

**Donald W. Winnicott**

**In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi, Martinelli editore, Firenze, 1975, 1991***

#### **CAPITOLO IV**

##### **L'osservazione dei bambini piccoli in una situazione prefissata<sup>1</sup>**

Da circa vent'anni, nel mio reparto presso il *Paddington Green Children's Hospital*, osservo dei bambini piccoli, ed in un ampio numero di casi ho registrato nei più minuti particolari il modo in cui questi si comportano in una data situazione che si può facilmente predisporre nel quadro della quotidiana routine clinica. Spero gradualmente di riuscire a raccogliere e presentare le numerose questioni d'interesse pratico e teorico che si possono far risaltare da questo lavoro, ma, in questo mio saggio, desidero limitarmi a descrivere la particolare situazione in cui avviene l'osservazione ed indicare in quale misura la si possa utilizzare come strumento di ricerca. Incidentalmente cito il caso di un attacco d'asma, in una bambina di sette mesi, iniziatosi e risoltosi durante il periodo di osservazione: una questione di notevole interesse per la medicina psicosomatica.

Vorrei, nei limiti del possibile, descrivere l'ambiente delle mie osservazioni, la situazione che mi è diventata così familiare e che io chiamo «situazione prefissata», quella in cui si trova ogni bambino che viene condotto nel mio reparto per una consultazione.

Nel mio reparto madri e bambini attendono nel corridoio fuori dall'ampia stanza in cui lavoro, e l'uscita di una madre e del suo bambino significa che può entrare un altro paziente. Ho scelto una stanza di una certa ampiezza perché molto si può vedere e fare nel tempo necessario a madre e bambino per raggiungermi entrando dalla porta che si trova al lato opposto della mia scrivania. In questo breve tempo già si stabilisce un contatto con la madre, e probabilmente con il bambino, attraverso l'espressione del mio viso, e ho la possibilità di ricordarmi del caso quando non si tratti di un nuovo paziente.

---

<sup>1</sup> Da una conferenza tenuta alla British Psycho-Analytical Society il 23 aprile 1941. *Int. J. Psycho-Anal.*, Vol. XXII, 1941.

Se si tratta di un bambino di pochi mesi chiedo alla madre di sedersi di fronte a me, con l'angolo del tavolo che ci divide. La madre si siede con il bambino sulle ginocchia. D'abitudine pongo un abbassalingua di metallo luccicante ad angolo retto sul bordo del tavolo ed invito la madre a tenere il bambino in modo che, se questi lo volesse, potrebbe facilmente afferrarlo. Di solito la madre afferra ciò che intendo, e riesco facilmente a farle capire che vi sarà un periodo di tempo in cui lei ed io dovremo intervenire il meno possibile in modo da poter attribuire ciò che accade esclusivamente all'iniziativa del bambino. E facile intuire che le madri mostreranno, almeno in parte, attraverso la loro capacità o relativa incapacità di seguire questo suggerimento, il loro modo di essere e di fare in casa; se temono l'infezione, se nutrono forti riserve morali contro l'introduzione in bocca di oggetti o se sono irritabili ed impulsive, queste loro caratteristiche verranno svelate.

E molto importante sapere com'è la madre; normalmente essa segue il mio suggerimento. Ecco, quindi, il bambino sulle ginocchia della madre ed una persona nuova (un uomo, in questo caso) che siede di fronte a loro; ed ecco un abbassalingua che luccica sul tavolo. Posso aggiungere che, se sono presenti degli osservatori, li devo preparare spesso con maggior attenzione di quella che dedico alla madre, dato che essi tendono a intervenire attivamente nel rapporto con il bambino, a sorridergli, a corteggiarlo o, almeno, ad esprimergli la propria benevolenza. Se un osservatore non riesce ad accettare la disciplina richiesta dalla situazione è fuori questione per me procedere nell'osservazione che, immediatamente ed inutilmente, si complica.

## COMPORTAMENTO DEL BAMBINO

Il bambino piccolo è inevitabilmente attirato dal luccichio e dalle possibili oscillazioni dell'oggetto di metallo. Se sono presenti altri bambini questi sanno abbastanza bene che egli desidera ardentemente prendere l'abbassalingua. (Spesso non riescono a sopportare la sua esitazione quando questa è molto evidente, prendono l'abbassalingua e glielo introducono in bocca. Ciò è comunque andare troppo in fretta). Per ora, ecco davanti a noi il bambino, allettato da un oggetto molto attraente.

Quella che descriverò è, secondo me, la successione normale degli eventi, ed io sostengo che qualsiasi variazione rispetto a questa ha il suo significato.

*Prima fase.* Il bambino posa la mano sull'abbassalingua ma, a questo punto, scopre inaspettatamente che si tratta di una situazione su cui è necessario riflettere. Si trova in un dilemma. Con la mano posata sull'abbassalingua ed il corpo completamente fermo guarderà me e la madre con grandi occhi, attento ed in attesa; oppure, in certi casi, distoglierà completamente la sua attenzione dall'oggetto per affondare il viso nella camicetta della madre. Si riesce di solito a non offrire nessuna fattiva rassicurazione, ed è molto interessante allora osservare il graduale e spontaneo ritorno dell'interesse del bambino verso l'abbassalingua.

*Seconda fase.* Per tutto il « periodo dell'esitazione » (come io lo chiamo) il bambino tiene fermo (ma non rigidamente) il proprio corpo. Gradualmente diventa abbastanza audace da permettere ai suoi sentimenti di svilupparsi, ed allora il quadro muta molto rapidamente. Il momento in cui questa prima fase si trasforma nella seconda è evidente: quando il bambino accetta la realtà del suo desiderio dell'abbassalingua avviene contemporaneamente un cambiamento all'interno della sua bocca che diventa floscia, mentre la lingua si fa spessa e molle e la salivazione abbondante.

Presto il bambino si mette l'abbassalingua in bocca e lo mastica con le gengive, oppure sembra imitare il padre che fuma la pipa. Colpisce il cambiamento che avviene nel suo comportamento. Al posto di una ferma attesa compaiono, ora, fiducia in se stesso e liberi movimenti del corpo, questi ultimi collegati con la manipolazione dell'abbassalingua.

Ho spesso fatto l'esperimento di cercare d'introdurre l'abbassalingua nella bocca del bambino durante la fase dell'esitazione. Sia che l'esitazione corrisponda a quella che io ritengo la norma, sia che se ne differenzi per grado e qualità, ho scoperto che è impossibile introdurre l'oggetto nella bocca del bambino se non esercitando una brutale violenza. In certi casi di acuta inibizione qualunque mio tentativo di avvicinare l'abbassalingua al bambino provoca strilli, angoscia od una vera colica.

Il bambino sembra ora consapevole di possedere l'abbassalingua, forse di averlo in suo potere, certamente utilizzabile per esprimere se stesso. Lo batte contro il tavolo od il recipiente lì vicino facendo più rumore possibile; oppure lo tende verso la mia bocca e quella della madre, molto soddisfatto se *fingiamo* di nutrirci con quello. È chiaro che egli desidera *giocare* a dar da mangiare, e rimane confuso e turbato se siamo così stupidi da prendere davvero l'oggetto in bocca e rovinare così quello che era solo un gioco.

