

L'ADOLESCENTE FRA CORPO E PAROLA

Nella prima parte di questo numero del Quaderno proponiamo le relazioni presentate dai nostri Soci all'8° Convegno Nazionale dei Gruppi Italiani di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza, che si è tenuto a Catania (Ottobre 2008) su un tema cruciale per le problematiche adolescenziali: ***“L'Adolescente prende corpo”***.

In adolescenza il corpo si pone come luogo di elaborazione della soggettività ed impone l'esigenza di un lavoro psichico che accompagni le trasformazioni pubertarie, facendo emergere un'immagine di sé che integri la nuova realtà corporea. Il risveglio pulsionale mette a dura prova le capacità simboliche e rappresentative dell'adolescente, esponendolo al rischio che il mondo della fantasia inconscia collassi nel troppo concreto della percezione corporea.

I lavori presentati si occupano proprio di questo: cosa accade quando la funzione soggettivante si arena nell'impatto con le trasformazioni corporee puberali, lasciando riemergere antiche fratture nel senso di identità, di continuità del Sé e dell'integrazione psiche-soma? Il punto è allora quello di approntare un approccio psicoterapeutico in cui sia in primo piano la funzione di holding del setting e in cui la comunicazione con il corpo e sul corpo apra un po' per volta la possibilità di creare nessi, di suscitare immagini, per cercare di dare senso e rappresentazione a ciò che prima era imprigionato in mute ed opache sensazioni corporee.

D'altra parte la mente non è un'entità indipendente e separata dal corpo; al contrario, il pensiero trae linfa vitale dalle sensazioni, dai movimenti e dalle azioni del corpo, e il dialogo inconscio fra due interlocutori riguarda due menti “incorporate”.

E' interessante, a questo proposito, la distinzione operata da Stern fra una conoscenza implicita, non simbolica e non verbale, ma piuttosto procedurale ed inconscia, e una conoscenza esplicita che è viceversa simbolica, cosciente, verbalizzabile. Aniché pensare a un conoscere implicito che con lo sviluppo si muti in conoscenza esplicita, egli ritiene che si tratti di due livelli che procedono ed evolvono insieme, laddove la conoscenza implicita della relazione sottende costantemente ogni comunicazione, dandole profondità e spessore. Esiste un interscambio continuo fra i due registri, cosicché sensazioni, immagini, intuizioni appartenenti alla sfera implicita possono essere rappresentate nel dominio verbale del narratore, mentre in direzione opposta le parole suscitano immagini, sensazioni e intuizioni in chi ascolta. E' proprio l'oscillazione fra i due livelli della comunicazione che rende possibile quella sintonizzazione fra paziente e terapeuta che non è mai un fatto compiuto ma una continua negoziazione fra la mente e il corpo dei due interlocutori.

Dice Winnicott¹: *“La psicoterapia non consiste nel fare interpretazioni brillanti e appropriate; in linea di massima e a lungo termine è un ridare al paziente su un ampio arco di tempo ciò che il paziente porta. E' una complessa derivazione della faccia che riflette ciò che è là per essere visto. Mi piace pensare al mio lavoro in questo modo, e pensare che se lo faccio abbastanza bene il paziente troverà il suo proprio sé e sarà in grado di esistere e di sentirsi reale. Sentirsi reale è più che esistere; è trovare una maniera di esistere come se stesso, e di avere un sé entro cui ritirarsi per rilassarsi”*.

F. Turcato e A. Butticci ci introducono nel campo dell'etnopsichiatria, ponendo il problema di come l'integrazione socio-culturale degli adolescenti immigrati influenzi l'integrazione psicologica. L'adolescente immigrato, oltre a fare i conti, come ogni altro adolescente, con il sentimento di inquietante estraneità che l'esperienza del suo corpo pubere gli fa vivere, deve fare anche i conti con un corpo che ha caratteristiche somatiche non omologabili e sentite perciò come irriducibilmente estranee, soprattutto se il rimando che ne ha è il disprezzo e la svalutazione. Il rischio è che questo disprezzo interiorizzato entri a far parte della sua identità. Nel costruire la

¹ Winnicott (1974) Trad. It. *Gioco e realtà*. La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile, p. 191. Armando, Roma.

propria identità egli si trova dunque confrontato con una realtà socio-culturale che può avere su di lui effetti traumatici. Anche il terapeuta si trova a vivere un'esperienza traumatica perché si trova a fare i conti con l'irruzione, entro il suo mondo interno, di un mondo altro, con cultura, costumi, visioni del mondo che rischiano di destabilizzarlo. Il terapeuta è costretto allora a mettere in discussione il suo approccio abituale e ad assumere un assetto mentale che gli consenta di mettersi in risonanza con adolescenti che lo confrontano con la loro e la sua stessa alterità.

