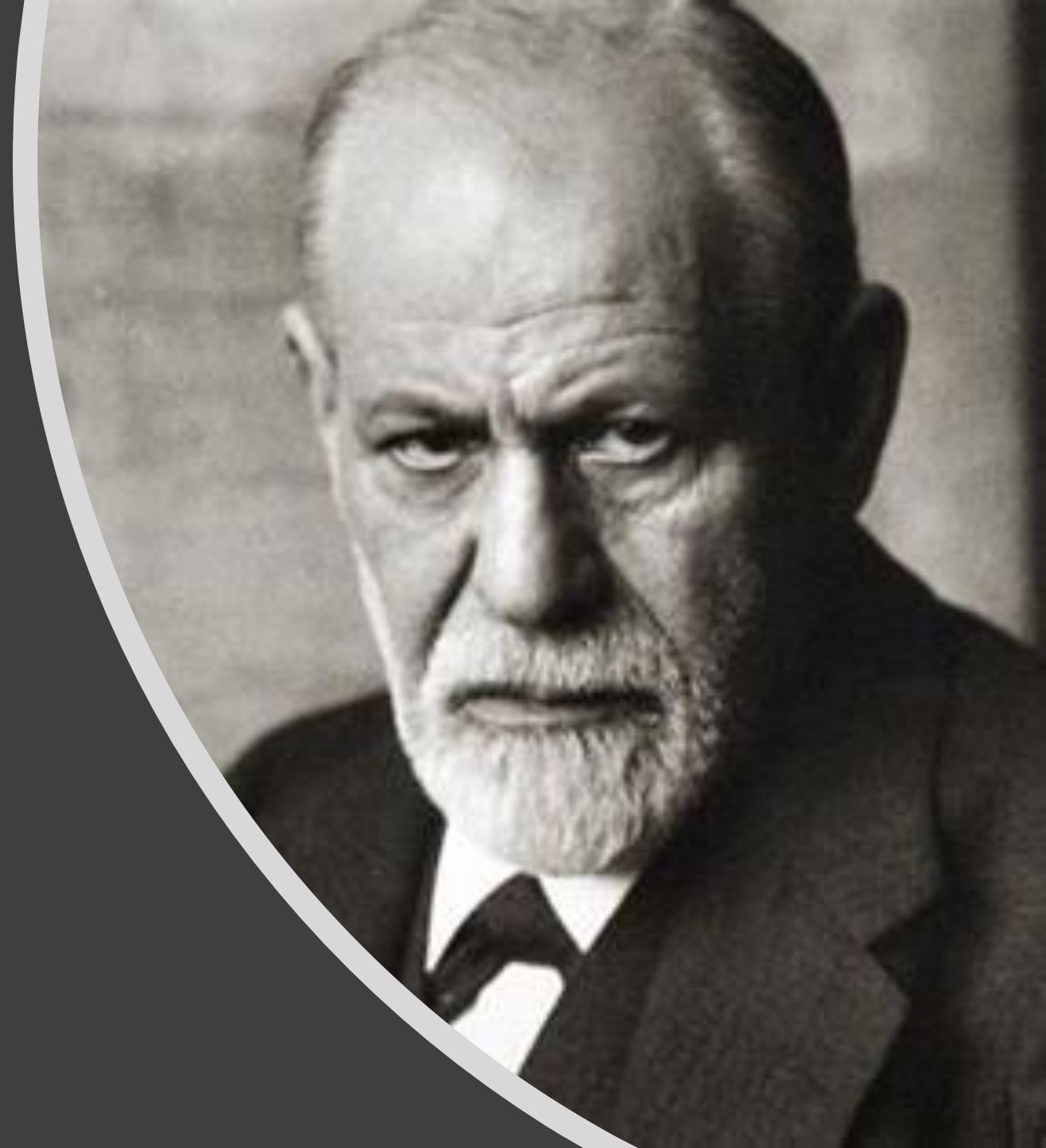


1

Lo sviluppo psicosessuale nel bambino

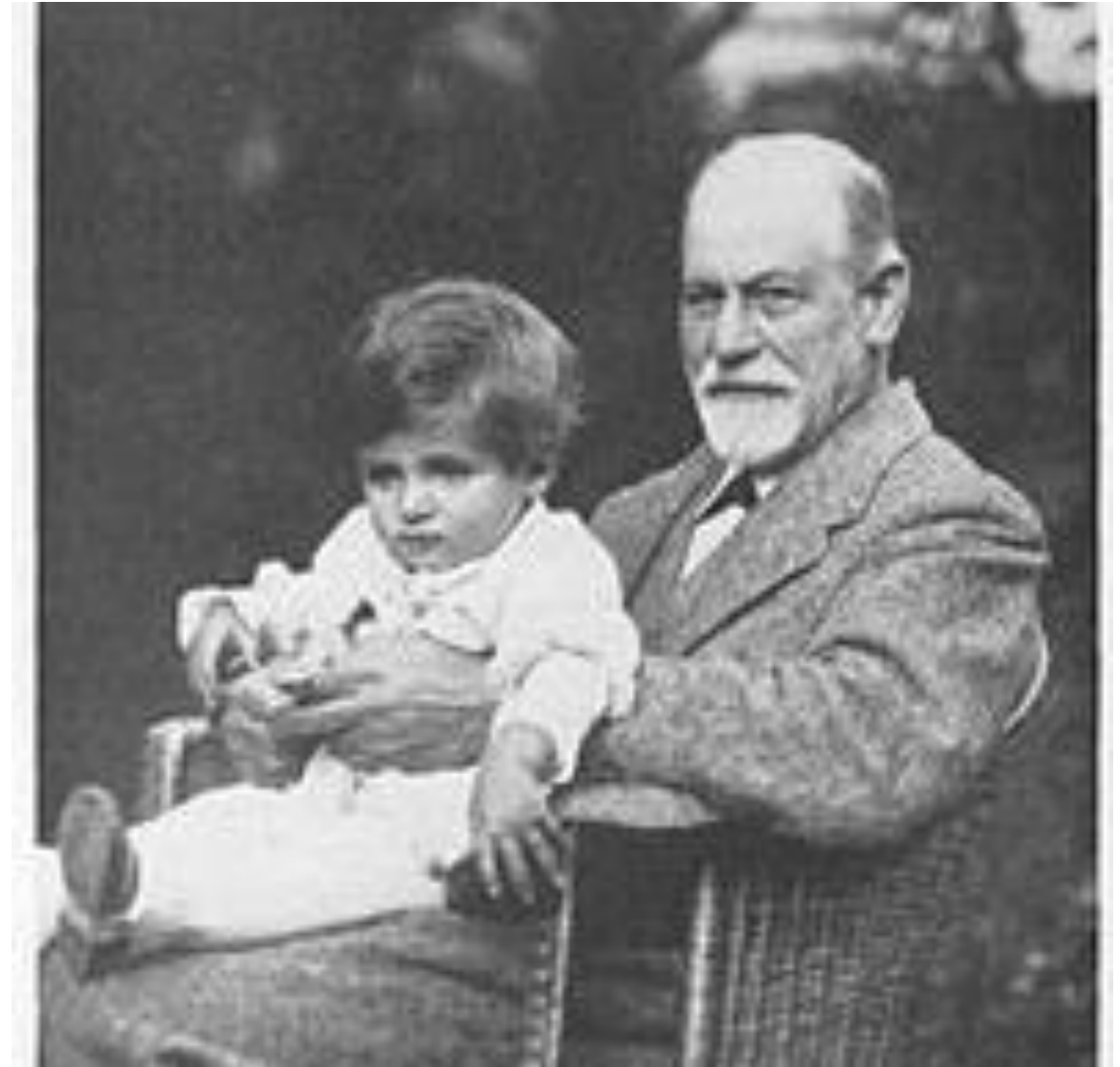
1856-1939



Il piccolo Hans:

analisi della fobia di un bambino di 5 anni

- L'avventura scientifica ed epistemologica sull'infanzia nasce dall'ingresso del bambino nel setting clinico
- Si inaugura con Freud la possibilità, attraverso l'ascolto, l'osservazione e del comportamento infantile la possibilità di entrare nel disagio infantile



Le fasi di sviluppo

Freud divide la vita del bambino in cinque fasi di successivo sviluppo psicosessuale:

Fase orale;

Fase anale;

Fase fallica;

Fase di latenza;

Fase genitale.

Fase Orale



- Corrisponde al primo anno vita del bambino, ed è la prima fase del suo sviluppo psicosessuale.
- La durata della *fase orale*, tuttavia, è variabile in funzione della [società](#) e, in definitiva, del tempo dell'[allattamento](#) comunemente legato ad essa.

Fase Orale

- La relazione fondamentale con il mondo esterno è di tipo nutritivo, con la madre.
- La libido, cioè l'energia sessuale del soggetto, si concentra nella bocca. Tende a portare tutto alla bocca, dal seno della madre agli oggetti che lo circondano.
- La bocca in questo periodo diventa il tramite che lo lega al mondo, alla realtà circostante: tramite questa, il bambino distingue gli oggetti e comincia a capire cosa sono.



