

Donald W. Winnicott

---

SVILUPPO AFFETTIVO  
E AMBIENTE



ARMANDO  
EDITORE

### 3. La teoria del rapporto infante<sup>1</sup>-genitore<sup>2</sup>

L'intento principale di questo articolo può forse essere meglio evidenziato per mezzo di un confronto tra lo studio della prima infanzia (*infancy*) e lo studio del transfert nella psicoanalisi<sup>3</sup>.

Non sottolineerò mai abbastanza che il mio discorso qui riguarda innanzitutto l'infanzia e non la psicoanalisi; comprendere ciò è di fondamentale importanza nei confronti dell'intero problema. Se questo mio saggio non porterà un contributo costruttivo, allora andrà soltanto ad aggiungersi alla confusione già esistente circa quanta importanza abbiano le influenze personali e quante ne abbiano quelle ambientali nello sviluppo dell'individuo.

Nella psicoanalisi, come sappiamo, non esiste alcun trauma che sia al di fuori dell'onnipotenza dell'individuo. Tutto finisce con l'essere posto sotto il controllo dell'Io e con il venire quindi subordinato ai processi secondari. L'analista non aiuta il paziente se dice: «Sua madre non era abbastanza buona»... «Suo padre l'ha veramente sedotta»... «Sua zia l'ha abbandonato». Nel corso di un'analisi si verificano dei cambiamenti quando i fattori traumatici vi vengono prodotti dal paziente in modo personale e nell'ambito della propria onnipotenza. Le interpretazioni modificatrici sono quelle formulabili in termini di proiezione. Lo stesso vale per i fattori benigni, che conducono alla soddisfazione. Ogni

<sup>1</sup> Crediamo opportuno riesumare questo termine italiano un po' fuori uso per rendere il meno equivocamente possibile l'inglese "*infant*". Le ragioni di ciò ci vengono offerte da Winnicott stesso nel secondo paragrafo di questo saggio. Usiamo il termine "lattante" tutte le volte che l'autore non intende specificamente con "*infant*" quanto esplicitato in tale paragrafo (N.d.T.).

<sup>2</sup> Questo lavoro, insieme ad uno della Dr. Phyllis Greenacre sullo stesso tema, costituì l'argomento di una discussione al 2° Congresso Internazionale di Psicoanalisi di Edimburgo del 1961. Fu pubblicato per la prima volta nell'«International J. Psycho-Anal.» 41, pp. 585-595.

<sup>3</sup> Ho discusso questo punto da una prospettiva clinica più dettagliata in *Primitive Emotional Development (Sviluppo affettivo primitivo)* (1945).

cosa viene interpretata nei termini dell'amore e dell'ambivalenza dell'individuo. L'analista è preparato ad attendere a lungo prima di essere in grado di fare con esattezza questo tipo di lavoro.

Nell'infanzia, invece, succedono all'infante cose buone e cose cattive che sono del tutto al di fuori della sua possibilità di controllo, dato che la prima infanzia è il periodo della vita in cui la capacità di raccogliere ed inserire i fattori esterni nell'area della propria onnipotenza è in via di formazione. In questo periodo è il sostegno dato all'Io dall'assistenza materna che permette al piccolo di vivere e di svilupparsi, malgrado egli non sia ancora capace di sentirsi responsabile di ciò che è buono e cattivo nell'ambiente o di controllarlo.

Non è possibile ritenere che il ricordo degli avvenimenti di questi primi stadi vada smarrito a causa dei meccanismi di rimozione a noi noti, e di conseguenza gli analisti non possono attendersi di vederlo emergere come risultato del lavoro dell'analisi che appunto, rende meno rigida la rimozione. Freud probabilmente cercava di tener conto degli avvenimenti in questione quando parlava di "rimozione primaria", ma la cosa è discutibile. È fuor di dubbio, invece, che tali avvenimenti si sono dovuti dare per scontati in gran parte della letteratura psicoanalitica<sup>4</sup>.

Ritornando alla psicoanalisi, ho detto che l'analista è preparato ad aspettare fin quando il paziente è in grado di presentare i fattori ambientali in termini che permettono di interpretarli come proiezioni. Nei casi conformi alle possibilità dell'analisi classica questo risultato proviene dalla capacità del paziente ad aver fiducia, capacità che viene riscoperta in rapporto alla attendibilità dell'analista e della situazione analitica. Talora l'analista deve aspettare molto tempo; e nei casi non conformi alle possibilità della psicoanalisi classica, è probabile che l'attendibilità dell'analista costituisca il fattore più importante (o più importante delle interpretazioni), perché il paziente non ha sperimentato tale attendibilità nell'assistenza ricevuta dalla madre nell'infanzia e, se deve servirsi di tale attendibilità, dovrà cominciare con il trovarla per la prima volta nel comportamento dell'analista. Questa sembrerebbe la base per una ricerca sul problema delle possibilità terapeutiche dell'analista nel trattamento della schizofrenia e di altre psicosi.

Nei casi borderline l'analista non attende sempre invano: con il tempo il paziente diventa capace di utilizzare le interpretazioni

<sup>4</sup> Ho riferito altrove (1954) alcuni aspetti di questo problema osservati in una paziente mentre si trovava in uno stato di profonda regressione.

psicoanalitiche dei traumi originari come proiezioni. Può persino accadere che sia capace di accettare di vedere in ciò che è buono nell'ambiente la proiezione degli elementi semplici e stabili che assicurano la continuità del suo esistere (*going-on-being elements*) e che derivano dal suo potenziale ereditario.

Il paradosso è che ciò che è buono e cattivo nell'ambiente del bambino in realtà non è una proiezione, ma malgrado ciò è necessario, se il piccolo bambino deve svilupparsi normalmente, che ogni cosa gli debba sembrare una proiezione. Qui troviamo all'opera l'onnipotenza e il principio del piacere nella forma che certamente hanno nella primissima infanzia; e a questa osservazione possiamo aggiungere che il riconoscimento di un "non-me" effettivo è di pertinenza dell'intelletto: esso è l'acquisizione più raffinata e matura dell'individuo.

La maggior parte delle affermazioni sulla prima infanzia contenute negli scritti di Freud derivano da uno studio di adulti in analisi, anche se vi sono pure alcune osservazioni dirette sui bambini come quella sul "gioco del rochetto" (1920) e l'analisi del piccolo Hans (1909). A prima vista sembrerebbe che gran parte della teoria psicoanalitica si riferisca alla prima e seconda infanzia, ma in un certo senso si può dire che Freud abbia trascurato l'infanzia in quanto tale. Ciò è rivelato da una nota posta in *I due principi regolatori della vita psichica* (1911, p. 220) in cui egli dimostra di essere consapevole di dare per scontati proprio quei dati che sono in discussione in questo lavoro. Nel testo egli ricostruisce lo sviluppo dal principio del piacere al principio di realtà, seguendo il suo solito metodo di ricostruire l'infanzia dei suoi pazienti adulti. La nota è la seguente:

«Giustamente si può obiettare che una simile organizzazione, posta alla mercé del principio del piacere ed ignorante la realtà del mondo esterno, non potrebbe mantenersi in vita neanche per breve momento, cosicché essa non avrebbe potuto neanche cominciare ad esistere. L'utilizzazione di una funzione di questo genere si giustifica però con l'osservazione che il neonato, purché gli si aggiunga l'assistenza che riceve dalla madre<sup>5</sup>, realizza press'a poco un tale sistema psichico».

<sup>5</sup> Modifichiamo in questo punto (in base alla versione winnicottiana del testo di Freud) la traduzione di C. Musatti che dice «sol che si prescinda dalle cure materne». Cfr. C. Musatti, *Freud con antologia freudiana*, Boringhieri, Torino 1964, p. 127 (N.d.T.).

Qui Freud riconosce appieno la funzione delle cure materne, e si deve supporre che lasciasse da parte questo argomento solo perché non era preparato a discuterne le implicazioni. La nota continua:

«L'infante allucina probabilmente l'appagamento dei propri bisogni interiori; rivela il proprio malessere per stimoli troppo forti e per il mancato soddisfacimento, mediante la scarica motoria dell'urliare e del dimenarsi e sopra di ciò attua il soddisfacimento allucinatorio. Soltanto più tardi, da bambino, egli impara a usare intenzionalmente queste reazioni come mezzi di espressione. Poiché le cure del neonato rappresentano il primo modello del successivo allevamento del bambino, il dominio del principio del piacere può propriamente cessare soltanto con il completo svincolamento psichico dai genitori».

