

La conclusione del? analisi con i bambini e con gli adolescenti

*Pier Claudio Devescoviy Pistola e Piero
Ragliantiy Pisa*

SOMMARIO: 1. Due brevi storie cliniche. - 2. Il ruolo svolto dai genitori. - 3. Differenze fra il lavoro analitico con adulti e quello con bambini e adolescenti. - 4. Quando, e sulla base di quali criteri, si può affermare che il lavoro analitico volga al termine. - 5. Il rischio di interminabilità. - 6. La tecnica da adottare nella conclusione dell'analisi. - 7. L'interruzione. - 8. Post-analisi. --9. Nevrosi di transfert. - 10. Scuola junghiana.

La letteratura sulla conclusione dell'analisi di bambini e adolescenti è molto vasta e occupa almeno un terzo dell'intera trattazione dell'argomento. Abbiamo voluto premettere ad una sintesi bibliografica *due brevi storie clini-che* che contengono molti degli aspetti che incontreremo analizzando le varie posizioni teoriche al riguardo.

1. Due brevi storie cliniche

Giulio ha iniziato l'analisi ad otto anni. Situazioni caratterizzate da elevata emotività, quali ad esempio un'interrogazione scolastica o una risata per una barzelletta, determinavano perdita di coscienza e caduta del tono muscolare; Giulio si afflosciava a terra in un sonno profondo. Tutti gli accertamenti organici erano risultati negativi ed era stata data l'indicazione per un lavoro analitico.

Il lavoro si è svolto prevalentemente attraverso il linguaggio verbale, i disegni e l'analisi dei sogni; Giulio non ha

mai utilizzato i giochi della stanza. Per molti mesi il suo linguaggio molto evoluto era stato utilizzato per disprezzare e mettere in difficoltà l'analista. Un sogno permise di parlare del nucleo conflittuale principale e di collegarlo alla sintomatologia che, gradualmente, scomparve: «Giulio era col padre ed entrambi si erano dimenticati di andare a prendere la sorellina all'uscita dalla scuola materna». Giulio, ormai capace di riconoscere e di parlare dei suoi sentimenti ostili nei confronti della sorellina, iniziò a provare dispiacere e desiderio di riparazione.

L'analisi è proseguita per circa 3 anni. Durante la primavera dell'ultimo anno Giulio racconta un sogno nel quale un astronauta ben equipaggiato arriva in un pianeta sconosciuto e lo esplora. L'analista interpreta il sogno come un avvicinamento al mondo adolescenziale. Giulio è ben equipaggiato, ora, da una sufficiente conoscenza e padronanza della propria vita emotiva.

Il ragazzo condivide questa interpretazione e aggiunge che prima di andare in vacanza con i suoi genitori, nell'estate prossima, vuole terminare l'analisi; al ritorno dalle vacanze avrebbe iniziato la scuola media. L'analista dopo una valutazione della richiesta, la condivide.

Quando Giulio raccontò il sogno dell'astronauta dicendo che voleva terminare l'analisi, la sintomatologia era scomparsa lasciando emergere una serie di nuovi interessi -tra l'altro aveva iniziato a giocare nella squadra di calcio del suo paese - e una maggiore capacità di introspezione. Anche le tendenze proiettive si erano notevolmente ridotte. Era diventato più capace di stabilire legami affettivi con i suoi compagni e meno caustico verso l'insegnante e gli adulti in genere, esprimeva frequentemente il suo punto di vista e, negli ultimi mesi di analisi, parlava, talvolta, anche delle compagne di classe.

Alessia è giunta all'osservazione all'età di sei anni. È orfana e vive in Istituto fin dalla nascita. Presenta un quadro psicotico molto grave con assenza di linguaggio, stereotipie motorie, isolamento quasi completo, comportamenti autolesivi. Nel corso del trattamento Alessia riduce gradualmente, fino alla loro scomparsa, i comportamenti autolesivi, cominciando a manifestare capacità di relazione, inizialmente con oggetti parziali. Il segno più evidente di tale

modificazione consiste nel coprirsi le orecchie quando non vuole ascoltare quello che le si dice. Alle soglie dell'adolescenza, al sesto anno di analisi, Alessia viene adottata, stabilendo una buona relazione con la madre adottiva; raggiunge finalmente il controllo sfinterico, modula i vocalizzi in maniera comunicativa e, nel complesso, si adatta bene nella nuova situazione familiare.

