

CLINICA E ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO NELL'APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO ALL'ADOLESCENTE¹ Nella Guidi

Il problema della psicopatologia dell'adolescenza, nella prospettiva evolutiva psicoanalitica di periodo critico fisiologico, ha condotto alla relativizzazione della "normalità" e della "patologia" del comportamento adolescenziale. Come diagnostici non è tanto l'anomalia, l'incoerenza del comportamento, la ricchezza del quadro sintomatologico, quanto la rigidità e la continuità dello stesso che devono attirare l'attenzione. Come terapeuti il criterio guida è quello di evitare una precoce chiusura delle possibilità evolutive implicite al processo adolescenziale, o uno sviluppo eccessivamente disarmonico dello stesso. Solo nel corso di una relazione prolungata è possibile porre diagnosi in un adolescente.

Nel concreto della pratica clinica, rispetto alle misure da prendere in fase di definizione di un progetto terapeutico, il riferimento alla diagnosi psichiatrica può fornire gli strumenti adatti per affrontare situazioni di emergenza, per l'eventuale uso di farmaci o l'organizzazione di un sistema di sicurezza nell'ambito del quale iniziare e portare avanti il rapporto. Per quanto riguarda il problema della onnipotenza e dell'idealizzazione dell'atteggiamento "eroico" dello psicoterapeuta, i criteri di "gravità" derivabili dalla diagnostica psichiatrica sono sufficienti per invitare alla prudenza e proteggere dalla negazione della patologia. All'interno poi del trattamento con il metodo psicoanalitico, nella relazione terapeutica vi è sia la possibilità di accertare eventuali "errori" di diagnosi che di osservarne la modificazione nel tempo attraverso il trattamento stesso.

Ho separato la funzione e l'uso di due diversi approcci diagnostici perché a mio parere l'integrazione dei contributi della psicoanalisi con la psichiatria è possibile soltanto se vengono mantenuti senza compromissioni i rispettivi sistemi di

¹ Originariamente pubblicato in: I. Rossi (a cura di), *L'adolescente, la famiglia, la comunità. Quale risposta*, CLUEB, Bologna 1986, pp. 37-52.

coerenza interna. In tal modo la psicoanalisi conserva il carattere di variabile indipendente nel campo della pratica psichiatrica, mantenendo un arco di tensione di rilevanza conoscitiva.

Il problema della diagnosi può essere schematizzato, ai fini della presente esposizione, secondo tre orientamenti fondamentali:

- 1) la diagnosi classificatoria, secondo le categorie della nosografia psichiatrica;
- 2) la diagnostica psicoanalitica intesa come inscindibile dalla relazione prolungata con il paziente, coerentemente con le indicazioni sia della teoria generale che della teoria clinica;
- 3) l'uso di categorie derivate dall'indagine psicoanalitica con la stessa logica classificatoria dell'impostazione psichiatrica.

Per quanto riguarda il punto 1), prototipo attuale della diagnostica psichiatrica è il DSM III (1980) che rielabora le conoscenze della psichiatria descrittiva. Sono già pubblicati (Horowitz e coll., 1984) tentativi sistematici di correlazione tra questa classificazione e le strategie psicoterapeutiche. La "nuova nosografia" si presenta come neutrale rispetto ai modelli teorici di interpretazione dei disturbi mentali.

Per il punto 2), la storia della diagnosi psicoanalitica mette invece in evidenza esplicitamente il legame stretto tra le categorie adoperate ed il sistema teorico. Attualmente la linea diagnostica che si è sviluppata dopo i contributi di M. Mahler permette di fare riferimento agli aspetti evolutivi della formazione di strutture, delle vicissitudini della formazione di oggetti interni e delle relazioni oggettuali precoci, dei processi di costituzione del Sé, nonché alla loro correlazione con i vissuti controtraslazionali. L'interesse per le sindromi borderline e per la tematica del narcisismo caratterizza un'area paradigmatica anche per quanto riguarda l'adolescenza. Gli schemi di Masterson e Rinsley (1981) ne sono un esempio. I criteri che provengono dalle conoscenze sulla fenomenologia della controtraslazione assumono rilevanza clinica nel quadro della ricerca sulla problematica del narcisismo e della ristrutturazione del Sé. Sul piano descrittivo, a prescindere dalle divergenze delle posizioni teoriche, c'è ampia convergenza tra autori classici come Kohut, Grunberger, Kemberg.

Per il punto 3), può essere indicato come paradigmatico il contributo di

Kernberg (1981) del prototipo di intervista adatta alla diagnosi differenziale tra psicosi, sindromi borderline e nevrosi nonché la sua recente proposta (1984) di correlare l'indicazione e la tecnica di trattamento con la sua tecnica diagnostica.