B. Zumbo ci offre "Spunti di riflessione sulla diffusione di massa di comportamenti a rischio fra gli adolescenti e i preadolescenti". Si tratta di comportamenti che *"mettano alla prova le proprie nascenti capacità sessuali e seduttive o di performance fisica (bere, guidare nonostante l'influsso di sostanze stupefacenti, fare a botte, distruggere) senza alcuna forma di confronto e rispecchiamento, se non con il gruppo dei pari"*. Tutto avviene all'insegna della scissione: da una parte agiti trasgressivi che non comportano né vera sfida, né esibizione di autonomia perché eludono il rischio di un confronto con le figure adulte di riferimento, dall'altra una deprimente compiacenza all'ambiente socio-familiare di appartenenza. Non si tratta qui di un autentico rischio (che comporta anche la possibilità di uno scacco nel confronto con un interlocutore vero), ma di una sorta di video gioco, in cui il tempo e le conseguenze delle proprie azioni appaiono reversibili. Quel che sembra mancare a questi adolescenti e quel che sembrano disperatamente cercare è essere visti ed investiti da un interlocutore adulto che se ne faccia carico, permettendo loro di assumere un rischio in presenza di un garante.

P.G. Tagliani riflette a partire dal caso di un tredicenne, da lui visto in consultazione a causa del sintomo della compulsione ad urinare. Tale sintomo ha una duplice valenza: nasconde tanto quanto mostra. Nasconde la vera posta in gioco: conflitti identificatori, conflitto fra investimento narcisistico ed oggettuale. La sua funzione di occultamento è tanto più efficace in quanto il sintomo si esprime nel registro psicosomatico: al legame umano si sostituisce il sovrainvestimento del funzionamento meccanico del corpo, alle emozioni e al pensiero legato all'affetto si sostituisce la ricerca di sensazioni. La difficoltà e lo scacco si manifestano qui attraverso l'iperinvestimento di un organo che il ragazzo non riesce a differenziare e ad integrare come fonte di piacere all'interno di un corpo sessuato. Questo pene, costantemente monitorato ed eccitato da un'attività mentale, che è l'equivalente di una masturbazione coatta e che non riesce ad assumersi il rischio della separazione e della crescita, viene riconsegnato al mondo dell'infanzia e della necessità fisiologica.

D'altra parte il sintomo è anche un messaggio, interroga l'ambiente e mette in discussione la patologica omeostasi familiare. L'emozione che il ragazzo costantemente manifesta, quella della vergogna, rivela il fallimento dell'investimento narcisistico e rimanda alla necessità di un diverso rifornimento narcisistico funzionale alla crescita e alla differenziazione. La paura di non potersi contenere rimanda a sua volta al fallimento e alla necessità di una funzione mentale di holding.

Eccoci arrivati ad una funzione del terapeuta: quella del rispecchiamento e della creazione di uno spazio affidabile: è di questo che ci parla M.J. Colombini. I tre casi clinici presentati mettono in evidenza un corpo che si presenta con disturbi poco decifrabili, in bilico tra disturbo organico e sintomo psichico, disturbi che denotano situazioni di blocco evolutivo e che creano confusione nell'adolescente, nella famiglia e nel terapeuta, avviluppando in una sorta di spirale.