Poco tempo dopo l'adozione, Alessia inizia a manifestare resistenza quando entra nella stanza di terapia: devia, si ferma davanti alla porta, prende per il braccio la madre tirandola verso l'uscita. Se entra nella stanza costretta dalla madre, manifesta atteggiamenti regressivi simili ai primi periodi dell'analisi: si strappa i capelli, si sporca, ripresenta vecchie stereotipie motorie. Dopo aver valutato l'ipotesi se si trattasse di un momento transitorio di difficoltà, l'analista interpreta il comportamento di Alessia come un desiderio di concludere l'analisi. Ne parla con la madre che condivide questa decisione.

Il lavoro analitico sembrava aver aiutato Alessia a differenziarsi dall'altro raggiungendo un livello di integrazione tale da permettere la manifestazione di uno stato psichico riconducibile «all'angoscia dell'estraneo». Alessia aveva poi trovato, nel rapporto con la madre, un soddisfacimento concreto, essenziale rispetto allo stato di deprivazione sofferto, che le poteva permettere una prosecuzione dello sviluppo psicologico, pur condizionato dalla grave patologia.

2. Il ruolo svolto dai genitori

La letteratura sull'analisi in età evolutiva concorda nel riconoscere particolare rilevanza al *ruolo svolto dai genitori* durante il trattamento dei propri bambini. Quindi la conclusione dell'analisi riguarda il bambino, l'analista e i genitori (Ablon 1988), anche causa l'assunzione che viene fatta da parte di questi, di ruoli educativi fin qui assolti dall'analista (Solnit). L'argomento del termine deve essere perciò trattato con i genitori come parti attive (Novick 1990b), anche durante le precedenti fasi del lavoro, cercando di mantenere un'alleanza con essi (Abrams 1978).

I genitori, dal canto loro, possono influenzare il termine dell'analisi con le loro resistenze (Bernstein), ad esempio trovando la spesa della terapia insostenibile dopo la scomparsa dei sintomi (Kris). Addirittura Ekstein (1966) considera molto frequente l'eventualità di un'interruzione causata da interferenze genitoriali.

L'incidenza di conclusioni premature può essere ridotta lavorando con i genitori (A. Freud 1957) e discutendo con essi di tale eventualità (Novick 1990b). I genitori, a loro volta, possono influenzare il decorso dell'analisi, conducendola ad interminabilità, mostrando conflitti e aspettative non realistiche (Ablon 1988). Gli aspetti tecnici della conclusione sono inoltre influenzati dal livello sociale, educativo ed economico dei genitori, dalla loro possibilità di accondiscendere a cambiamenti ambientali in funzione del bambino (Francis) e dal recepimento o meno dei chiarimenti forniti dall'analista (Waelder-Hall). Genitori e analista percepiscono intuitivamente l'approssimarsi del termine dalla consapevolezza che le forze di sviluppo sono state liberate e sono di nuovo a disposizione del bambino (Ablon 1988). Da tenere infine presente il fatto che anche i genitori possono risentire della perdita del terapeuta (Glenn 1978).

3. Differenze fra il lavoro analitico con adulti e quello con bambini e adolescenti

Particolarmente ricco di riflessioni è il tema delle *differenze fra lavoro analitico con adulti e quello con bambini ed adolescenti*. Alle caratteristiche di continuità del primo, non sempre fa riscontro un'analoga situazione nel secondo. Galatzer-Levy (1985) e Novick (1970) sostengono che anche con i bambini e gli adolescenti è utile un'analisi classica con un inizio, un punto di mezzo e una fine, come avviene con gli adulti. In questo caso, secondo J.J. Francis, quando il disturbo è principalmente nevrotico, l'analisi può concludersi proprio come un'analisi di successo con l'adulto. Se invece si tratta di disturbi del carattere, l'analisi non deve considerarsi finita, bensì interrotta in punti strategici, con possibili riprese al momento

del bisogno. Novick (1990b), modificando quanto sostenuto nel 1970, ammette esplicitamente una possibile discontinuità del lavoro analitico e Solnit (1963) sostiene anche la possibilità di riprendere i contatti analitici a distanza di tempo. A tale riguardo M. Mahier (1962) parla di «analisi intermittente» nei molti casi in cui la natura del disturbo, o le fasi evolutive, non permettono diversamente. La Mahier sostiene inoltre la possibilità che molte analisi interrotte o prematuramente concluse, proseguano con un altro analista con andamento - appunto - «intermittente». Secondo Ekstein (1966) ciò riecheggerebbe il consiglio di Freud di rianalizzarsi. Il periodico intervallo fra i trattamenti sarebbe utile, in questi casi, perché starebbe a sottolineare la fiducia verso l'atteggiamento di attesa da parte dell'analista. Riferendoci ai casi descritti precedentemente, l'analisi di Giulio si è conclusa come l'analisi di successo con un adulto nevrotico, con soddisfacente comprensione della dinamica emotiva sottostante la sintomatologia e modificazione dell'assetto della personalità. Il lavoro con Alessia ha invece condotto a risultati soddisfacenti soprattutto sul piano della comunicazione e delle capacità di rapporto.

