pazienti molto giovani e con i bambini l'utilizzo di questi tre strumenti non può essere rigoroso come nel lavoro con gli adulti, ma anzi va reso elastico, deve costringerci a sbilanciarci, scivolare, perdere terreno e cercare nuovi equilibri che ci facciano sintonizzare con il paziente e non con il vademecum terapeutico che abbiamo nella mente, strada senz'altro più rodada e rassicurante ma spesso poco efficace per la tenuta terapeutica nell'analisi con i pazienti giovani. Ripercorrendo il pensiero di Kohut, fa riferimento non solo all'inevitabilità di certi errori terapeutici, ma anche alla loro essenzialità perché si possano aprire dei per-tugi nella trama intricata dell'inconscio del paziente che consentano la sintonizzazione su un piano inatteso, in cui il terapeuta può

sentirsi meno certo, più esposto, ma sicuramente coinvolto in una relazione terapeutica più vera. Attraverso una vignetta clinica della terapia con un adolescente che rifiutava la scuola ed aveva forti scoppi di ira, risalente al suo percorso di formazione, evidenzia quanto la sua aderenza troppo poco flessibile alla tecnica non gli consentisse di entrare in contatto con il ragazzo, che continuava a snobbare con scrollate di spalle, "forse" e "non so" i suoi tentativi di esplorazione del mondo emotivo, del transfert e del controtransfert. Il suo supervisore gli propose di cambiare posizione, esplorare la passione del ragazzo per la chitarra, pur lui non conoscendone nulla, incoraggiando il giovane terapeuta ad imparare dal suo paziente, a mostrare la sua incompetenza, il suo essere anche inesperto e, nello stesso tempo, a "cercare aperture, come bambini che aspettano di entrare nel cerchio della corda in movimento" durante il salto alla corda. L'autore ci descrive come, solo allora, il ritmo della terapia cambiò di passo, consentendo ad entrambi una reciproca conoscenza e l'accesso all'area delle metafore musicali, attraverso le quali aprire al lavoro terapeutico. Mostrare di non sapere tutto, di non avere conoscenza in ogni cosa, di saper sbagliare, riprendendo il pensiero winnicottiano del "fallire sulla strada del paziente", viene indicato dall'autore come un sentiero privilegiato nel lavoro con bambini ed adolescenti, poiché i giovani non soltanto sono più abili nel cogliere l'insuccesso o la minor competenza dell'altro, ma sono anche più attrezzati per trasformare le rotture attivando processi riparativi, qualora gliene si offra l'opportunità. A maggior ragione oggi, per tornare alla mole di cambiamenti della nostra epoca, il sapersi "appoggiare indietro", come deve fare uno scalatore in cordata, perdendo il proprio baricentro alla ricerca di una presa più completa, di una maggiore aderenza del piede contro la roccia verticale, e perdendo la vista delle cose vicine e dei riferimenti conosciuti per orientare lo sguardo verso il cielo, offre al terapeuta una opportunità di esplorazione del mondo, e di quello



interno del paziente, che è strumento sempre più necessario per raggiungere obiettivi efficaci nel suo lavoro. In questo senso l'autore ci espone un'ulteriore vignetta clinica dell'evoluzione positiva della terapia con un ragazzo transgender, ammettendo che la sua impreparazione sul tema e la sua inesperienza lo avevano condotto sulla strada dell'esplorazione dell'altro mostrandogli le sue incertezze, offrendo una parte che era genuinamente curiosa e desiderosa di apprendere dall'altro quanto non conosceva. Così, come evidenziato attraverso un'ulteriore vignetta clinica, oggi il mondo dei media, youtube, internet, così veloci nelle loro trasformazioni, espongono i terapeuti ad un essere continuamente "mancanti", indietro, fallimentari su una realtà in cui i giovani sono più a loro agio, più coinvolti, più competenti. Lì si può allora convocare, nello spazio terapeutico, ad essere delle guide in un itinerario in cui si sentono più rassicurati della loro potenza durante la terapia, mentre il terapeuta può utilizzare efficacemente quanto man mano si dipana ed emerge solo se continuerà a mantenere allenata la sua abilità terapeutica di cambiare continuamente assetto per seguire l'altro ed esplorare il suo mondo interno, il transfert ed il controtransfert.

Flora Gigli

Frankel J. (2025).

Traumatisches Alleinsein von Kindern narzisstisch präokkupierter Eltern.

