

La musica del contenimento. Come e quando rivolgersi ai membri della diade madre-lattante in trattamento psicoanalitico

Björn Salomonsson

M.D., Ph.D., Medico psicoanalista Società Psicoanalitica Svedese e IPA, Karolinska Institutet, Dipartimento di Salute della donna e del bambino, Unità di Psichiatria Infantile e dell'Adolescente, Stockholm

Email: bjorn.salomonsson@ki.se

Gli interventi diretti al bambino e alla madre in psicoanalisi

In questo articolo vorrei approfondire la questione dei destinatari degli interventi dell'analista nelle terapie genitore-lattante, focalizzandomi su un partecipante che spesso ci preoccupa molto, ma a cui ci rivolgiamo in maniera incostante e incerta: il bambino. Scegliere quando offrire contenimento al bambino o alla madre è urgente e difficile, ed è quello che cercherò di approfondire. Presenterò del materiale video-registrato tratto da una seduta terapeutica con Tina, di 23 anni, e sua figlia Frida, di tre mesi.

Prima sequenza clinica

Poco dopo l'inizio della seduta, Tina mi racconta che Frida è stata agitata tutta la mattina. Tina è seduta, come al solito, con Frida in grembo, ma la tiene a una certa distanza; Frida piange ininterrottamente. Mi sposto con la poltrona più vicino a Tina e guardo la piccola Frida.

Analista: Accipicchia, c'è qualcosa di terribile che si agita dentro di te!

Frida continua a piangere appoggiata al seno della madre, che la culla con movimenti bruschi, in preda a un'ansia evidente. La mamma cerca di guardare Frida negli occhi, ma la piccola non smette di piangere. Provo a entrare in contatto visivo con la bambina, dicendo:

A: È veramente difficile per te.

Frida alza lo sguardo al soffitto, e poi lo dirige fuori dalla finestra. Sbatte le palpebre rapidamente, come se chiudesse gli occhi.

A: Ciao, piccolina, guardi quegli alberi là fuori?

Anch'io guardo fuori, mentre la madre mi lancia un rapido sguardo d'impotenza. Guardo Frida e continuo a parlarle; lei continua a piangere mentre la mamma cerca inutilmente di confortarla.

A: Stamattina è andato tutto storto! Ieri la mamma si è arrabbiata con me, e allora tu ti sei arrabbiata con lei perché non era con te... Come puoi perdonarla? È un vero problema. Mannaggia!

La madre diventa un po' più assorta e calma mentre Frida continua a piangere. Le chiedo:

A: E Lei cosa prova, dopo tutto quello che è successo?

M: È terribile!

A: Si sente impotente.

M: Sì!

Psicoanalisi madre-bambino

Prima darò un'idea della situazione clinica e poi presenterò i miei interrogativi su come rivolgersi a genitori e lattanti per offrire sollievo alla loro sofferenza psichica. Chiaramente le risposte dipendono dalla metodologia terapeutica che usiamo, e quindi descriverò per prima cosa la mia. In questo campo alcuni metodi si focalizzano sull'interazione madre-bambino per aiutare la madre a comprendere il comportamento del suo bambino e a trovare il modo di essergli vicino. La guida all'interazione (McDonough, 1995) illustra questa "porta d'ingresso" (Stern, 1995). Altri metodi aiutano la madre a capire, alla presenza del bambino, in che modo il suo passato influenzi la loro relazione. L'approccio della Fraiberg (Fraiberg, Adelson e Shapiro, 1975) è un classico, che ha avuto sviluppi successivi (Lieberman, Silverman e Pawl, 2000; Lieberman e Van Horn, 2008), così come quello della scuola di Ginevra (Cramer e Palcio Espasa, 1993). Infine, alcuni terapeuti si rivolgono direttamente al bambino, come F. Dolto (1982, 1985).

Nel lavoro con Tina e Frida ho usato una variazione del metodo descritto da Norman (2004). Come tutti i terapeuti infantili, egli era convinto che il lattante sia un essere intersoggettivo che si relaziona attivamente con gli oggetti primari fin dai primissimi momenti della vita. Inoltre l'esperienza clinica l'aveva convinto che il bambino, se riceve un'attenzione intensa da parte dell'analista, tende a cercare contenimento da lui. Di conseguenza, Norman cercava di stabilire una relazione con il piccolo allo scopo di diventare il contenitore che il bambino cercava. I suoi interventi utilizzavano la capacità del lattante di processare determinati aspetti del linguaggio, mentre era sicuro che non ne potesse comprendere gli aspetti lessicali.

Ho proposto un *blue* di Billie Holliday, "Talk to me, baby, tell me what's the matter now" ("Parlami, bebè, dimmi cosa c'è adesso") (Salomonsson, 2007b) come metafora di questo metodo. Il titolo descrive l'esigenza dell'analista di raggiungere il bambino, che egli considera capace e spesso desideroso di comunicargli la propria sofferenza. La mia ipotesi era (Salomonsson, 2007°) che il lattante reagisca e risponda attraverso quei segnali interattivi o unità significanti che chiamiamo icone e indici, piuttosto che mediante simboli verbali.

Norman parlava anche di "transfert" analista-lattante (2004, p. 1115) perché riteneva che nella sua relazione con l'analista il bambino viva dei "prototipi infantili" (Laplanche e Pontalis, 1973, p. 455). L'idea è che il piccolo patisca degli affetti non-contenuti e non-metabolizzati, incapaci di raggiungere aspetti più maturi della sua personalità emergente. La rabbia, il panico, la disperazione e l'impotenza che prova non possono essere integrati, per cui i loro aspetti visibili e udibili, quali gli scoppi di pianto e i piagnucolii, sono diretti ai genitori. Nel trattamento, quando l'analista descrive gli affetti che si nascondono dietro a questi sintomi turbolenti per chiarirli al bambino, contemporaneamente li dirige su se stesso. In tal modo nascono i transfert infantili, che possono essere transitori o, a volte, un po' più duraturi.

Uso il termine transfert soltanto quando il piccolo ha sviluppato una relazione più specifica con l'analista. L'ho potuto constatare dopo poche settimane di lavoro, ad esempio con una bambina di 8 mesi che piagnucolava e che ho incoraggiato ad avvicinarsi alle sue violente emozioni per risolverle e cominciare a comunicare in maniera più comprensibile. Ho ritenuto che il suo cambiamento da uno stato di

piagnucolio diffuso a ruggiti rabbiosi chiaramente rivolti a me fosse un segnale del suo transfert negativo (Salomonsson, 2007b). Al contrario, il piagnucolio di Frida non era una manifestazione di transfert, perché la bambina piangeva per ragioni legate alla sua relazione con la madre, anche se io ero lì, partecipe e coinvolto nella sua comunicazione.