Vien da dire che il gioco di transfert e di controtransfert in questi casi deve passare per il corpo, lo sguardo, il movimento ed una sensorialità diffusa che si confondono e confondono, ma che sono ciò da cui bisogna partire. Non serve tanto un rimando interpretativo che rischia di diventare persecutorio, ma la creazione di uno spazio affidabile: si deve realizzare una sintonizzazione attraverso una ritualità, una progressiva familiarità che renda possibile una modalità relazionale in cui far entrare le sensazioni per rispecchiarle e nominarle. Nota Colombini: *"E' solo grazie al continuo lavoro di trasmissione/creazione di immagini dentro la mia mente che alcuni tratti di questi preadolescenti hanno potuto acquisire un significato, diventare comprensibili ed essere tradotti in rappresentazioni"*. Doppio statuto, quello dell'immagine, in bilico fra corpo e mente: essa può restare isolata, chiudersi in sé o aprirsi alla rappresentazione. Certo c'è un rischio di intrusione di materiale estraneo, di confusione delle lingue, ma il terapeuta se la sente di correre il

rischio di introdurre una funzione immaginativa e pensante, in assenza di una funzione pensante del paziente, quando sente che essa affonda le sue radici nella memoria del proprio corpo e della propria storia e nella relazione viva con il paziente. Si possono allora creare dei legami, una storia condivisa, istituire un tempo per la crescita.

Tutti i lavori sin qui presentati possono essere letti dal punto di vista dell'emergenza del negativo, nel senso dell'inconscio che si manifesta indirettamente, che non è conoscibile se non attraverso i suoi derivati: sogni, sintomi, agiti, transfert, controtransfert. Vorrei sottolineare l'aspetto duplice del negativo, da una parte con le sue caratteristiche di opacità, ripetizione dell'identico, difficoltà e a volte impossibilità ad essere significativo e rappresentabile all'interno della relazione terapeutica e dall'altra con la sua potenzialità di accesso a quanto vi è di più vitale, di unico e creativo in ogni individuo.

F. Mancuso ci introduce più direttamente nell'area del negativo focalizzando il tema del transfert, del controtransfert e della relazione terapeutica. L'adolescente, che esalta la possibilità di mantenersi in uno stato insaturo, di non definizione, *“potrà incuriosirsi e accedere alla dimensione del negativo solo grazie al terapeuta. Diventano allora importanti le teorie del terapeuta, ma soprattutto il suo rapporto con il suo negativo”*. Il terapeuta, mentre si offre come oggetto di relazione, si offre come oggetto di transfert e dove c'è transfert c'è negativo, cioè ignoto, inconscio. Il transfert si offre dunque come strumento privilegiato, non solo perché permette di entrare in relazione nel qui ed ora con i nodi conflittuali irrisolti del passato del paziente, ma anche perché mette in contatto con quell'area tumultuosa, insatura, vitale che può cogliere di sorpresa sia il paziente che il terapeuta. Il transfert non è solo quindi una riproduzione del passato ma contiene sempre elementi del terapeuta stesso: il paziente, inconsciamente, sa bene quali corde far risuonare. Questo, secondo Mancuso, non significa che il terapeuta accetti una posizione ingenuamente relazionale (l'importante è esserci, essere se stessi e associare liberamente), misconoscendo l'asimmetria implicita nella relazione, ma che lasci lavorare dentro di sé il suo proprio negativo, da una parte senza la fretta di trovare una risposta che saturi il senso, ma dall'altra nella prospettiva di una restituzione di senso e di una differenziazione. I due pericoli che il terapeuta incontra in questo suo navigare tra Scilla e Cariddi sono, da un lato, quello di implodere nella concretezza della relazione e, dall'altro, quello di attestarsi su una posizione rigida e formale che neghi la relazione. Mancuso parla di una polifonia transferale, intendendo con ciò che il terapeuta di adolescenti, oltre che nel ruolo di oggetto ed interprete del transfert, è anche coinvolto in altri ruoli supplementari o alternativi che ne fanno un oggetto organizzatore con cui identificarsi. Egli tuttavia ribadisce l'importanza dell'interpretazione transferale qualora l'adolescente si senta troppo passivizzato nella relazione: l'interpretazione di transfert acquista allora una funzione paraeccitatoria, regolatrice, a difesa della relazione.

Per la rubrica **Seminari** presentiamo cinque lavori.

M. Lescovelli tratta di omosessualità e identità, sostenendo che l'acquisizione di una solida identità, inclusa l'identità di genere, sia un processo che dura tutta la vita e che si costituisce essenzialmente attraverso le vicende dei rapporti personali, a partire da quelli con le figure primarie. La scoperta da parte del bambino della differenza anatomica tra i sessi e la necessità di rinunciare ad una onnipotente bisessualità costituiscono una delle più profonde ferite narcisistiche perché lo confrontano con la separatezza, l'alterità e, in prospettiva, con la morte. L'ingresso nell'Edipo è il momento cruciale per completare la costruzione dell'identità sessuale e personale, ma è anche il momento del massimo rischio: la posta in gioco è quella di rinunciare all'illusione degli *“oggetti soggettivi”* per accedere al mondo degli *“oggetti totali”*, che è possibile desiderare ed amare.