- <https://www.youtube.com/watch?v=Y7I92iDqmCo>

Modalità di funzionamento orale

- Assumere il cibo – identificarsi con gli altri significativi
- Attaccarsi (il bambino cerca di rimanere attaccato al seno anche quando viene allontanato) – prototipo dell'ostinazione
- Mordere – prototipo della distruttività
- Lo sputare – prototipo del rifiuto
- Chiudere la bocca porta al rifiuto all'ostilità e introversione

Fase Anale

- Corrisponde all'incirca al periodo che va dai 2 ai 3 anni vita del bambino.
- Corrisponde allo sviluppo fisico che permette al bambino di controllare le funzioni sfinteriche.
- Le fissazioni provocate in questa fase (*fissazioni anali*) sono provocate soprattutto dal modo in cui è stato imposto al bambino l'uso del vasino.
- Conflitto tra riduzione della tensione con l'espulsione e il ritenere.



Fase Fallica

- La fase fallica si sviluppa tra i 4 ed i 5 anni di vita del bambino.
- In questo periodo il bambino si rende conto della diversità tra i due sessi.
- Differenziazione psicologica tra i 2 sessi.



Fase Fallica

- In questa fase si generano:
 - l'[invidia del pene](#) nella femmina (si rende conto di non avere il pene e rimprovera la madre per questa mancanza)
 - il [complesso di castrazione](#) nel maschio (paura di perdere il pene).
- [Complesso di Edipo](#) nei maschi (il padre è il rivale con cui competere per ottenere l'amore della madre)
- [Complesso di Elettra](#) nelle femmine



Fase Fallica

- Punto centrale di risoluzione: l'identificazione con il genitore del proprio sesso.
- La conquista del genitore del sesso opposto non più cercando di sconfiggere il genitore dello stesso sesso ma identificandosi con esso.
- **Identificarsi**: prendere su di sé le caratteristiche dell'altra persona e integrarle nel proprio funzionamento. Vengono assunti gran parte dei valori e della morale dei genitori

Il Super-io è l'erede del complesso edipico!

... questa possibilità di venire a patti con la realtà consente la maturazione psicologica, cercando di trovare soluzioni sempre più adattive.

L'atteggiamento verso l'autorità è sfruttato delle soluzioni trovate in questo periodo

Il piccolo Hans

- Il piccolo Hans era stato colpito da un evento traumatico quando cioè aveva assistito a un incidente: un cavallo che trasportava un carro carico pesante era crollato in strada.
- Dopo l'evento, i genitori del ragazzo notarono che il bambino aveva sviluppato una fobia per i cavalli, in particolare quelli che portavano un carico pesante o che indossavano i paraocchi. Il bambino temeva che i cavalli potessero cadere o scalciare.
- Si sentiva turbato, inoltre, dal modo in cui i carrettieri picchiavano gli animali, o li incitavano gridando "arrì". A causa di questa fobia per i cavalli, il piccolo Hans non voleva più uscire di casa, per paura di incontrare questi animali.

Il piccolo Hans

La fobia insorge a cinque anni, ma si danno alcuni precedenti di interesse.

Hans è un bambino sveglio e vivace, che manifesta precocemente un ingenuo interesse per il suo "fapipì" e per le differenze tra maschio e femmina che non riesce a decifrare. Quando Hans manifesta interesse per il suo "fapipì", per il "fapipì" degli animali e degli adulti, tale interesse viene di continuo sollecitato dal padre.

Quando egli ha tre anni e mezzo, e viene al mondo una sorellina, nonostante Hans sia in casa, si renda conto dell'intervento di un medico e, entrando in camera da letto dopo il parto, veda delle bacinelle piene d'acqua insanguinata, viene indotto a pensare che i bambini siano portati dalla cicogna.

Il caso del piccolo Hans

La valutazione proposta da Freud, che si avvale delle osservazioni del padre, indicano che "sotto la paura del cavallo che morde, espressa in un primo tempo, abbiamo scoperto la paura più profonda del cavallo che cade; e tutt'e due, il cavallo che morde e quello che cade, sono il padre, che punirà Hans per avere nutrito verso di lui desideri tanto cattivi"

Fase di Latenza

- Per quanto Freud non riconosce questa come una fase psicosessuale (perché in essa la libido è dormiente), ne sottolinea l'importanza.
- In questa fase (tra i 6 anni e i 13 anni), il bambino sviluppa le sue amicizie con individui dello stesso sesso e focalizza l'attenzione sul suo sviluppo fisico.

Fase Genitale

- Questa fase inizia con la pubertà e si protrae lungo tutto il resto della vita dell'individuo.
- In questo periodo l'individuo deve risolvere i conflitti e le fissazioni derivanti dalle fasi precedenti perché altrimenti non avrà abbastanza energia sessuale perché si sviluppi completamente in questa fase.

Sigmund Freud



Post freudiani



Attenzione alla teoria e
clinica del bambino

Psicologia del Sè

Daniel Stern



Psicologia
dell'lo

Psicologia delle relazioni
oggettuali

Anna Freud

René Spitz

Margaret Mahler



Melanie Klein

Donald Winnicott

Wilfred Bion

Jonh Bowlby

La psicoanalisi dell'io

La psicoanalisi dell'io o psicologia dell'io

La **psicoanalisi dell'io** pone come focus della propria ricerca le vicende pulsionali e l'adattamento.