Quello che rende perplessi rispetto ai sistemi di classificazione che adoperano categorie psicoanalitiche è l'attuale tendenza al recupero dei concetti di indicazione e di controindicazione al trattamento con il metodo psicoanalitico. Infatti se la raffinatezza diagnostica è finalizzata alla predittività "a priori" del "successo-insuccesso" fuori della relazione psicoterapeutica, si fondano categorie di esclusione al trattamento psicoanalitico che preconstituiscono un dogma pragmatico esterno al processo psicoanalitico e al metodo psicoanalitico, mentre non viene rispettata la coerenza disciplinare. Questo criterio ha provocato nel passato ritardi nell'allargamento dell'approccio psicoanalitico ad una gamma di patologia diversa da quella originariamente considerata trattabile. I risultati della psicoterapia psicoanalitica hanno evidenziato il potenziale terapeutico complessivo della psicoanalisi e prodotto profonde revisioni teoriche. Con il Simposio di Arden House venne sancita (A. Freud, 1954; Stone, 1954) la possibilità di ampliamento delle indicazioni per la psicoanalisi. Di fatto si trattò solo di prendere atto di quello che era da tempo una realtà concreta dell'esperienza clinica. Progressivamente la pretesa di oggettività dei criteri di indicazione, accessibilità, idoneità, analizzabilità (Tyson e Sandler, 1971) si è stemperata spostando l'asse del discorso dal paziente all'analista, mettendo in primo piano l'importanza del fattore personale di questo ultimo per il trattamento di un determinato paziente.

L'uso dei criteri diagnostici psicoanalitici deve esprimere la unitarietà della psicoanalisi, definita in relazione al processo, coerentemente con la indicazione freudiana della triade inscindibile "teoria, ricerca, terapia". L'uso di modelli parziali, isolati dal contesto originario, è funzionale ad un ordine concettuale diverso ed è indicativo dello scollamento dalla matrice psicoanalitica. L'influenza della pressione sociale, che con i suoi valori di efficienza e di normalizzazione condiziona sia il singolo terapeuta che l'organizzazione del servizio sanitario nel suo insieme, merita di essere ulteriormente indagata in relazione al ritorno all'atteggiamento "diagnostico-escludente".

La posizione di Eissler del 1953 rappresenta tuttora un esempio di coerenza del punto di vista teorico sia con le implicazioni diagnostiche e la tecnica di trattamento che con le possibilità di ricerca implicite al metodo psicoanalitico. Il discorso di Eissler rimane un punto di riferimento contro lo spontaneismo

diagnostico e terapeutico. Il suo approccio pone in primo piano il problema di una teoria dei “parametri” e del loro uso nel trattamento. La valutazione della necessità di inserimento di parametri in un determinato trattamento, con la possibilità di successiva eliminazione degli stessi, diviene strumento per una diagnosi continua e continuamente modificata nel corso e per effetto del trattamento in quel determinato paziente, come filo conduttore rispetto alla parcellizzazione delle esperienze cliniche contingenti.

L'applicazione del metodo terapeutico e di ricerca psicoanalitica alle più diverse forme di patologia, con variazione solo quantitativa di maggiore o minore uso di parametri, rispetto alla utopica possibilità di ricorrere alla sola interpretazione, rispecchia la fondamentale scoperta di Freud di una differenza solo quantitativa tra normale, nevrotico e psicotico.

Seguendo questa impostazione di base, è evidente come sia necessario disporre di un criterio unitario che mantenga l'integrazione trasversale e longitudinale di diagnosi e trattamento. Per la chiarificazione di questo punto di vista in riferimento alla sua specifica rilevanza nel trattamento di adolescenti, premetto alcune considerazioni sulla situazione evolutiva adolescenziale.

Considero compito specifico del periodo adolescenziale di sviluppo l'acquisizione della struttura dell'ideale dell'Io adulto attraverso un processo di ristrutturazione dell'apparato psichico nel suo complesso. L'ideale dell'Io adulto deve progressivamente acquisire la possibilità di contrapporsi e controllare le richieste del Super-io infantile e del corrispondente ideale dell'Io infantile che possono essere allora integrate con i giudizi e valori dell'Io di più recente acquisizione.

L'istituzione del Super-io nel suo complesso, come struttura della personalità derivante dalle identificazioni con le figure idealizzate dei genitori al culmine del complesso edipico, aveva segnato il tramonto della sessualità infantile. Parallelamente l'ideale dell'Io adulto, corrispondente a realistiche rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, è la conquista strutturale specifica della fase adolescenziale di sviluppo. La sua istituzione nell'ambito dell'apparato psichico segna il termine della dipendenza infantile, nel senso di rendere possibile e improcrastinabile il “distacco dall'autorità dei genitori”, in quanto rappresenta una propria organizzazione di valori nell'ambito di una personale visione del mondo. L'ideale dell'Io adulto si pone poi lungo tutto l'arco della vita, in tutte le successive vicissitudini di rapporto con l'autorità e di autorità, come struttura motivante autonoma. Questa struttura è contemporaneamente e peculiarmente regolatrice

dell'autostima della persona nella sua capacità di essere attiva in vista del soddisfacimento di desiderio e del rinvenimento dell'oggetto, secondo modalità coerenti con la propria organizzazione di valori. Nei "Tre saggi" S. Freud (1905) aveva mostrato come "il ripudio e il superamento delle fantasie incestuose, in vista del rinvenimento di nuovi oggetti sessuali" si compia contemporaneamente al "distacco dall'autorità dei genitori, che produce il contrasto così importante per il progresso civile, della nuova con la vecchia generazione", e come i due processi siano inscindibilmente legati fra loro nell'adolescenza, di modo che non può avvenire l'uno senza che si compia l'altro.

