

LA PSICANALISI È ADATTA AI BAMBINI?¹

di Marisa Fiumanò

A questa domanda cercherò di rispondere sia considerando la storia della psicanalisi infantile attraverso alcuni dei suoi e soprattutto delle sue rappresentanti, sia considerando l'attualità, il nostro sociale. Parto cioè dall'ipotesi che la questione non si ponga esattamente negli stessi termini per Freud o Melanie Klein e per noi che abitiamo questo inizio di millennio.

La questione della specificità della cura con i bambini si è posta fin dall'inizio, con il caso di Hans. Un'analisi esemplare condotta dal padre di Hans in controllo, potremmo dire, con Freud. Sappiamo che la madre di Hans, Olga era in analisi con Freud e che Hans sapeva che il suo caso era seguito dal "Professore". In quel caso, particolarmente fortunato, si era verificata la messa in atto di un insieme di transfert "positivi" sia da parte dei genitori che da parte del bambino, evento piuttosto raro, almeno all'inizio di una cura. In genere questa condizione non è un dato ma qualcosa da mettere a punto, vale a dire che quasi sempre il transfert deve prendere forma e il suo consolidamento è il risultato di un lavoro. Secondo alcuni analisti, come ad esempio Gabriele Balbo, il lavoro preliminare con i genitori è addirittura una condizione che deve precedere ogni possibile lavoro col bambino². Secondo Balbo l'analista dovrebbe inizialmente incontrare i genitori senza il bambino e attendere l'assetto del loro transfert per poter poi iniziare una cura con il figlio.

Non bisogna accogliere queste tesi come prescrittive, e dunque come un suggerimento "tecnico", ma come la testimonianza di uno stile di lavoro confrontato ad una difficoltà specifica: nella cura col bambino, si pone la questione del *chi* domanda. In modo specifico si pone anche la questione del sintomo, nel senso che il bambino può costituire il sintomo di una coppia, di una famiglia al di là del proprio sintomo. Il sintomo, per un bambino, può essere l'unico modo di farsi

¹ Questo titolo corrisponde al tema delle Giornate di Studio di Havre del 14 e 15 dicembre 1991 organizzate dall'Association Freudienne Internationale.

² Gabriel Balbo, *Comment travailler avec les parents?*, in «La psychanalyse de l'enfant», n°11, Editions de l'Association Freudienne.

intendere ma bisogna poter riconoscere se il sintomo è interno alla sua struttura oppure se è reattivo all'inconscio dei genitori.³

Nel caso di Hans il sintomo, la fobia dei cavalli, faceva parte della sua struttura: esso era insorto nel momento in cui, con la nascita della sorellina, non aveva potuto evitare l'incontro col fallo in quanto significativo, ci dice Lacan nel suo IV seminario *La relazione d'oggetto* interamente dedicato ad Hans. Quanto al transfert non c'era transfert negativo da parte dei genitori: il padre era il portaparola di Hans e anche colui che gli restituiva le sue parole. In questo senso funzionava come analista, come un praticante esordiente che sottoponeva al vaglio di Freud un materiale scrupolosamente raccolto. Questo materiale consisteva fondamentalmente nel prendere nota di quanto Hans diceva, cioè del testo del suo discorso.

La psicanalisi delle origini, d'altronde, contemplava la possibilità che i genitori analizzassero i propri figli: lo ha fatto Freud con la figlia Anna, Melanie Klein con il figlio Eric; poi la pratica si era diffusa, soprattutto nei paesi anglosassoni. Winnicott ne aveva fatto l'oggetto della sua elaborazione. Egli riteneva che i genitori fossero degli ottimi analisti dei propri figli a patto che assumessero un controllore e referente terzo. In altre parole Winnicott riprendeva lo spirito dell'analisi di Freud con il piccolo Hans ma non escludeva che il bambino fosse capace di domanda propria. Il caso "Piggle" ne è una dimostrazione. Winnicott condusse la sua cura "su richiesta" come diceva lui stesso. E la "richiesta" veniva da Piggle. Quattordici sedute in due anni e mezzo, cioè fino ai cinque anni d'età di Gabrielle, il vero nome di Piggle. Il caso fu reso noto solo un anno e mezzo prima della morte di Winnicott, avvenuta nel 1971, attraverso una singolare "supervisione" pubblica che Winnicott annuncia in una lettera al suo allievo Ishak Ramzy⁴. Agli analisti dell'IPA riuniti a Londra nel 1969 Winnicott parlò del caso di Piggle da una posizione di analizzante.