Si sviluppa in America tra gli anni **'30 e '60 del XX secolo**, egemonizzando la ricerca e la prassi psicoanalitica, fino ad un suo accantonamento attorno agli anni '70, "sostituita" dal crescente interesse per le relazioni oggettuali.

Gli studiosi con i quali più si identifica la psicoanalisi dell'io sono :

A. Freud, Spitz, Mahler

Estensione del modello
psicoanalitico alla clinica
evolutiva

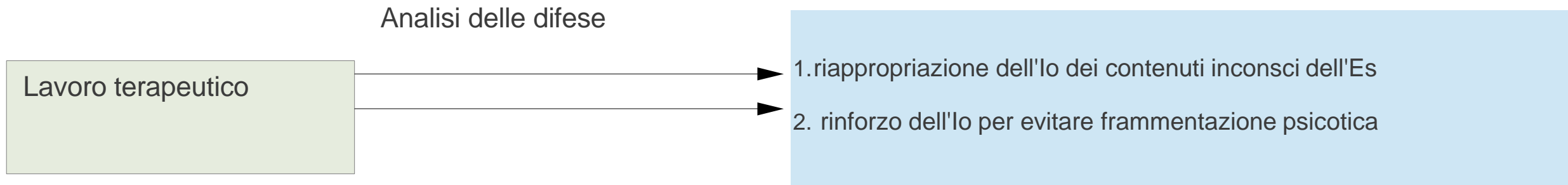
Anna Freud



A.Freud 1895-1982

Oggetto principale della teorizzazione di Anna Freud è l'Io e le misure difensive che mette in atto come protezione dall'angoscia che deriva dal Super-Io, dalla realtà e dalla forza pulsionale

- 1. Le difese nei confronti del Super-io** (nevrosi degli adulti) derivano dalle proibizioni dell'istanza superegoica e dal suo "controllo" dei desideri pulsionali
- 2. Le misure difensive connesse all'angoscia del reale** (nevrosi infantili) derivano dall'inefficienza del bambino a far fronte al rapporto col mondo esterno
- 3. Le misure difensive contro la forza delle pulsioni** è connessa alla funzione dell'Io stesso: l'io tenta continuamente di difendersi dall'invasione di "elementi oscuri"



Prevenzione della psicopatologia

A. Freud si pone il problema di stabilire se una pedagogia psicoanalitica fosse in grado di prevenire nello sviluppo del bambino il sorgere delle nevrosi



Inizia la sua carriera come insegnante applicando i principi psicoanalitici all'educazione



Negli anni diviene meno ottimista rispetto alla possibilità che una educazione psicoanalitica possa prevenire la psicopatologia

L'osservazione diretta del bambino

Osservazione diretta del bambino (privato di cure familiari)



Osservazione studio degli aspetti di normalità e patologia (Normalità e patologia del bambino, 1965)



Studio del processo evolutivo

Le linee evolutive

Principali linee evolutive sono:

- Il graduale passaggio dall'egocentrismo alla socievolezza
- Lo sviluppo dal gioco autoerotico sul proprio corpo, alla capacità di giocare con gli oggetti
- Il passaggio dall'attività di gioco all'impegno nel lavoro
- L'indipendenza fisica ed il passaggio dall'allattamento all'alimentazione
- L'acquisizione del controllo sfinterico
- La conquista della responsabilità verso l'integrità e la salute del proprio corpo

Schema per un profilo diagnostico

I. Motivazione alla segnalazione

II. Descrizione del bambino

III. Ambiente personale e storia personale

IV. Influenze ambientali significative

V. Valutazione dello sviluppo

- libido

- Aggressività (quantità, qualità, indirizzata verso il sé o verso l'oggetto)

- Esaminare le funzioni dell'io (memoria, esame di realtà, linguaggio)

- Sviluppo del super-io (quanto è severo, rigido, indulgente, in grado di regolare il benessere del bambino)

VI. Valutazione della caratteristiche generali

- Tolleranza alla frustrazione

- Capacità di sublimazione

- Atteggiamento generale del bambino verso l'angoscia

- Rapporto tra forze evolutive progressive e tendenze regressive

Margaret Mahler



M. Mahler 1897-1985

Anche la Mahler sottolineò l'importanza dell'ambiente umano: il bambino ha bisogno di un “livello ottimale di piacere” che gli consenta la crescita psichica all'interno di una relazione.