Norman ha sviluppato il suo metodo dalla teoria psicoanalitica classica e bioniana, non dalla teoria dell'attaccamento. Pur sostenendo di lavorare con l'attaccamento madre-lattante, egli dubitava della validità della *teoria* dell'attaccamento per spiegare l'oggetto esplorato nei trattamenti psicoanalitici, che è il mondo inconscio (cfr. la discussione di Fonagy, 2001; Zepf, 2006). Per lui il meccanismo operante era essenzialmente lo stesso con i pazienti di tutte le età: il contenimento delle loro angosce. Norman portava il disturbo del bebè all'interno della seduta, e la sua possibilità di comprensione si sviluppava a partire dalle comunicazioni del piccolo e dalla conseguente attività di reverie (Bion, 1962). In seguito a questo tipo di contenimento del bambino, "diventava possibile una riparazione della diade madre-lattante" (Norman, 2001, p.94). Norman affiancava inoltre la madre "per prepararla a prendersi cura di tutto ciò che potesse venire dal bambino; la posizione della madre, che riuniva il lavoro con lo psicoanalista e la funzione di oggetto primario per tutte le esigenze del piccolo, promuoveva in lei un senso positivo di maternità". In tal modo, si veniva a creare indirettamente un attaccamento madre-bambino positivo.

In base alla mia esperienza, il desiderio della madre di trovare un contenimento spesso entra in competizione con un analogo desiderio da parte del bambino. Dobbiamo quindi sapere quando va contenuta la madre e quando il figlio. Inoltre, se il contenimento delle angosce del bebè è il meccanismo di lavoro fondamentale che permette di riparare la diade, ciò che m'interessa capire è come la reverie e la funzione-alfa (Bion, 1962) operino con pazienti tanto giovani. A tale scopo, per descrivere ciò che accade fra il bambino e l'analista, userò il concetto di "musicalità comunicativa" (Trevarthen, 2001).

Situazione clinica

Il mio rapporto con Tina aveva avuto inizio otto mesi prima, quando mi aveva chiesto di aiutarla ad affrontare gli esiti di un'adolescenza burrascosa e protratta. Era al quinto mese di gravidanza e il suo rapporto con il padre del nascituro non funzionava. Cominciammo subito una psicoterapia bisettimanale per trattare i suoi problemi di regolazione affettiva: le capitava, infatti, di provare improvvisamente vergogna e di sentirsi goffa, incapace di esprimere in parole il suo stato interno o di influenzare la situazione esterna. Queste difficoltà si manifestavano sia con i sentimenti di rabbia e di tristezza, sia con quelli di felicità e di soddisfazione. Dopo quattro mesi di terapia, nacque Frida; il parto andò bene e la famiglia di Tina, malgrado i disaccordi con il padre di Frida, le diede un solido sostegno. L'allattamento prese il via facilmente e ben presto fummo in grado di riprendere la terapia.

Il nostro punto di partenza non era dunque una madre che chiede aiuto per il suo bambino, ma una donna incinta con dei problemi personali che temeva di trasmettere al nascituro. Prima della seduta che ho presentato, raramente mi ero rivolto a Frida: la maggior parte del tempo, la bambina riposava tranquilla in grembo alla madre. Ma quando Frida ebbe due mesi, Tina cominciò a lamentarsi della sua irrequietezza, che mi sembrava legata alle difficoltà di Tina con la regolazione degli affetti. Spesso Tina riversava all'esterno emozioni non modulate, ad esempio quando esprimeva un'opinione

sul suo futuro o sulla sua famiglia: arrossiva improvvisamente, le tremava la voce e le lacrime le scorrevano sulle guance. In quei momenti non riusciva a guardare Frida negli occhi e a spiegare che cosa le stesse accadendo, e io avevo l'impressione che Frida stesse cominciando a reagire negativamente a queste situazioni. Avevo cercato di segnalarlo a Tina, ma fino a quel momento non avevo mai osservato una connessione immediata fra i suoi impeti affettivi e l'irritabilità di Frida: dunque mi era mancata l'occasione di rivolgermi alla piccola a proposito del suo modo di reagire alla madre.

All'inizio della seduta che ho presentato, Tina aveva preso coraggio e mi aveva detto che avrei dovuto prepararla all'eventualità che una telefonata interrompesse la seduta del giorno precedente. L'antefatto era che aspettavo una telefonata importante e, per la prima volta nella mia vita professionale, avevo lasciato acceso il cellulare. Dopo 20 minuti il telefono aveva squillato; mi ero scusato e le avevo lasciate sole per cinque minuti. Al mio ritorno, Tina aveva cercato di comunicarmi il suo senso di abbandono, ma era stato più facile per lei parlare di tristezza piuttosto che di autentica rabbia, che io per altro ammissi essere ben motivata, dal momento che avevo rotto il setting terapeutico.

Quando Tina parlò dell'incidente della telefonata, disse con molta ansia e imbarazzo che per poco non era scappata. Quindi riferì che Frida era stata agitata tutta la mattina. Io accolsi la sua critica con rispetto, dicendole che comprendevo la sua rabbia nei miei confronti, ma riflettei anche sul disagio che Frida aveva manifestato quella mattina: mi chiesi se poteva discendere dal suo senso di abbandono da parte di una madre tutta presa dalla rabbia che provava per me.

Quando Frida cominciò a piangere davanti a noi, decisi di rivolgermi direttamente a lei per "recuperare quelle parti del mondo interiore del lattante che sono state escluse dal contenimento" (Norman, 2001, p. 83), condividendo con lei le intense esperienze affettive che aveva vissuto quel mattino. Le dissi: "Ieri la tua mamma si è arrabbiata con me, e adesso sei tu ad arrabbiarti con la mamma perché non è riuscita a stare con te come avresti voluto". Mi riferivo all'esperienza di un contenimento inattendibile cui entrambe erano state esposte, attribuendolo inoltre al problema di Frida con i suoi affetti non metabolizzati: "c'è qualcosa che si agita dentro di te". Infine, feci leva sul suo senso di padronanza (Stern, 1985) che le faceva affrontare in questo modo il suo risentimento e la sua disperazione, aggiungendo la mia empatia per la sua sofferenza: "come potrai perdonare la mamma? Accipicchia, è stato veramente difficile!"