A questo punto potrei dire che non ho mai osservato nessun segno di

delusione nel bambino che si accorge come, nella realtà, l'abbassalingua non sia ne un cibo ne un contenitore di cibo.

*Terza fase.* Vi è una terza fase in cui il bambino, prima di tutto, lascia cadere l'abbassalingua come per errore. Se glielo si restituisce, è contento, riprende a giocare con esso e lo lascia cadere di nuovo, questa volta in modo più deliberato. Glielo si restituisce ancora, e di nuovo lo lascia cadere, questa volta di proposito: il bambino gode intensamente nel liberarsene, e gli piace in modo particolare il suono dell'oggetto che urta contro il pavimento.

La fine di questa terza fase<sup>2</sup> giunge quando il bambino desidera scendere sul pavimento per ritrovare l'abbassalingua, ricominciare a metterlo in bocca e giocare con esso, oppure quando se ne stanca e cerca di prendere qualunque altro oggetto trovi a portata di mano.

Il comportamento qui descritto può considerarsi normale solo tra i cinque ed i tredici mesi circa di età. Superati i tredici mesi, l'interesse verso gli oggetti si è così ampliato che, qualora venga ignorato l'abbassalingua ed il bambino cerchi di afferrare il tampone di carta assorbente, non posso più essere sicuro che vi sia reale inibizione dell'interesse primario. In altre parole, la situazione si complica rapidamente e si avvicina alla comune situazione analitica che si verifica nell'analisi di un bambino di due anni, con lo svantaggio (relativo alla situazione analitica) che, dato che il bambino è troppo piccolo per parlare, il materiale presentato diventa difficile da capire. Prima dei tredici mesi, comunque, in questa «situazione prefissata», la mancanza di linguaggio nel bambino non costituisce un ostacolo.

Dopo i tredici mesi le *angosce* del bambino possono ancora riflettersi in questa particolare situazione; è il suo *interesse positivo* che si allarga troppo per esservi compreso.

Io penso che la «situazione prefissata» possa essere utilizzata a scopo terapeutico anche se il mio saggio non si pone lo scopo di delineare tali possibilità. Presenterò un caso in cui mi ero impegnato, convinto che si potesse fare un lavoro di tipo terapeutico, convinzione che, nel frattempo, mi si è confermata.

Si tratta di una bambina da me seguita dai sei agli otto mesi per disturbi dell'alimentazione iniziati presumibilmente con una gastroenterite infettiva.

---

<sup>2</sup> Descriverò il significato di questa fase, ricollegandola alle osservazioni di Freud sul bambino del rochetto (1920), verso la fine di questo capitolo (vedi pp. 85-86).

Lo sviluppo emozionale della bambina era stato turbato da questa malattia, e la bambina era rimasta irritabile, insoddisfatta e soggetta al vomito dopo mangiato. Era cessato ogni gioco, ed, a nove mesi, non solo era del tutto insoddisfacente il rapporto che la bambina stabiliva con le persone ma erano pure iniziati degli attacchi convulsi. A undici mesi questi erano diventati frequenti.

A dodici mesi gli attacchi si erano fatti più violenti, seguiti da sonnolenza. In questa fase incominciai a vederla ad intervalli di pochi giorni ed a prestarle venti minuti di attenzione, in una seduta del tipo che ho appena descritto ma con la bambina sulle mie ginocchia.

In una di queste sedute tenevo la bambina sulle mie ginocchia e l'osservavo. Fece un furtivo tentativo di mordermi il dito. Tre giorni dopo la tenevo ancora sulle mie ginocchia ed aspettavo di vedere ciò che avrebbe fatto. Mi morsicò il dito tre volte con tale forza che la mia pelle si era quasi lacerata. Si mise a giocare gettando per terra gli abbassalingua senza smettere per quindici minuti. Ogni volta piangeva come se fosse davvero infelice. Due giorni dopo la tenni sulle mie ginocchia per mezz'ora. Aveva avuto quattro convulsioni nei due giorni precedenti. All'inizio pianse come al solito. Mi morsicò ancora il dito con molta forza, questa volta senza mostrare sentimenti di colpa, e poi giocò a mordere ed a gettar via gli abbassalingua. Stando sulle mie ginocchia diventò capace di godere del gioco. Dopo un po' incominciò a toccarsi le dita dei piedi.

In seguito la madre venne a dirmi che, dopo l'ultima consultazione, la bambina era diventata « diversa ». Non solo non aveva più avuto convulsioni ma aveva pure dormito bene di notte - felice tutto il giorno, senza prendere il bromuro. Undici giorni dopo, il miglioramento persisteva senza l'intervento di nessun farmaco; da quattordici giorni non si verificavano più convulsioni, e la madre chiese di non tornare più.

Visitai la -bambina un anno dopo e trovai che, dall'ultima consultazione, erano scomparsi tutti i sintomi. Trovai una bambina del tutto sana, felice, intelligente e cordiale, amante del gioco e libera dalle comuni ansie.

Sono la fluidità della personalità del bambino di pochi mesi, ed il fatto che sentimenti e processi inconsci sono così vicini alle prime fasi della primissima infanzia, che rendono possibile il verificarsi di cambiamenti nel corso di poche sedute. Questa fluidità, tuttavia, deve pure significare che un bambino che è normale ad un anno o che, a quest'età, viene positivamente influenzato dal trattamento, non è per niente fuori dai guai.

Il bambino può ancora cadere nella nevrosi in un successivo stadio ed

ammalarsi, se esposto a fattori ambientali negativi. È comunque un segno favorevole, dal punto di vista prognostico, che il primo anno di vita del bambino si svolga normalmente.

#### DEVIAZIONI DALLA NORMA

Ho detto che qualsiasi variazione da quello che considero il comportamento normale di un bambino nella « situazione prefissata » è significativa.

La variazione principale e più importante riguarda l'esitazione iniziale che può essere esagerata o mancare del tutto. Vi è il bambino che non mostrerà apparentemente nessun interesse per l'abbassalingua e ci metterà molto prima di diventare consapevole del proprio interesse o di raccogliere il necessario coraggio per manifestare il proprio desiderio. Vi è quello, d'altra parte, che afferrerà avidamente l'oggetto e se lo metterà in bocca nello spazio di un secondo. In entrambi i casi vi è deviazione dalla norma. Se l'inibizione è accentuata vi sarà maggior o minor angoscia, e l'angoscia può davvero essere molto acuta.

Un'altra variazione dalla norma è quella del bambino che afferra l'abbassalingua e lo getta immediatamente per terra, e ripete questo gesto tutte le volte che l'osservatore ricolloca l'oggetto al suo posto.

Vi è quasi certamente una correlazione tra queste ed altre variazioni dalla norma ed il rapporto che il bambino stabilisce con il cibo e con le persone.