Hartmann, Kris e Loewenstein (1946), Erikson (1950), Rapaport (1954) hanno presentato particolare attenzione alla problematica dell'assunzione di nuovi valori e ruoli nell'adolescente, come contemporaneamente presupposto ed esito del compiersi del normale processo evolutivo di ristrutturazione psichica di fase.

L'ultimo contributo di Blos (1984) sul carattere bifasico dell'evoluzione edipica nel maschio, in relazione al rapporto pregenitale con il padre e al complesso edipico negativo nella sua globalità, elaborabili soltanto nell'adolescenza, evidenzia come questa elaborazione sia fondamentale per l'istituirsi della struttura dell'ideale dell'Io adulto. Il lavoro di Hanly (1984) recupera la denominazione di Io ideale adoperata da S. Freud (1914), accanto a quella di ideale dell'Io, per compiere una "differenziazione rispetto alla genesi ed alla funzione del narcisismo dell'adulto". Lo scritto di Tyson e Tyson (1984) sottolinea come lo stadio finale dello sviluppo del Super-io sia parte del processo adolescenziale e ripropone il ruolo del Super-io e dei suoi precursori per la regolazione dell'autostima rispetto all'equilibrio narcisistico e ai suoi disturbi. Ambedue questi contributi indicano la tendenza nella letteratura alla rivalutazione delle implicazioni teoriche del punto di vista strutturale per la comprensione della depressione e delle altre forme di patologia narcisistica.

Il processo di ristrutturazione della personalità che porta all'istituzione dell'ideale dell'Io adulto, durante la latenza poteva essere dilazionato e rimandato, data l'opportunità e la necessità di dipendere dai genitori. Questo processo diventa invece indispensabile nell'adolescenza, al fine di permettere all'individuo di agire autonomamente per la soddisfazione dei propri desideri sessuali e al fine di salvaguardare l'autostima derivante da un comportamento coerente con i giudizi e i valori dell'Io. La struttura dell'ideale dell'Io adulto si organizza

nell'adolescenza sotto la pressione delle pulsioni sessuali. L'Io adolescenziale ricorre, al fine di rispettare il tabù dell'incesto, all'"allontanamento" (Katan, 1937, cit. da A. Freud, 1957) dai genitori, per facilitare lo "spostamento" dell'investimento libidico dalle figure incestuose al nuovo oggetto d'amore. D'altra parte, le nuove possibilità a livello cognitivo di astrazione e di critica e l'incontro con nuovi valori, norme e ideali che debbono essere integrati con quelli precedentemente acquisiti in età infantile, costituiscono una spinta sia alla strutturazione progressiva di un proprio ideale dell'Io adulto che a facilitare l'"allontanamento" progressivo dai genitori tramite l'ingresso nei vari gruppi sociali. Conflitti intrapsichici imperniati sull'aggressività nei confronti di oggetti libidicamente investiti nell'ambito della problematica indipendenza-distruittività-dipendenza, possono ostacolare tramite angosce intollerabili sia un graduale "allontanamento" dalle figure parentali che il progressivo strutturarsi dell'ideale dell'Io. Ciò comporta il rischio di una ulteriore sessualizzazione delle figure incestuose e di disperati improvvisi tentativi di sostituire la dipendenza dai genitori con una dipendenza acritica nei confronti di altre autorità. Inoltre la nostra società si oppone alla soddisfazione autonoma dei desideri dell'individuo e quindi anche alla strutturazione dell'ideale dell'Io adulto, non tanto direttamente mediante proibizioni, quanto indirettamente premiando con vantaggi sociali chi si adatta alla "norma", così come una volta la coppia genitoriale si era comportata nei confronti dei desideri edipici (educazione anti-autoritaria) e come nel periodo di latenza il "bambino buono" è il più apprezzato in qualsiasi istituzione, non solo familiare.

Quando affrontiamo psicoterapeuticamente in un adolescente una situazione psicopatologica che appare, dal punto di vista sintomatologico e del comportamento, francamente orientata verso la psicosi, accade che le vicissitudini della traslazione mostrino anche aspetti ascrivibili al processo di ristrutturazione psichica di fase che fa parte della normalità evolutiva. Saper cogliere, rispettare e favorire questo sviluppo normale nel corso del rapporto psicoterapeutico con l'adolescente è di estrema importanza. Al contrario, è altrettanto importante evidenziare quando nell'adolescente la "normalizzazione", durante il trattamento, coincide con un adattamento passivo alle richieste sociali. Questa "normalizzazione" può essere ottenuta attraverso l'assunzione di un atteggiamento di dipendenza e sottomissione all'autorità, in funzione di evitare sia il conflitto intrapsichico tra Io e Super-Io infantile, con le depressioni, le angosce e i sensi di colpa inconsci correlati, che di ottenere dei vantaggi sociali immediati. In questo caso

dal punto di vista intrapsichico si ha un arresto del processo di ristrutturazione psichica di fase che, impedendo il normale progressivo strutturarsi dell'ideale dell'Io adulto, crea condizioni di rischio in fasi successive della vita.