Che cosa poteva capire Frida di interventi del tipo "c'è qualcosa che si agita dentro di te"? Forse in realtà parlavo alla madre anche se attraverso Frida? Oppure, se davvero è Frida che sto esortando ("parlami, bebè"), non sarà qualcosa di diverso dalle mie affermazioni verbali a raggiungerla? In tal caso, siamo in grado di concettualizzare questo "qualcosa di diverso" e in che modo la bambina ne è toccata? In breve:

A chi si rivolge lo psicoanalista nelle terapie genitore-lattante, e che cosa e come lo dice?

Per rispondere a questi interrogativi, utilizzerò la musica come disciplina accessoria: spesso, infatti, sono colpito dall'analogia che esiste fra i musicisti di un trio da camera e i tre partecipanti alla terapia. Che cosa accadrebbe se due dei musicisti non ascoltassero il terzo partner ma restassero presi dal loro reciproco fraseggiare? È ovvio che il musicista trascurato potrebbe reagire con rabbia e disperazione. Mi domando se questa situazione possa illustrare un rischio costante delle terapie madre-lattante, quello

di trascurare il bambino. Infine, mi viene da pensare che quando chiediamo a una madre di descrivere le sue preoccupazioni sul suo bebè, quest'ultimo potrebbe sentire, nella propria mente, qualcosa come "be", e IO? Anch'io faccio parte di questo trio!"

In base alla mia esperienza, accade spesso che abbandoniamo il bambino. Le presentazioni di casi e le proiezioni di videoregistrazioni dimostrano che, nonostante la nostra pretesa di occuparci nella stessa misura della madre e del bebè, di fatto è abbastanza frequente che accada qualcosa di diverso: madre e terapeuta parlano *del* bambino, le cui attività passano abbastanza inosservate finchè egli non comincia a fare smorfie o a piangere. Soltanto allora gli adulti "si svegliano" e si occupano del bambino o anche *gli* parlano per un po'.

Un terapeuta ha molte ragioni per lasciarsi sfuggire il bambino: in primo luogo i due adulti presenti nella stanza parlano la stessa lingua, cosa che rende più facile per loro comprendersi; in secondo luogo, le comunicazioni di un bebè che soffre sono angoscianti per chiunque abbia il compito di aiutarlo; infine la disperazione del bambino risveglia l'impotenza infantile propria dell'analista. Presi insieme, questi fattori spiegano la forza del controtransfert. L'analista reagisce al fatto di trovarsi al cospetto di un individuo tanto incomprensibile e lontano nello sviluppo, ma tuttavia così vicino al suo sé infantile. Di conseguenza, la nostra crescente conoscenza delle capacità comunicative del lattante non ci impedisce, quando ci troviamo nella situazione clinica, di dimenticare di coinvolgere il più piccolo: "parlami, bebè..."

Per tornare alla metafora musicale, qualcuno potrebbe sollevare un'altra obiezione: "La Sua metafora può essere una valida illustrazione delle interazioni cliniche. Certamente Lei non dovrebbe trascurare Frida e, anzi, dovrebbe parlarle! Ma questo non L'autorizza a credere che la bimba La comprenda". In risposta a quest'obiezione vorrei estendere ulteriormente la mia metafora: in un trio chi suona con chi? Un tema suonato da un musicista può riecheggiare quello esposto da uno dei suoi partner e contemporaneamente preannunciare quello che suonerà l'altro: a chi dunque si rivolge realmente il nostro musicista? Ovviamente a entrambi i suoi partner, ma i suoi messaggi hanno funzioni diverse per ognuno di loro.

Analogamente, quando mi rivolgo a Frida dicendo "La tua mamma si è arrabbiata con me, e adesso tu sei arrabbiata con la mamma", il mio messaggio ha due destinatari e diverse stratificazioni di significato. Il livello verbale indica a Tina che sua figlia ha reagito ai suoi cambiamenti interni dovuti alla rabbia nei miei confronti. Di questo livello Frida capisce ben poco, quanto un analfabeta musicale posto di fronte a uno spartito. Ma anche un analfabeta può essere capace di "capire" la musica nel senso di goderne, suonarla ed esserne toccato emozionalmente. Allo stesso modo, io credo che Frida comprenda gli altri livelli del mio intervento e che io mutilerei il mio arsenale terapeutico se mi astenessi da questo tipo di comunicazioni. Vorrei ora approfondire il mio intervento rivolto alla bambina e la qualità della sua comprensione.

La musicalità dei lattanti

Ho usato la seconda persona dicendo "Sei arrabbiata con la mamma..." perché volevo raggiungere Frida personalmente. Chiamare questo passaggio "parole", ne offuscherebbe tuttavia la complessità: si tratta di vocalizzazioni a un ritmo discorsivo, con inflessioni ascendenti e discendenti e con una qualità sonora, che può essere calda, dura, ruvida o amichevole. Ci sono anche il piano e il forte, il crescendo e il diminuendo,

l'accelerando e il ritardando. E poi ci sono le mie espressioni facciali, i gesti delle mani e i movimenti corporei. Trevarthen e Aitken (2001) sostengono che l'interazione del bebè con la madre sia guidata da una "musicalità comunicativa". Il bambino è "attratto dalle narrative emozionali trasportate dalla voce umana" ed è anche entusiasta di "partecipare ad una rappresentazione condivisa che segue un ritmo, un fraseggio ed uno sviluppo espressivo comuni" (p. 12). Penso che questo concetto si sposi bene con le recenti teorizzazioni psicoanalitiche che descrivono un lattante "dotato di una rudimentale (ereditaria) funzione-alfa con cui è predisposto a generare comunicazioni pre-lessicali e a ricevere comunicazioni lessicali prosodiche dalla madre" (Grotstein, 2008, p. 45). Io ritengo che questo interscambio sia reso possibile dalla musicalità comunicativa che mette in relazione madre e bebè.

Questa musicalità che si dispiega fra il bambino piccolo e l'analista non dovrebbe attenuare la nostra consapevolezza che la madre, a sua volta, ha bisogno di spazio e di attenzione per esprimere il suo disagio e le sue preoccupazioni. Eppure, quando la madre e il suo bambino non riescono a "condividere da vicino e in maniera apparentemente bilanciata gli stati emotivi di ognuno di loro" (Trevarthen e Aitken, 2001, p. 6), come nel caso di Frida e Tina, avvicinarsi a un lattante che si trova in una condizione di catastrofe può avere un effetto drammatico. L'analista è in grado di contenere il panico del piccolo direttamente e la disperazione della madre indirettamente. Mentre l'analista raccoglie ed esplicita il panico del bambino, la madre si sentirà meno criticata e confusa.