La madre fornisce la funzione di **rispecchiamento**

Se la madre è imprevedibile, irritabile, ansiosa o ostile, tale funzione viene compromessa ed il futuro funzionamento autonomo del bambino diviene problematico

Lo sviluppo procede attraverso tre tappe fondamentali:

1. Fase dell'autismo normale
2. Fase simbiotica
3. Fase della separazione-individuazione

1. Nei primi mesi il bambino emerge lentamente dal “guscio autistico” (**autismo normale**) è questo un periodo di relativa assenza di investimenti dagli stimoli esterni. Il neonato è protetto dall'eccesso di stimolazioni esterne; l'attività dell'organismo tende a mantenere l'omeostasi, “*il bambino è una realtà fisiologica, ma non è ancora nato*” 0m-2m

2. La **fase simbiotica** è la più primitiva relazione umana, è il prototipo delle relazioni fino a circa 1 A. Gradatamente cadono le barriere protettive della fase autistica normale affinché il bambino si abitui progressivamente ad un rapporto più diretto con la realtà, sino alla conquista di una propria identità. La fusione allucinata della diade in una ipotetica membrana simbiotica, sancisce la nascita psicologica del bambino ed il sostegno empatico della madre ne prepara la risoluzione.

3. Fase della separazione-individuazione è caratterizzata da una crescente consapevolezza della separazione tra il Sè e l'altro, del riconoscimento dell'esistenza di una realtà circostante
Sottofasi

1. Differenziazione
2. Sperimentazione
3. Riavvicinamento
4. Consolidamento di una identità individuale

Nella **fase di separazione-individuazione** la relazione simbiotica evolve progressivamente in relazione oggettuale.

Differenziazione – aumento della prontezza e del “ridirezionamento dello sguardo” che, ora è più diretto verso l'esterno, ora di nuovo verso la madre come punto di riferimento.

Sperimentazione – il bambino è sempre più abile nel gattonare si lancia nel mondo esterno, invaso da un senso di onnipotenza. Tuttavia, nonostante si allontani dalla madre continua a viverci psichicamente come una persona sola con lei, con la quale condivide il senso di onnipotenza.

Riavvicinamento – 15-24m il bambino sperimenta uno squilibrio psichico importante: diviene consapevole che è proprio la mobilità a dimostrare la separatezza psichica dell'unione simbiotica. È un momento di ambivalenza tra desiderio di autonomia e paura ansiosa di abbandono, gli allontanamenti si alternano a crisi di riavvicinamento per i “rifornimenti affettivi”. La comprensione emotiva della madre e la sua accettazione in tutto il percorso evolutivo, in special modo nella fase di riavvicinamento sono fondamentali per l'equilibrio psichico del bambino e per il suo sviluppo.

Costanza dell'oggetto l'interiorizzazione della figura materna consente via via allontanamenti più prolungati nel tempo e la diminuzione delle paure di abbandono, avviene una stabilizzazione della relazione a livello interno che avvierà un processo al quale, assieme allo sviluppo delle funzioni dell'Io, si accompagnerà il consolidamento dell'identità personale

Consolidamento dell'individualità- dopo il 3 anno il bambino riesce ad avere un'immagine materna che integri aspetti positivi e negativi

La psicoanalisi delle relazioni oggettuali

Rappresenta l'altro grande filone di ricerca che ha raccolto ed esteso la ricchezza dell'eredità freudiana. **Tuttavia, i contributi sono spesso distanti e diversi fra loro; ciò che fornisce una comune ispirazione è l'accentuazione della prospettiva evolutiva per risalire alle origini dell'esperienza psichica e l'enfasi sulle primissime relazioni: l'oggetto che media con il mondo, che viene interiorizzato, che fa da sostegno alla costruzione della personalità individuale.**

All'inizio degli anni '40 dopo decenni di discussioni la *British Psychoanalytic Society* si divise in tre gruppi: coloro che accettavano pienamente le innovazioni di *Melanie Klein*, coloro che restavano fedeli ai concetti freudiani ed alla pratica tradizionale (*Anna Freud* e gli *psicologi dell'Io*) ed il *gruppo di mezzo* o “*indipendente*” che elaborò versioni non kleiniane.

Klein,
Bion,
Winnicott,
Bowlby.

La teoria kleiniana divide il mondo psicoanalitico



Scuola di Londra



- ✿ I bambini sono analizzabili come gli adulti: interpretazione
- ✿ Il gioco è analogo alle libere associazioni adulte



Scuola di Vienna
(Anna Freud)



- ✿ I bambini piccoli non sono analizzabili, l'io è troppo debole e non sa gestire l'interpretazione del conflitto profondo
- ✿ Approccio pedagogico



Melanie Klein

1882-1960

Cenni biografici

- ▶ M. Klein entra in contatto con la psicoanalisi nel 1914 con S. Ferenczi, suo analista.
- ▶ Soffriva di gravi depressioni e si stava avviando ad essere un'invalida psichica quando venne a conoscenza dell'opera di Freud
- ▶ Nel 1919 inizia a scrivere articoli sulle sue osservazioni e sul lavoro clinico con i bambini, inizialmente suoi figli

Contributi teorici

L'opera della Klein rappresenta una delle tappe più innovative e problematiche del pensiero psicoanalitico;

Gli impulsi distruttivi, nelle primissime fasi dello sviluppo, anticipano la comparsa delle istanze dell'Io e del Super-Io del modello strutturale.