#### ILLUSTRAZIONE DELLA TECNICA USATA ATTRAVERSO LA DESCRIZIONE DI UN CASO

La « situazione prefissata » che ho descritto è uno strumento che può essere adattato da chiunque all'osservazione di qualunque bambino che frequenti il suo reparto. Prima di discutere la teoria del comportamento formale del bambino piccolo in questo tipo di situazione presenterò a scopo illustrativo il caso di una bambina affetta da asma. Il comportamento dell'asma, comparsa e scomparsa in due occasioni durante l'osservazione, sarebbe potuto sembrare casuale se non fosse per il fatto che la bambina veniva tenuta costantemente sotto osservazione e se non fosse per il fatto che i particolari del suo comportamento si sarebbero potuti paragonare a quelli di altri bambini nella medesima situazione. L'asma, invece di avere un rapporto incerto con i sentimenti della bambina, poteva esser

vista, grazie alla tecnica usata, in collegamento con un sentimento ben preciso e con uno stadio definito di una ben nota successione di eventi.

Margaret, una bambina di sette mesi, mi viene condotta dalla madre perché, durante tutta la notte precedente alla consultazione ha respirato affannosamente. Normalmente la bambina è molto felice; dorme e mangia bene. I suoi rapporti con entrambi i genitori sono buoni, specialmente quelli con il padre, un uomo che lavora di notte e che la vede spesso. Margaret dice già «Pa-pa» ma non «Ma-ma». Quando chiedo: « Da chi va quando è in difficoltà? » la madre risponde: «Va dal padre; lui riesce a farla dormire ». Margaret ha una sorella maggiore di sedici mesi, sana; le due bambine giocano insieme e si vogliono bene sebbene la nascita di Margaret abbia risvegliato una certa gelosia nella sorella maggiore.

La madre spiega di esser stata colpita da asma lei stessa quando era rimasta incinta dell'ultima bambina, e la prima aveva solo sette mesi. Era stata male lei stessa fino ad un mese prima della consultazione; da quel momento l'asma non era più ricomparsa. Soggetta all'asma era pure sua madre - la nonna della bambina - che aveva anch'essa contratto tale malattia con l'inizio delle gravidanze. Il rapporto tra Margaret e sua madre è buono, e la bambina viene allattata al seno con soddisfazione.

Il sintomo, l'asma, non compare del tutto senza preavviso. La madre riferisce che per tre giorni, prima della sua comparsa, Margaret si era agitata nel sonno, dormendo solo dieci minuti per volta, svegliandosi, strillando e tremando tutta. Da un mese si metteva i pugni in bocca, comportamento che era recentemente diventato alquanto coatto ed angosciato. Da tre giorni era pure comparsa una leggera tosse ma l'affanno si era fatto solo la notte prima della consultazione.

È interessante notare il comportamento della bambina nella «situazione prefissata». Questi sono gli appunti presi allora : «Pongo un abbassalingua ad angolo retto sul tavolo, e la bambina se ne interessa immediatamente, lo guarda e guarda me - un lungo sguardo con grandi occhi e sospiri. La bambina continua così per cinque minuti, incapace di risolversi a prendere l'abbassalingua. Quando finalmente l'afferra non riesce dapprima a decidere di metterlo in bocca, sebbene sia molto chiaro il suo desiderio di farlo. Dopo un po' scopre di essere capace di prenderlo, come se lo stare come stavamo la rassicurasse gradualmente. Mentre riesce ad afferrare l'oggetto noto il solito afflusso di saliva, e, per qualche minuto, la bambina gode di quest'esperienza con la bocca». Si noterà che questo comportamento corrisponde a quello da me definito normale.

«Nella seconda consultazione Margaret si sporge per prendere l'abbassalingua ma esita ancora, esattamente come nella prima seduta, ed ancora, solo gradualmente, riesce a prenderlo in bocca, ad acquistare confidenza con l'oggetto ed a goderne. Rispetto alla prima volta appare più desiderosa di mettersi l'oggetto in bocca, e fa dei rumori mentre lo mastica. Lo fa ben presto cadere deliberatamente e, quando glielo si restituisce, gioca con esso in modo eccitato e rumoroso, scalcando e guardando la madre e me, evidentemente compiaciuta. Gioca con l'abbassalingua, lo getta di nuovo per terra, lo rimette in bocca quando questo le viene restituito, esegue movimenti disordinati con le mani, incomincia quindi ad interessarsi agli altri oggetti che sono a sua portata di mano, compreso il bicchiere degli abbassalingua. Per finire lascia cadere il recipiente, e, poiché sembra desiderosa di scendere, la mettiamo sul pavimento insieme al bicchiere ed all'abbassalingua. Ci guarda, appare molto soddisfatta della vita; gioca con le dita dei piedi, con l'abbassalingua e con il bicchiere, ma non contemporaneamente con tutti e due. Alla fine prende l'abbassalingua e sembra volerlo deporre vicino al bicchiere; lo spinge invece nella direzione opposta. Quando le si riavvicina l'abbassalingua Margaret finisce per batterlo contro il bicchiere, facendo molto rumore ».

(Il punto principale che, in questo caso, ci interessa per la discussione in corso è contenuto nella prima parte della descrizione ma ho presentato l'intera serie di appunti per il grande interesse che ogni dettaglio potrebbe assumere qualora si volesse allargare l'argomento in questione. Per esempio, è solo gradualmente che la bambina riesce ad unire insieme i due oggetti. Ciò è molto interessante e caratteristico della sua difficoltà come pure della sua nascente capacità di occuparsi di due *persone* contemporaneamente. Per chiarire il più possibile questo punto ne rimando la discussione ad un'altra occasione)<sup>3</sup>.

In questa descrizione del comportamento della bambina non ho ancora detto quando era comparsa l'asma. Margaret sedeva in grembo alla madre, e ci divideva il tavolo. La madre teneva la bambina abbracciandole il petto con le due mani e reggendole il corpo. Era stato perciò molto facile vedere quando, ad un certo punto, era comparsa l'asma bronchiale. Le mani della madre accompagnavano il movimento esagerato del petto della bambina; erano evidenti sia la profonda inspirazione sia la prolungata e difficile espirazione di cui si poteva udire il rumore. La madre poteva osservare altrettanto bene di me l'insorgere dell'asma. *L'asma era comparsa in tutte e due le occasioni in cui vi era stata esitazione a prendere l'abbassalingua.*

---

<sup>3</sup> Vedi pp. 81-82.

La bambina posava la mano sull'abbassalingua, e quindi, mentre cercava di controllare il corpo, la mano e l'ambiente, compariva l'asma che implicava un controllo involontario dell'espiazione. Non appena la bambina acquistava confidenza con l'abbassalingua introdotto in bocca, che provocava un afflusso di saliva, e da uno stato di quiete passava ad un'attività che la faceva godere ed in cui un atteggiamento di vigilante incertezza si tramutava in fiducia in se stessa, in questo preciso momento l'asma scompariva.