Per descrivere le interazioni madre-lattante, spesso vengono usate metafore musicali. Daniel Stern (1985) propone che il sé emergente del bambino sia rappresentato attraverso "forme, intensità e schemi temporali" (p. 51). Questo sé emerge come il legname trasportato dalle correnti ritmiche generate dalle tempeste della vita affettiva del neonato. Analogamente, Stern descrive gli affetti vitali in termini musicali e offre dati di ricerca a conferma della capacità dei lattanti di distinguere schemi interattivi temporali. Da parte loro, le madri palesano intuitivamente al bebè la "struttura temporale del loro comportamento" (p. 84): cantando al bambino, parlandogli teneramente o toccandolo con una sequenza di parole, la madre rende al bambino chiara e invitante la sua struttura temporale. Ritengo di fare la stessa cosa quando parlo con Frida, e fra poco tornerò ancora su questo concetto.

Anche Ruth Feldman (2007) considera il tempo un elemento centrale delle emozioni, evidenziando la *sincronia* che caratterizza gli scambi fra madre e lattante. In sostanza, la "chiara struttura temporale" (p. 333) di questo duo da camera costituisce il nostro primo rapporto o legame oggettuale (Fleming, O'Day e Kraemer, 1999). Analogamente, Beebe et al. (2000) ritengono che la tempistica e il ritmo organizzino qualsiasi tipo di comunicazione e di comportamento, quindi non soltanto il linguaggio. Tutte le modalità interattive sono sincronizzate ritmicamente mediante le loro caratteristiche cinetiche: abbiamo così un ritmo dello sguardo, del contatto, del respiro e delle parole.

Sappiamo che la sincronia interattiva "può essere compromessa da condizioni di rischio originate sia nella madre sia nel bambino" (Feldman, 2007, p. 340), ad esempio una depressione postnatale (Field et al., 1988; Field, 2002; Murray e Cooper, 1997; Reck et al., 2004; Weinberg e Tronick, 1998). Tina, però, non è depressa, malgrado dopo l'episodio della telefonata sia andata incontro a un acuto stato depressivo con una caduta dell'autostima per non essere riuscita ad esprimere la propria rabbia nei miei confronti.

Queste circostanze hanno portato lei e Frida ad attivare una sequenza di eventi tipica delle madri depresse e dei loro bebè: interruzione del contatto visivo da parte della madre e deviazione dello sguardo del bambino, caduta dell'affettività e irritabilità, portando alla "creazione di un ciclo di disimpegno, appiattimento degli affetti e mancata condivisione di questi ultimi" (Feldman, 2007, p. 345).

A questo punto, possiamo riprendere lo sviluppo della seduta.

Seconda sequenza

Dopo lo sfogo di Tina sulla sua inefficacia di fronte al pianto di Frida, parliamo della sua sensazione di impotenza nei miei confronti (la telefonata) e degli uomini in generale. La piccola Frida improvvisamente strilla, segnalandomi di averla un po' persa di vista. È ancora seduta sul grembo della madre in una posizione da cui può guardare sia me che la madre.

Analista (a Frida): Sì, dovremmo parlare anche di te, no?

Madre: Mmm...

A: Le cose sono peggiorate per tutt'e due voi, se abbiamo capito bene. Ma ci dovrebbe essere qualcos'altro che spieghi che cosa è successo, può darsi che ne venga fuori una puzetta o della cacca!

Dicendo queste parole, mi gratto la testa piuttosto nervosamente. La bambina sposta il suo sguardo da me dirigendolo oltre, verso destra, e poi di nuovo sul mio torace; percepisco i suoi sforzi confusi per entrare in contatto con me.

A: Ciao, eccoci! È stato proprio doloroso per te!

La bimba guarda tra la madre e me.

A: E tutte queste cose che continuano ad agitarsi dentro di te!

M (guardandomi fiduciosa): Vuol dire che le due cose sono collegate, il fisico e lo psichico...?

A: Che impressione Le fa quest'idea?

M: Sono convinta che sia vera.

A: Mmm... Ieri Lei era arrabbiata con me; forse le faceva anche paura essere arrabbiata.

La madre annuisce mentre culla la piccola che è un po' più tranquilla.

A: Lei pensava: "Come potrei parlarne con lui, e sostenere che avrebbe dovuto gestire la chiamata al cellulare in un altro modo?"

M: Sì!

La bambina è più calma e tranquilla.

A: E quindi si era allontanata da Frida (indico con la mano destra un punto fra loro due).

M: Ieri, sì.

A (alla bimba): Ieri la mamma si era allontanata da te, Frida.

La bambina socchiude gli occhi, ora più tranquilla.

A: Perbacco, sei stanca, piccolina, però adesso sai una cosa: che anche tu ti sei allontanata dalla mamma, perché poco fa non la guardavi negli occhi, come se ti stessi vendicando di lei. È comprensibile; è come quando ieri la mamma non mi guardava negli occhi, e io ho dovuto chiederle: "Salve Tina, perchè non dice nulla, possiamo entrare in contatto?" La bimba ora è calma, il suo sguardo è più limpido mentre guarda in silenzio fuori alla finestra.

A: La mamma ti aveva preso in braccio, ma ho visto che guardavi altrove. E Lei, mamma, ieri stava seduta a casa senza guardare Frida e pensando a Lei e a me, mentre tu, Frida, non guardavi la mamma. Poi hai cominciato a piangere e adesso sei tanto stanca. Annuisco lentamente, imitando involontariamente la sua stanchezza. Questo gesto cattura l'attenzione della piccola. La madre le sorride mentre la bimba di nuovo allontana un po' lo sguardo da me.

A: Forse domani mattina avrai perdonato la mamma, magari in un sogno. Alla fine la mamma è sempre la più brava!

La madre rivolge a Frida uno sguardo pieno d'affetto mentre la bambina le sorride impercettibilmente.

A: Direi che hai già cominciato a perdonare la mamma.

A questo punto la bambina, guardandomi negli occhi, mi rivolge il suo primo sorriso.

A: Ma che bel sorriso, Frida! È proprio affascinante!