4. *Quando, e sulla base di quali criteri, si può affermare che il lavoro analitico volga al termine*

Quando si può affermare che il lavoro analitico volga al termine e *con quali termini* si può riconoscere l'approssimarsi di questo momento? Nel caso di Giulio, ad esempio, l'avvicinarsi dell'età adolescenziale (il sogno dell'astronave) è stato un segnale importante, e ha costituito un criterio decisivo per il termine. Esaminando la letteratura, un fondamentale contributo è dato da Anna Freud (1957 e 1965), la quale sostiene la centralità del criterio della ripresa del processo di sviluppo arrestatesi. Anzi essa aggiunge che un'analisi continua nell'infanzia può interferire con l'ingresso nella successiva fase evolutiva invece che facilitarlo. Più in particolare, essa evidenzia come criteri da adottare il raggiungimento di una disponibilità «bilanciata» di affetti e difese, di una qualità di integrazio-

ne dell'Io con bilanciamento fra pulsioni progressive, regressive e forze dell'Io. È ritenuto inoltre importante lo sviluppo delle pulsioni con redistribuzione della libido, la capacità di stabilire relazioni oggettuali, di utilizzare l'aggressività, la possibilità di nuove amicizie e la comparsa di aree di funzionamento libere da conflitti.

Molti autori si dichiarano a favore della posizione di Anna Freud. Altri analisti come Van Dam (1975), e Novick (1982a e 1990), danno particolare risalto alla liberazione delle spinte progressive. Novick (1990b e 1992) riguardo alla necessità di tener conto dell'equilibrio tra forze progressive e regressive, precisa che per i bambini in età pre-scolare si può pensare al passaggio da una manipolazione fantasmatica onnipotente ad acquisizioni realistiche; per i bambini in età scolare alla risoluzione dell'Edipo e al passaggio alla latenza; in adolescenza, infine, a un crescente piacere nel sé realistico, con abbandono dell'autorappresentazione onnipotente. Entrambi i casi clinici riportati all'inizio confermano questa posizione: Giulio decise di interrompere l'analisi nell'estate fra la 5^a elementare e la 1^a media, Alessia manifestò il desiderio di non venire più in seduta quando passò da una situazione istituzionale all'ingresso nella famiglia adottiva e nel momento in cui aveva raggiunto una tappa evolutiva simile a quella dell'angoscia dell'estraneo.

Sempre parlando dei criteri per la conclusione, altri autori attribuiscono maggior valore al rapporto transferale: nel suo cambiamento e nella risoluzione della nevrosi di transfert sono i migliori criteri per il termine (Novick 1976, Firestein 1974). Anche secondo Novick (1992) la risoluzione delle ansie controtransferali segnerebbe l'inizio della fase terminale, indicando come buon criterio per la conclusione un transfert edipico positivo su cui lavorare a fondo in questa fase, oltre che significativi cambiamenti nel transfert e nell'alleanza terapeutica (Novick 1982a e 1982b). Riguardo ai criteri ritenuti preminenti da altri analisti, citiamo Rosenthal (1988) secondo cui oltre alla risoluzione della nevrosi di transfert, è importante la scomparsa dei sintomi e il lavoro sul conflitto edipico. Secondo altri autori sono importanti criteri, oltre alla scomparsa dei sintomi, anche il consolidamento interno (Bornstein e Kris).