Partendo da queste considerazioni cercherò di descrivere il criterio diagnostico di attività e passività dell'Io, il quale permette, nei diversi momenti del rapporto terapeutico, una valutazione della forza dell'Io del paziente, in relazione ai caratteri peculiari dello sviluppo adolescenziale, di per sé causa di frequenti ed improvvisi stati di impotenza dell'Io a prescindere dalla patologia specifica che il singolo paziente può presentare. In aggiunta ai criteri soggettivi empatici, questo criterio diagnostico permette di guidare e modulare la propria attività terapeutica sia di interpretazione che di introduzione di "parametri", nei confronti del singolo paziente in relazione alla sua modalità di rapporto con il terapeuta.

Il concetto di attività (Rapaport, 1953) si riferisce al controllo dell'Io sulle cariche pulsionali, gli affetti e la scarica che effettua l'azione pulsionale ed è il metro per misurare l'estensione con cui l'Io entra nell'urto fra domanda pulsionale (Es) e realtà esterna trasformandolo in un conflitto intrapsichico. Questo concetto è stato ripreso in particolare da Zetzel (1971) e da Klein (1976) con la tesi della trasformazione dell'esperienza passiva in modalità attiva. Nell'adolescenza l'attivarsi delle pulsioni genitali con il corrispondente intensificarsi della severità del Super-io infantile e le nuove continue richieste della realtà esterna, possono determinare frequentemente uno stato di impotenza dell'Io. Questa può manifestarsi con un agire impulsivo autodistruttivo ed eterodistruttivo e socialmente condannabile, con stati di angoscia paralizzante e con esplosione di altri affetti, con una inibizione dell'Io che deve spendere in continuazione eccessive quantità delle sue cariche disponibili per la difesa contro le pulsioni. L'alternarsi rapido, frequente, di questi stati di passività con l'attività, cioè con la ripresa del controllo dell'Io sulle sue funzioni e quindi anche sugli affetti che diventano più modulabili e con corrispondente sostituzione dell'agire impulsivo con azioni più modulabili e coerenti con i valori e i giudizi dell'Io, è la norma durante l'adolescenza.

Per la valutazione della passività e dell'attività dell'Io nell'adolescente all'interno del rapporto, utilizzo sia nel primo colloquio che nel corso del trattamento la sua capacità, a seguito delle inevitabili frustrazioni che hanno luogo nelle sedute, di modulare gli effetti aggressivi e l'azione aggressiva e quindi anche la presenza di eventuali scariche impulsive di aggressività nell'agire. Nel fare questo segue la tendenza dell'adolescente a ribellarsi e a contestare qualsiasi regola o

imposizione che non sia coerente con i suoi giudizi e valori. Questo aspetto del comportamento adolescenziale è la manifestazione esteriore del parallelo processo intrapsichico di integrazione di nuovi valori e giudizi dell'Io con le proibizioni superegoiche e le fantasie di onnipotenza infantili, nella direzione della strutturazione dell'ideale dell'Io adulto.

Cogliere l'importanza a livello evolutivo durante l'adolescenza della possibilità di confronto e contrapposizione continua con l'altro, facilita al terapeuta il superamento di quelle "inconsce resistenze" verso l'"insistente", "tormentosa", "talora intollerabile" "aggressività adolescenziale" che Lampi de Groot (1960) segnala come causa specifica di incompletezza e insuccessi terapeutici nell'analisi degli adulti in riferimento alla non riattivazione del periodo adolescenziale ed alla conseguente insufficiente elaborazione degli ideali arcaici.

La linea di lavoro che si articola attorno al criterio di attività e passività dell'Io, utilizzabile quale indicatore della forza dell'Io, permette di valutare in senso trasversale la dinamica della situazione conflittuale e di coglierne l'evoluzione in senso longitudinale in relazione alla specifica attività del terapeuta.

Le modalità di accettazione della situazione analitica e di sottomissione o meno ai tratti idiosincrasi del terapeuta, sono un punto di osservazione concreto tanto per il terapeuta che per il paziente. La costante attenzione nell'ambito della relazione a tutte le manifestazioni, compresa la sua mancanza, di quello che chiamo "irreprensibile transfert negativo", parafrasando la formulazione di S. Freud (1912) di "irreprensibile transfert positivo", permette di verificare la forza dell'Io in base alla presenza o meno dei diversi segnali di affetto, cioè di affetti che l'Io può modulare e utilizzare come sue funzioni, o di scariche massive e incontrollabili di affetti, o di azioni impulsive. Può essere così evidenziata al paziente la sua difficoltà intrapsichica alla scarica attiva e controllata dell'"aggressività" nei confronti del terapeuta, corrispondentemente alla tendenza a scaricare passivamente l'aggressività nell'agire impulsivo. Diventa possibile iniziare una cauta interpretazione delle reazioni di traslazione alla realtà del terapeuta, a partire dalla capacità di opposizione allo stesso, nell'ambito dell'accettazione del ruolo di paziente.