Le parole «purché gli si aggiunga l'assistenza che riceve dalla madre» hanno grande importanza nel contesto di questo studio. L'infante e l'assistenza materna formano un tutto unico<sup>6</sup>. Certamente, se ci si accinge a studiare la teoria del rapporto genitore-infante, si deve prendere una decisione su questi problemi, che riguardano il significato stesso della parola dipendenza. Non è sufficiente riconoscere che l'ambiente è importante. Nelle discussioni sulla teoria del rapporto genitore-infante, la divisione in due campi avviene quando alcuni non ammettono che nei primissimi stati l'infante e le cure materne si appartengono reciprocamente e non possono essere disgiunti. Questi due elementi, l'infante e le cure materne, si disgiungono e si dissociano nella situazione di salute; e la salute, che comporta tante cose, in una certa misura significa una disgiunzione delle cure materne da qualcosa che allora chiamiamo infante, ovvero lo stadio iniziale di un bambino in accrescimento. Questo concetto è incluso nelle parole di Freud alla fine della nota: «Il dominio del principio del piacere può propriamente cessare solo con il completo svincolamento psichico dai genitori». (La parte centrale di questa nota sarà discussa in un paragrafo più avanti, dove verrà avanzata l'ipotesi che queste parole di Freud sono inappropriatamente ed ingannevoli sotto certi aspetti, se riferite allo stadio più precoce).

<sup>6</sup> Una volta dissi: «Non esiste l'infante», intendendo naturalmente che dove c'è un infante c'è anche l'assistenza materna, e senza quest'ultima non ci sarebbe l'infante. (Discussione a una riunione scientifica della Società Psicoanalitica Inglese, 1940 circa). Ero forse influenzato, senza saperlo, da questa nota di Freud?

## La parola "infante"

In questo saggio la parola "infante" verrà usata per riferirci al bambino molto piccolo. È necessario dire questo, perché negli scritti di Freud questa parola sembra talora indicare il bambino fino all'età in cui è superato il complesso di Edipo. In realtà, la parola "infante" implica l'idea di uno che "non parla" (*infans*) e non è inutile considerare la prima infanzia come la fase precedente alla comparsa del linguaggio ed all'uso dei simboli verbali; ne deriva infatti che tale età corrisponde ad una fase in cui l'infante dipende dalle cure materne, che a loro volta sono basate sull'empatia materna piuttosto che sulla comprensione di ciò che è o che potrebbe essere espresso verbalmente.

Si tratta essenzialmente di un periodo di sviluppo dell'Io e l'integrazione è il tratto principale di tale sviluppo. Le forze dell'Id premono per farsi sentire. Dapprima esse sono esterne all'infante. Nello stato di benessere l'Id si raccoglie a servizio dell'Io, e l'Io domina l'Id, così che le soddisfazioni dell'Id vanno a rafforzare l'Io. Questa però è una conquista dello sviluppo sano, e nella prima infanzia vi sono molte varianti che derivano dal relativo insuccesso nel conseguirla. Nello stato di malattia dell'infante le acquisizioni di questo tipo sono raggiunte in misura minima, oppure possono venire raggiunte e poi perdute. Nella psicosi infantile (o schizofrenia) l'Id resta relativamente o completamente "esterno" all'Io e le soddisfazioni dell'Id rimangono fisiche, e hanno l'effetto di minacciare la struttura dell'Io fantatoché non vengano organizzate difese di tipo psicotico<sup>7</sup>.

Qui sostengo l'idea che il motivo principale per cui nel suo sviluppo l'infante di solito diventa capace di dominare l'Id e per cui il suo Io diventa capace di includere tale Id è costituito dalle cure materne, in quanto l'Io materno sostiene l'Io dell'infante rendendolo così potente e stabile. Sarà necessario esaminare come ciò avvenga e inoltre sarà necessario esaminare come l'Io infantile finisca con il liberarsi dal supporto egoico della madre di modo che l'infante raggiunga il distacco psichico da lei; ovvero, si differenzi in un Sé personale separato.

Al fine di esaminare il rapporto genitore-infante, è necessario in primo luogo tentare di formulare brevemente la teoria dello sviluppo emotivo dell'infante.

<sup>7</sup> Ho tentato di dimostrare l'utilizzabilità di questa ipotesi per la comprensione della psicosi nel mio lavoro *Psychoses and Child Care (Le psicosi e l'assistenza al bambino)* (Winnicott, 1952).

## Un po' di storia

Le prime ipotesi della teoria psicoanalitica riguardavano l'Id ed i meccanismi di difesa dell'Id. Era dato per scontato che l'Id arrivasse sulla scena molto precocemente e la scoperta e la descrizione freudiana della sessualità pregenitale, fondate sulle sue osservazioni degli elementi regressivi rilevati nelle fantasie genitali, nel gioco e nei sogni, costituiscono aspetti centrali della psicologia clinica.

I meccanismi di difesa dell'Id vennero definiti gradualmente<sup>8</sup>. Fu avanzata l'ipotesi che questi meccanismi fossero organizzati in relazione all'angoscia proveniente dalla tensione istintuale o dalla perdita dell'oggetto. Questa parte della teoria psicoanalitica presuppone una asetta dal Sé, una strutturazione dell'Id e forse uno schema corporeo personale: tutte cose che non possono certo essere date per acquisite al livello di sviluppo cui questo mio saggio per lo più si riferisce; anzi le argomentazioni di questo saggio ruotano proprio intorno al come dello stabilirsi del suddetto stato di cose, e cioè intorno alla strutturazione dell'Id che rende possibile l'angoscia proveniente dalla tensione istintuale o dalla perdita dell'oggetto. L'angoscia in questo primo stadio non è l'angoscia di castrazione o l'angoscia per la separazione; essa si riferisce a tutt'altre cose ed è, di fatto, un'angoscia relativa all'ammientamento (cfr. l'afanasi di Jones).

Nella teoria psicoanalitica, i meccanismi di difesa dell'Id rientrano largamente nella concezione di un bambino dotato di indipendenza e di un'organizzazione di difesa veramente personale. Su questa linea di confine le ricerche della Klein portano un contributo alla teoria freudiana chiarendo l'interazione tra angosce primitive e meccanismi di difesa. Il lavoro della Klein riguarda la primissima infanzia e richiama l'attenzione sulla importanza delle pulsioni aggressive e distruttive che sono radicate più profondamente delle pulsioni reattive alla frustrazione e legate all'odio ed alla collera; inoltre, nell'opera della Klein c'è

<sup>8</sup> Le ricerche sui meccanismi di difesa che fecero seguito a *L'Id e i meccanismi di difesa* (1936) di Anna Freud sono giunte, per una via diversa, a rivalutare il ruolo del *maternage* nell'assistenza al lattante e nel primo sviluppo del bambino. A. Freud (1953) ha riformulato le sue concezioni sull'argomento. Willi Hoffer (1955) ha pure fatto delle osservazioni riguardanti questo campo dello sviluppo. In questo lavoro, però, io sottolineo l'importanza di capire il ruolo del primo ambiente parentale nello sviluppo infantile, e il modo in cui questo acquista per noi un significato clinico quando trattiamo certi casi presentanti disturbi affettivi e caratteriali.

un'attenta analisi delle prime difese contro le angosce primitive, pertinenti ai primi stadi dell'organizzazione psichica (scissione, proiezione ed introiezione).

Le descrizioni della Klein si riferiscono chiaramente alle primissime fasi della vita del bambino ed al periodo di dipendenza di cui si occupa questo mio lavoro. Melanie Klein ha detto chiaramente di riconoscere l'importanza particolare dell'ambiente in questo periodo e, in vario modo, in tutti gli stadi? Ritengo però che il suo lavoro e quello dei suoi collaboratori lasci aperta la strada ad uno sviluppo del tema della completa dipendenza, che compare nella frase di Freud: «... l'infante, purché gli si aggunga l'assistenza che riceve dalla madre...». Non v'è nulla nell'opera della Klein che contraddica il concetto della dipendenza assoluta, ma mi pare che non ci sia alcun riferimento specifico ad uno stadio in cui l'infante esiste solo per merito delle cure materne, con le quali forma un tutto unico.

Voglio ora prendere in considerazione la differenza fra l'accettazione, da parte dell'analista, della realtà della dipendenza e la sua elaborazione di essa nel *transfert*<sup>10</sup>.

Sembrirebbe che lo studio delle difese dell'Id riporti lo studio di cose alle manifestazioni pregenitali dell'Id, mentre lo studio della psicologia dell'Id lo riporta alla dipendenza, all'unità infante-cure materne.

Una metà della teoria del rapporto genitore-infante riguarda l'infante, ed è la teoria dell'itinerario di questi dall'assoluta dipendenza, attraverso una dipendenza relativa, fino all'indipendenza e, parallelamente, dell'itinerario dell'infante dal principio del piacere al principio di realtà e dall'autoerotismo alle relazioni oggettuali. L'altra metà della teoria del rapporto genitore-infante riguarda le cure materne, vale a dire le qualità e le modificazioni nella madre che rispondono all'evolversi dei bisogni specifici dell'infante al quale essa si rivolge.