Durante i successivi quindici giorni non comparvero altri attacchi d'asma oltre i due insorti nelle due consultazioni menzionate<sup>4</sup>. Attualmente (e cioè ventun mesi dopo l'episodio descritto) la bambina non ha più attacchi, sebbene, naturalmente, rimanga vulnerabile da questo punto di vista<sup>5</sup>.

Grazie al metodo d'osservazione usato mi è possibile trarre, da questo caso, alcune deduzioni sugli attacchi di asma e sul loro rapporto con i sentimenti del bambino piccolo. La mia deduzione principale è che, in questo caso, vi fosse un'associazione abbastanza stretta tra spasmo bronchiale ed ansia per giustificare l'ipotesi di una relazione tra l'uno e l'altra. Il fatto che la bambina venisse osservata in condizioni note ci ha permesso di vedere come per Margaret l'asma comparisse nel momento in cui, normalmente, si verifica l'esitazione, ed esitazione significa conflitto mentale. Si è destato un impulso. Tale impulso viene temporaneamente controllato, e l'asma coincide, nelle due occasioni citate, con il momento del controllo dell'impulso. Quest'osservazione, particolarmente se confermata da osservazioni similari, costituirebbe una buona base di discussione sugli aspetti emozionali dell'asma, specie se considerata congiuntamente alle osservazioni raccolte durante il trattamento psicoanalitico di pazienti affetti da asma.

## DISCUSSIONE TEORICA

L'esitazione, anche se è normale che appaia, è - in primo luogo - un chiaro segno di ansia.

Come Freud (1926) disse, «vi è ansia *per* qualcosa». Vi sono perciò due punti da discutere: le cose che succedono nel corpo e nella mente in uno stato d'ansia, ed il « qualcosa » per cui vi è ansia.

---

<sup>4</sup> Ricomparvero invece nella madre

<sup>5</sup> La madre puntualizzò di nuovo di aver avuto l'asma come se sentisse il bisogno di averla quando non ne era afflitta la bambina.

Se ci chiediamo la ragione per cui il bambino esita dopo il primo gesto impulsivo dobbiamo convenire, credo, che si tratta di una manifestazione del Super-io. Riguardo all'origine di questo sono giunto alla conclusione che generalmente parlando, non si possa spiegare la normale esitazione del bambino ponendola semplicemente in relazione con l'atteggiamento parentale. Ciò non significa che io trascuri la possibilità che egli si comporti così perché ha imparato ad aspettarsi che la madre disapprovi o perfino vada in collera tutte le volte che egli prende o mette in bocca qualcosa. L'atteggiamento dei genitori è *effettivamente molto importante in certi casi*.

Ho imparato a distinguere piuttosto rapidamente le madri che hanno una radicata avversione verso la manipolazione e l'introduzione in bocca di oggetti da parte del bambino ma, in complesso, posso dire che le madri che vengono nel mio reparto non ostacolano quello che esse tendono a considerare un normale interesse infantile. Tra queste madri ve ne sono perfino alcune che mi conducono i loro figli perché hanno notato che questi hanno cessato di afferrare e d'introdurre in bocca gli oggetti, riconoscendo in questo comportamento un sintomo.

Inoltre a questa tenera età, intendiamo prima dei quattordici mesi, vi è una fluidità di carattere che permette alla madre di superare in una certa misura la sua tendenza a proibire questo piacere infantile. Dico alla madre: «Il bambino, qui, può farlo se lo vuole, ma non lo incoraggi». Ho scoperto che, nella misura in cui i bambini non sono mossi dall'ansia, riescono ad adattarsi a questo cambiamento d'atteggiamento.

Ma che sia o no l'atteggiamento materno a determinare il comportamento del bambino, la mia idea è che l'esitazione significhi che il bambino *si aspetta* di provocare la collera e forse la vendetta materna. Perché un bambino si senta minacciato, anche da una madre che è davvero ed in modo evidente adirata, deve possedere nella propria mente la nozione di una madre adirata. Come Freud (1926) dice: «D'altra parte, il pericolo esterno (oggettivo) deve riuscire ad essere internalizzato se vuoi essere significativo per l'Io».

Se la madre si è davvero adirata e se il bambino ha davvero ragione di attendersi che essa vada nuovamente in collera durante la consultazione quando egli prende l'abbassalingua, è alle paure fantastiche da bambino che dobbiamo risalire, esattamente come nel caso comune del bambino che esita anche quando la madre è del tutto tollerante ed aspetta perfino che egli prenda e si metta in bocca gli oggetti. Il « qualcosa » per cui nasce l'ansia è nella mente del bambino, un'idea di male o di severità potenziali e nella situazione nuova può venir proiettata qualsiasi cosa si trovi nella mente infantile.

Quando il bambino non ha sperimentato nessuna proibizione, l'esitazione può significare conflitto oppure l'esistenza di una *fantasia* che corrisponde al *ricordo* di una madre effettivamente severa nella mente di altro bambino. In entrambi i casi, come conseguenza, il bambino dovrà dominare prima di tutto il suo interesse ed il suo desiderio che potrà ritrovare solo nella misura in cui l'esame della situazione in cui si trova risulti soddisfacente. E in questo senso che io preparo l'ambiente in cui si svolge l'osservazione del bambino.

Si può quindi dedurre che il « qualcosa » per cui insorge l'ansia ha una straordinaria importanza per il bambino. Per meglio capire questo « qualcosa » sarà necessario attingere alle conoscenze acquisite attraverso l'analisi di bambini tra i due ed i quattro anni. Menziono quest'età perché Melanie Klein, e - credo - tutti coloro che hanno analizzato bambini di due anni, hanno scoperto che vi è qualcosa, nell'esperienza di queste analisi, che non si può riscontrare in quelle di bambini di tre anni e mezzo e di quattro anni, e che non si ritrova certamente nelle analisi di bambini in periodo di latenza. Una delle caratteristiche di un bambino di due anni è che le fantasie orali primarie, con le relative ansie e difese, sono chiaramente discernibili accanto ai processi mentali secondari ed altamente elaborati.

L'idea che i bambini piccoli abbiano delle fantasie non è accettabile per tutti, ma, probabilmente, tutti coloro che hanno analizzato bambini di due anni hanno trovato necessario postulare che un bambino, anche di sette mesi, come nel caso di asma sopra citato, abbia delle fantasie. Queste non sono ancora collegate a rappresentazioni verbali ma sono colme di contenuto e ricche di emozioni, e si può dire che costituiscono le fondamenta sulle quali verrà costruita tutta la successiva vita fantastica.