L'analisi, nella relazione terapeutica, della modalità di assunzione del ruolo di paziente, facilita all'adolescente il riconoscimento delle sue difficoltà intrapsichiche, specifiche di fase, ad essere autonomo nei confronti dell'autorità in genere, e quindi anche del terapeuta, nonostante che il comportamento possa essere

manifestamente ribelle. Un tale approccio alla problematica adolescenziale, che privilegi o utilizzi ai fini di comprendere le sue dinamiche affettive nelle diverse situazioni, la normale curiosità del giovane per i suoi processi intrapsichici, la sua tendenza alla “critica” e a non fare “compromessi”, facilita l’identificazione con l’analista e il lavoro terapeutico. La possibilità di verbalizzare i sentimenti negativi sapendo che questi non sono vissuti come un rifiuto dal terapeuta, permette di evidenziare al paziente come la difficoltà a verbalizzare i suoi sentimenti e a manifestare in genere l’opposizione con modalità differenziate sia, in questa specifica relazione, legata a fattori intrapsichici e non alla realtà esterna. La ricerca di quali angosce o altri sentimenti si oppongono a ciò, sia nel trattamento che nella normale vita di relazione, e gli “insight” ottenuti in questo nuovo rapporto emotivo, riportano il conflitto alle sue dimensioni intrapsichiche, riducendo la tendenza all’“agire”, all’interno e all’esterno del rapporto. Rendendo più reale la figura del terapeuta, e come tale più differenziabile dall’immagine dei genitori, è possibile evitare un ravvivamento “troppo precoce”, nella traslazione, dell’attaccamento infantile incestuoso, che nell’adolescente è spesso causa della brusca interruzione del rapporto terapeutico (A. Freud, 1957).

Mostrare all’adolescente, nell’ambito del rapporto terapeutico, la sua specifica difficoltà di fase ad essere autonomo nei confronti dell’autorità in genere, gli può evidenziare la sua difficoltà ad essere attivo anche nell’assunzione e nel rifiuto di valori, problematica che è strettamente connessa con l’assunzione di ruoli sociali nei più diversi gruppi. L’assunzione di ruoli sociali è per l’adolescente una necessità socialmente condizionata ed è fondamentale per lo sviluppo della personalità. Tuttavia l’adeguamento passivo al ruolo, cioè il conformarsi nell’ambito dell’esecuzione dei compiti di ruolo alle modalità socialmente accettate, con rinuncia a qualsiasi esecuzione individuale, permette di evitare il conflitto tra Io e Super-io infantile. Infatti se l’Io adolescenziale assume passivamente valori di autorità, gruppi, ideologie che gli “impongono regole di comportamento”, può razionalizzare il proprio comportamento come “necessitato” ed evitare le angosce, i sensi di colpa inconsci e le depressioni che originerebbero da un comportamento coerente con i suoi più recenti giudizi e valori ma in contrasto con il Super-io infantile. Se questo avviene non transitoriamente, come è la norma a questa età nei momenti di particolare passività dell’Io, ma in maniera rigida e fissa, il processo di ristrutturazione intrapsichica di questa fase evolutiva non si inizia o si arresta. La strutturazione dell’ideale dell’Io adulto, che permette l’integrazione tra

giudizi e valori dell'Io più recenti, proibizioni superegoiche e fantasie di onnipotenza infantili, non può avvenire. Il comportamento può comunque apparire "ben adattato" alle circostanze esterne, dando l'impressione della "normalità". Non è raro che questi adolescenti siano considerati nel loro ambiente sociale particolarmente "maturi", "efficienti", "responsabili" e "sensibili" (A. Freud, 1957; Meltzer, 1974). La non soddisfazione autonoma dei propri desideri e la perdita di autostima legata al non comportarsi secondo i propri giudizi di valore, viene compensata quindi dal punto di vista adattivo da vantaggi sociali; dal punto di vista economico dalla possibilità di scaricare delle energie aggressive e libidiche secondo la "condiscendenza sociale" (Hartmann, 1939) in compiti specifici che richiedono capacità e talenti che possono essere così espliciti; dal punto di vista dinamico dall'evitamento del conflitto Io/Super-io infantile e delle angosce, sensi di colpa inconsci e depressioni conseguenti; dal punto di vista strutturale tutto questo si manifesta in un arresto del processo di ristrutturazione dell'apparato psichico e in un precoce irrigidimento conseguente della personalità. Si instaura una continua ricerca di ripetizioni di scariche distruttive e delle soddisfazioni narcisistiche al fine di mantenere l'equilibrio. Questo continuo "agire", razionalizzato come "attività", è indispensabile per controbilanciare la caduta dell'autostima derivante dal comportarsi in maniera non corrispondente ai giudizi dell'Io e per negare i sentimenti di vergogna legati al non aver comunque raggiunto le mete del proprio ideale dell'Io infantile.

Sul piano del comportamento, l'osservazione prolungata può in questi casi però evidenziare come non ci sia stato distacco dall'autorità dei genitori o come questa sia stata subito rimpiazzata da altre autorità o ideologie, con "adeguamento passivo al ruolo" rigido e fisso.