Bornstein, invece, non ritiene significativa la ricostruzione delle esperienze infantili precoci, considerandola rara e non determinante per la conclusione. Van Dam (1975) non ritiene valido il criterio dell'attenuazione dei sintomi, (che tenderebbero a scomparire anche a seguito dello sviluppo), dell'allentamento delle difese, del primato genitale, della capacità di lavoro e di elaborazione del lutto. Sarebbe inoltre preferibile, a suo avviso, interrompere la regressione analitica in modo che il processo analitico possa integrarsi con le forze di sviluppo tipiche dell'età, o in alternativa, svolgere un lavoro più lungo attendendo che le forze di sviluppo siano diventate più forti. Di diverso avviso è invece Kris secondo il quale la ricostruzione e la scoperta del materiale rimosso è un importante indice dell'approssimarsi del termine. Secondo Waelder-Hall, e altri, per valutare il momento del termine sarebbe importante la capacità del bambino di parlare direttamente e francamente di sé. Anche per Novick (1976) l'obiettivo principale è il raggiungimento di buone capacità di autoanalisi, ma è tuttavia prematuro orientarsi verso la fine se l'adulto è ancora l'unica persona che può ascoltare il bambino (Novick 1990).

5. // rischio di interminabilità

Ablon (1988) sostiene che per evitare // rischio di interminabilità è importante l'analisi delle angosce di separazione e castrazione. Secondo Burgner (1988) l'angoscia di separazione può condurre a interminabilità; Shopper (1989) ritiene che la sensazione intuitiva di crescita (oltre che di cambiamento, secondo Novick 1982a e 1990) sia un elemento importante per orientare verso la conclusione dell'analisi. Secondo Neubauer il problema del pro-seguito del lavoro nella successiva fase di sviluppo dipende dalla previsione del tipo di riorganizzazione psicologica che potrà avvenire nella successiva fase. Secondo Waelker-Hall e Francis un buon indice di terminabilità è dato dalla scoperta ed approfondimento delle origini del conflitto, unitamente all'evidenza delle spinte evolutive.

6. La tecnica *da adottare nella conclusione dell'analisi*

Vi sono varie opinioni sulla *tecnica da adottare* per concludere l'analisi, a seconda delle diverse posizioni teoriche (Hurn 1970). Si parla di «periodo di incubazione» intendendo il periodo che intercorre dal momento in cui viene prospettata l'idea del termine a quando questo avviene concretamente (Novick 1982).

In merito alla decisione sulla data del termine le posizioni sono controverse: Kohrman (1969) sostiene che l'analista debba permettere al paziente di terminare quando vuole. Decidere invece l'interruzione da parte dell'analista è usato, a suo avviso, per ridurre le difese transferali. Anche Ablon (1988) pensa che sia meglio far decidere al bambino la data del termine. Nei due casi riportati, Giulio ed Alessia decisero spontaneamente di concludere il lavoro e l'analista concordò, pur con motivazioni diverse nei due casi. L'opinione degli analisti sul momento della conclusione è connessa anche all'età del paziente: a cinque-sette anni terminano le analisi iniziate precocemente, mentre il trattamento di bambini in latenza termina verso gli undici-dodici anni. È necessario fissare il termine prima dell'inizio della pubertà o dopo le prime fasi puberali; in caso di proseguimento dell'analisi in adolescenza, può essere necessario incrementare la frequenza delle sedute, a causa delle angosce puberali (Winnicott 1965). Rosenthal (1988) distingue la situazione dell'adulto la cui analisi termina quando diviene «inferiormente interminabile» da quella del bambino, dove l'angoscia di separazione è calmata dalla presenza degli adulti, da quella ancora degli adolescenti che hanno invece maggiore necessità di separarsi.

Riguardo a «quando terminare», si ritiene, in genere, che per gli adolescenti sia meglio concludere durante il periodo lavorativo piuttosto che all'inizio delle vacanze, come con gli adulti (Novick 1976). Fra le altre problematiche sollevate in fase conclusiva ci si pone inoltre (Novick 1982) il problema se il lutto per l'analista sia più vicino alla perdita di un oggetto reale o di un oggetto transferale (madre onnipotente perfetta). Eriich (1988) ricorda che Freud, alla fine dell'analisi, si domanda le stesse cose

che si chiede il genitore di un adolescente: «L'ho preparato per la vita reale che lo aspetta fuori di qui?». Ogni termine di analisi mette l'analista in una situazione analoga a quella del genitore di un adolescente, e ciò ha comunque a che fare col processo del lutto.

7. *L'interruzione*

L'Interruzione (o fine prematura) è ricorrente nelle analisi coi bambini ed adolescenti, tanto da far pensare a molti autori che l'analisi infantile sia, di per sé, incompleta. Molti analisti (Spegel 1951, A. Freud 1957, Adatto 1958, Landauer, Novick 1976 e 1990b, Burgner 1988) sottolineano come bambini e adolescenti interrompano piuttosto che terminare il trattamento talvolta addirittura programmando un «piano unilaterale di termine» appena hanno iniziato il trattamento. Analogo atteggiamento è riscontrabile anche nelle fasi conclusive di analisi con adulti (Hurn 1970).