Ne seguì una vivace discussione in cui si poneva il problema se il trattamento proposto da Winnicott fosse da considerare psicoanalisi o psicoterapia. «Winnicott

³ Martine Lerude, voce *Psychanalyse d'enfant*, in *Dictionnaire de la psychanalyse*, Roland Chemama, Bernard Vandermersch (edd.), Larousse 1998.

⁴ *Premessa del curatore*, in Donald W. Winnicott, *"Piggle" una bambina*, Boringhieri, Torino 1982.

rispose richiamando l'attenzione su ciò che faceva con il transfert e con l'inconscio piuttosto che sulle circostanze formali della situazione analitica, o sulla frequenza o regolarità delle sedute»⁵.

La freschezza e la libertà con cui Winnicott risolveva la particolarità propria di ciascun caso, ci riconducono al caso di Hans, per chiederci:

Freud non ha chiesto di incontrare Hans perché riteneva che i bambini non fossero analizzabili, in altre parole che non fossero capaci di transfert? Questo è quello che teorizzerà sua figlia Anna e che costituirà un terreno di scontro radicale con le posizioni di M. Klein. Possiamo anche ipotizzare che Freud si sia limitato ad accogliere la domanda così come gli veniva posta, cioè da parte del padre di Hans: vale a dire che non si sarebbe posto problemi di setting o di tecnica, di conformità a uno standard analitico, ma che ha accolto la domanda così come era stata formulata. D'altra parte, Freud probabilmente riteneva che un padre fosse nel posto giusto per analizzare un figlio perché, a differenza della madre, ha con lui un rapporto non suggestivo.

Comunque, il caso fondatore della psicanalisi infantile è stato trattato con una grande libertà che conferma la tesi che Lacan enuncia nel primo dei suoi seminari, che cioè anche negli scritti cosiddetti tecnici Freud non avrebbe parlato affatto di tecnica perché il ricorso alla "tecnica" segnala una resistenza dell'analista, dunque ostacola la produzione inconscia.

Freud non ha dovuto far ricorso a nessuna delle tecniche che alcuni analisti adottano per rendere più facile il lavoro con i bambini: il gioco, il disegno, anche se Hans, come tutti i bambini, disegnava. Ha fatto invece un puro lavoro di parola, si è occupato del rapporto del soggetto con i suoi enunciati e questo è stato possibile perché il padre di Hans sosteneva il transfert.

Anna Freud invece, che come molte analiste infantili, ha una forte vocazione pedagogico-educativa, parte dall'assunto che i bambini non siano capaci di transfert dato che vivono avvenimenti non ancora rimossi, reali, all'interno della famiglia, che non siano capaci di formulare una domanda, che non si riconoscano come malati e non abbiano voglia di guarire. Si tratta quindi di insegnargli tutte

⁵ Ivi, pag. 2.

queste cose perché possano domandare. Per Anna Freud, che ritiene il bambino incapace di transfert perché secondo lei vivrebbe nel “reale” avvenimenti non rimossi, è necessario un metodo specifico. Questo metodo dovrebbe sopperire al fatto che da parte del bambino non c’è alcuna domanda di cura; che, siccome non si sente malato, non può chiedere di voler guarire. La proposta di Anna Freud è di inoculare nel giovane paziente la coscienza della malattia in modo che possa riconoscere che essa viene dall’interno. Da qui si produrrebbe, secondo lei, la possibilità di domandare.

Per Anna Freud la domanda sarebbe quindi il risultato di un processo pedagogico. Martine Lerude⁶ fa notare che Anna voleva verificare, attraverso l’osservazione dei bambini, le ipotesi del padre. L’osservazione significa la prevalenza dello sguardo rispetto all’ascolto (vedi di Anna Freud *Il trattamento psicoanalitico con i bambini*), vale a dire qualcosa che sostiene il livello immaginario del transfert ma ostacola l’assetto di un transfert simbolico.

Su questa questione: il bambino è capace o no di transfert e di domanda? verte la disputa tra Anna Freud e Melania Klein che ritiene di essere più freudiana di Anna, che invece misconosce il transfert e la capacità del bambino di fare associazioni libere. L’attacco di M. Klein a Anna Freud avviene nel 1927 ma, benché lei reclaims la sua filiazione dal maestro (era stata analizzante prima di Ferenczi e poi di Abraham) Freud non vorrà conoscerla e neanche riconoscerla come sua erede.