La rabbia, l'invidia e il conseguente disprezzo difensivo con svalutazione dell'oggetto, non avendo possibilità di trasformarsi in segnali e quindi in funzioni dell'Io attraverso l'elaborazione progressiva dei conflitti psichici, vengono "agiti e scaricati massivamente", secondo le modalità consentite dall'"adeguamento passivo al ruolo". La personalità si struttura come perverso-impulsiva, simulando talora gravi patologie narcisistiche primitive. L'adeguamento passivo alla realtà esterna può diventare uno stabile meccanismo di adattamento dell'Io, il quale può essere "attivo" purché non si rimetta in gioco il conflitto Super-io infantile/Io, evitato in età adolescenziale. Qualora diventasse necessario un abbandono del ruolo, con distacco dal gruppo e azione individuale, l'Io risperimenterebbe i

suoi stati di passività. Contemporaneamente ciò creerebbe la possibilità di ripresa del processo di ristrutturazione psichica, che potrebbe essere facilitata dall'eventuale ingresso del ragazzo in un gruppo che valorizzi ogni membro per le sue specifiche caratteristiche individuali e che stimolando e sostenendo le strutture dell'Io di più recente formazione a scapito delle strutture più infantili ne favorisca l'integrazione.

Nell'ambito della relazione psicoterapeutica, mostrare al paziente come certe reazioni comportamentali rigide e prefissate che "l'adeguamento passivo al ruolo" sociale esterno gli impone, si ripetano immediatamente ogni volta di fronte alle più piccole frustrazioni nel rapporto terapeutico, con una corrispondente carenza di reazioni comportamentali e affettive differenziate, più selettive ed adeguate alle circostanze e al suo ruolo attuale di paziente, può evidenziargli la ripetitività del suo comportamento anche nelle circostanze esterne. In proposito è una indicazione utile porre come questione centrale l'uso dell'"io devo" rispetto all'"io voglio", osservando le vicissitudini del linguaggio rispetto a queste due espressioni e degli stati di angoscia che si sperimentano o vengono evitati a seconda delle locuzioni adoperate. Dal punto di vista terapeutico, interpretazioni nell'"hic e nunc" (Gill, 1979) sono utili per riuscire a sbloccare questo "agire" del paziente in funzione di riportare il conflitto alle sue dimensioni intrapsichiche. Il progressivo approfondimento del coinvolgimento nella traslazione, può poi permettere l'analisi dei conflitti edipici.

Nell'ambito del rapporto terapeuta-paziente, è estremamente importante differenziare qui l'atteggiamento di evitamento del conflitto con l'autorità (e quindi anche con l'analista) in funzione dell'evitamento del conflitto Io/Superio infantile e soprattutto dell'angoscia di castrazione, casi in cui la "condiscendenza sociale" è di preminente importanza, da patologie più precoci e gravi ove sono invece preminenti le angosce di distruzione del Sé e dell'oggetto. Quando durante il trattamento, attraverso un intenso lavoro nell'ambito dell'"hic et nunc", si ha presa di coscienza e verbalizzazione da parte del paziente delle proprie difficoltà all'opposizione diretta e controllata al terapeuta in funzione dell'evitamento di angosce intrapsichiche, queste angosce possono progressivamente essere tollerate ed elaborate.

Nel rapporto con il terapeuta diventa man mano possibile la chiarificazione dei pericoli inconsciamente temuti dal paziente e la constatazione della irrealtà attuale degli stessi. Si ottiene allora una diminuzione dell'agire all'interno e

all'esterno del rapporto, con comparsa di modalità di comportamento più flessibili e personali nelle diverse situazioni, con una corrispondente maggiore capacità sia di modulazione della scarica affettiva che di attenzione ai propri affetti. A questo punto del trattamento vi è minore necessità di attività interpretativa da parte del terapeuta nell'ambito dell'"hic et nunc". Il paziente può sia restare silenzioso osservandosi che parlare di quanto gli viene in mente, senza più la necessità di adeguarsi totalmente e immediatamente al ruolo di paziente o di non poterlo assumere per nulla al fine di evitare stati di angoscia panica. Episodi di imponente regressione delle funzioni dell'Io sono ora di possibile osservazione all'interno della relazione. Questi stati di regressione vanno differenziati dalla passività che è inizio di grave regressione patologica dell'Io e che come tale costituisce un'emergenza psichiatrica. Il fenomeno può essere introdotto da una scarica massiva di affetti, per lo più rabbia rivolta al terapeuta in corrispondenza di un suo comportamento casuale che viene vissuto persecutoriamente. Il linguaggio tende a diventare una vera e propria "insalata di parole"; il paziente sembra aver totalmente perso le sue funzioni di critica; "dire tutto" sembra essere l'unico scopo; si ha la comparsa improvvisa di fenomeni ipocondriaci in organi ed apparati, che fanno pensare ad un sovrainvestimento narcisistico; si evidenziano grossolani errori percettivi (più frequentemente visivi) e movimenti improvvisi e incoordinati simili a tic. Questi stati di regressione, drammatici ed imponenti, costituiscono un immediato stimolo per il terapeuta al riesame e controllo di quanto avvenuto sino ad ora nella relazione con il paziente. Una sollecita risposta empatica, spesso consistente solo nella descrizione al paziente del suo comportamento e nella domanda di cosa può averlo provocato, può determinare il recupero del controllo dell'Io sulle sue funzioni. Il paziente può allora riferire in maniera ordinata cosa della realtà intrapsichica e della realtà esterna aveva dato inizio alla regressione stessa. Il tono della voce del terapeuta, quando interviene in questa situazione è particolarmente importante; è necessario che dal tono della voce traspaia la serenità nonostante l'angoscia per quello che sta accadendo. Nello stesso modo i movimenti del terapeuta, anche se minimi e soprattutto bruschi, possono essere percepiti con panico. È frequente che dopo l'intervento verbale del terapeuta, il paziente lo guardi come per ritrovare una corrispondenza visiva alla percezione uditiva.