Attraverso l'analisi del suo materiale clinico Lescovelli giunge alla conclusione che nei casi da lei descritti la scelta dell'oggetto d'amore non si basa tanto su un investimento libidico su un oggetto totale, ma costituisce un disperato tentativo di autonomia, di separazione da una madre fusionale e totalmente inglobante, che ha investito il figlio/figlia in modo prevalentemente narcisistico. Stessa funzione sembra aver svolto l'incontro con la comunità gay, che ha permesso a questi pazienti di sperimentare un forte senso di appartenenza. Per l'autrice l'omosessualità diventa elemento

fondante di un'identità che conserva tratti onnipotenti pre-edipici che permettono di non rinunciare ad uno dei generi, perdita vissuta come una ferita narcisistica intollerabile.

C. Freddi si occupa della funzione dell'adulto e del terapeuta nel gruppo di adolescenti. Nel gruppo l'adolescente vive due diversi tipi di relazione: quella con i coetanei, ordinata su un asse orizzontale, e quella con il terapeuta, ordinata su un asse verticale, entrambe importanti per lo sviluppo della funzione riflessiva e per l'acquisizione di una propria identità differenziata. Nel gruppo dei pari l'adolescente, per la scissione considerevole del suo sé e dei suoi oggetti interni, può proiettare quelle parti di sé che non riesce a riconoscere e a tollerare nel proprio interno e nel contempo trovare nuovi oggetti di identificazione. Il sentimento di appartenenza al gruppo dei pari fornisce all'adolescente una potente conferma narcisistica che gli permette il confronto con l'adulto-terapeuta, che deve reggere a sua volta la forza d'urto dei momenti di svalutazione, opposizione e sfida nei suoi confronti. In questi momenti il terapeuta si ritrova solo a svolgere la funzione pensante del gruppo, descrivendo ciò che avviene nel gruppo, favorendone le capacità introspettive e permettendogli di assumere una certa dose di depressione indispensabile all'individuazione ed alla crescita. Conclude l'autore: *“Nella conduzione di un gruppo è importante che il terapeuta sia consapevole del bisogno che l'adolescente ha di stabilire una relazione con l'adulto che gli consenta di fare un investimento su di lui e sui coetanei come nuovi oggetti, e che da una parte gli diano quella comprensione e quel sostegno narcisistico che gli può essere mancato e che può essere nell'attualità ancora carente nelle relazioni con i familiari e dall'altra gli consenta la differenziazione e il distacco dalle rappresentazioni parentali interne”*.

Ancora sul tema del gruppo: il lavoro di A. Baldassarre tratta de “Le varie forme di rappresentazione nel gruppo di adolescenti”. Le modalità di comunicazione in un gruppo si collocano su un continuum di cui un estremo è costituito da modi di espressione più primitivi (atmosfera, sensazioni e vissuti relativi al livello somatico) e l'altro da modi più evoluti, che coinvolgono le attività di simbolizzazione e si svolgono a livello verbale. L'autrice pone l'attenzione su una forma di comunicazione estremamente importante in adolescenza e che si situa a metà strada: l'acting out, che da una parte comporta la scarica diretta in azione di un materiale inconscio non pensato, dall'altra esprime spesso una richiesta di aiuto rivolta al terapeuta e ad ogni componente del gruppo. Del resto la comunicazione che un adolescente veicola attraverso il vestiario, la postura e in generale attraverso il comportamento entra a far parte della conoscenza non verbale, implicita, della relazione, con effetti notevoli all'interno del gruppo. Si viene così un po' per volta a costituire un campo comune dove collocare pensieri ed emozioni: attraverso un fenomeno di risonanza ma anche di distanziamento e sospensione dall'agito si crea per l'adolescente la possibilità di formare nuove identificazioni e di riconoscere quanto l'esterno dipenda dall'interno.