La Klein lavora direttamente con i bambini attraverso la costruzione di quello che chiama “uno spazio terapeutico”. Fa uso di giochi per sollecitare le libere associazioni, teorizza un edipo precoce, un’angoscia primitiva legata a fantasmi primordiali: distruzione del corpo della madre per appropriarsi degli oggetti che contiene, primo fra tutti il pene paterno. Le sue interpretazioni hanno di mira soprattutto l’angoscia e, come sappiamo, ad esempio dal caso del piccolo Dick, sono molto precoci. Anche l’edipo che teorizza è precoce e si colloca all’epoca dello svezzamento. Da qui la teorizzazione di una “nevrosi di transfert” identica a quella

⁶ Martine Lerude, voce *Psychanalyse d'enfant*, cit.

rintracciabile negli adulti. La “tecnica” che permette di ottenere l’equivalente dell’associazione libera è l’uso del gioco, finalizzato alla produzione di significanti.

Le tesi kleiniane permettono il lavoro con bambini piccoli dato che a due o tre anni l’inconscio di un bambino, come lei sostiene, si è già costituito.

Vedremo che, in tempi molto più recenti, Françoise Dolto prenderà in cura bambini ancora incapaci di parlare, addirittura lattanti, ma non per questo fuori dal linguaggio. Dolto partiva dal presupposto che i bambini, anche molto piccoli, fossero perfettamente in grado di capire quanto gli si diceva. Un’intuizione, questa, che costituiva un’indicazione per le madri visto che un *infans* capisce senza essere ancora in grado di parlare. Le madri dovevano essere in grado di verbalizzare bisogni e desideri del bambino. Su questo punto Jean Bergès è andato più lontano, come avremo modo di ricordare più avanti.

Anche Dolto era animata da preoccupazioni pedagogiche rivolte, per la verità, più ai genitori che ai bambini. I suoi scritti, ma soprattutto le trasmissioni radiofoniche che teneva con regolarità, hanno influenzato generazioni di genitori, e non solo in Francia.

Con qualche eccezione, la questione della tecnica sembra essere al centro delle preoccupazioni degli analisti che lavorano con i bambini soprattutto perché, a differenza dell’analisi con gli adulti, non è semplice stabilire chi pone la domanda e quindi con chi si stipula il contratto analitico. A domandare sono i genitori? È il sociale (ad esempio la scuola)? Oppure il bambino?

A monte di entrambe le questioni – chi fa la domanda e con chi si stipula il patto analitico – c’è il problema del transfert. Il ricorso alla tecnica costituisce in una certa misura un aggiramento del problema della domanda e del transfert.

Se un bambino ha dei problemi o pone dei problemi agli adulti, e per questo ci si rivolge a un analista, questo non comporta necessariamente un transfert dei genitori nei suoi confronti, un’attribuzione di sapere. Più spesso, ci si attende un saper fare, un miracolo di ortopedia psichica, una modificazione del comportamento, un adeguamento del bambino al proprio ideale.

Un analista degli anni Venti poco conosciuta, Hermine von Hug Helmuth, autrice di un *Journal d’une petite fille* (Denöel, inedito in Italia), parte proprio dalla difficoltà,

per un bambino, di costituire e mantenere un quadro stabile in analisi. Come nota Balbo⁷ si è trattato di una presenza audace all'interno del movimento psicanalitico. Nel 1920, nel corso del Congresso di La Haye, contraddicendo Freud, lei afferma che non è possibile analizzare il proprio figlio: perché il bambino non rivela i suoi pensieri più intimi al padre e alla madre e anche perché il narcisismo dei genitori non sopporterebbe la franchezza del bambino. La sua posizione, opposta a quella di Freud, non ebbe alcuna ricezione.

Al di là delle questioni di tecnica, la Helmuth si poneva soprattutto delle questioni che avevano a che fare con il transfert e con la difficoltà di mantenerlo in modo che potesse assicurare il prosieguo della cura. Si rendeva però ben conto che le condizioni della cura con un bambino danno luogo a un transfert, soprattutto negativo. Il bambino segue la cura spesso suo malgrado dato che ricava godimento dalla sua sofferenza e il malessere rinforza la sua sensazione di onnipotenza.