### A. L'infante

La parola chiave in questa parte del mio studio è *dipendenza*. I piccoli dell'uomo possono cominciare ad *esistere* solo in determi-

<sup>9</sup> Ho dato un resoconto dettagliato del mio modo di intendere l'opera di Melanie Klein in questo campo in due lavori (Winnicott, 1951 e il cap. sedicesimo di questo volume). M. Klein (1946, p. 297).

<sup>10</sup> Per un esempio clinico v. il mio lavoro *Withdrawal and Regression (Fuga e regressione)* (1954).

nate condizioni, che noi studieremo più avanti, ma che fanno parte della psicologia degli infanti. Questi infatti fanno un diverso ingresso nell'esistenza a seconda che le condizioni nelle quali questo ingresso avviene siano favorevoli o sfavorevoli. Ma, allo stesso tempo, queste condizioni non determinano il potenziale dell'infante, che viene ereditato, e che è legittimo studiare come cosa a sé sempre a patto si convenga che il potenziale ereditario di un infante non può diventare un infante senza commettersi alle cure materne.

Il potenziale ereditario comprende una tendenza all'accrescimento ed allo sviluppo. Tutti gli stadi dello sviluppo affettivo possono essere, all'ingrosso, localizzati nel tempo. Presumibilmente, la localizzazione di tutti questi stadi varia da infante ad infante. Non solo, ma anche se questa localizzazione nel tempo dei vari stadi fosse conosciuta in anticipo per un dato infante, non potrebbe essere usata per prevedere il suo sviluppo reale a causa dell'altro fattore, le cure materne. La conoscenza di tali dati potrebbe essere usata come elemento predittivo solo in base alla supposizione dell'esistenza di cure materne sostanzialmente adeguate. (Con ciò, ovviamente, non vogliamo intendere adeguate solo in senso fisico; il significato che attribuiamo ai termini "adeguato" ed "inadeguato" in questo contesto verrà illustrato più avanti).

#### *Il potenziale ereditario ed il suo destino*

Dobbiamo ora cercare di esporre in breve che cosa deve accadere al potenziale ereditario per svilupparsi in un infante e poi in un bambino che va verso un'esistenza indipendente. A causa della complessità dell'argomento, tale esposizione è possibile solo dando per scontato che le cure materne, ossia genitoriali, siano soddisfacenti. Le cure genitoriali soddisfacenti possono essere suddivise grosso modo in tre stadi che si sovrappongono:

- a) Il sostenere<sup>11</sup>.
- b) Madre e infante vivono insieme. Qui la funzione del padre (di trattare con l'ambiente al posto della madre) non è nota all'infante.
- c) Padre, madre e infante vivono tutti e tre insieme.

<sup>11</sup> In inglese "holding". Il termine è difficilmente rendibile in italiano perché, come l'A. chiarisce subito appresso, significa sia il tenere in braccio che il sostenere in senso lato. La qualità specifica dell'uso che Winnicott fa di questo termine sia proprio nella sovrapposizione di questi due significati (N.A.T.).

Il termine "sostenere" sta qui ad indicare non solo il reale tenere fisicamente in braccio l'infante, ma anche l'insieme delle misure ambientali antecedenti al concetto del *vivere con*. In altre parole, tale termine si riferisce ad un rapporto tridimensionale o spaziale cui si aggiunge gradualmente l'elemento tempo.

Questo tipo di rapporto, pur avendo avuto inizio prima di esse, è concomitante alle esperienze istintuali che con il tempo determinano le relazioni oggettuali. Esso comprende il trattamento di esperienze inerenti all'esistere, quali il *completamento* (e quindi il *non-completamento*) di processi che dall'esterno possono sembrare puramente fisiologici, ma che appartengono alla psicologia dell'infante e si svolgono in un campo psicologico complesso, determinato dalla consapevolezza e dall'empatia della madre. (Questo concetto del sostenere è discusso ulteriormente più avanti).

Il termine "vivere con" implica le relazioni oggettuali e l'emergere del lattante dallo stato di simbiosi con la madre, o la sua percezione degli oggetti come esterni al Sé.

Qui ci occupiamo soprattutto dello stadio del "sostenere" e dei complessi eventi dello sviluppo psicologico dell'infante collegati ad esso. Va però ricordato che la divisione di una fase dall'altra è artificiosa e viene adottata solo per comodità e per chiarezza.

#### *Lo sviluppo dell'infante nella fase del sostenere*

Si possono elencare alcune caratteristiche dello sviluppo dell'infante in questa fase. È in essa che:

- il processo primario
- l'identificazione primaria
- l'auto-erotismo
- il narcisismo primario

sono realtà vissute.

In questa fase l'Io si modifica passando da uno stato non integrato ad un'integrazione strutturata, e così l'infante diventa capace di fare l'esperienza dell'angoscia per la disintegrazione. La parola disintegrazione comincia ad avere un significato che invece non possedeva quando l'integrazione dell'Io non era ancora un fatto acquisito. Nello sviluppo sano, l'infante conserva in questo stadio la capacità di risperimentare stati inintegrati, ma questa capacità dipende dal perdurare di cure materne attenti-

bili o dal ricordo di esse, che cominciano ad essere via via percepite come tali. In questo stadio, il sano progresso nello sviluppo ha per risultato l'acquisizione di quello che si potrebbe chiamare "stato unitario" (*unit status*). L'infante diventa una persona, un individuo a sé stante.

A questa conquista dell'infante si connette la sua esistenza psicosomatica, che comincia ad assumere caratteristiche personali, secondo un processo al quale ho dato il nome di insediamento della psiche nel soma<sup>12</sup>. Questo insediamento si fonda sul collegamento delle esperienze motorie, sensoriali e funzionali dell'infante con la sua nuova situazione di persona. Per un ulteriore sviluppo compare quella che potrebbe essere chiamata una membrana limitante, che in una certa misura (nello stato di salute) corrisponde alla superficie cutanea ed occupa una posizione fra il "me" e il "non-me" dell'infante. Così questi viene ad avere un interno, un esterno ed uno schema corporeo. In questo modo assume significato la funzione di mettere dentro e buttare fuori, inoltre a poco a poco diventa significativo postulare una realtà psichica personale o interiore per l'infante<sup>13</sup>.

Durante la fase del sostenere hanno inizio altri processi, il più importante dei quali è l'alba dell'intelligenza e di un intelletto distinto dalla psiche. Da questo deriva tutto l'insieme dei processi secondari, delle funzioni simboliche e dell'organizzazione di un contenuto psichico personale, che sono alla base del sogno e dei rapporti vissuti.

Allo stesso tempo, le due radici del comportamento istintuale cominciano ad unirsi nell'infante. Il termine "fusione" indica appunto il processo positivo per cui elementi defusi, appartenenti al movimento e all'eroticismo muscolare, si fondono (nello stato di salute) con la funzione organica delle zone erogene. Questo processo è più noto di quello inverso di defusione che è una complicata difesa in cui l'aggressività si separa dall'esperienza erotica dopo che per un certo periodo le due cose hanno raggiunto un certo grado di fusione. Tutti questi sviluppi avvengono nell'ambito della condizione ambientale del *sostenere* e se quest'ultima non è abbastanza buona, non possono realizzarsi, o, una volta realizzati, non durano.

<sup>12</sup> Per una mia formulazione precedente di questo punto v. il mio lavoro *Mind and its Relation to Psyche-Soma (L'intelletto e il suo rapporto con la Psiche-soma)* (1949c).

<sup>13</sup> Qui diventa applicabile e appropriata la ricerca sulla fantasia primitiva di cui conosciamo la ricchezza e la complessità tramite gli insegnamenti di Melanie Klein.

Un ulteriore sviluppo consiste nella capacità di avere relazioni oggettuali. Qui l'infante passa da un rapporto con un oggetto concepito soggettivamente ad un rapporto con un oggetto percepito oggettivamente. Questa modificazione è strettamente legata al suo passaggio dallo stato di simbiosi con la madre alla separazione da lei, o al rapporto con lei in quanto persona separata e "non-me". Questo sviluppo non è legato specificamente al sostenere, bensì alla fase del "vivere con".

### Dipendenza

Nella fase del sostenere l'infante è dipendente al massimo. Si può classificare la dipendenza nel seguente modo:

1. *Dipendenza assoluta.* In questo stato l'infante non ha nessuna nozione delle cure materne, che sono soprattutto una questione di proflassi. Egli non può avere il controllo su ciò che è ben fatto o mal fatto, ma solamente si trova nella situazione di trarre profitto o di subire danni.
2. *Dipendenza relativa.* L'infante può diventare consapevole di aver bisogno dei vari aspetti delle cure materne e può metterli sempre meglio in rapporto alla pulsione personale e poi in seguito, nel trattamento psicoanalitico, può riviverli nel transfert.
3. *Verso l'indipendenza.* L'infante sviluppa i mezzi per fare a meno delle cure reali. Egli arriva a questo tramite la conservazione dei ricordi delle cure, la proiezione dei bisogni personali e l'introiezione dei vari aspetti delle cure, con lo sviluppo della fiducia nell'ambiente. Qui si deve aggiungere l'elemento della comprensione intellettuale con le sue straordinarie implicazioni.