Queste fantasie infantili non riguardano soltanto l'ambiente esterno ma anche il destino e l'interdipendenza delle persone, e parti di persone che sono fantasticamente prese dentro di sé - dapprima insieme al cibo ingerito e in un secondo tempo come procedimento indipendente - e che costituiscono la realtà interna. Il bambino sente che le cose dentro "sono buone o cattive proprio come le cose fuori sono buone o cattive. Le qualità di buono e cattivo dipendono dalla relativa accettabilità dello scopo nel processo d'incorporazione. Questa, a sua volta, dipende dalla forza delle pulsioni distruttive collegate alle pulsioni d'amore, e dalla capacità del singolo bambino di tollerare le ansie derivanti dalle tendenze distruttive. È necessario prendere in considerazione, connessa con la forza delle pulsioni distruttive e con il grado di tolleranza del bambino, anche la natura delle difese del bambino, compreso il grado di sviluppo della sua capacità di riparazione.

Si può riassumere dicendo che la capacità del bambino di mantenere vivo ciò che egli ama e di conservare la fede nel proprio amore influiscono in modo importante sul grado di bontà o di cattiveria che egli sente nelle cose dentro e fuori di lui; e questo è in una certa misura vero anche per il bambino di solo pochi mesi. Inoltre, come Melanie Klein ha mostrato, vi è costante scambio e costante verifica tra realtà interna ed esterna; la realtà interna viene sempre costruita ed arricchita dall'esperienza istintuale in rapporto agli oggetti esterni e dai contributi degli oggetti esterni stessi (nella misura in cui questi riescono a venir percepiti). Il mondo esterno è costantemente percepito, ed il rapporto dell'individuo con questo costantemente arricchito, grazie all'esistenza in lui di un vivo mondo interno.

La profonda comprensione e convinzione acquisita attraverso l'analisi di bambini più grandi possono applicarsi al primo anno di vita così come Freud aveva utilizzato le sue scoperte sugli adulti per la comprensione dei bambini, e per la comprensione non solo di un particolare bambino ma anche dei bambini in generale.

E chiarificatore osservare direttamente i bambini, ed è necessario farlo. Sotto molti aspetti, tuttavia, l'analisi dei bambini di due anni ci dice, sul bambino di pochi mesi, molto di più di ciò che possiamo trarre dall'osservazione diretta di questi ultimi. Questo non ci sorprende; ciò che caratterizza la psicoanalisi come strumento di ricerca è, come sappiamo, la sua capacità di scoprire la parte *inconscia* della mente e di ricollegarla a quella conscia, e di offrirci così qualcosa di simile ad una piena comprensione dell'individuo analizzato. Ciò è vero anche per il bambino di pochi mesi e di pochi anni, sebbene l'osservazione diretta possa dire molto a chi sappia davvero come guardare e che cosa cercare. Il procedimento appropriato è evidentemente quello di ricavare tutto ciò che possiamo sia dall'osservazione sia dall'analisi, e di permettere che queste si completino a vicenda.

Desidero ora dire qualcosa sulla fisiologia dell'ansia. Non significa forse ostacolare lo sviluppo della psicologia descrittiva rilevare solo raramente, se mai lo si faccia, come non si possa descrivere la fisiologia dell'ansia in termini semplici, per la ragione che essa è diversa in casi diversi ed in epoche diverse? Ci viene insegnato che l'ansia può essere caratterizzata da pallore, sudorazione, vomito, diarrea e tachicardia. E tuttavia m'interessava scoprire, nel mio reparto, se esistono in realtà varie manifestazioni alternative d'ansia, qualunque sia l'organo o la funzione interessati.

Un bambino ansioso, all'esame obiettivo in una clinica per malattie cardiache, potrà avere un cuore che batte impetuosamente o quasi normalmente; un cuore che batte molto forte o molto piano. Per capire ciò che sta succedendo quando osserviamo questi sintomi io credo che dobbiamo conoscere qualcosa dei sentimenti e delle fantasie del bambino, e perciò del grado di eccitamento e di collera che vi si mescolano come pure le difese che vengono utilizzate.

La diarrea, com'è noto, non è sempre semplice questione fisiologica. L'esperienza analitica con bambini ed adulti mostra che si tratta spesso di un processo che accompagna un timore inconscio di cose ben precise, cose che danneggiano l'individuo se tenute dentro. L'individuo può sapere di temere gli impulsi ma questo, anche se vero, è solo parte della storia perché è altrettanto vero che egli inconsciamente teme cose cattive specifiche che esistono in qualche luogo per lui. « In qualche luogo » significa fuori di sé o dentro di sé - normalmente, entrambe le cose. Queste fantasie, in certi casi ed in una certa misura, possono naturalmente essere coscienti e dare valore alle descrizioni ipocondriache dei propri dolori e delle proprie sensazioni.

Se stiamo esaminando l'esitazione di un bambino piccolo nella mia « situazione prefissata » possiamo dire che i processi mentali alla base dell'esitazione sono simili a quelli che troviamo alla base della diarrea, sebbene opposti nel loro effetto. Ho parlato di diarrea ma avrei potuto parlare di qualsiasi altro processo fisiologico che può essere esagerato od inibito secondo la fantasia inconscia che in quel caso influisce sulla particolare funzione e sul particolare organo. Nello stesso modo, sempre considerando l'esitazione del bambino nelle mie sedute, si può dire che, anche se il comportamento del bambino è una manifestazione di paura, rimane tuttavia lo spazio per descrivere la medesima esitazione in termini di fantasia inconscia. Ciò che vediamo è il risultato del fatto che l'impulso del bambino di toccare e di prendere è sottoposto ad un controllo che può giungere fino al temporaneo rifiuto dell'impulso stesso. Andare oltre a descrivere ciò che contiene la mente di un bambino di pochi mesi non può essere questione di osservazione diretta, ma, come ho già detto, ciò non significa che non vi sia nulla nella mente infantile che corrisponda alla fantasia inconscia di cui, attraverso la psicoanalisi, possiamo provare l'esistenza nella mente di un bambino più grande o di un adulto che esita in una situazione simile.

Nel mio caso particolare, presentato per illustrare l'applicazione della mia tecnica, il controllo coinvolge i bronchi. Sarebbe interessante discutere la

relativa importanza del controllo dei bronchi come organo (lo spostamento del controllo, diciamo, della vescica) ed il controllo dell'espiazione o del fiato che sarebbe stato espulso se non controllato. La bambina avrebbe potuto sentire come pericolosa l'espiazione se collegata ad un'idea pericolosa - per esempio, l'idea di *penetrare* per prendere. Al bambino di pochi mesi, in contatto così stretto con il corpo della madre e con il contenuto del seno, che egli effettivamente prende, l'idea di penetrare nel seno non è per nulla così estranea, ed il timore di penetrare nell'interno del corpo materno potrebbe facilmente associarsi, nella mente infantile, al non respirare<sup>6</sup>.

Si vedrà che la nozione di pericolo associata al fiato, al respiro o ad un organo della respirazione ci conduce ancora una volta alle fantasie del bambino piccolo.

Io sostengo che non poteva esser stato per puro caso che, in Margaret, l'asma fosse comparsa e scomparsa così chiaramente in relazione al controllo di un impulso in due distinte occasioni, ed è perciò molto giustificato il mio esame di ogni particolare rilevato durante l'osservazione.