H. Hug von Helmuth constata che, rispetto ai genitori, il progetto di analizzare il bambino non si presenta sotto i migliori auspici, anche quando essi formulano di loro iniziativa la domanda. In realtà non si tratta della formulazione di una domanda intesa nel suo senso analitico. I sintomi del bambino, l'insuccesso di altri metodi di trattamento, l'attesa di un miracolo conducono i genitori come ultima *ratio* dallo psicanalista, ma nei suoi confronti nutrono soprattutto diffidenza; dubitano che l'analista possa riuscire laddove altri tentativi sono falliti. Conviene perciò creare la loro fiducia, mantenerla nel corso di tutta la cura, sapendo che la ferita narcisistica va per loro da un'estremità all'altra della presa in carico: si presentano come colpevoli di aver fallito e sanno che il miglioramento del loro bambino sarà dovuto essenzialmente all'analisi e poco a loro. Esattamente come per il bambino anche con loro tutto comincia con un transfert negativo. Per questo, aggiunge Balbo, Freud riteneva che si dovessero indurre i genitori a incominciare un'analisi personale.

La Helmuth, invece, riceveva innanzitutto i genitori perché con loro va negoziato il contratto analitico, poi cominciava la cura del bambino a casa di lui e appena il transfert non produceva più sui genitori delle ferite narcisistiche, spostava le

⁷ Gabriel Balbo, *Comment travailler avec les parents?*, cit.

sedute nel suo studio dove riceveva il bambino e, regolarmente, anche il padre e la madre.

È difficile, in questo modo, separare il trattamento del bambino da quello con i genitori, come invece va fatto. Il procedimento della Helmuth, così attento a non intaccare il narcisismo dei genitori, in realtà lo rinforza senza che questo serva ad evitare un lavoro di lutto. Resta una difficoltà, in questo tipo di “terapia familiare” che è, come riconosce la Helmuth, quella di tenere i genitori al loro posto, cioè fuori dell’analisi del bambino; cosa che, magari dopo averli coinvolti, ad esempio interrogati per verificare la veridicità di un racconto o di un ricordo, è davvero difficile.

In realtà, una volta iniziata la cura col bambino, anche se l’analista incontra i genitori, non può rivelare niente del segreto della cura, né è importante la veridicità dei ricordi del bambino perché, se il bambino è in analisi, è un soggetto come un altro e, come in qualsiasi analisi, la sua è una “costruzione”. I genitori non hanno quindi nessuna “verità” da rivelare all’analista, cioè qualcosa che solo loro conoscono, perché non è con questo tipo di verità che ha a che fare l’analisi.

Possiamo sostenere che il lavoro con i genitori serva soprattutto a far loro accettare il fatto che la cura del loro bambino sarà un segreto per loro, che loro non possano avervi accesso. Mi è capitato ad esempio di osservare delle reazioni violentemente aggressive, o delle posizioni masochiste, da parte di genitori esclusi dalla cura senza che fosse data loro alcuna possibilità di elaborare la rinuncia ad avervi accesso. E questo, certo, non può non riflettersi sul bambino.

Per ovviare a queste difficoltà, indubitabili e certamente specifiche dell’analisi con i bambini, insieme alle costruzioni teoriche, alcuni analisti hanno proposto delle tecniche, da applicare più o meno rigidamente.

Adesso che abbiamo descritto per sommi capi come si sono poste la questione della specificità dell’analisi infantile le “signore” della prima generazione psicanalitica, possiamo chiederci se, oggi, si tratti ancora delle stesse questioni o se, pur restando le stesse, non si pongano in modo diverso e che tipo di ipotesi sono state avanzate o possiamo avanzare in proposito.

In effetti oggi abbiamo a che fare con una specificità raddoppiata della cura perché i soggetti che anagraficamente definiamo bambini sono presi in un sociale profondamente mutato. Allora, ammesso che esistano i bambini, come si pone per noi oggi il problema della specificità della loro cura?