Nel lavoro “Una cura in casa per la giovane madre e il suo bambino”, il gruppo di F. Codignola presenta una ricerca, durata due anni, che ha come obiettivo la cura della relazione tra la madre adolescente con un passato di maltrattamento e/o abuso e il suo bambino. L'intento è, da una parte, quello di contenere l'attitudine massicciamente proiettiva della giovane madre, di aiutarla ad elaborare il suo vissuto traumatico, rimettendo così in moto il suo cammino adolescenziale e, dall'altra, di sostenere il bambino nel suo processo di crescita e di separazione. Queste giovani madri, deprivate e maltrattate, sono esposte a un duplice rischio: i caratteristici conflitti adolescenziali e della gravidanza sono aggravati da un lato dai loro disturbi di personalità e dall'altro dall'assenza o incompetenza delle famiglie d'origine, non in grado di offrire adeguato sostegno. In tali circostanze la gravidanza rappresenta la speranza di porre rimedio a un vissuto di profonda deprivazione. Se, nella fantasia inconscia, il bambino deve colmare un vuoto, il bambino reale è deludente e sollecita atteggiamenti di espulsione.

Questa complessa dinamica interna provoca a sua volta, negli operatori che si occupano di questi casi, fortissime reazioni controtransferali che li portano ad oscillare continuamente fra i bisogni della madre e quelli del bambino, a proiettare i propri conflitti interni sollecitati dall'incontro con la coppia madre/bambino o ad agirli concretamente.

Conscie della difficoltà di raggiungere queste madri adolescenti con una proposta di psicoterapia individuale, le terapeute propongono quella che chiamano “una psicoterapia in cucina”, definizione questa che mette in evidenza la necessità di raggiungere queste mamme nel loro ambiente di vita che, per la maggior parte dei casi, è costituito dalla comunità. L’ultima parte del lavoro è proprio dedicata all’analisi delle difficoltà di un intervento psicoterapeutico che avviene all’interno di un campo in cui sono all’opera altre figure professionali, con il rischio, per le terapeute, di derogare alla loro funzione e di agire nella realtà le scissioni indotte dalle pazienti.

G. Pellizzari, nel suo lavoro “Lo sviluppo sessuale: realtà, realtà psichica, realtà virtuale”, parte dal racconto biblico del peccato originale per sviluppare le sue riflessioni sulla contemporaneità della nascita e dello sviluppo della sessualità e del pensiero. La trasgressione originaria è stata interpretata secondo due filoni: da una parte si è visto in essa un’infrazione del tabù sessuale, dall’altra la si è connessa con la conoscenza del vero, un vero che non coincide con l’ideale ma che disillude irreparabilmente. In entrambi i casi si può scorgere in questo mito una metafora della pubertà: la trasgressione sessuale/conoscitiva consente di diventare come i genitori invidiati dell’infanzia, al prezzo di una perdita, la rinuncia all’onnipotenza rappresentata dalla polimorfoperversità del bambino e all’idealizzazione di sé e dell’oggetto. Pellizzari prosegue nella sua analisi dello sviluppo del pensiero e della sessualità nel loro reciproco intrecciarsi. Se la potenzialità traumatica insita nello sviluppo psicosessuale del bambino viene contenuta dall’attitudine protettiva dei genitori e dall’immaturità del bambino fino alla pubertà, la pubertà stessa -con il giungere a maturazione insieme della sessualità e della capacità adulta di pensare- viene vissuta come un trauma. “L’albero della conoscenza cessa di essere collocato in una lontananza protetta e inaccessibile e diviene traumaticamente oggetto di esperienza...L’adolescente, come i nostri progenitori dopo aver assaggiato del frutto dell’albero della conoscenza, scopre la propria solitudine”. La realtà psichica è il risultato di un’elaborazione creativa mossa traumaticamente dalla realtà, sia esterna che interna, essa è “come un teatro aperto verso l’infinito e animato dalla tensione del desiderio”. “La realtà virtuale si oppone alla realtà psichica poiché, mentre quest’ultima è aperta verso l’infinito e verso l’altrove, ed è dunque realtà frustrante di ogni tentativo di saturazione del desiderio e della conoscenza, la realtà virtuale è satura per eccellenza...è automatica e operativa... L’elaborazione soggettiva è messa in scacco nella pura performance operativa”.

Claudio Miglioli