Lasciando il caso particolare della bambina con l'asma e ritornando alla normale esitazione del bambino di pochi mesi prima di prendere l'abbassalingua, vediamo che il pericolo esiste nella mente del bambino e può essere spiegato unicamente presupponendo in lui l'esistenza di fantasie o di qualcosa di corrispondente.

Ed ora, che cosa rappresenta l'abbassalingua? La risposta è complessa perché l'abbassalingua può significare diverse cose.

Che l'abbassalingua possa rappresentare un seno è certo. E facile dire che rappresenta un pene ma ciò è molto diverso dalla prima affermazione perché il bambino, che conosce sempre bene il seno o il biberon, possiede in realtà molto raramente una vera conoscenza, basata sull'esperienza, di un pene adulto. Nella grande maggioranza dei casi il pene dev'essere la fantasia infantile di ciò che un uomo potrebbe avere. In altre parole, non abbiamo fatto niente di più, chiamandolo pene, che affermare come il bambino possa fantasticare che esiste qualcosa di simile ad un seno e tuttavia differente in quanto associato più al padre che alla madre. Si pensa che il bambino o la bambina, nella costruzione della fantasia, attinga alle proprie sensazioni genitali ed ai risultati dell'auto-esplorazione.

---

<sup>6</sup> Alla vista di qualcosa che ci sorprende in modo particolare ci capita di dire : « Mi fa tratti tenere il fiato ». Questo ed altri simili detti, che comprendono l'idea della modificazione della fisiologia del respiro, devono venir spiegati in qualsiasi teoria dell'asma che si rispetti.

Comunque credo che la verità stia nell'affermare che ciò che il bambino, in un secondo tempo, sa essere un pene viene intuito e percepito, in un primo tempo, come una qualità della madre, quale la vitalità, la puntualità all'ora dei pasti, la fidezza e così via; o anche come una cosa nel suo seno, corrispondente al suo sporgere od al suo riempirsi; o nel suo corpo in rapporto alla posizione eretta; o cento altre cose che riguardano la madre ma che in sostanza non sono lei stessa. È come se, cercando il seno e bevendo il latte, nella sua fantasia, il bambino introducesse la mano, si immergesse o si facesse con violenza strada nel corpo della madre, secondo la forza della pulsione e la sua ferocia, per prendere dal seno materno tutto ciò che vi è di buono. Nell'inconscio questo oggetto della pulsione a prendere viene assimilato a ciò che più tardi verrà riconosciuto come un pene.

Oltre che il seno e il pene l'abbassalingua può rappresentare anche le persone. L'osservazione ha chiaramente mostrato che il bambino di quattro o cinque mesi può essere capace di abbracciare con lo sguardo le persone nella loro interezza, sensibile al loro stato d'animo, alla loro approvazione o disapprovazione, o capace di distinguere tra una persona e l'altra<sup>7</sup>.

Vorrei far rilevare come, spiegando il periodo di esitazione con una reale esperienza di disapprovazione materna, si presuma che il bambino sia normale o sufficientemente sviluppato per vedere le persone nella loro globalità. Ciò non è assolutamente sempre vero, ed alcuni bambini, che sembrano esprimere interesse e timore verso l'abbassalingua, sono ciò nonostante incapaci di formarsi l'idea di una persona nel suo complesso.

L'osservazione quotidiana mostra che i bambini, fin da un'età certamente inferiore rispetto al gruppo d'età che stiamo discutendo (dai cinque ai tredici mesi), normalmente non solo riconoscono le persone ma si comportano pure in modo diverso con persone diverse.

Nella «situazione prefissata» il bambino che è sotto osservazione mi fornisce importanti indicazioni sul grado del suo sviluppo emozionale. Può, per esempio, vedere nell'abbassalingua unicamente una cosa da prendere o lasciare, senza ricollegarla ad un essere umano. Ciò significa che egli non ha sviluppato, o ha perso, la capacità di ricostruire la persona totale dietro all'oggetto parziale. Oppure può mostrare di vedere me o la madre dietro all'abbassalingua, e comportarsi come se questo fosse parte di me (o della madre).

---

<sup>7</sup> Come mostrò Freud, il rochetto simbolizzava la madre nel caso citato del bambino di diciotto mesi (vedi sotto, p. 85).

In questo caso, prendere l'abbassalingua è come prendere il seno della madre. O ancora, può vedere la madre e me e pensare all'abbassalingua come a qualcosa che ha a che fare con il nostro rapporto. Se questo fosse il caso, prendere o lasciare l'abbassalingua significherebbe modificare il rapporto tra le due persone che rappresentano padre e madre.

Vi sono degli stadi intermedi. È ovvio, per esempio, che alcuni bambini preferiscono pensare all'abbassalingua in relazione al bicchiere che lo contiene: ripetutamente lo tolgono dal suo recipiente e ve lo rimettono con evidente interesse e piacere e forse eccitamento. La nostra impressione è che essi trovino un interesse simultaneo per due oggetti più naturale dell'interesse per l'abbassalingua come oggetto unico, che può essermi portato via, offerto alla madre o battuto rumorosamente sul tavolo.

Soltanto l'effettiva osservazione può rendere giustizia alla ricchezza delle variazioni che molti bambini introducono in una situazione così semplice come quella da me predisposta e facile da organizzare.

Il bambino, se ha la capacità di farlo, si trova ad avere a che fare con due persone contemporaneamente, la madre e me stesso. Ciò richiede un grado di sviluppo emozionale più elevato che non il riconoscimento di un'unica persona, ed è vero che molti nevrotici non riusciranno mai stabilire un rapporto con due persone nello stesso tempo. Si è rilevato che l'adulto nevrotico è spesso capace di un buon rapporto con un genitore per volta ma si trova in difficoltà in un rapporto simultaneo con entrambi i genitori. Nello sviluppo del bambino questo passo che lo rende capace di trattare contemporaneamente con due persone per lui importanti (e ciò significa, fondamentalmente, con entrambi i genitori) è un passo molto importante, e, finché questo non verrà compiuto, il bambino non potrà procedere ed occupare in modo soddisfacente il suo posto in famiglia o in un gruppo sociale. Secondo le mie osservazioni questo importante passo viene compiuto per la prima volta nel corso del primo anno di vita.