Ancora il caso Hans ci fornisce lo spunto per osservare che, se una volta era del tutto pensabile un'analisi del bambino attraverso il padre, oggi, sempre di più è la madre che si occupa del bambino e lo porta in cura, e questo va ascritto alla posizione marginale dei padri all'interno della famiglia, oppure al numero crescente di famiglie monoparentali costituite dalla madre e dal bambino. Recentemente le cose si sono in parte modificate nel senso che alla prima consultazione può essere presente anche il padre. Ma cosa indica questa presenza? Si tratta di un'adesione all'ideologia della famiglia "moderna", un adeguamento alla cosiddetta parità fra i sessi? È un conformarsi al modello di "nuovo padre" sostenuto dai media? È uno smarrimento di fronte alla difficoltà di esercitare la propria funzione?

Nel mio studio c'è una poltroncina per le consultazioni a cui ne aggiungo altre due, che sono meno comode e, per motivi di spazio, più distanti dalla scrivania, quando ricevo i genitori col bambino. In genere, e senza esitazioni, la madre occupa la poltroncina, vale a dire il posto di chi prende la parola. Perché allora il padre è fisicamente lì? Chi domanda? È una questione.

A meno che non ci siano problemi gravi, cioè in caso di psicosi o di autismo, i bambini oggi presentano dei disturbi più che dei veri e propri sintomi. Disturbi e non sintomi e un numero crescente di richieste di consultazione che si è verificato negli ultimi anni. Il motivo della richiesta d'aiuto consiste in "disturbi" di vario genere, dal pianto che accompagna l'andare a scuola, agli incubi notturni, alle difficoltà col cibo e così via.

Oggi le domande si presentano sempre più come asintomatiche, cioè non hanno a che fare con disturbi, con sintomi intesi nel senso analitico del termine. Che cos'è allora che cercano o che trovano i genitori che chiedono una consultazione? Evito di porre la questione della differenza tra il luogo, istituzionale o privato, in cui viene posta la domanda per privilegiare il senso di questa tesi attraverso un esempio clinico.

Si tratta di Line, una bambina di tre anni e sette mesi che piange ogni volta che la si accompagna a scuola, che ha incubi notturni, che vuol dormire accanto al letto dei genitori, che non vuole staccarsi dalla madre neanche se va nella stanza accanto, che è aggressiva ma... che non ha alcun problema a scuola.

Mentre gli adulti parlano, Line non mi rivolge mai la parola, si accosta continuamente alla madre e si rivolge solo a lei. Ha accettato di disegnare ma manipola i pastelli fino a bucare il foglio; uscendo rifiuterà di lasciarmi il disegno. Formulo a voce alta l'ipotesi secondo cui Line ha l'abitudine di risolvere tutto senza aiuto e che non è contenta di essere qui (il padre è d'accordo).

Lo psicanalista propone di rivedere i genitori ma l'incontro ha già avuto l'effetto di calmare Line. Questo, forse, produrrà fra qualche anno una domanda che lei stessa potrà formulare. Per il momento invece non c'è che un transfert negativo da parte della bambina. Tuttavia il fatto che lei sappia quando e dove produrre i suoi "disturbi" (a casa e non a scuola) rende la diagnosi favorevole e permette di aspettare che la domanda di Line prenda forse forma un giorno.

È un genere di situazione che si presenta di frequente e pone le seguenti questioni.

Si tratta di nevrosi del bambino?

Questa situazione può dirsi moderna?

Come spiegare, nel caso di Line, l'efficacia della consultazione e la rapidità della diminuzione dei disturbi visto che sembrava si producessero da parecchio tempo?

Si tratta di persuasione? E di che genere di persuasione?

Tutto questo rinvia alla questione del: che cosa vengono a cercare i genitori che si rivolgono a noi? E che cosa domandano i bambini?

C'è una differenza con quanto è accaduto nel caso di Hans?

Nel caso di Line l'analista ha formulato un'ipotesi che riguardava il suo sapere, il sapere di Line, e lo ha fatto ad alta voce. Line ha compreso, così come aveva compreso molte altre cose, come i bambini comprendono molte cose che gli adulti ignorano che loro sappiano.

La soggettivazione del bambino, sostiene Bergès, avviene attraverso l'ipotesi della madre che gli accredita un sapere, che lo interroga anche se è piccolissimo: «Hai fame? Hai freddo? Ti sei fatto male?». Bergès chiama una madre del genere una

madre transattivista e perciò “competente” cioè capace di “forzare” l’accesso del bambino al simbolico attraverso questa attribuzione, questa ipotesi sul suo sapere. Possiamo dire che in questo caso l’analista ha riconosciuto a Line, in presenza dei genitori, un sapere di cui questi ultimi sembravano non rendersi conto, è stato “transattivista” al loro posto.