I dati relativi all'interruzione sono stati particolarmente approfonditi da Novick (1980) che ritiene che molte analisi infantili siano interrotte per cause esterne. Lo stesso autore (1982a), riferendo di tali eventualità, confronta i dati di sei studi sull'argomento (Hendrick 1967, Aronson 1969, A. Freud 1970, Sashin 1975, Hamburg 1976, Earle 1979) secondo i quali le interruzioni sono frequenti, oscillando fra il 31% e il 72% dei trattamenti intrapresi, e si osservano più frequentemente nelle ragazze (Novick 1980). Salus sostiene che una buona procedura diagnostica permette di terminare piuttosto che interrompere l'analisi.

8. *Post'analisi*

Per quanto riguarda il periodo di *post-analisi*, ancora A. Freud, in un colloquio con Sandler (1980), ritiene che il bambino abbia una tendenza naturale ad abbandonare figure educative di riferimento come ad esempio le insegnanti e che, di conseguenza, questo accada con l'analista. Essa pone il problema (1957 e 1971) di chi erediti

il rapporto analitico pensando che talvolta il bambino abbia la necessità di continuare a vedere l'analista. Kohrman (1969) ritiene inoltre importante lasciare questa possibilità di ritorno nei casi molto disturbati o con genitori psicotici. Relativamente ai casi presentati all'inizio, una volta concluso il lavoro con Giulio l'analista non ha più visto il bambino né ha avuto più sue notizie mentre dopo la conclusione del lavoro con Alessia l'analista ha mantenuto un contatto con i genitori per consulenze saltuarie, su loro richiesta, senza più rivedere la ragazza.

Lo sviluppo post-analitico è favorito, secondo Van Dam (1975) dall'atteggiamento dei genitori e da una buona conduzione della fase finale da parte dell'analista: è necessario ad esempio discriminare gli aspetti difensivi e distinguerli dalle indicazioni realistiche di termine. Per favorire la funzione autoanalitica nel bambino è necessario il supporto dell'analista; ciò attenua i meccanismi regressivi o l'attaccamento a sostituirli. Francis considera l'attaccamento post-analitico come un desiderio del bambino di una nuova relazione piuttosto che il sintomo di un transfert non risolto.

Ancora circa la fase post-analitica, Novick (1976) non ritiene che il lutto riguardi l'analista reale ma che piuttosto lo riguardi come oggetto di transfert. Successivamente questo autore afferma che nel bambino non si osserva una fase di elaborazione del lutto ma la perdita dell'analista sembra riguardarlo sia come oggetto reale che come oggetto transferale (1990b). Talvolta i maggiori cambiamenti si osservano dopo la conclusione dell'analisi; ciò sembra legato, sempre secondo questo autore (1976, 1982a), ad una fine prematura o ad una riattivazione del transfert edipico.

La conclusione dell'analisi è accostata da alcuni autori (Dewaid 1964, 1982a, Miller 1965, Gitelson 1967) al normale processo maturativo adolescenziale. Nell'adolescenza, come nelle fasi conclusive dell'analisi, esiste una maggiore consapevolezza di perdere l'onnipotenza dell'infanzia (Miller 1965): spesso l'adolescente cerca di evitare la fine dell'analisi perché ciò significa la rinuncia a una rappresentazione onnipotente di sé (Eriich 1988). Questo può determinare la ripresa regressiva della sintomatologia

(Ticho 1982) preservando la fantasia infantile di onnipotenza che si risolverà spesso solo dopo la conclusione (Novick 1982a).

La fine dell'analisi va considerata come parte della crescita e come bisogno normale e legittimo di lasciare l'oggetto incestuoso del transfert (Eriich 1988). Anche Novick (1982a) afferma che per la conclusione dell'analisi è necessaria la risoluzione del complesso edipico.

La fase conclusiva è un periodo dove possono essere affrontati alcuni elementi della nevrosi di transfert che si manifestano solo in questa occasione. La ricomparsa dei sintomi in questa fase consente di lavorare sulle fantasie di onnipotenza infantile (Miller 1965).

Eriich (1988) distingue gli aspetti legati al «termine», che considera più super-egoici, dagli aspetti legati alla «terminabilità», più collegati all'ideale dell'Io. La terminabilità è collegata anche al senso di finitezza mentre l'interminabilità sembra associata, in qualche modo, all'immortalità. Il rimpianto per le esperienze fusionali e la percezione della morte, come stato infinito e interminabile, può inoltre elevare il rischio di suicidio.