Prima del primo anno, il bambino può sentire di privare gli altri di cose che sono buone, o perfino essenziali, a causa dell'avidità risvegliata dal suo amore. Questo sentimento corrisponde al timore, facilmente confermato dall'esperienza, che, una volta privato il bambino del seno, del biberon o dell'amore e dell'attenzione della madre, qualcun altro goda di ciò che gli è stato tolto. Nella realtà questo qualcun altro può essere il padre od un nuovo bambino. Gelosia ed invidia, essenzialmente orali nelle loro prime

associazioni, aumentano l'avidità ma stimolano pure desideri e fantasie genitali, contribuendo così ad un allargamento del desiderio libidico e dell'amore come pure dell'odio. Tutti questi sentimenti accompagnano i primi passi del bambino nello stabilire un rapporto con entrambi i genitori - passi che sono pure le fasi iniziali della situazione edipica positiva e negativa. Il conflitto tra amore ed odio e la conseguente colpa e paura di perdere ciò che si ama, sperimentati in un primo tempo soltanto nei confronti della madre, si estendono al rapporto del bambino con entrambi i genitori e molto presto anche a quello che si stabilisce con i fratelli e le sorelle. Timore e senso di colpa provocati dalle pulsioni e dalle fantasie distruttive del bambino (a cui contribuiscono esperienze di frustrazione e d'infelicità) concorrono a formare l'idea infantile che desiderare troppo il seno materno significhi privare di questo padre e fratelli e che desiderare una certa parte del corpo paterno, corrispondente al seno della madre, significhi privare la madre e gli altri di questa. Si tratta di una delle varie difficoltà che sorgono nello stabilirsi di un rapporto felice tra un bambino ed entrambi i suoi genitori. Non posso trattare qui la complessa questione dell'interazione tra l'avidità del bambino ed i vari modi di cui egli dispone per controllare tale avidità e neutralizzarne i risultati riparando e ricostruendo. Si può tuttavia facilmente vedere come queste cose si complicano dove il rapporto del bambino si stabilisce con due persone invece che con la madre da sola.

Si ricorderà come, nella mia descrizione del caso della bambina con l'asma<sup>8</sup> avessi accennato alla relazione tra la crescente abilità della bambina a mettere insieme abbassalingua e contenitore, verso la fine del suo gioco, e la mescolanza di desideri e timori collegati alla necessità di avere a che fare con due persone nello stesso tempo.

Ora questa condizione in cui il bambino piccolo esita e non sa se può o no soddisfare la sua avidità senza sollevare collera ed insoddisfazione in almeno uno dei due genitori è illustrata, nella «situazione prefissata», in modo comprensibile a tutti. Nella misura in cui il bambino è normale, uno dei problemi principali che egli deve affrontare è il suo dover trattare con due persone contemporaneamente. Nella particolare situazione in cui osservo i bambini mi sembra qualche volta di essere il testimone del primo successo in questo senso. Altre volte vedo riflessi nel comportamento del bambino i successi ed i fallimenti che egli sperimenta nei suoi tentativi di riuscire ad avere un rapporto con due persone contemporaneamente a casa. Altre volte ancora mi capita di assistere all'insorgere di una fase

---

<sup>8</sup> P. 72.

di difficoltà a questo proposito così come ad una guarigione spontanea<sup>9</sup>.

È come se i due genitori, tollerando che egli esprima i suoi sentimenti nei loro confronti, permettessero al bambino la gratificazione di quei desideri che provocano i suoi sentimenti conflittuali. In mia presenza il bambino non può sempre utilizzare il mio rispetto per i suoi interessi, o può solo gradualmente diventare capace di farlo.

L'esperienza di osare desiderare e prendere l'abbassalingua, ed impossessarsene, senza in realtà alterare la stabilità dell'ambiente immediatamente circostante rappresenta una specie di lezione oggettuale che ha un valore terapeutico per il bambino. All'età di cui ci stiamo occupando, e per tutto il periodo dell'infanzia, questo genere di esperienza non conduce semplicemente ad una rassicurazione temporanea: un'esperienza felice che si somma ad un'atmosfera stabile ed amichevole ha per effetto l'instaurarsi nel bambino della fiducia nelle persone del mondo esterno, e del suo sentimento generale di sicurezza. Si rafforza pure la fiducia del bambino nella bontà delle cose e dei rapporti dentro di sé. Questi piccoli passi verso la soluzione dei problemi centrali si compiono nella vita quotidiana del bambino di pochi mesi e di pochi anni, ed, ogni volta che il problema viene risolto, qualcosa si aggiunge alla stabilità generale del bambino, e si rafforza la base del suo sviluppo emozionale. Non sorprenderà, quindi, la mia affermazione che, nel corso delle mie osservazioni, i cambiamenti che ottengo possono riguardare anche la salute del bambino.

---

<sup>9</sup> Ho osservato dall'inizio alla sua conclusione una malattia di quindici giorni in una bambina di nove mesi. Associato a mal d'orecchi, ed a questo secondario, vi era un disturbo psicologico caratterizzato non solo da una mancanza d'appetito ma anche da una completa cessazione, a casa, di quell'attività che consiste nell'afferrare e mettere in bocca gli oggetti. Nella «situazione prefissata» la bambina, appena visto l'abbassalingua, era stata invasa da un'acuta angoscia. Aveva spinto via l'oggetto come spaventata. Per alcuni giorni, nel corso dell'osservazione, comparve acuta sofferenza fisica, forse la conseguenza di una forte colica, invece della normale comparsa dell'esitazione, e sarebbe stato crudele trattenere la bambina molto tempo in questa penosa situazione. Il mal d'orecchi scomparve presto, ma ciò successe quindici giorni prima che l'interesse della bambina per gli oggetti ritornasse normale. L'ultima fase della guarigione avvenne in modo drammatico mentre la bambina era con me. Era diventata capace di afferrare l'abbassalingua e di fare furtivi tentativi d'introdurlo in bocca. Improvvisamente osò farlo, prendendolo completamente in bocca mentre affluiva abbondante la saliva. Il suo disturbo psicologico secondario scomparve e, come mi fu riferito, a casa, la bambina ricominciò a maneggiare e prendere in bocca gli oggetti come prima che iniziasse la sua malattia.

### *Esperienze complete*

Questo lavoro è terapeutico, credo, nella misura in cui permette che *venga vissuta pienamente l'esperienza*; esso ci illumina su uno dei fattori che contribuiscono a formare un ambiente positivo per il bambino. Nel suo modo intuitivo di trattare il bambino piccolo la madre permette naturalmente che le varie esperienze seguano il loro corso completo mantenendo questo atteggiamento finché il bambino non sia sufficientemente grande per capire un altro punto di vista. La madre odia interferire in esperienze quali l'alimentazione, il sonno o la defecazione. Nel corso delle mie osservazioni offro artificialmente al bambino il diritto di completare un'esperienza che riveste per lui il particolare valore di una « lezione oggettuale ».

Nella psicoanalisi propriamente detta avviene qualcosa di simile. L'analista lascia che sia il paziente a fissare la frequenza delle sedute e a decidere quando venire e quando andarsene, cioè a stabilire l'orario e la durata della seduta e ad attenersi all'orario fissato. La psicoanalisi si distingue dal lavoro che ho appena descritto con i bambini piccoli per il fatto che l'analista brancola sempre nel suo farsi strada nella massa del materiale presentato e nel cercare di scoprire quale siano, in quel momento, la forma ed il contenuto di ciò che egli deve offrire al paziente e che egli chiama interpretazione. Qualche volta l'analista troverà valido guardare dietro a tutta la moltitudine di particolari e vedere fino a che punto si possa pensare all'analisi che egli sta conducendo, negli stessi termini in cui si può pensare alla situazione relativamente semplice in cui si svolge il mio lavoro e che ho descritto. Ogni interpretazione è un oggetto seducente che stimola l'avidità del paziente.