La Klein sostituì alla versione freudiana della mente di strutture stabili e coerenti un ritratto della mente come un flusso di immagini fantasie e terrori primitivi in continuo cambiamento.

La psiche non solo del bambino rimane sempre fluida costantemente impegnata a tenere lontane le angosce psicotiche; contro profonde angosce di annichilimento (angoscia paranoide) e di abbandono assoluto (angoscia depressiva)

Contributi teorici

Lo sviluppo è concepito in “posizioni” - uno stato di organizzazione dell'Io in rapporto alle sue relazioni con gli oggetti, alla natura dell'angoscia e alle difese attivate per il suo controllo

Posizione schizoparanoide (3-4 mesi di vita)

Il bambino vive la madre come “oggetto parziale” cioè quando la madre soddisfa i suoi bisogni primari, quando è presente e lo allatta, ella è sentita come oggetto buono; è invece oggetto cattivo quando è assente e lo frustra nei suoi desideri. In questa fase non ci sono i sensi di colpa per le pulsioni aggressive contro la madre quando lo frustra. Infatti, per il bambino la madre non è ancora riconosciuta come “oggetto totale”, cioè come colei che assomma aspetti frustranti e aspetti gratificanti.

Il bambino, fin dall'inizio della vita, è dominato da due istinti:

- una pulsione aggressiva, distruttiva (istinto di morte)
- una pulsione d'amore o libido.

Il bambino proietta questi istinti sulla madre, a seconda se lo gratifica o lo frustra. Così il seno, che è sentito contenere una gran parte dell'istinto di morte del lattante è sentito come cattivo e minaccioso per l'Io e dà luogo nel bambino ad angosce di tipo persecutorio.