La piccola continua a sorridere per un po', e poi ricomincia a piangere.

A: Ahi, la cosa brutta ritorna: "Mamma stupida, stupida, stupida! La prossima volta quando sei di cattivo umore me lo devi dire, così almeno mi preparo." Ma vedi, la mamma non te lo può dire prima perché è soltanto un essere umano.

Emozioni e movimenti nel discorso analitico

Perché Frida si era calmata? Certamente non per la stanchezza, dal momento che rimase sveglia per tutta la seduta. Ritengo che fosse perché le avevo fatto qualcosa che, sommato alla presenza della madre, l'aveva aiutata a tranquillizzarsi. Per capire quel "qualcosa" amplierò la mia metafora musicale, sostenendo che i linguaggi della musica e degli affetti sono collegati, e che questa affinità è uno strumento essenziale nel lavoro con genitori e lattanti.

Il legame fra queste due forme comunicative è costituito dal *corpo umano* che unisce il mondo degli affetti e quello della musica: il corpo che percepiamo e che muoviamo, soprattutto negli stati intensamente affettivi, quando percepiamo sia i nostri movimenti corporei sia gli affetti implicati. Di tutte le nostre percezioni corporee, quelle cenestesiche (Spitz, 1965) e uditive hanno la proprietà di derivare entrambe da fenomeni vibratorii, e quindi sono inestricabilmente mescolate. Quando ascoltiamo la musica, la percepiamo contemporaneamente come vibrazione e come movimenti gestuali affettivi. La musica in tal modo ritrae gli affetti imitandone le espressioni corporee (Salomonsson, 1989). In sostanza, percepiamo la musica *suonare* nello stesso modo in cui di *sentiamo* le emozioni nel corpo. Le onde tonali ascendenti e discendenti, il piano e il forte, l'asprezza e la dolcezza, il legato e lo staccato, corrispondono ad analoghe onde affettive nel nostro essere psicosomatico. La musica rappresenta quindi una delle due componenti dell'affetto individuate da Freud (Freud, 1916-17): la scarica motoria.

Come mette in luce Stern (1985), la danza e la musica sono esempi della "espressività degli affetti vitali" (p. 56), le cui qualità possono cogliersi tramite "termini dinamici e cinetici, come 'impetuoso', 'in dissolvenza', 'fugace', 'esplosivo', 'in crescendo' ... e così via" (p. 54). Sembra di risentire le idee di Susanne Langer (1942) sulle proprietà formali della nostra vita interiore, "simili a quelle della musica – schemi di movimento e riposo, di tensione e scarica, di accordo e disaccordo, di preparazione, di appagamento, di eccitazione, di cambiamento improvviso, etc." (p. 228).

Ritengo che questi legami fra la musica e gli affetti ci aiutino a capire i meccanismi all'opera nel lavoro con i lattanti. L'analista è "musicale" se sa distinguere un grido di allegria da uno che esprime disagio, e riconoscere in uno scatto improvviso la gioia di vivere o uno stato di panico. Analogamente, egli sa differenziare in una madre i sentimenti di panico, da quelli di vergogna, di ostilità, di amore o di colpa attraverso le sue parole e i suoi sospiri, le sue espressioni imbronciate e i suoi movimenti. L'analista "musicale" comprende le *e-mozioni*, cioè il modo in cui gli affetti si muovono attraverso canali visivi, uditivi e propriocettivi, che comprendono il suo personale repertorio emozionale.

Ne è un esempio il passaggio in cui esplicito i sentimenti vendicativi di Frida: "ti stai vendicando della mamma". Quel "qualcosa" che l'ha toccata non poteva essere il contenuto discorsivo (Langer, 1942) della mia interpretazione: sarebbe stato molto al di là delle sue capacità di comprensione. Direi, piuttosto, che il mio intervento abbia funzionato attraverso un linguaggio dei sentimenti non discorsivo, parallelo alle mie parole. Tutto questo è reso possibile dalla "coordinazione temporale... l'impalcatura, la melodia cui si... sovrappone il contenuto verbale" (Beebe et al., 2000, p. 101).

La musica del contenimento insita nel mio intervento tiene insieme Frida in una "culla sonora". L'intervento la tranquillizza non perché le parole siano pertinenti, ma perché le sue forme espressive diventano sempre più coordinate via via che io elaboro il mio controtransfert. Nella misura in cui riesco a comprendere la condizione in cui si sente Frida, anche il mio linguaggio diventa sempre più coerente con il mio comportamento. La mia idea è che Frida controlli questo processo che si svolge dentro di me, acquisendo una crescente capacità di creare dei primitivi schemi interni di significato. Consideriamo il momento in cui ho paura che mi stia sfuggendo qualche disturbo gastro-intestinale e mi gratto la testa: probabilmente la mia incertezza e preoccupazione sono filtrate attraverso il mio intervento, che di conseguenza non è stato di grande aiuto per lei. Ma non appena mi faccio un'idea più chiara di quello che poteva passarle per la mente, i livelli verbali, indicizzati e iconici della mia comunicazione riescono a formare una Gestalt unitaria di contenimento. Acquisendo dei segni interni utili per la sua capacità di pensiero, Frida comincia ad afferrare qualcosa del suo "terrore senza nome" (Bion, 1965, p. 79). Proviamo a dare un rivestimento verbale a questo processo: "Quest'uomo è interessante. Situazione meno spaventosa. Diminuita la confusione. Sembra convinto che si possano capire cose incomprensibili. Sollevata."

Che cosa potrebbe impedire a Frida di cogliere il significato dei miei interventi? Sappiamo che molti bebè reagiscono con il rifiuto ad un messaggio adulto reso improvvisamente inaccessibile all'interscambio semiotico. Mi riferisco, ad esempio, a un lattante esposto ad una interazione trasmessa dalla TV in cui le espressioni del viso della madre sono desincronizzate dalle sue parole. Esperimenti come questo dimostrano che "i bambini di due mesi sono altamente sensibili al *timing* e all'emozione espressi dalla madre nella comunicazione" (Trevarthen e Aitken, 2001, p.9).