### L'isolamento dell'individuo

Un altro fenomeno da prendere in considerazione in questa fase è l'occultamento del nucleo della personalità. Esaminiamo il concetto di un Sé centrale o vero. Si potrebbe dire che il Sé centrale è una potenzialità ereditata di sentire la continuità dell'esistenza e di acquisire a modo proprio e con un proprio ritmo una realtà psichica e uno schema corporeo personali<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Nel cap. II ho cercato di discutere un altro aspetto di questa fase evolutiva, come la vediamo nell'adulto sano. Chr. Greenacre (1958).

Sembra necessario concepire l'isolamento di questo Sé centrale come una caratteristica dello stato di salute: ogni minaccia a questo isolamento del vero Sé costituisce, nello stadio precoce che veniamo studiando, una grossa angoscia e le difese della primissima infanzia sembrano legate ai fallimenti da parte della madre (o delle cure materne) nello stormare gli urti che potrebbe disturbare questo isolamento.

Questi urti possono essere affrontati ed elaborati dall'organizzazione dell'Io ed inglobati dall'infante nell'area della propria onnipotenza e sentiti come proiezioni<sup>15</sup>, ma essi possono penetrare attraverso questa difesa malgrado il sostegno fornito all'Io dalle cure materne. In tal caso viene colpito il nucleo centrale dell'Io e qui sta la natura stessa dell'angoscia psicotica. L'individuo sano diventa presto invulnerabile sotto questo riguardo e, se fattori esterni lo urtano, reagisce semplicemente con una nuova misura e qualità di occultamento del Sé centrale. Sotto questo aspetto la difesa migliore è l'organizzazione di un falso Sé. Le soddisfazioni istintuali e le stesse relazioni oggettuali costituiscono una minaccia per la continuità dell'esistenza personale dell'individuo. *Esempio*: un infante succhia il seno e ne trae soddisfazione. Questo fatto di per sé non indica se egli ha un'esperienza ego-sintonica dell'Id o se invece sente il trauma di una seduzione di una minaccia alla continuità dell'Io personale da parte di un'esperienza dell'Id che non è ego-sintonica e che l'Io non è preparato ad affrontare.

Nello stato di salute le relazioni oggettuali possono svilupparsi sulla base di un compromesso che coinvolge l'individuo in quello che più avanti verrebbe chiamato imbroglío e disonestà, mentre un rapporto diretto è possibile solo sulla base della regressione ad uno stato di simbiosi con la madre.

#### *L'annientamento*<sup>16</sup>

L'angoscia in questi primi stadi del rapporto genitore-infante si riferisce alla minaccia di annientamento, ed è quindi necessario spiegare ciò che si intende con questo termine.

<sup>15</sup> Uso qui il termine "proiezione" in senso descrittivo e dinamico, non nel suo pieno significato metapsicologico. La funzione dei meccanismi psichici precoci, quali l'introiezione, la proiezione e la scissione, non è oggetto di questo lavoro.

<sup>16</sup> Ho descritto le varietà cliniche di questo tipo di angoscia sotto un aspetto leggermente diverso in un precedente lavoro (1949b).

In questo stadio, che è caratterizzato dall'essenzialità dell'esistenza di un ambiente supportivo, il "potenziale ereditato" sta diventando una "continuità dell'essere". L'alternativa all'essere è il reagire, ed il reagire interrompe l'essere ed annienta. L'essere e l'annientamento sono le due alternative. L'ambiente supportivo ha quindi come funzione principale di ridurre al minimo gli "urti" ai quali il bambino deve reagire con conseguente annientamento dell'essere personale. In condizioni favorevoli, il bambino stabilisce una continuità dell'esistenza e poi comincia a sviluppare la complessa capacità di risolvere gli urti nell'area dell'onnipotenza. In questo stadio la parola morte non ha alcun significato, il che rende il termine "istinto di morte" inadeguato a descrivere la radice della distruttività. La morte non ha significato fino all'arrivo dell'odio e del concetto della persona umana completa. Quando si può odiare una persona umana completa, allora la morte ha un significato e di conseguenza ha significato la mutilazione: la persona odiata e amata, anziché venire uccisa, è tenuta in vita castrata o altrimenti mutilata. Queste idee appartengono ad una fase più tarda di quella caratterizzata dalla dipendenza dall'ambiente supportivo.

#### *Riesame della nota di Freud*

A questo punto è necessario esaminare di nuovo l'affermazione di Freud citata sopra. Egli scrive:

«L'infante probabilmente allucina l'appagamento dei propri bisogni interiori; rivela il proprio malessere per stimoli troppo forti e per il mancato soddisfacimento mediante la scarica motoria dell'urinare e del dimenarsi e sopra di ciò attua il soddisfacimento allucinatorio».

La teoria delinea in questa parte della nota non riesce a dar ragione delle esigenze della fase più precoce. Con queste parole si fa già riferimento alle relazioni oggettuali e la validità di questa parte della formulazione di Freud dipende dal fatto che egli dava per scontati gli aspetti più precoci delle cure materne, quelli che ho descritto come appartenenti alla fase del sostenere. D'altra parte, questa frase di Freud si adatta esattamente alle esigenze della fase *successiva*, caratterizzata da una relazione fra l'infante e la madre in cui le relazioni oggettuali e le soddisfazioni istintuali o della zona erogena sono preponderanti, ossia quando lo sviluppo procede bene.

## B. Il ruolo delle cure materne

Tenterò ora di descrivere alcuni aspetti delle cure materne, e specialmente del sostenere. In questo lavoro il concetto di sostenere è importante, e va ulteriormente chiarito. Il termine sostenere viene qui usato nell'intento di sviluppare a fondo il tema accennato da Freud nella frase: «[...] l'assistenza che riceve dalla madre, realizza press' a poco un tale sistema psichico».

Mi riferisco alla condizione realmente esistente nel momento iniziale del rapporto madre-infante, quando quest'ultimo non ha ancora separato un Sé dalle cure materne, verso le quali esiste una dipendenza assoluta in senso psicologico<sup>17</sup>.

In questo stadio, l'infante ha bisogno di provvidenze ambientali, che di fatto solitamente ottiene, e che hanno determinate caratteristiche:

Rispondono a bisogni fisiologici; qui la fisiologia e la psicologia non si sono ancora differenziate, o sono solo in procinto di differenziarsi.

Sono attendibili, ma non meccanicamente, bensì in un modo che implica l'empatia della madre.

Sostenere:

Protegge dalle offese fisiologiche.

Tiene conto della sensibilità cutanea dell'infante (tatto, temperatura, sensibilità uditiva, sensibilità visiva, sensibilità alla caduta (azione della gravità)), e della sua mancanza della nozione dell'esistenza di qualcosa oltre al Sé.

Comprende tutta la serie di cure diurne e notturne e non è uguale per due diversi infanti, perché è parte dell'infante, e non ci sono due infanti uguali.

Inoltre tiene il passo con le piccole modificazioni che avvengono giorno per giorno nell'infante a causa del suo sviluppo fisico e psicologico.

Si deve notare che le madri spontaneamente capaci di fornire un'assistenza abbastanza buona possono essere messe nelle

<sup>17</sup> Si ricordi: per essere sicuro di distinguere nettamente ciò di cui parlo dalle relazioni oggettuali e dalla gratificazione istintuale devo limitare *efficiosamente* la mia attenzione ai bisogni corporei di tipo generale. Un paziente mi disse: «Una buona seduta analitica in cui l'interpretazione giusta viene data al momento giusto è un buon pasto».

condizioni di far meglio se esse stesse sono assistite in un modo che riconosca la natura essenziale del loro compito. Le madri che non sono capaci di offrire un'assistenza sufficientemente buona non possono essere rese abbastanza efficienti con delle semplici istruzioni.

Il sostenere comprende soprattutto il tenere in braccio fisicamente l'infante. Questa è una forma di amore, e forse è la sola in cui una madre può manifestare il proprio amore al figlio. Ci sono madri capaci di tenere in braccio un infante e madri che non ne sono capaci; queste ultime producono rapidamente in lui un senso di insicurezza, e un pianto disperato.

Tutto ciò conduce direttamente all'istituzione delle prime relazioni oggettuali e delle prime esperienze di gratificazione istintuale, le include e coesiste con esse<sup>18</sup>.

Sarebbe sbagliato ritenere che la gratificazione istintuale (alimentazione ecc.) o le relazioni oggettuali (relazione col seno) precedono l'organizzazione dell'io (cioè dell'io infantile rafforzato dall'io materno). La soddisfazione istintuale e le relazioni oggettuali hanno infatti come base un modo di maneggiare, trattare ed assistere l'infante, che è dato troppo facilmente per scortato quando tutto va bene.