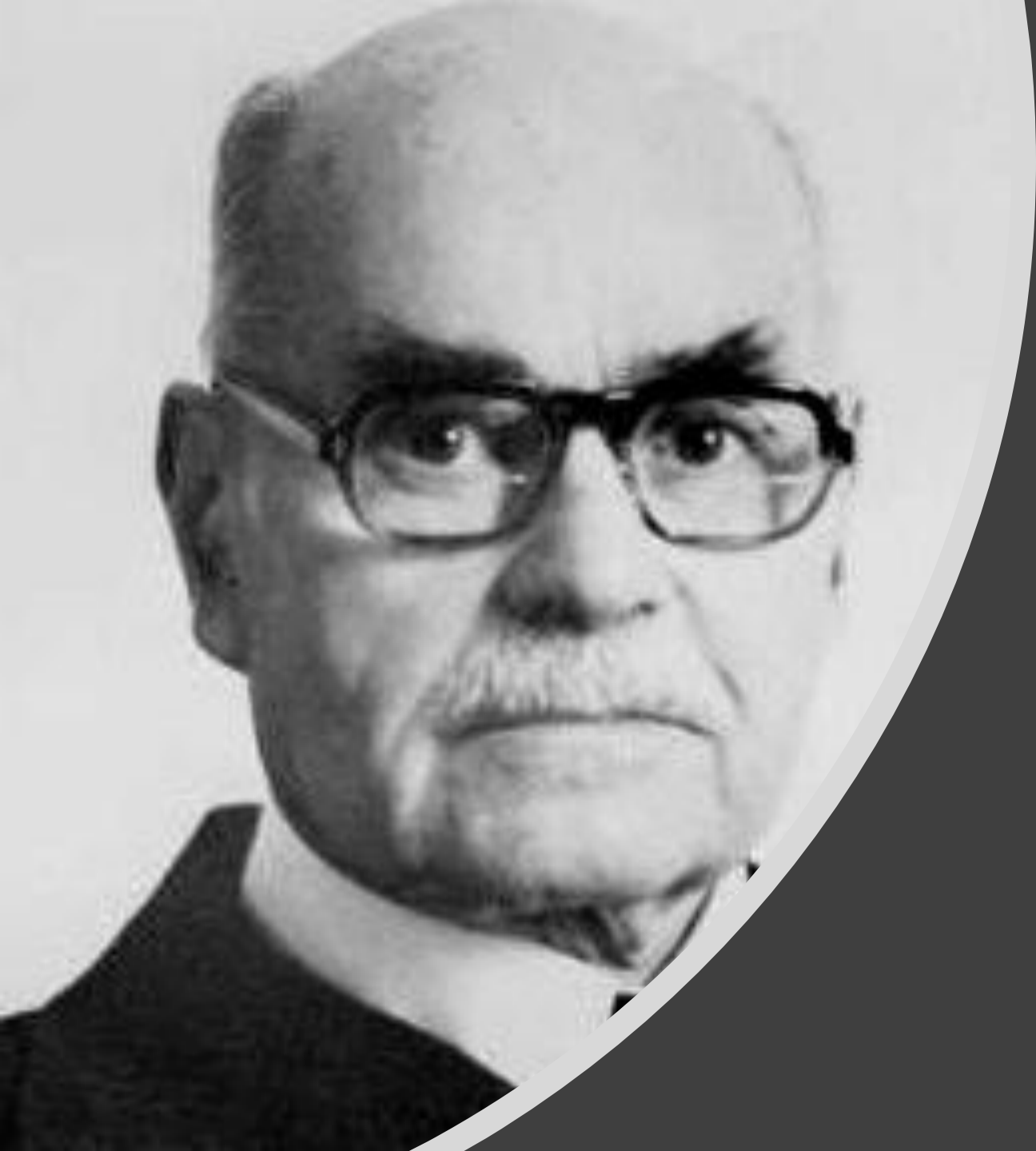
Contributi teorici

POSIZIONE DEPRESSIVA (dai 3-4 ai 6 mesi)

Il bambino inizia a percepire la madre come “oggetto totale” che unifica in sé sia aspetti buoni che cattivi. Ora che la madre buona e cattiva non sono più separate, il bambino percepisce i suoi impulsi distruttivi come pericolosi, in quanto danneggiano la madre. Da ciò derivano il senso di colpa e l'angoscia depressiva che si risolvono con la riparazione e la sublimazione dell'aggressività. Nella riparazione l'istinto di vita prevale su quello di morte.

La Klein ci insegna che è fondamentale per la “struttura” della personalità il raggiungimento della posizione depressiva che si ha nella misura in cui le pulsioni libidiche e l'amore prevalgono sulle pulsioni distruttive e di annientamento.

La strutturazione psicotica avviene secondo la Klein quando il bambino non riesce a passare dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva. Infatti, la capacità di fronteggiare **il senso di colpa è condizionata dalla fase precedente**, dal fatto che il bambino sia riuscito a mantenere dentro di sé qualità buone della madre. Se l'ambiente non è stato sufficientemente gratificante, ciò non accade.



Wilfred Bion

1897-1979

Contributi teorici

Rêverie materna – è la capacità della madre di operare trasformazioni su tutte le esperienze sensoriali ed emotive e di restituirle al bambino in una forma -che per la sua immaturità- possa essere tollerata e accettabile. Nella situazione analitica è collegata alla funzione α : la capacità della madre/terapeuta di recepire comunicazioni verbali o preverbalì del bambino/paziente e di accompagnarla ad una attività di elaborazione.

In generale **la funzione α** assicura il rapporto con la realtà e sostiene lo sviluppo del pensiero e della personalità. L'attività di tale funzione produce **elementi α** immagazzinati in immagini sensoriali utilizzabili dai pensieri onirici, dal conscio, dalla memoria

Ciò che non può essere metabolizzato e trasformato costituisce gli **elementi β** che si sottraggono all'attività di pensiero, permangono in nuclei psicotici che possono costantemente intrudere nell'attività di pensiero.



Donald Winnicott

1896-1971

Contributi teorici

Non esiste un bambino ma una coppia madre-bambino: prima della nascita e per diverso tempo dopo questa, madre e bambino costituiscono una unità ambiente-individuo e non possono essere considerate, né tantomeno studiate come entità separate. A questo livello il bambino è in uno stato di dipendenza totale ed esiste in funzione delle cure materne

Preoccupazione materna primaria- è una “condizione di straordinaria” devozione psichica e fisiologica e comportamentale -che inizia già alla fine del terzo trimestre di gravidanza-, simile ad uno stato di dissociazione che consente alla madre “sufficientemente buona” di fornire al bambino l'ambiente necessario al sostegno del proprio sé.

Contributi teorici

Questo stato di “malattia normale” della madre consente al bambino di integrare la corrente non integrata (non disintegrata- *going on being*) delle numerose sensazioni che gli provengono dall'interno e dall'esterno, dei bisogni e dei desideri che attraverso la madre trovano soddisfacimento.