Allo stesso modo, quando le parole dell'analista non corrispondono alle sue espressioni non verbali, ciò può confondere e preoccupare il bambino. Questi momenti si presentano quando la nostra decisione conscia di essere chiari si scontra con fattori inconsci che vanno nella direzione opposta: le parole dicono una certa cosa ma il corpo esprime qualcos'altro, come quando parlavo di costipazione grattandomi la testa. Le mie parole volevano significare: "non c'è alcun pericolo", mentre i miei gesti indicavano: "

Oddio, e se mi stesse sfuggendo una catastrofe medica?” Simili tematiche controtransferali irrisolte possono aggiungere al messaggio che indirizziamo al bambino angoscia, affettazione o tenerezza eccessiva. La nostra timida speranza è di dire “qualcosa che, almeno per il momento, sembri vera, e la cui formulazione può a volte risultare dolorosa per l’analista” (Norman, 2001, p. 96).

Stern (2008) sottolinea come “i lattanti passino la loro vita a osservare le intenzioni invisibili sottese alle azioni, e non le azioni visibili” (p. 182). Rochat sostiene che “le azioni intenzionali cominciano già due mesi dopo la nascita... [e] il meccanismo responsabile di questo sviluppo è lo specifico modo reciproco e intenzionale con cui gli esseri umani comunicano fra loro” (2007, p. 9). Non che sia facile, tuttavia, per un lattante, distinguere le intenzioni *inconscie* dell’altro. Quella mattina, Frida non era riuscita a differenziare le intenzioni *conscie* di sua madre (rassicurarla) da quelle *inconscie* (aprire un conflitto con me). Questi due livelli compresenti rendevano il messaggio “caotico” (Tronik, 2005), suscitando l’angoscia e la disperazione di Frida. Da parte mia, sono riuscito ad aiutarla rendendo i messaggi “meno caotici”.

C’è un altro aspetto che mette a repentaglio la capacità del bambino di cogliere il significato degli interventi dell’analista: anche in questo caso ci troviamo di fronte a intenzioni *conscie* e *inconscie* divergenti. In questa situazione, tuttavia, tali tendenze appartengono sia al bambino che all’adulto, e la situazione dinamica è diversa da quella che ho appena descritto. Mi riferisco al fatto che i nostri messaggi diretti al bambino sono inevitabilmente “enigmatici e sessuali” (Laplanche, 1997, p. 661). Sono cioè impregnati di connotazioni che eccedono il loro comune uso linguistico e la nostra consapevolezza. Ed è questo che rende la nostra comunicazione con il bambino “parimenti opaca per il ricevente e per il trasmettitore” (Laplanche, 1995, p. 665). Questa “situazione antropologica fondamentale” è dovuta all’asimmetria fra la sessualità adulta e quella infantile (Laplanche, 2007, p. 99). Ad esempio, quando Frida sorride e io le dico: “È proprio affascinante!”, sto esprimendo autenticamente la mia gioia per questo improvviso e intenso contatto. Ma la parola “affascinante” si rivolge, sia pur inconsciamente per me, anche alla sua nascente sessualità. Questa corrente sotterranea non arriverà mai a una piena consapevolezza per me né per Frida.

Un altro caso in cui la sessualità inconscia compromette la comunicazione, questa volta tra due adulti, è la rabbia di Tina nei miei confronti; il suo disappunto era rafforzato anche da un transfert paterno su di me. Tina aveva pensieri del tipo: “Quest’uomo non è comprensivo come pensavo”, “Non ci si può fidare degli uomini”, “Mio padre finge di essere gentile con me ma in realtà è uno schiacciasassi”. Inconsciamente Tina era un’innamorata delusa e i sentimenti che ne derivavano avevano contribuito alla sua inadeguatezza nel contenere Frida. Per la piccola, questa corrente sessuale sotterranea della madre era enigmatica quanto la mia espressione: “È proprio affascinante”.

Dobbiamo rivolgerci al lattante o alla madre?

Il problema di quando e come intervenire è sempre complicato, tanto più quando nel nostro studio ci sono due persone sofferenti. Quando dobbiamo rivolgerci al bebè e quando alla madre? Stern segnala come, aumentando il numero dei partecipanti, il processo terapeutico diventa sempre meno lineare e prevedibile, “e quello che succede è una co-creazione più spontanea, molto imprecisa, piena di errori e ricuciture, e di improvvisi cambi di direzione” (Stern, 2008, p. 180). A mio parere gli errori e

l'approssimazione non sono dovuti tanto al numero dei partecipanti; piuttosto, quanto più l'analista considera ciò che accade in seduta come degli eventi in un campo (Ferro, 1999, Meltzer, 1986), cui partecipano egli stesso e il/i paziente/i, tanto più intenso diventa il suo coinvolgimento personale. Immagino che in tutti i terapeuti ci sia un conflitto relativo all'alternativa di focalizzarsi sull'interazione o sul mondo interno del paziente. Quando il clima fra me e il paziente si scalda troppo per la presenza di affetti o azioni che nessuno vuole riconoscere, posso passare dal parlare di noi al parlare di lui. Quando invece mi accorgo di capire troppo poco di lui mi chiedo in che modo interagiamo, spostando l'attenzione da lui a noi.

Rispetto al problema se rivolgersi alla madre o al bambino, se l'analista si focalizza eccessivamente sul bebè, può perdere la fiducia della madre e di conseguenza il trattamento stesso. Se si focalizza troppo sulla madre, può perdere il bebè perché le sue angosce non trovano più contenimento; anche in questo caso si può andare incontro a un'interruzione del trattamento. Piuttosto che prescrivere quando indirizzarsi all'uno o all'altra, descriverò i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna alternativa. Gli interventi diretti al bebè funzioneranno soltanto dopo che la madre ne ha capito il senso generale, altrimenti potrebbe considerarli stupidaggini e provare fastidio o sentirsi offesa. Fra Tina e me c'era una duratura relazione terapeutica, e la sua alleanza di lavoro aveva resistito a numerose prove di transfert negativo. Nei trattamenti cominciati da poco, invece, cerco di valutare se la madre ha afferrato il senso del mio parlare con il suo bambino e, in caso contrario, posso a volte affrontare questa difficoltà con una spiegazione, anche se penso che non dobbiamo sopravvalutare gli effetti della pedagogia. Oppure aspetto un momento in cui il piccolo dimostra di comprendere la comunicazione emozionale. Una madre mi disse una volta: "Adesso capisco che Jim è una PERSONA!" E aggiunse, con un certo imbarazzo: "Da bambina volevo molto bene al mio cane, e capivo tutti i suoi capricci e stati d'animo. Un po' come con Jim, direi: ora il suo viso e i suoi gesti mi dicono molto di più."