Le basi della salute mentale dell'individuo, intesa come libertà dalla psicosi o dalla tendenza alla psicosi (schizofrenia), vengono poste da queste cure materne, che passano quasi inosservate quando tutto va bene e che sono una continuazione delle provvidenze fisiologiche caratterizzanti lo stato prenatale. Queste provvidenze ambientali sono inoltre una continuazione della vitalità tissurale e della salute funzionale che forniscono all'infante un sostegno dell'io silenzioso, ma d'importanza vitale. In questo modo, la schizofrenia o la psicosi infantile o una tendenza alla psicosi in epoca più tarda vengono messe in relazione con un insuccesso delle provvidenze ambientali. Ciò non vuol dire però che gli effetti dannosi di tale insuccesso non possano essere descritti in termini di distorsione dell'io e di difese contro angosce primitive, vale a dire in termini dell'individuo. Si noterà, quindi, che il lavoro della Klein sui meccanismi difensivi di scissione e sulle proiezioni e le introiezioni e così via, è un tentativo di valutare in termini individuali gli effetti dell'insuccesso delle misure ambientali. Questo lavoro sui meccanismi primitivi chiarisce però solo una parte della storia, mentre una ricostru-

<sup>18</sup> Per un'ulteriore discussione di questo aspetto dei processi evolutivi v. il mio lavoro *Transitional Objects and Transitional Phenomena (Oggetti transizionali e fenomeni transizionali)* (1951).

zione dell'ambiente e dei suoi insuccessi chiarisce l'altra parte. Quest'ultima parte non può manifestarsi nel transfert a causa della mancanza nel paziente della nozione sia degli aspetti positivi che di quelli negativi delle cure materne, pur presenti nella situazione infantile originaria.

#### *Esame di un particolare delle cure materne*

Illustrerò con un esempio la complessità dell'assistenza infantile. L'infante si trova in uno stato simbiotico con la madre e, mentre si trova in tale stato, più la madre riesce a capire esattamente i suoi bisogni, meglio è. Interviene tuttavia un cambiamento alla fine della simbiosi, fine che non è necessariamente graduale. Non appena madre e infante, dal punto di vista di quest'ultimo, sono separati, si nota che la madre tende a modificare il proprio atteggiamento. È come se essa ora si rendesse conto che il piccolo non si aspetta più la situazione in cui c'è una comprensione quasi magica del bisogno. È come se essa sapesse che l'infante ha acquisito una nuova capacità: quella di dare un segnale che la guidi a rispondere ai suoi bisogni. Si potrebbe dire che per essa ora il conoscere troppo bene i bisogni del bambino è magico e non costituisce una base per una relazione oggettiva. Qui giungiamo alle parole di Freud:

«[L'infante] allucina probabilmente l'appagamento dei propri bisogni interiori; rivela il proprio malessere per stimoli troppo forti e per il mancato soddisfacimento mediante la scarica motoria dell'urliare e del dimenarsi e sopra di ciò attua il soddisfacimento che ha allucinato».

In altre parole, una caratteristica che si presenta alla fine della simbiosi quando il bambino è divenuto un essere separato dall'ambiente, è che egli deve dare un segnale<sup>19</sup>.

Possiamo osservare che questa cosa complessa compare chiaramente nel transfert nell'analisi. È molto importante, tranne quando il paziente è regredito alla primissima infanzia e ad uno stato di simbiosi, che l'analista non conosca le risposte, se non in quanto il paziente gliene offre gli elementi. L'analista raccoglie gli indizi e fa le interpretazioni, e spesso succede che i pazienti non riescano a fornire tali indizi, così che l'analista non può far

nulla. Questa limitazione del potere dell'analista è importante per il paziente, proprio in quanto è importante il potere dell'analista rappresentato dall'interpretazione giusta fatta al momento giusto e basata sugli indizi e sulla collaborazione inconscia del paziente, il quale viene fornendo il materiale che costituisce e giustifica l'interpretazione. Avviene così che il candidato analista conduca talora un'analisi meglio di quanto non farà fra pochi anni, quando avrà maggiori conoscenze. Quando egli avrà avuto parecchi pazienti, comincerà a trovare noioso procedere al ritmo del paziente, e a fare interpretazioni basate non sul materiale fornito quel dato giorno dal malato, ma sulla massa delle sue nozioni o sulla propria aderenza, in quel momento, ad una particolare ideologia. Questo non serve al paziente. L'analista può sembrare molto abile e il paziente può esprimere ammirazione per lui, ma in fondo l'interpretazione, anche se giusta, costituisce un trauma e il paziente deve rifiutarla perché non è sua. Egli si lamenta che l'analista tenti di ipnotizzarlo, ossia che l'analista favorisca una grave regressione alla dipendenza spingendolo a retrocedere ad uno stato simbiotico con lui.

La stessa cosa si può osservare con le madri. Quelle che hanno avuto parecchi figli diventano così abili nella "tecnica" del maternage che fanno tutte le cose giuste al momento giusto, e allora l'infante che ha cominciato a separarsi dalla madre non ha modo di acquisire il controllo su tutte le buone cose che succedono. Il gesto creativo, il pianto, la protesta, tutti i piccoli segni che probabilmente spingono la madre a fare determinate cose, vanno perduti perché la madre ha già risposto al bisogno, proprio come se l'infante fosse ancora in simbiosi con lei e lei con lui. In questo modo la madre, pur essendo apparentemente una buona madre, fa qualcosa che è ancor peggio che castrare il bambino, al quale restano due alternative: o essere in uno stato permanente di regressione e di simbiosi con la madre, oppure inscenare un rifiuto totale della madre, anche se essa è apparentemente buona.

Vediamo quindi che nell'infanzia e nell'allevamento dei piccoli esiste una distinzione molto sottile fra la comprensione, da parte della madre, dei bisogni del figlio basata sull'empatia, e il passaggio ad una comprensione basata su qualche segnale che indica i bisogni dell'infante. Ciò crea particolari difficoltà per le madri, perché gli infanti oscillano da una situazione all'altra: ora sono in simbiosi con la madre ed esigono empatia, mentre subito dopo sono separati da lei e quindi essa, se prevede i loro bisogni, diventa pericolosa, una strega. È ben strano che madri del tutto inesperte si adattino in modo soddisfacente, pur non avendone

<sup>19</sup> È la teoria successiva (1926) di Freud dell'ansia come segnale per l'Io.

alcuna nozione teorica, a queste modificazioni che avvengono nei figli, man mano che crescono.

Questo particolare delle cure materne si ripresenta nel lavoro psicoanalitico con casi borderline e con tutti i casi in taluni momenti molto importanti, quando è massima la dipendenza nel transfert.

#### *Inconsapevolezza delle cure materne soddisfacenti*

In questi problemi di cure materne di tipo supportivo è assiomatico che, quando le cose vanno bene, l'infante non abbia modo di sapere che cosa gli viene opportunamente fornito e che cosa gli viene impedito. D'altro canto, quando le cose non vanno bene, l'infante diventa consapevole non dell'insuccesso delle cure materne, ma delle conseguenze, di qualsiasi tipo, di tale insuccesso; vale a dire, egli diventa consapevole di reagire ad un certo urto.

In conseguenza del buon esito delle cure materne, si costituisce nell'infante una continuità dell'essere che è il fondamento della forza dell'Io; mentre ogni insuccesso nelle cure materne fa sì che la continuità dell'essere venga interrotta da reazioni alle conseguenze di tale insuccesso, con conseguente indebolimento dell'Io<sup>20</sup>.

Tali interruzioni costituiscono l'annientamento e sono legate evidentemente ad un dolore di qualità e intensità psicotiche; e, in casi estremi, l'infante esiste solamente sulla base di una continuità di reazioni all'urto e di guarigioni dopo tali reazioni. Questo contrasta grandemente con la continuità dell'essere con la quale coincide secondo me il concetto di forza dell'Io.

#### **C. Le modificazioni nella madre**

È importante in questo contesto esaminare le modificazioni che si verificano nelle donne che hanno appena avuto un bam-

<sup>20</sup> Nei casi di nevrosi di carattere questo indebolimento dell'Io e i vari tentativi dell'individuo di affrontarlo colpiscono immediatamente l'attenzione, eppure solo una visione corretta dell'etiologia può rendere possibile una distinzione dell'aspetto difensivo di questo sintomo dalla sua origine nell'insuccesso ambientale. Ho parlato di un particolare aspetto di questo nella diagnosi della tendenza antisociale come problema fondamentale alla base della sindrome delinquenziale.

bino o che stanno per averlo. Queste modificazioni sono dapprima quasi fisiologiche, e hanno inizio quando il figlio è nell'utero. Però descrivere questa situazione in termini di "istinto materno" sarebbe insufficiente. Il fatto è che le donne sane modificano il loro orientamento verso se stesse e verso il mondo, ma indipendentemente dalla misura in cui la tendenza a tali modifiche è profondamente radicata nella fisiologia, esse possono venire distorte dalla malattia mentale della donna. È quindi necessario studiarle in termini psicologici, pur ammettendo l'esistenza di fattori endocrini influenzabili dai farmaci.