La possibilità, tramite interventi di questo tipo, di ristabilire un certo grado di controllo, è indicatrice di una modalità regressiva più avvicinata a quella al servizio dell'Io che a regressioni gravemente patologiche, e di un investimento

libidico intenso del terapeuta con ravvivamento di moti incestuosi. Possiamo vedere come nell'ambito di questo processo regressivo, la regressione delle funzioni possa servire, dal lato delle difese, ad evitare l'angoscia scatenata da derivati pulsionali o da tendenze autopunitive, fino a portare l'individuo a considerare come appartenenti alla realtà esterna i risultati dei suoi processi psichici interiori (che viene proiettato). Successivamente però il recupero delle funzioni dell'Io permette un migliore adattamento alla realtà esterna (nel rapporto con il terapeuta) conseguente ad una migliore comprensione ed integrazione della realtà interna conflittuale. Questi episodi di regressione sembrano contenere una particolare modalità di approccio conoscitivo al terapeuta nelle sue capacità di accettazione fiduciosa, di comprensione, di flessibilità di comportamento, al fine di poterlo differenziare dalle immagini dei genitori e di poter quindi entrare con lui in un rapporto nuovo che permette di approfondire la conoscenza della propria realtà intrapsichica.

Nelle successive situazioni di particolare tensione intrapsichica nel corso del trattamento, vedremo poi ripetersi la stessa modalità regressiva. La regressione delle funzioni dell'Io in questi casi è di uguale intensità e di uguale drammaticità d'insorgenza, ma di minor durata e con tendenza sempre più evidente alla risoluzione spontanea. Si mostra con modalità sempre più riconoscibili come regressione al servizio dell'Io e porta il paziente a "insight" nuovi e significativi della sua realtà interna e delle sue inconse fantasie infantili. È necessario tener presente che la regressione al servizio dell'Io è un'attività solo apparentemente trasformata in passività, poiché il vero controllo dell'Io sulla domanda pulsionale resta in funzione. La regressione al servizio dell'Io, impossibile nell'infanzia, è per l'adolescente una possibilità evolutiva ed un'esperienza del tutto nuova.

Queste prime esperienze di regressione delle funzioni dell'Io nella direzione della regressione al servizio dell'Io, sono vissute dall'adolescente in maniera particolarmente angosciante sia che avvengano nel rapporto psicoterapeutico che nella normale vita di relazione. È quindi importante che vengano riconosciute dallo psicoterapeuta come una conquista dell'Io ancora in formazione, connessa alla migliore integrazione. Diventa così possibile impedirne la patologizzazione, come talora tende a fare il giovane, sostenuto spesso in questo dall'ambiente circostante. Queste regressioni delle funzioni dell'Io nella direzione della "regressione al servizio dell'Io" devono essere differenziate dalle gravi regressioni patologiche che possono, proprio durante l'adolescenza, improvvisamente manifestarsi

in tutta la loro drammaticità. Jacobson (1964) descrive appunto come l'adolescente, quando non è in grado di padroneggiare in altro modo i suoi conflitti di ambivalenza troppo forti, nei confronti dei suoi oggetti d'amore, possa sottrarre in maniera permanente l'investimento da essi. L'impossibilità di investire in una tale situazione nuovi oggetti, può determinare stati di profonda regressione, persistenti e anche irreversibili in tutti i sistemi, che possono dare inizio a processi autenticamente psicotici.

D'altra parte, sempre la Jacobson (1964) afferma come sia "significativo che anche entro i limiti di uno sviluppo normale gli adolescenti possano passare attraverso periodi di ritiro narcisistico, fino al punto di una perdita dell'oggetto 'interno' e fino alla perdita di identità. Ciò che è decisivo, più della breve durata è la reversibilità di questi stati. Normalmente essi sono seguiti da un ritorno al mondo oggettuale e da nuovi progressi".