D'altra parte, ci sono le situazioni in cui dobbiamo focalizzarsi sulla madre. Se non ci segue, se è schiacciata dai suoi problemi personali, oppure si sente tagliata fuori dall'attenzione che dedichiamo al bambino, diventa essenziale rivolgersi a lei. Sia che la sua richiesta di ascolto provenga da aspetti adulti che infantili della sua personalità, si tratta di una richiesta giustificata. A volte basta una piccola svista da parte dell'analista perché si formi un transfert negativo materno che, come una palla di neve che rotolando si ingrandisce, può crescere fino a metterci di fronte ad un'interruzione del trattamento. Mi capita di frequente di essere colpito dalla fragilità delle madri che vengono da noi con i loro bambini. Durante il trattamento spesso sentono che il loro amore per il bambino non è abbastanza forte, o che si confonde con forze che sono al di là della loro capacità di comprensione. La loro estasi materna è completamente mescolata con sensi di colpa, che a loro volta gravano pesantemente sulla loro autostima. Qualsiasi intervento, diretto al bambino o alla madre, viene letto attraverso la lente del "Che cosa vorrà dire? C'è qualcosa di sbagliato nel mio modo di trattare mio figlio?"

Ciò che ci induce a focalizzarci sulla madre o sul bambino sono spesso "proprietà emergenti spontaneamente co-create, che si attivano nei momenti di cambiamento" (Stern, 2008, p. 180). Sono convinto che la lente migliore per osservare questi momenti sia il nostro controtransfert. La mia attenzione oscillante su Frida e Tina è guidata da spostamenti identificatori spontanei: mi identifico ora con Tina ("E Lei cosa prova, dopo

tutto quello che è successo?”), ora con la bambina (“C’è qualcosa di terribile che si agita dentro di te, Frida”). Penso che questi spostamenti siano responsabili dell’intenso controtransfert che caratterizza il lavoro con i genitori e i lattanti (Golse, 2006), in cui siamo gettati fra identificazioni più o meno primitive o mature. È estenuante ma estremamente interessante.

Aspetti udibili e visibili del contenimento

Ho già sottolineato i livelli musicali e non-verbali del dialogo fra analista e bebè, e ne ho messo in luce il ruolo di veicoli fondamentali della funzione contenitiva che opera nei confronti del bambino. Ho anche illustrato i fattori che ci impediscono di creare una miscela di messaggi che offrano contenimento al bambino: riportando dei passaggi clinici ho mostrato che cosa facciamo di visibile e udibile quando conteniamo il bebè. Si potrebbe contestare che io abbia sottovalutato il visibile, in quanto opposto all’udibile, entrambi prodotti finali della mia funzione-alfa di contenimento. In realtà penso che gli elementi visuali costituiscano una parte importante della reverie e della espressione in analisi. Quando con la mano indico oltre la finestra, lego il gesto e la parola “lontano” con l’idea che Frida, quel mattino, era “lontana” dalla madre. Frida vede la mia mano che indica, ma io stesso la vedo mentre la collego con l’idea di essere lontano. Si tratta di un pensiero e di una comunicazione visivi corrispondenti a quanto C. S. Peirce (Kloesel e Houser, 1998) ha classificato come segni indicizzati.

Ho tuttavia dedicato meno spazio all’aspetto visivo del contenimento perché ci tenevo a evidenziare i suoi aspetti musicali che, a mio parere, sono trascurati dalla letteratura psicoanalitica. La psicoanalisi ha esordito come “talking cure”, sottolineando il nostro scambio *verbale* con il paziente, ma trattando ingiustamente il contenuto musicale dei nostri interventi. D’altra parte, le impressioni visive emergenti nel corso del trattamento analitico venivano ridotte al minimo dall’uso del lettino che impediva il contatto visivo fra analista e paziente. Ne risultava un’enfasi eccessiva sugli aspetti simbolico-verbali dei segni trasmessi durante la seduta.

La tradizione bioniana ha evidenziato un altro aspetto del mondo visivo, cioè gli elementi visivi *interni* dell’analista. Ferro (2003) osserva che Bion si riferisce a tali elementi della funzione-alfa, limitandosi ad accennare agli altri canali sensoriali. Ad esempio, Bion suppone che “qualche tipo di pensiero, collegato a qualcosa che potremmo definire ideografico e alla vista, piuttosto che alle parole e all’udito, esista fin dall’inizio” (1957, p. 268). Queste immagini interne si presentano nella mente dell’analista come conseguenza del contenimento, esemplificato dal mio gesto indicativo.

Molti autori che lavorano con i lattanti sono però convinti che le esperienze uditive formino il legame originario fra “lo stato concreto dell’esperienza somatica” e “l’attività mentale astratta legata alle immagini visive” (Ciccone et al., 2007, p. 17). Questi aspetti primitivi e corporei del mondo sonoro costituiscono l’“audiogramma” (Maiello, 1995) quale primo elemento psichico. La nostra mente nasce “cullata al ritmo” del cuore e dell’intestino materno, della sua andatura e del suo linguaggio, e dell’incessante mormorio dei vasi sanguigni. Questi suoni costituiscono l’origine dell’“oggetto sonoro” che dopo la nascita apre al bambino la strada dell’interazione con la madre, in cui il ritmo costituisce la sua “base sicura” (Ciccone et al., 2007).

Sul piano clinico, si hanno importanti cambiamenti nel momento in cui l’analista e il bebè trovano una loro musicalità comunicativa. L’analista diventa l’oggetto sonoro

del bambino o, per essere più precisi, il suo *oggetto di interazione musicale*. Questo sviluppo non può essere rafforzato o stimolato ad esempio giocando con il bambino, ma può verificarsi soltanto dopo che tutti i partecipanti hanno sofferto molta angoscia e si è raggiunta una comprensione più profonda che può essere trasmessa al bambino. Concluderò con un esempio tratto da un momento successivo della seduta.

Epilogo

Tina ed io stavamo parlando di come adesso si fosse tranquillizzata rispetto all'incidente del cellulare; esso però aveva conservato un posto nella sua mente, pronto ad essere recuperato se Tina si fosse sentita di nuovo delusa da me. A questo punto mi rivolsi a Frida:

A: Anche per te è così, Frida. Sei stata tranquilla per un po', ma poi è apparso qualcosa nel tuo "corpo-anima", qualcosa che ha ripreso ad agitarsi dentro di te. Funziona come un circuito (faccio con la mano un movimento circolare). La mamma si è voltata da un'altra parte, pensando a me, è rimasta assorta in questa cosa, e questa sofferenza si è conficcata nel tuo corpo-anima, facendoti piangere.