Senza dubbio le modificazioni fisiologiche sensibilizzano la donna verso le più complesse modificazioni psicologiche che fanno seguito.

Subito dopo il concepimento, o quando sa che esso è possibile, la donna comincia a modificare il proprio orientamento ed a preoccuparsi dei cambiamenti che hanno luogo in lei. Essa è incoraggiata in vari modi dal proprio corpo ad interessarsi di se stessa<sup>21</sup>. La madre trasferisce una parte del suo senso del sé sul bambino che cresce dentro di lei. La cosa importante è che si va stabilendo una situazione che merita di essere descritta e la cui teoria va elaborata.

L'analista che risponde ai bisogni di un paziente che rivive questi primissimi stadi nel transfert subisce analoghe modificazioni di orientamento; e l'analista, a differenza della madre, ha bisogno di essere consapevole della sensibilità che si sviluppa in lui in risposta all'immaturità e alla dipendenza del paziente. Questo può essere considerato un'estensione del concetto di uno stato volontario di attenzione fluttuante dell'analista, descritto da Freud.

Una descrizione dettagliata delle modificazioni nell'orientamento in una donna che sta per diventare madre o che lo è già, sarebbe fuori posto in questa sede, e del resto l'ho tentata altrove con un linguaggio familiare o non tecnico (Winnicott, 1949a).

Esiste una psicopatologia di queste modificazioni dell'orientamento, ed è compito di coloro che studiano la psicologia delle psicosi puerperali occuparsi delle anomalie più gravi. Senza dubbio esistono molte variazioni qualitative che non costituiscono un'anomalia. È il grado di distorsione che costituisce l'anomalia.

In linea generale, le madri si identificano in un modo o nell'altro col figlio che cresce dentro di loro, e in tal modo acquisiscono

<sup>21</sup> Per una esposizione più dettagliata di questo punto v. *Primary Maternal Preoccupation (Apprensione materna primaria)* (1956).

una sensazione molto potente dei bisogni di lui. Questa è una identificazione proiettiva e dura per un certo tempo dopo il parto: in seguito perde gradualmente significato.

Solitamente il particolare orientamento della madre verso il figlio continua anche dopo il parto. La madre che non è distorta in queste cose è pronta ad abbandonare la propria identificazione con il figlio non appena questi ha bisogno di staccarsi da lei. È possibile fornire una buona assistenza iniziale, senza riuscire a completare il processo per l'incapacità di porgli un termine, e cioè per la tendenza della madre a restare in simbiosi con l'infante e a rimandarne la separazione da sé. In ogni caso è difficile per una madre separarsi dal figlio con la stessa rapidità con cui il piccolo ha bisogno di staccarsi da lei<sup>22</sup>.

A mio parere la cosa importante è che la madre, attraverso la propria identificazione con l'infante, sappia che cosa egli sente e in tal modo sia capace di offrirgli quasi esattamente ciò di cui egli ha bisogno sul piano del sostegno e dell'ambiente in generale. Ritengo che, senza tale identificazione, essa non sia capace di fornire ciò di cui l'infante ha bisogno all'inizio, ossia *un vizio adattamento ai bisogni del figlio*. La cosa principale è il sostenere fisicamente, e questa è la base di tutti gli aspetti più complessi del sostegno e delle provvidenze ambientali in genere.

È vero che una madre può avere un figlio molto diverso da lei, così che essa non sa come regolarsi. Egli può essere più svelto o più lento di lei, e così via. In tal modo si possono presentare occasioni in cui la sensazione che la madre ha dei bisogni dell'infante è in realtà inesatta. Tuttavia sembra che solitamente le madri non disturbate da malattie o da pressioni ambientali in atto tendano nell'insieme a conoscere abbastanza accuratamente i bisogni dei figli, e inoltre amino fornire tutto il necessario. Questa è l'essenza delle cure materne.

Grazie alle "cure che riceve dalla madre" ogni infante è in grado di avere un'esistenza personale, e comincia così a costruire quella che si può chiamare *una continuità dell'essere*. Il potenziale ereditato si trasforma gradualmente, sulla base di questa continuità dell'essere, in un infante determinato. Se le cure materne non sono abbastanza buone, l'infante non comincia ad esistere realmente, giacché non v'è una continuità dell'essere; la sua personalità si struttura invece sulla base delle reazioni agli urti dell'ambiente.

<sup>22</sup> In un precedente lavoro (1948) ho presentato alcuni casi clinici per illustrare un tipo di problema che si incontra sul piano clinico e che si riferisce a questo gruppo di concetti.

Tutto ciò ha un significato per l'analista. Invero non è tanto dall'osservazione diretta dei piccoli quanto dallo studio del transfert nella situazione analitica che è possibile acquistare una visione più chiara di ciò che si verifica nell'infanzia stessa. Questo lavoro sulla dipendenza infantile deriva dallo studio dei fenomeni di transfert e controtransfert che si verificano nello psicanalista impegnato con i casi borderline. A mio parere, questo impegno costituisce una legittima estensione della psicoanalisi, e l'unica vera modificazione che esso comporta sta nella diagnosi della malattia del paziente, la cui etiologia vien fatta risalire molto oltre il complesso edipico e implica una distorsione all'epoca della dipendenza assoluta.

Freud seppe scoprire la sessualità infantile in un modo nuovo perché la ricostruì in base al suo lavoro analitico con i pazienti psiconevrotici. Estendendo il suo lavoro anche al trattamento dei pazienti psicotici borderline ci è possibile ricostruire la dinamica dell'infanzia e della dipendenza infantile e le cure materne che rispondono a questa dipendenza.

## Riassunto

1. Abbiamo svolto un esame della prima infanzia, che non equivale ad un esame dei meccanismi mentali precoci.
2. La caratteristica principale dell'infanzia è la dipendenza, che qui viene discussa in rapporto all'ambiente supportivo.
3. Qualsiasi studio dell'infanzia deve essere diviso in due parti:
  - a) sviluppo dell'infante facilitato da cure materne sufficientemente buone;
  - b) sviluppo dell'infante distorto da cure materne non sufficientemente buone.
4. L'Io dell'infante può essere considerato debole, ma di fatto è forte a causa del sostegno fornitogli dalle cure materne. Là dove vengono meno le cure materne la debolezza dell'Io dell'infante diventa evidente.
5. I processi in atto nella madre (e nel padre) portano, nella situazione di salute, ad uno stato particolare in cui il genitore si orienta verso il figlio ed è quindi in una posizione tale da rispondere alla sua dipendenza. Esiste una patologia di questi processi.

6. Si richiama l'attenzione sui vari modi in cui queste condizioni insite in quello che abbiamo denominato ambiente di sostegno<sup>23</sup> possono o non, comparire nel transfert se in un'epoca successiva il bambino verrà in analisi.

#### 4. L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino

Il termine *Io* può servire ad indicare quella parte della personalità umana in accrescimento che tende, in condizioni adatte, ad integrarsi in un'unità.

Nel corpo di un bimbo anencefalo possono verificarsi eventi funzionali, tra cui localizzazioni degli istinti, che, se esistesse il cervello, sarebbero denominabili esperienze della funzione dell'Io. Si potrebbe dire che, con un cervello normale, si sarebbe verificata una organizzazione di queste funzioni, che avrebbe potuto essere denominata *Io*; ma senza apparato elettronico non può esservi esperienza, né quindi *Io*.

Ma il funzionamento dell'Io normalmente non va perduto; i suoi vari aspetti vengono raccolti e diventano esperienze dell'Io. Non ha quindi senso usare la parola *Io* per indicare fenomeni che non sono compresi, catalogati, sperimentati e infine interpretati dalle funzioni dell'Io.

È necessario quindi concepire le funzioni dell'Io del bambino nei primissimi stadi di sviluppo, come inseparabili dalla sua esistenza di persona. Quel tanto di vita istintuale che può sussistere scisso dalle funzioni dell'Io può essere trascurato, perché il bambino non è ancora un'entità che ha esperienze. Non esiste l'Io prima dell'Io. Solo in base a questa premessa può essere giustificato uno studio dell'Io.

Si noterà che l'Io si presenta e può essere studiato molto tempo prima che la parola *Sé* assuma importanza. La parola *Sé* giunge dopo che il bambino ha cominciato a usare l'intelletto per osservare ciò che gli altri vedono o sentono o ascoltano e ciò che essi pensano quando essi si imbattono nella sua realtà fisica. In questo capitolo comunque non affronteremo il concetto del *Sé*.

La *prima domanda* che ci poniamo riguardo a ciò che chiamiamo *Io* è: esiste un *Io* fin dall'inizio? La risposta è che si può parlare d'inizio quando l'Io ha inizio<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> È bene ricordare che l'inizio è una somma di inizi.