Korhman (1969) poneva inoltre il problema se il termine dell'analisi e la fase conclusiva potessero essere definiti anche metapsicologicamente o se siano soltanto la fine del trattamento. La maggior parte degli autori sembra orientata a una riflessione metapsicologica su questi aspetti del lavoro analitico. Secondo Van Dam (1975) quando l'analista e il bambino si accorgono di un buon funzionamento mentale, anche sotto stress, l'analisi è in fase preterminale. Per Winnicott (1971) è inoltre importante analizzare in maniera accurata il periodo finale, con particolare riferimento alla posizione depressiva, cercando di capire se il bambino sarà in grado di elaborare la perdita (Wallach 1961).

9. *Nevrosi di transfert*

Passando alla letteratura sulla *nevrosi di transfert durante la fase conclusiva*, si possono osservare differenze a seconda dell'età: il transfert adolescenziale è, secondo

Hurn (1970), differenziato da quello infantile per il fatto che il primo si colora di un evidente sforzo di adattamento alla realtà, dominando la fase conclusiva, mentre il transfert infantile è più tipico delle fasi precoci ed intermedie dell'analisi. Anche nella fase conclusiva dell'analisi con adulti si osserva talvolta il transfert adolescenziale, cioè la riviviscenza dell'atteggiamento conscio e inconscio che c'era in adolescenza verso i genitori (ibid.).

Anche Ablon (1988) concorda sul fatto che nel bambino sia possibile lo sviluppo di una nevrosi di transfert, ma l'inizio della sua risoluzione non sembra invece fornire un indicatore per l'inizio della fase di conclusione.

La fine prematura da parte dell'adolescente, può essere messa in atto come resistenza al transfert edipico positivo (Novick 1982a e 1982b, S. Weiss). Tale modalità dovrebbe essere interpretata prima della fine reale (Novick 1982), per evitare una regressione nella quale non è l'analista ad essere abbandonato e sottoposto al processo del lutto, ma piuttosto una parte di sé: spesso si tratta di parti di sé infantili a cui si rinuncia in modo colpevole (Novick 1982b). Questi meccanismi di difesa attivati con la fine interferiranno con l'elaborazione e con la risoluzione finale del transfert (Van Dam 1975).

Helen Boss afferma che la fine dell'analisi può essere ritardata da problemi di contro-transfert. Essa suggerisce inoltre di «lasciare aperta la porta» perché il bambino possa tornare per essere aiutato.

Kris sottolinea inoltre la differenza fra transfert positivo e alleanza terapeutica. L'adulto può mantenere l'alleanza terapeutica durante i periodi negativi mentre il bambino ha minore capacità di tollerare questa tensione. Ciò comporta, secondo l'autore, la necessità di mantenere il bambino in una situazione di alleanza positiva. Inoltre Weiss sostiene che il bambino tende a interrompere piuttosto che stabilire un attaccamento transferale con l'analista.

10. Scuola junghiana

Fra gli psicoanalisti di *scuola junghiana* M. Fordham sostiene che il «Sé» può essere realizzato anche nei bam-

bini, in modo adeguato alla loro età, mentre secondo E. Neumann (1973) una positiva relazione primaria permette lo sviluppo di un sistema psichico centrato attorno al «Sé» e alilo, legati dall'asse lo-Sé. Questo asse è la base dell'equilibrio fra lo e inconscio e fra mondo esterno ed interno.

Sia Fordham che Neumann sostengono che gli archetipi sono attivi fin dall'infanzia: Fordham ha sottolineato la somiglianza delle immagini archetipiche con le fantasie inconsce descritte da M. Klein, mentre Neumann concepisce gli archetipi come momenti tipici che presiedono allo sviluppo e al cambiamento. Le deviazioni dalla norma archetipica sono considerate dannose per il bambino. La psicoanalisi infantile junghiana si è sviluppata soprattutto attorno a questi concetti, e in rapporto ad essi si sono elaborati i criteri per la conclusione del lavoro analitico. Vi è attenzione all'arricchimento della personalità globale, vale a dire alla realizzazione del Sé, e alla formazione dell'asse lo-Sé, che permette un equilibrio fra lo e inconscio e fra Individuo e Mondo, e vi è inoltre un'attenzione particolare alla «normalità archetipica», cioè al presentarsi e svolgersi armonico delle fasi di sviluppo bio-psicologico collegate al loro livello simbolico caratteristico.