Frida (guardandomi): Ooh, ooh.

A: Sì... sì...

Frida: Ooh, ooh, ooh.

A: Sì, Frida... sì

Il tempo del nostro scambio ritmico navigava pacificamente da un andante a un adagio. Mentre Tina si rilassava e attirava Frida a sé, Frida ed io eravamo lentamente cullati al ritmo della musica del contenimento. Eravamo diventati l'uno per l'altra oggetto di un dialogo musicale, e in quel momento il nostro duo da camera stava eseguendo della musica veramente interessante.

Alcune settimane dopo, Frida era diventata una bambina capace di esprimere qualsiasi tipo di emozione in maniera sana e diretta. Nei termini della teoria dell'attaccamento, non era più rilevabile un attaccamento evitante per la madre (Ainsworth, 1978), in *statu nascendi* fin dal secondo mese di vita. Tina cominciò a venire alle sedute da sola, pur continuando a lavorare sull'interrelazione fra i suoi problemi e l'instabilità di Frida. Malgrado molto interessante, questo argomento esula dagli obiettivi di questo lavoro.

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare la madre di Frida per avermi permesso di videoregistrare alcune sedute e di pubblicare del materiale clinico reso non riconoscibile. Ringrazio inoltre le fondazioni Ahren, Ax:son Johnson, Engkvist, Groschinsky, Jerring, Kempe-Carlgren, Majblomman, Wennborg e Solstickan, e l'IPA Research Advisory Board per i fondi generosamente concessi.

Traduzione di Ludovica Grassi

Bibliografia

- Ainsworth, M. S.; Blehar, M. C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Beebe, B.; Jaffe, J.; Lachmann, F.; Feldstein, S.; Crown, C. & Jasnow, M. (2000). System models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21 (1-2), 99-122.
- Bion, W. R. (1957). Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266-275.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: Karnac Books.
- Ciccone, A.; Mellier, D.; Athanassiou-Popesco, C.; Carel, A.; Dubinsky, A. & Guedeney, A. (2007). *Le bébé et le temps. Attention, rythme et subjectivation* (The baby and time. Attention, rhythm and subjectivation). Paris: Dunod.
- Cramer, B. & Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques* (The practice of mother-infant psychotherapies. Clinical and technical studies). Paris: PUF.: Presses Universitaires de France.
- Dolto, F. (1982). *Séminaires de psychanalyse d'enfant, vol. 1* (Seminars on child psychoanalysis, vol. 1). Paris: Editions du Seuil.
- Dolto, F. (1985). *Séminaires de psychanalyse d'enfant, vol. 2* (Seminars on child psychoanalysis, vol. 2). Paris: Editions du Seuil.

- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 48 (3-4), 329-354.
- Ferro, A. (1999). *The Bi-personal Field – Experiences in Child Analysis*. London: Routledge.
- Ferro, A. (2003). Prima della parola: L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte: Before words: psychoanalytic listening to the unsaid through art by Antonio Di Benedetto. Milan: Franco Angeli. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1067-1069.
- Field, T.; Healy, B.; Goldstein, S.; Perry, S.; Bendell, D.; Schanberg, S., et al. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59 (6), 1569-1579.
- Field, T. M. (2002). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 25 (1), 25-29.
- Fleming, A. S.; O'Day, D. H. & Kraemer, G. W. (1999). Neurobiology of mother–infant interaction: Experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 23, 673–685.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fraiberg, S.; Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14 (3), 387-421.
- Freud, S. (1916-1917). *Introductory lectures on Psychoanalysis*. London: Karnac Books.

- Golse, B. (2006). *L'être-bébé* (The baby - a Being). Paris: Presses Universitaires de France.
- Grotstein, J. S. (2008). *A beam of intense darkness. Wilfred Bion's legacy to psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Kloesel, C. & Houser, N. (Eds.) (1998). *The essential Peirce, vol. 2: 1893–1913*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Langer, S. (1942). *Philosophy in a New Key (3rd ed.)*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Laplanche, J. (1995). Seduction, persecution, revelation. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 663-682.
- Laplanche, J. (1997). The theory of seduction and the problem of the other. *International Journal of Psychoanalysis*, 78 (4), 653-666.
- Laplanche, J. (2007). *Sexual. La sexualité élargie au sens Freudien* ("Sexual". Sexuality enlarged in the Freudian sense). Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Lieberman, A. F.; Silverman, R. & Pawl, J. H. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health. 2nd ed.* (pp. 472-484). New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with Infants and Young Children - Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Development*. New York: The Guilford Press.

- Maiello, S. (1995). The sound-object: A hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Journal of Child Psychotherapy*, 21 (1), 23-41.
- McDonough, S. C. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4 (3), 661-672.
- Meltzer, D. (1986). *Studies in Extended Metapsychology. Clinical application of Bion's ideas*. Perthshire: Clunie Press.
- Murray, L. & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77 (2), 99-101.
- Norman, J. (2001). The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 82 (1), 83-100.
- Norman, J. (2004). Transformations of early infantile experiences: A 6-month-old in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 85 (5), 1103-1122.
- Reck, C.; Hunt, A.; Fuchs, T.; Weiss, R.; Noon, A.; Moehler, E., et al. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 37 (6), 272-280.
- Rochat, P. (2007). Intentional action arises from early reciprocal exchanges. *Acta Psychologica*, 124 (1), 8-25.
- Salomonsson, B. (1989). Music and affects: Psychoanalytic viewpoints. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 12 (2), 126-144.
- Salomonsson, B. (2007a). Semiotic transformations in psychoanalysis with infants and adults. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88 (5), 1201-1221.

- Salomonsson, B. (2007b). "Talk to me baby, tell me what's the matter now". Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88 (1), 127-146.
- Spitz, R. (1965). *The first year of life*. New York: IUP Inc.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (2008). The Clinical Relevance of Infancy: A Progress Report. *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), 177-188.
- Trevarthen, C. & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42 (1), 3-48.
- Tronick, E. Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. In, J. Nadel, D. Muir, (2005) *Emotional development*. Oxford: Oxford University Press. .
- Weinberg, M. K. & Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102 (5 Suppl E), 1298-1304.
- Zepf, S. (2006). Attachment theory and psychoanalysis: some remarks from an epistemological and from a Freudian viewpoint. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87(6), 1529-1548.