<sup>23</sup> Concetto di "sostegno" nel *casework*: cfr. Clare Winnicott (1954).

Poi sorge la *seconda domanda*: l'Io è forte o debole? La risposta dipende dalla madre reale e dalla sua capacità a rispondere alla dipendenza assoluta in cui si trova l'infante nello stadio iniziale precedente quello in cui egli ha separato la madre dal Sé.

Nella mia terminologia, la madre sufficientemente buona è capace di rispondere ai bisogni del figlio fin dalla nascita e di rispondervi così bene che quest'ultimo, mentre emerge dalla matrice della relazione con la madre, è in grado di avere una breve *esperienza di onnipotenza* (che va distinta dall'*onnipotenza*, termine con cui si indica una qualità del sentire).

La madre può far questo perché si è temporaneamente dedicata con tutta se stessa ad un compito: l'assistenza di questo figlio.

La realizzazione del suo compito le è resa possibile dal fatto che l'infante ha una capacità di mettersi in rapporto con *oggetti soggettivi* quando la funzione materna supportiva all'Io è effettiva. Considerando le cose da questo punto di vista possiamo dire che il bimbo può affrontare il principio di realtà in luoghi e tempi diversi, ma non ovunque e tutto d'un tratto; e cioè che egli conserva zone di oggetti soggettivi insieme ad altre zone in cui è in una certa relazione con oggetti percepiti obiettivamente, ovvero con oggetti "non-me" ("non-io").

Esiste una tale differenza tra gli inizi di un bimbo la cui madre sa adempiere questa funzione abbastanza bene e quelli di uno la cui madre non sa farlo, che non serve molto descrivere i bambini nei primi stadi se non in relazione alla funzione della madre. Quando non ci sono cure materne sufficientemente buone, l'Io del bimbo non può iniziare a maturare, oppure il suo sviluppo viene necessariamente distorto in certi aspetti d'importanza vitale.

Sia chiaro che la capacità di adattamento della madre cui ci riferiamo ha ben poco a che fare con la sua capacità di soddisfare le pulsioni orali del bambino, per esempio con il dare un pasto soddisfacente. Questa precisazione è importante perché sta alla base del discorso che veniamo cercando di fare. È invece possibile gratificare una pulsione orale del bimbo e, così facendo, *violare* la sua funzione egoica e cioè quello che più tardi verrà custodito gelosamente come il Sé, come il nucleo della personalità. Una soddisfazione alimentare può essere una seduzione e può essere traumatica se giunge a un bimbo senza la copertura del funzionamento dell'Io.

Nello stadio in discussione, è necessario non considerare il bimbo come un individuo che ha fame e le cui pulsioni istintuali

possono essere soddisfatte o frustrate, ma bisogna invece considerarlo come un essere immaturo che è sempre sull'*orlo di una impensabile angoscia*. L'angoscia impensabile viene tenuta lontana in questo stadio da una funzione materna d'importanza vitale e cioè dalla capacità della madre di mettersi al posto del bimbo e di sapere di quali cure egli abbia bisogno riguardo al fisico, e perciò alla persona. In questo stadio, l'amore può essere manifestato solamente in termini di cure fisiche, come nell'ultimo stadio prima della nascita non prematura.

Esistono pochi tipi di angoscia impensabile, ciascuno dei quali costituisce l'elemento centrale di un aspetto dello sviluppo normale:

1. Andare in pezzi.
2. Cadere per sempre.
3. Essere senza alcuna relazione con il corpo.
4. Essere senza orientamento.

Si noterà che questi tipi di angoscia impensabile costituiscono proprio la materia prima delle angosce psicotiche, che clinicamente rientrano nella schizofrenia o nell'emergere di un elemento schizoide nascosto in una personalità per altri aspetti non psicotica.

È necessario a questo punto interrompere il nostro discorso per esaminare il destino del bimbo che non abbia avuto un'assistenza sufficientemente buona nel primo stadio e cioè nello stadio precedente alla separazione del "non-me" dal "me". L'argomento è complicato dalla varietà dei gradi e dei tipi di insuccesso materno. È utile per prima cosa esaminare:

1. Le distorsioni dell'organizzazione dell'Io che sono alla base delle caratteristiche schizoide;
2. La difesa specifica costituita dall'autosostenersi (*self-holding*)<sup>2</sup>, ovvero dalla sviluppo di un Sé-custode e dall'organizzazione di un aspetto della personalità che risulta falso, in quanto non deriva dall'individuo ma dall'aspetto assistenziale materno (*mothering aspect*) del rapporto madre-figlio. Si tratta di una difesa il cui successo può costituire una nuova minaccia per il nucleo del Sé, sebbene sia ideata per nascondere e proteggerlo.

<sup>2</sup> Cfr. nota del traduttore a p. 48 (N.d.T.).

Un insufficiente sostegno all'Io da parte della madre può determinare gravi danni, tra cui:

#### A. Schizofrenia o autismo infantile

Questo gruppo clinico ben noto include disturbi secondari a lesioni cerebrali o a deficienze cerebrali organiche e inoltre comprende in una certa misura qualsiasi forma di fallimento nelle primissime fasi maturative. In una certa percentuale di casi non vi sono segni di deficit o di malattia neurologica.

In psichiatria infantile è frequente che il clinico sia incapace di decidere fra una diagnosi di deficit primario organico o di puro deficit psicologico della prima maturazione in un bambino con sistema nervoso integro, o di una mescolanza di entrambi questi elementi. In alcuni casi è evidente un rapporto con il fallimento del sostegno all'Io che sto descrivendo in questo capitolo.

#### B. Schizofrenia latente

Esistono molte varietà cliniche di schizofrenia latente in bambini considerati normali o addirittura d'intelligenza particolarmente vivace o precoce. La malattia si manifesta nella fragilità della "riuscita". La lotta e gli sforzi in stadi successivi dello sviluppo possono far precipitare una malattia.

#### C. Difesa del falso Sé

L'uso delle difese, specialmente quelle di un brillante falso Sé, permette a molti bambini di sembrare assai promettenti; ma in seguito interviene una crisi a rivelare l'assenza del vero Sé dalla scena.

#### D. Personalità schizoide

Si presenta di solito quando un disturbo della personalità si sviluppa in dipendenza del fatto che un elemento schizoide è nascosto in una personalità per altri aspetti sana. Elementi schizoidi gravi si socializzano nella misura in cui possono celarsi in un modello di disturbo schizoide accettato nella cultura in cui una persona vive.

Questi vari tipi e livelli di disturbi della personalità possono essere messi in relazione, nell'indagine sul singolo caso, con vari tipi e forme di fallimento nel sostegno, nella manipolazione, e

nella presentazione dell'oggetto nel primissimo stadio. Questo non per negare l'esistenza nel quadro generale di fattori ereditari, ma bensì per completare sotto alcuni aspetti importanti tale quadro.

Lo sviluppo dell'Io è caratterizzato da varie tendenze:

1. La tendenza principale nel processo maturativo è colta dai vari significati della parola *integrazione*. L'integrazione nel tempo si aggiunge alla così detta integrazione nello spazio.

2. L'Io è basato su un Io corporeo, ma solamente quando tutto va bene la persona del bimbo comincia a legarsi al corpo e alle funzioni corporee, e la cute diventa la membrana limitante. Ho usato il termine *personalizzazione* per indicare questo processo, perché il termine *depersonalizzazione* sembra significare fondamentalmente una perdita della solida unione tra Io e corpo che comprende le pulsioni istintuali e le loro soddisfazioni. (Nella letteratura psichiatrica il termine *depersonalizzazione* ha assunto un significato più elaborato).

3. *L'Io inizia la relazione oggettuale*. Con buone cure materne iniziali il bimbo va soggetto a gratificazioni istintuali solo nella misura in cui c'è partecipazione dell'Io. Sotto questo riguardo non si tratta tanto di dargli una soddisfazione, quanto di permettergli di trovare l'oggetto e di venire a patti con esso (seno, bottiglia, latte ecc.).

Se tentiamo di valutare ciò che ha fatto la Sechehaye (1951) quando ha dato alla sua paziente una mela al momento giusto (realizzazione simbolica), ci rendiamo conto di quanto sia poco importante che la paziente abbia mangiato la mela o l'abbia solo guardata o l'abbia presa e tenuta in mano. La cosa importante è che la paziente era capace di creare un oggetto, e la Sechehaye non fece altro che far prendere all'oggetto la forma di mela, così che la fanciulla ebbe creata una parte del mondo reale, una mela.

Semberebbe possibile confrontare questi tre fenomeni di crescita dell'Io con tre aspetti dell'assistenza al bambino:

L'integrazione corrisponde al tenere in braccio.

La personalizzazione corrisponde al manipolare.

La relazione oggettuale corrisponde alla presentazione dell'oggetto.