È una situazione abbastanza frequente che i genitori parlino, a proposito dei loro bambini, come in segreto, convinti che loro non siano in grado di capire, che non sappiano. Potremmo chiederci se il decidere tutto senza chiedere l’aiuto di Line non fosse un modo di affermare attraverso gli atti una soggettività non riconosciuta altrimenti.

Resta comunque il fatto che Line non fa alcuna domanda, a parte reagire all’intervento dell’analista con un acquietamento.

Si tratta di una nevrosi nel suo caso?

A differenza di Hans che aveva fabbricato un sintomo per attirare l’attenzione dei genitori sulle difficoltà che gli poneva il confronto con il fallo, confronto inevitabile che la nascita della sorellina aveva fatto precipitare, nel caso di Line il sintomo viene evitato. È questa assenza di sintomo che rende moderna questa situazione? Si tratterebbe nel caso di Line, e di tanti bambini come lei, di una “nuova economia psichica” così come la teorizzano Melman e Lebrun nel loro recente libro?⁸ Un’economia dove il godimento dell’oggetto prevale sul godimento fallico, dove non è più la rimozione il meccanismo regolatore, dove la depressione prende il posto delle nevrosi di difesa?

Va aggiunta alla depressione anche l’iperinesia, l’instabilità nel bambino come effetto di questa nuova economia. Questi “disturbi” e non sintomi sarebbero da collocare tutti su una stessa scena: assenza di rimozione, godimento dell’oggetto, assenza di sintomo, assenza di nevrosi?

Ed ecco un’altra coppia “moderna”, venuta a consultarmi.

Mara ha quattro anni e, dalla nascita del fratellino, è diventata aggressiva, ipercinetica, ha delle vere e proprie crisi di rabbia che nessuno riesce a calmare. I genitori non sanno più cosa fare con lei. In effetti, anche durante la consultazione,

⁸ Charles Melman, *L’homme sans gravité. Entretiens avec J.-P. Lebrun*, Denöel, 2003.

la bambina è agitatissima benché attenta a tutto quanto si dice di lei; ogni tanto mi lancia occhiate corruciate e di sfida ma non si rivolge mai a me; a un certo punto va in braccio alla madre e le dice all'orecchio, ma in modo udibile: «Non voglio aiutare la signora».

La madre mi informa allora che, prima della consultazione, ne aveva spiegato il perché alla bambina dicendole: «Andremo da una signora che ti aiuterà».

Non avevo il suo aiuto, solo il suo transfert negativo; non avevo neanche l'aiuto dei genitori preoccupati soprattutto di non riuscire a far cessare i suoi scoppi d'ira. Volevano che la smettesse e che io facessi qualcosa in questo senso. La volevano educata ed educabile ma non volevano saperne niente del suo sapere, dell'enigma che custodiva. Forse Mara l'aveva compreso? Voleva assecondare i genitori assicurandoli che anche lei non voleva saperne?

Questo mi sembra l'esempio illuminante di una madre che rifiuta di supporre un sapere alla figlia che va solo messa sulla "buona strada" con una terapia efficace e rapida, che va "rieducata".

Proprio come Line, Mara aveva preso una decisione e l'aveva comunicata alla madre in mia presenza. Un transfert negativo, quindi, ma da parte di chi? E se Mara avesse compreso che non c'era nessuna domanda da parte dei genitori, che loro erano lì come consumatori, pronti a scegliere il prodotto più efficace e conveniente? Mara non avrebbe potuto, un bambino non può, sostenere una domanda se i genitori non glielo consentono. Da qui ritorno alla questione iniziale. Come lavorare con i genitori? Il loro transfert è una condizione indispensabile a lavorare con i bambini?

Certo pensiamo che i bambini, in quanto "piccoli parlessere" come li definisce Melman, possono essere analizzanti come chiunque. Questo non toglie che le condizioni, soprattutto di avvio, di una psicanalisi infantile, abbiano le loro specificità. La possibilità dell'avvio di una cura è strettamente legato alla posizione che il bambino occupa rispetto ai genitori. È un oggetto di bisogni o un soggetto di desiderio?

Va da sé che è nel secondo caso che possiamo fare la prognosi migliore ma è soprattutto nel primo che la scommessa analitica risulta indispensabile.