### UNA NOTA SULLA TERZA FASE

Ho piuttosto artificiosamente distinto nelle mie osservazioni tre fasi. La maggior parte della discussione si è svolta sulla prima fase e sull'esitazione che la caratterizza e che indica conflitto. Anche la seconda fase presenta molto materiale interessante : il bambino sente di avere in proprio possesso l'abbassalingua e di poterlo sottoporre ai propri voleri oppure usarlo come un'estensione della propria personalità <sup>10</sup>: un tema che in questo saggio non sviluppo. Nella terza fase il bambino si esercita a liberarsi dell'abbassalingua, ed è il significato di questo comportamento che desidero commentare.

---

<sup>10</sup> Vedi il Capitolo XVIII.

In questa terza fase il bambino diventa abbastanza coraggioso per rifiutare l'abbassalingua e godere di essersene sbarazzato. Ciò mi sembra ricollegarsi, e desidero dimostrarlo, al gioco descritto da Freud (1920) grazie al quale il bambino del rocchetto era riuscito a controllare il conflitto risvegliato in lui dalla partenza della madre. Per molti anni ho osservato bambini piccoli nell'ambiente che ho descritto senza vedere, o senza riconoscere, l'importanza di questa terza fase. La scoperta dell'importanza di questo stadio ebbe per me un valore pratico perché, il bambino, mentre è turbato dall'abbassalingua, quando viene congedato nella seconda fase, una volta raggiunta la terza, può essere condotto via e può abbandonare l'abbassalingua, senza che ciò provochi in lui un attacco di pianto.

Sebbene abbia sempre conosciuto la descrizione di Freud del gioco con il rocchetto e mi sia sempre sentito sollecitato da questa ad osservare in modo particolareggiato il gioco del bambino piccolo, è solo negli anni più recenti che ho scoperto l'intimo nesso che lega la mia terza fase alle osservazioni di Freud.

Mi sembra, ora, di poter considerare le mie osservazioni come un'estensione a ritroso di questa particolare osservazione di Freud. Io penso che il rocchetto, che rappresenta la madre, venga gettato via dal bambino per indicare la sua liberazione dalla madre in quanto il rocchetto in suo possesso ha rappresentato la madre *in suo possesso*. Ora che mi è familiare l'intera successione - incorporazione, ritenzione e liberazione - capisco che il rifiuto del rocchetto è solo una parte di un gioco che per il resto è implicito o si è svolto in uno stadio precedente. In altre parole, quando la madre va via, non si tratta per il bambino solo di una perdita della madre, esterna reale ma anche di una prova del rapporto esistente tra bambino e madre *introiettata*. Questa madre interna riflette in ampia misura i sentimenti del bambino e può essere amorevole o terrificante, oppure passare rapidamente da un atteggiamento all'altro. Quando il bambino scopre di riuscire a padroneggiare il suo rapporto con la madre interna, compreso il suo aggressivo desiderio di liberarsi di lei (Freud lo fa risaltare molto chiaramente), egli riesce ad accettare la scomparsa della madre *esterna* ed a non temerne troppo il ritorno.

In particolare sono giunto recentemente a capire (applicando il lavoro di Melanie Klein) il ruolo che anche nella mente di un bambino di pochi mesi assume il timore della perdita della madre o di entrambi i genitori, sentiti come preziosi beni interni. Quando la madre lascia il bambino questi sente di aver perso non solo una persona reale ma anche la madre che è nella sua mente: madre del mondo interno e madre del mondo esterno

sono ancora molto strettamente intrecciate l'una all'altra nella mente infantile, più o meno interdipendenti. La perdita della madre interna, che ha acquistato per il bambino il significato di un'intima fonte d'amore e di protezione e della vita stessa, aumenta considerevolmente la minaccia della perdita della madre reale. Inoltre, il bambino che getta via l'abbassalingua (e credo che lo stesso si possa dire del bambino con il rocchetto) non solo si libera di una madre esterna e di una madre interna che ha provocato la sua aggressività e che deve essere espulsa, e può tuttavia ritornare ; secondo me egli esternalizza pure una madre interna di cui teme la perdita, come per dimostrare a se stesso che questa madre interna, rappresentata ora dal giocattolo sul pavimento, non è scomparsa dal suo mondo interno, non è stata distrutta dall'atto d'incorporazione, è tuttora amorevole e disposta a che si giochi con lei. Ed attraverso tutto questo il bambino riesamina i suoi rapporti con cose e persone dentro e fuori di lui.

Così uno dei significati più profondi della terza fase è che, nel corso di questa, il bambino si rassicura sul destino e sull'atteggiamento della madre interna; diminuisce la depressione che accompagna l'angoscia per la madre interna, e ritorna la felicità. Queste conclusioni non potrebbero, ovviamente, essere mai raggiunte attraverso la sola osservazione; nemmeno Freud sarebbe potuto giungere alla profonda spiegazione del gioco con il rocchetto senza la conoscenza acquisita attraverso l'analisi vera e propria. Nelle analisi di bambini piccoli condotte attraverso il gioco possiamo osservare come le tendenze distruttive, che mettono in pericolo le persone che il bambino ama nella realtà esterna e nel suo mondo interno, provochino paura, senso di colpa e dolore. Vi è un sentimento di smarrimento finché il bambino non sente che attraverso la sua attività di gioco ha riparato e fatto rivivere le persone delle quali teme la perdita.

## RIASSUNTO

In questo articolo ho cercato di descrivere un metodo per osservare oggettivamente dei bambini di pochi mesi che si basa sull'osservazione oggettiva caratteristica dei pazienti in analisi e che, nello stesso tempo, si ricollega strettamente a quella che è una normale situazione familiare. Ho descritto una « situazione prefissata » ed ho presentato quella che io considero una normale (intendendo con ciò sana) successione di eventi in tale situazione. In questa successione molti sono i punti in cui l'ansia si può manifestare o rimanere latente, ed ad uno di questi, che ho chiamato il momento dell'esitazione, ho prestato particolare attenzione presentando il caso di una

bambina di sette mesi che aveva avuto due attacchi d'asma durante questa fase. Ho mostrato che l'esitazione indica ansia e l'esistenza di un Super-Io nella mente infantile, ed ho avanzato l'idea che non si possa spiegare il comportamento di un bambino piccolo senza ipotizzare Resistenza di fantasie infantili.

Si potrebbe facilmente inventare altre «situazioni prefissate» capaci di far risaltare altri interessi infantili ed illustrare altre ansie infantili. La situazione e l'ambiente in cui si svolgeva l'osservazione da me descritta mi sembrano particolarmente validi in quanto utilizzabili da qualsiasi medico, che, a sua volta, potrebbe confermare o modificare le mie osservazioni. Essi costituiscono inoltre un metodo pratico per dimostrare clinicamente alcuni dei principi della psicologia senza causare nessun danno ai pazienti.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.