Questo porta a considerare due problemi legati al concetto dell'integrazione:

## 1. *Integrazione da che cosa?*

È utile concepire il materiale da cui emerge l'integrazione in termini di elementi motori e sensoriali, che sono la stoffa di cui è fatto il narcisismo primario. Su ciò si innesterebbe poi una tendenza verso l'acquisizione del senso di esistere. Per descrivere questa parte oscura del processo maturativo si può usare anche un altro linguaggio, ma si devono comunque postulare i rudimenti di una elaborazione immaginativa del puro funzionamento corporeo, se si vuole affermare che un determinato nuovo essere umano ha cominciato ad esistere ed a raccogliere un'esperienza che può essere chiamata personale.

## 2. *Integrazione con che cosa?*

Tutto questo tende alla istituzione di un Sé unitario, ma non si insisterà mai troppo sul fatto che quanto accade in questo primissimo stadio dipende dalla copertura data dalla madre all'Io del figlio.

Si può dire che una copertura dell'Io sufficientemente buona da parte della madre (nei confronti delle angosce impensabili) permette al nuovo essere umano di costruirsi una personalità sul modello di una continuità del continuare ad esistere. Tutti gli insuccessi (che potrebbero produrre un'angoscia impensabile) determinano nell'infante una reazione che interferisce con il continuare ad esistere. Se tale reazione distruttiva si ripete più volte, mette in funzione un modello di frammentazione dell'essere. L'infante che ha un modello di frammentazione della linea di continuità dell'esistenza si trova di fronte ad un compito evolutivo che è, quasi fin dall'inizio, gravato in senso psico-patologico. È quindi possibile che un fattore molto precoce (datante dai primi giorni o ore di vita) sia presente nell'etiologia della irrequietezza, dell'iperinesia e del deficit di attenzione (che più tardi sarà chiamato incapacità a concentrarsi).

È opportuno qui affermare che, qualsiasi siano i fattori esterni, è la visione (fantasia) che l'individuo ha del fattore esterno che conta. Assieme a questo è necessario ricordare tuttavia che esiste uno stadio in cui l'individuo non ha ancora ripudiato il non-me, e nel quale quindi non esiste un fattore esterno e la madre è una parte del bimbo. In questo stadio il modello del bambino comprende la sua esperienza della madre, con ella è nella propria personale attualità.

L'opposto dell'integrazione sembrerebbe essere la disintegrazione. Questo però è vero solo in parte e all'inizio l'opposto dell'integrazione va designato con un termine come inintegrazione. Rilassarsi per un infante significa non sentire il bisogno di integrarsi, essendo data per scontata la funzione di sostegno dell'Io svolta dalla madre. La comprensione degli stati di non eccitazione va approfondita nei termini di questa teoria.

Il termine disintegrazione serve a descrivere una elaborata *difesa* che consiste in una produzione attiva di caos come difesa contro la inintegrazione in assenza di sostegno materno dell'Io, cioè contro l'angoscia impensabile o arcaica che deriva dal fallimento del sostegno nello stadio della dipendenza assoluta. Il caos della disintegrazione può essere tanto "cattivo" quanto la inattendibilità dell'ambiente, ma ha il vantaggio di essere prodotto dal bambino e perciò di non essere imputabile all'ambiente: è nella zona dell'onnipotenza del bambino. In termini psico-analitici si può dire che esso è analizzabile, mentre le angosce impensabili non lo sono.

L'integrazione è strettamente legata alla funzione ambientale del sostegno. La conquista dell'integrazione è l'unità. Prima viene l'"Io", che significa "tutto il resto è non me". Poi viene "Io sono, io esisto, io accumulo esperienze e mi arricchisco e ho un'interazione introiettiva e proiettiva con il NON-ME, il mondo reale della realtà comune".

Aggiungete a questo: "Sono visto o capito come esistente da qualcuno"; e inoltre aggiungete: "Ricevo di ritorno (come un volto visto in uno specchio) la prova, di cui ho bisogno, di essere stato riconosciuto come un essere".

Quando tutto va bene, la pelle diventa il confine fra il me e il non-me. In altre parole, la psiche è venuta a vivere nel soma ed una vita psicosomatica individuale ha avuto inizio.

L'istituirsi di uno stato di IO SONO, insieme alla conquista dell'inseguimento o coesione psicosomatica, costituisce una situazione accompagnata da un'angoscia specifica che implica un'attesa di persecuzione. Questa reazione persecutoria è implicita nel concetto del ripudio del "non-me", che accompagna la delimitazione nel corpo del Sé unitario, dove la cute rappresenta la membrana limitante.

La sintomatologia di un certo tipo di malattia psico-somatica comporta un'accentuazione dell'interazione fra psiche e soma, accentuazione che funge da *difesa* contro la minaccia di una perdita dell'unità psicosomatica, o contro una forma di depersonalizzazione.

Il termine manipolazione (*manipling*) si riferisce alla provvidenza ambientale che coincide all'incirca con l'istituirsi di una relazione psicosomatica. Istituire questa relazione dall'interno, senza una manipolazione sufficientemente attiva e responsiva, può ben costituire un compito pesante, anzi impossibile.

L'inizio della relazione oggettuale è complesso e non può avvenire a meno che l'ambiente non presenti l'oggetto in modo tale che in realtà il bambino lo crei. Lo schema è il seguente: l'infante sviluppa una vaga attesa che ha origine in un bisogno non formulato; la madre responsiva presenta un oggetto o una manipolazione che risponde alle di lui esigenze e così egli comincia ad aver bisogno proprio di ciò che la madre presenta. In questo modo l'infante comincia ad aver fiducia di poter creare gli oggetti e il mondo reale. La madre concede al figlio un breve periodo in cui l'onnipotenza è un dato della sua esperienza. Devo sottolineare che, parlando di inizio della relazione oggettuale, non mi riferisco alle soddisfazioni e alle frustrazioni istintuali, bensì alle precondizioni, tanto interne quanto esterne al bambino, che fanno di un soddisfacente allattamento al seno (o di una reazione alla frustrazione) un'esperienza dell'Io.

### RIASSUNTO

Mi sono proposto di formulare scheletricamente la mia concezione degli inizi dell'Io. A questo fine mi sono servito del concetto di integrazione dell'Io e ho collocato la funzione dell'integrazione dell'Io negli inizi dello sviluppo infantile, che continuamente si muove dall'assoluta dipendenza verso quella relativa e verso l'indipendenza. Ho anche descritto gli inizi della relazione oggettuale nell'ambito di riferimento costituito dall'esperienza e dallo sviluppo di un lattante.

Inoltre ho tentato di valutare l'importanza dell'ambiente reale nel primissimo stadio, ossia prima che l'infante abbia separato il non-me dal me. Ho messo a confronto la forza dell'Io del lattante che ottiene un aiuto al suo Io dal comportamento effettivamente responsivo, ovvero sia dall'amore della madre, con la debolezza dell'Io del lattante cui in questo primissimo stadio sono carenti le provvidenze ambientali.

## 5. L'assistenza al bambino in salute e in crisi<sup>1</sup>

Data la vastità del problema, propongo di selezionarne alcuni aspetti più facilmente formulabili e più significativi, ed inoltre di mettere particolarmente in evidenza gli aspetti specifici che esso assume nella nostra epoca.

Intendiamo riferirci alla salute mentale quando parliamo della salute e di come assicurarla.

1. Oggigiorno, ciò che ci interessa è lo sviluppo affettivo del bambino e il come porre le premesse di una vita fondata sulla salute mentale. Il motivo di questo nostro interesse sia nel fatto che gli sviluppi della pediatria sono stati così grandi che ci hanno chiarito come vanno le cose sul piano organico: se il patrimonio ereditario è buono, una buona alimentazione e buone condizioni fisiche determinano lo sviluppo corporeo; inoltre il significato delle parole "buona alimentazione" non ci è ignoto, e le malattie da carenza sono attualmente rare. Infine abbiamo una coscienza sociale che ci suggerisce cosa fare quando ci troviamo di fronte a casi in cui la fame o pessime condizioni di alloggio svolgono un ruolo. In Gran Bretagna tutto ciò ha assunto la forma stabile di un aspetto dello stato del benessere, il quale, nonostante gli svantaggi e i nuovi problemi che crea, ci rende piuttosto contenti, anche se ci dà fastidio quando paghiamo alle tasse.

Affrontando il problema che fa oggetto di questo saggio, diamo dunque per scontato che i bambini cui ci riferiamo siano tanto sani fisicamente quanto lo garantiscono la profilassi e la terapia fisica moderna; oppure che ogni malattia fisica in atto sia sotto controllo pediatrico, e che il nostro scopo sia di studiare la salute mentale del bambino affetto da quella data malattia. Per amore di semplicità iniziamo con la salute mentale del bambino fisicamente sano.

<sup>1</sup> Letto ad un Seminario dell'Istituto di Psicoanalisi di S. Francisco, nell'ottobre 1962.