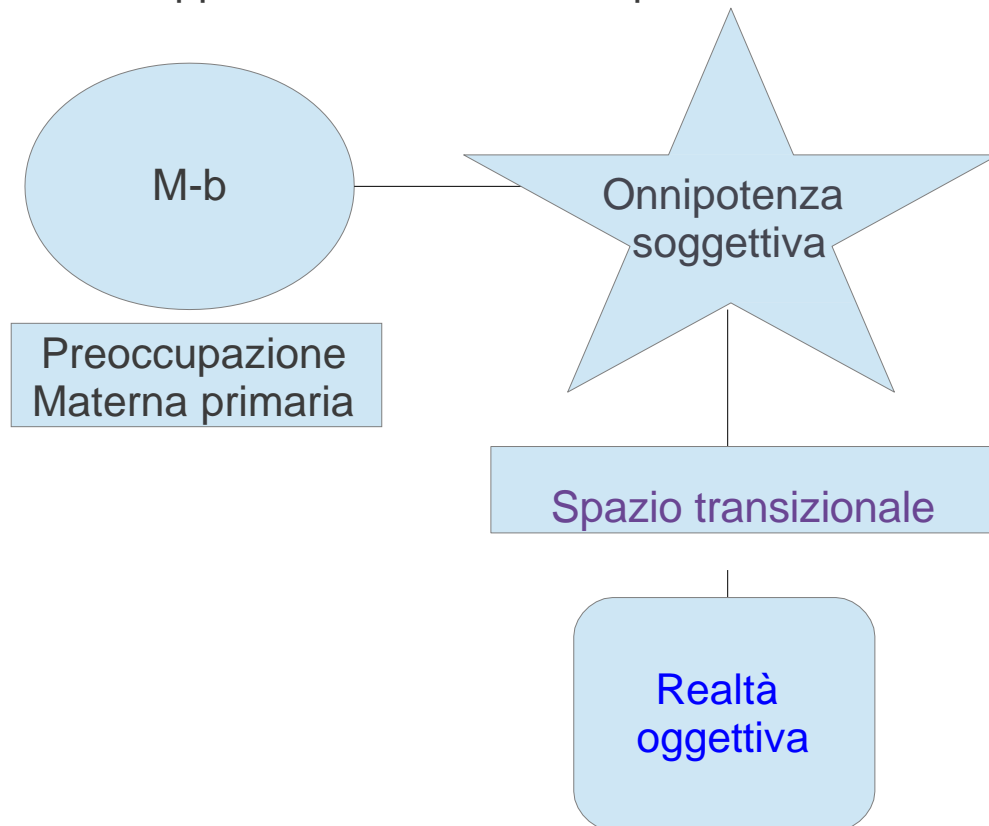
Il soddisfacimento dei desideri e dei bisogni che prosegue con la sensibilità materna con l'accudimento-manipolazione e la creazione di uno spazio protetto di attesa della crescita (*handling-holding*) per qualche tempo, dona al bambino un senso di **onnipotenza soggettiva**, un momento di illusione- la convinzione di essere onnipotente e creare col desiderio gli oggetti.

Man mano che la madre, da una situazione vicariante gradualmente si ritrae, il bambino comincia ad avvertire la sua separatezza, il “non me”, osserva che i suoi desideri non sono onnipotenti, e non ultimo, che egli è dipendente: altre soggettività esistono oltre la propria, e l'appagamento di un desiderio è il frutto di una trattativa.

All'esperienza infantile di onnipotenza soggettiva si aggiunge ad un certo punto l'esperienza di una **realtà oggettiva** che non sostituisce la prima ma esiste in rapporto dialettico con la prima, Winnicott infatti, non considera lo sviluppo come una sequenza lineare in cui ogni stadio sostituisce il precedente. Questa nuova esperienza consente di sentire che i suoi gesti sono reali e significativi anche se devono essere negoziati con altri.

Tra le due forme di esperienza si colloca lo **spazio transizionale** – nel quale il bambino abbandona l'onnipotenza soggettiva per incontrare la realtà oggettiva.

Lo spazio transizionale è caratterizzata dall'**oggetto transizionale**: qualcosa di non creato e controllato e neppure separato e trovato. L'oggetto transizionale: l'orsetto di pezza, il lembo di tessuto, od un altro oggetto è importante non soltanto perché sta al posto della madre ma rappresenta l'estensione speciale del Sè



Contributi teorici

È nello **spazio potenziale** tra dimensione soggettiva e dimensione oggettivamente percepita che hanno luogo l'esperienza culturale e il lavoro creativo- dal rapporto di fiducia tra madre e bambino che può emergere un'area di gioco intermedia, dove ha origine l'idea del magico, dove si esprime tutto il potenziale della personalità, si comincia a giocare da soli e si passa a giocare/costruire con gli altri.

Per Winnicott non era solo il nutrimento ad essere cruciale, ma l'amore, non la gratificazione dei bisogni ma la sensibilità della madre verso gli aspetti personali dell'esperienza del bambino: *“il bambino può essere nutrito senza amore, ma la mancanza di amore come gestione impersonale non può riuscire a creare un nuovo e autonomo bambino umano”* Winnicott, 1971

La carenza materna cronica produce una scissione radicale del Sé, tra le fonti autentiche del desiderio e del significato (**vero Sé**) ed un sé compiacente (**falso sé**) che nasce dalla necessità prematura ed inevitabile di affrontare il mondo esterno.