Ritengo che solo il disporre di un criterio di valutazione della forza dell'Io e l'uso continuativo dello stesso durante il rapporto prolungato con il paziente possa permettere al terapeuta di cogliere il momento in cui è fondamentale quell'attesa fiduciosa e quella sospensione di giudizio indispensabili per non interferire nella spontanea risoluzione di improvvise ed imponenti regressioni quali manifestazioni di nuove conquiste strutturali dell'Io rese possibili dal trattamento stesso. Queste regressioni nella direzione della "regressione al servizio dell'Io" sono fondamentali per lo sviluppo del processo psicoanalitico, hanno implicite possibilità di portare a soluzioni creative i conflitti psichici, e proprio attraverso i processi che ne accompagnano la reversibilità sono patognomiche della ripresa del processo normale di ristrutturazione dell'apparato psichico dell'adolescente.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 3 (D S M III). Washington D.C.: APA.
- BLOS P. (1984). Son and father. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 32/2: 301-324.
- EISSLER K.R. (1953). The effect of the structure of the Ego on Psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1 (trad. it.: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2, 1981).
- ERIKSON E. (1950). *Infanzia e società*. Roma: Armando 1966.
- FREUD A. (1954). The widening scope of indication for psychoanalysis: discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 607-620.
- (1957). Adolescenza. In A. Freud, *Opere*, vol. 2. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- FREUD S. (1905). Tre Saggi sulla teoria sessuale. In: *Opere di S. Freud*, vol. 4, Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- (1912): Dinamica della traslazione, In: *Opere*, vol. 6.
- GILL M.M. (1979). The analysis of the transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 27 (Suppl.): 263-288.
- HANLY C. (1984). Ego ideal and ideal ego, *Int. J. Psychoanal.*, 65: 253-261.
- HARTMANN H. (1939). *Psicologia dell'Io e problemi dell'adattamento*, Torino: Bollati Boringhieri, 1966.
- HARTMANN H., KRIS E., LOEWENSTEIN R. (1946). Considerazioni sulla formazione della struttura psichica. In: *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- HOROWITZ M., et al. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Basic Books.
- KERNBERG O.F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinic of North America*, 4, 1: 169-1165 (trad. it.: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 1983).
- (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven and London: Yale Univ. Press.
- KLEIN G. (1976). *Psychoanalytic theory. An exploration of essentials*. New York: Int. Univ. Press.
- KRIS E. (1952). *Ricerche psicoanalitiche sull'arte*. Torino: Einaudi, 2^a ed., 1973.
- JACOBSON E. (1964). *Il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli, 1974.

- LAMPI DE GROOT J. (1960). On adolescence. *The Psychoanal. Study of the Child.*, 15.
- MELTZER D. (1974). *Psicopatologia dell'adolescenza*. Quaderni di psicoterapia infantile, 1, 1981. Roma: Borla.
- RAPAPORT D. (1953). Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e la passività. In: *II modello concettuale della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli, 1977.
- (1954). Implicazioni cliniche della psicologia dell'Io. In: *II modello concettuale della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli, 1977.
- RINSLEY D.B. (1981). Borderline psychopathology: the concepts of Masterson and Rinsley and beyond. *Adolescent Psychiatry*, 9: 259-274.
- STONE L. (1954). The widening scope of indication for psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 567-594.
- TYSON R.L., SANDLER J. (1971). Probleme der Auswahl von Patienten für eine Psychoanalyse. *Psyche*, 6, 1974: 530-559.
- TYSON Ph., TYSON R.L. (1984). Narcissism and Superego Development. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1: 78-98.
- ZETZEL E. (1979). Psychoanalysis and psychic health. In: *The capacity for emotional growth*, New York: Int. Univ. Press., pp. 271-290.

PAROLE CHIAVE: *Adolescenza; Diagnosi; Ideale dell'Io; Attività e Passività dell'Io.*

KEYWORDS: *Adolescence; Diagnosis, Ego Ideal; Activity and Passivity of the Ego.*

SINTESI

La diagnosi psichiatrica fornisce gli strumenti adatti per affrontare situazioni di emergenza, per l'eventuale uso di farmaci e per la costruzione del rapporto terapeutico. Per questo è importante tenere in stretta relazione la diagnosi classificatoria, secondo le categorie della nosografia psichiatrica, con l'impiego di categorie

– teoriche e cliniche – derivate dai modelli psicoanalitici. L'articolo prende in esame alcune posizioni sul ruolo dei criteri diagnostici psicoanalitici in psichiatria, offrendo nella seconda parte un focus sulla concezione dello sviluppo adolescenziale – con particolare attenzione al rapporto tra Super-io infantile e ideale dell'Io adulto – e sul criterio di attività e passività dell'Io come strumento diagnostico per la valutazione della forza dell'Io dell'adolescente nell'evolversi della terapia.

ABSTRACT

Psychiatric diagnosis provides suitable tools for dealing with emergency situations, for the possible use of drugs and for building a therapeutic relationship. For this reason, it is important to keep the classification diagnosis, according to the categories of psychiatric nosography, in close relationship with the use of categories – theoretical and clinical – derived from psychoanalytic models. The article examines some conceptions of the role of psychoanalytic diagnostic criteria in psychiatry, offering in the second part a focus on the conception of adolescent development – with particular attention to the relationship between infantile super-ego and adult ego ideal – and on the criteria of activity and passivity of the ego as diagnostic tools for evaluating the strength of the adolescent's ego in the evolution of therapy.