Psyche - Z Psychoanal, 79, 5, 374-401. DOI 10.21706/ps-79-5-374

In questo contributo lo psicoanalista americano Jay Frankel si interroga sull'incontro con pazienti esposti nell'infanzia a quella che Ferenczi ha chiamato una «solitudine traumatica», una solitudine determinata dal disturbo narcisistico del genitore che lo ha reso cieco di fronte ai bisogni del bambino reale. Frankel descrive come questi genitori, pur sembrando molto impegnati nella cura dei

loro figli, in realtà espongono i figli a un abbandono emotivo, in quanto da una parte proiettano in loro le proprie parti "cattive" e diventano furiosi con loro per qualità che essi stessi hanno proiettato, e dall'altra parte si appropriano invece delle loro parti "buone", vedendole solo come un riflesso di se stessi. L'abbandono emotivo si ripete nella misura in cui il genitore si rifiuta di riconoscere la propria distruttività e fa finta "che nulla sia accaduto". A causa delle sue angosce abbandoniche e della sua dipendenza emotiva, il bambino non può far altro che negare le proprie percezioni quando contraddicono quelle del genitore, e cancellare pensieri ed emozioni che potrebbero indurre i genitori ad allontanarsi. Genera invece sentimenti desiderati dal genitore, diventa arrendevole, tenta in ogni modo di suscitare il suo amore. Ciò ostacola la separazione psicologica. Inoltre, non potendo attribuire al genitore la causa del suo malessere, il bambino si colpevolizza, sente che qualcosa in lui dev'essere difettoso. Nutre la fantasia che, se solo lui fosse perfetto, potrebbe rendere il genitore felice e capace di offrirgli le cure di cui ha disperatamente bisogno. Prova un senso opprimente di colpa e di vergogna.

La spinta a ribellarsi a tale sottomissione e al senso interiorizzato di cattiveria può condurlo per reazione a nutrire fantasie onnipotenti con cui nega la propria vulnerabilità ed idealizza l'aggressore, così da potersi sentire speciale, membro di una famiglia speciale; spesso ciò si concentra su un aspetto specifico dell'aggressore ritenuto una forza. Si aggrappa a tale idealizzazione dell'aggressore così come ad altri meccanismi di difesa estremi atti a contrastare o negare la realtà traumatica quali scissione paranoide, proiezione, odio, superiorità maniacale, ecc. Così, quando arriva a chiedere aiuto, anche da adulto, può incontrare grandi difficoltà ad entrare in contatto con la propria vulnerabilità, odiarla, viverla come motivo di vergogna. Anche lì dove riesce a vedere l'atteggiamento sprezzante o respingente della figura genitoriale, può essere molto difficile sentire quanto sia

stato spaventoso e devastante. Mantiene invece una forte lealtà verso gli oggetti interni ed il romanzo familiare interiorizzato.

Attraverso tre casi clinici, Frankel si domanda quali siano le implicazioni terapeutiche di tutto ciò e quali siano i rischi che l'analista corre. Se da una parte è importante che l'analista non partecipi alla negazione genitoriale che ha costretto – e ancora costringe – il bambino/adulto a non percepire ciò che gli è stato fatto, egli deve fare altrettanta attenzione a non assumere una funzione materna compensatoria, che potrebbe riflettere sue fantasie inconse e risvegliare nel paziente l'antico impulso a idealizzare, identificarsi e compiacere l'altro, fino ad una regressione maligna. Piuttosto che attaccare le persone che il paziente ama, protegge e con cui ancora si identifica, l'analista deve allora cercare di creare le condizioni necessarie affinché le percezioni negate o dissociate del paziente emergano ed egli possa scoprirle con i propri occhi. Aiutare il paziente a riscoprire la realtà traumatica non significa ignorarne la vita fantasmatica, ma riconoscere quanto le fantasie possano difendere da una realtà

intollerabile, essere espressione di un senso illusorio di controllo di fronte all'impotenza, e di identificazioni con l'aggressore che negano aspetti cattivi degli oggetti e le parti vulnerabili del Sé per ristabilire un senso di vicinanza con un genitore distante.

Frankel mostra come l'analista corra egli stesso in vari modi il rischio di esporre il paziente a sentimenti di abbandono, alla fantasia di essere cattivo o pieno di difetti o ad esperienze di intrusione. Diventa allora con questi pazienti ancor più fondamentale una postura di umiltà dell'analista riguardo alle proprie idee e alla possibilità di avere sentimenti e motivazioni inconse. Tale postura contrasta con l'esperienza che il paziente ha fatto di un genitore che chiede al bambino di adottare il suo racconto familiare e la sua negazione delle proprie mancanze e vulnerabilità.

Veronika Garms

*Rubrica a cura di: F. Gigli (coordinatrice), L. Baldassarre, M. Carboni, S. Cimino, L. De Rosa, A. Flori, V. Garms, A. Rizzo.