

## ISTERIA, ADOLESCENZA E PSICOANALISI

Questo numero della rivista ripercorre l'attività seminariale proposta dal comitato scientifico dall'Istituto PsiBa dove viene dato spazio all'approfondimento di alcune questioni teorico-cliniche e anche all'affinamento di strumenti e prassi di lavoro funzionali al lavoro terapeutico, pensate e tarate su particolari contesti di intervento quali trauma, depressione infantile o ambiti di psicopatologia grave della relazione genitore-figli.

Apri il volume il seminario tenuto da *Antonello Correale* su **Trauma e Isteria** che approfondisce i modelli che fondano la psicopatologia dei quadri dell'isteria e del borderline, cercando di tracciarne confini ed elementi di differenziazione utilizzabili in ambito clinico.

Partendo dall'osservazione della teatralizzazione della scena psichica e relazionale indotta dalle personalità di tipo isterico l'autore gradatamente porta il lettore ad addentrarsi nello scenario traumatico di cui l'isterico è vittima e in cui coinvolge l'ipotetico spettatore. *“Nel caso dell'isteria il trauma riguarda prevalentemente l'area sessuale, invece nel caso del borderline il trauma rimanda essenzialmente alla sopravvivenza psichica del soggetto traumatizzato. Nel borderline viene messa in discussione la sua vita psichica, viene annullato il suo pensiero, il suo vissuto, il suo stato di essere umano riconosciuto come persona pensante, sofferente, eccitata, allegra o triste nell'isterico viene messo in discussione il suo statuto sessuale, la sua identità sessuale di uomo o di donna questo è un punto importante”*. Pertanto per eludere i dubbi sull'identità l'isterico ricorre massicciamente alla seduzione sessuale nelle sue varie forme, come mezzo per rassicurarsi circa il fatto che la propria sessualità e identità. Tuttavia - osserva l'autore dalla sua prospettiva - l'isterico cerca di piacere, non specificatamente di essere amato, poiché essere amato lo spaventa terribilmente e reintroduce fattori traumatici originari.

L'amore isterico, nell'intendimento di Correale, non raggiunge la soglia dell'amore narcisistico, ma persegue la finalità dell'esaltazione e dell'idealizzazione tramite due modalità: una è l'uso erotizzato del corpo, l'altra la dissociazione recitata. *“L'isteria di conversione è un'isteria in cui il sintomo è un simbolo che rappresenta attivamente nel suo modo di manifestarsi una modalità che ha a che vedere con il trauma sessuale (in qualche modo il blocco neurologico di un braccio serve per bloccare il braccio con cui avrei voluto fare qualche cosa della scena originaria che io invece mi proibisco quindi non lo faccio, oppure il vomito espello da me il desiderio di ingoiare l'altro oppure l'asma può rappresentare una forma di introiezione espulsione di un oggetto)*. Dietro a queste modalità si cela una dimensione depressiva originaria che è importante reintegrare nella terapia, sostenendo il paziente a riconoscere meglio il senso del limite (inteso anche come apertura al mondo) e dell'alterità, per poter dare valore all'amore inteso in senso oggettuale.

Si prosegue con il lavoro **Il supporto alla relazione madre-bambino in contesti traumatici: traumi irrisolti e micro-interazioni** del gruppo di lavoro composto da *Laura Sudati, Elena Pizzi, Rosangela Taulaigo, Antonella Mincuzzi, Anna Fazio e Sara Di Croce* che propone un innovativo approfondimento dell'approccio proposto dal Prof. George Downing sulla Video Intervention Therapy (VIT, 2010). *“La VIT è un metodo che, nel percorso di supporto psicologico, suggerisce di lavorare attraverso l'ausilio della videoregistrazione come parte integrante del trattamento. Si tratta di una tecnica evidence based di intervento che si sviluppa a partire dai più attuali contributi della ricerca sullo sviluppo infantile (Beebe, Lachman, 2014; Stern, 1998; 2004; Tronick, 2008; 2009)”*. Si tratta di un approccio che integra la prospettiva psicodinamica con l'utilizzo di videoregistrazioni di brevi momenti di interazione quotidiana che il clinico visiona insieme ad uno o più dei pazienti, allo scopo di suggerire spazi di riflessione e possibilità di cambiamento nelle modalità di interazione. Tale modello di intervento si pone l'obiettivo di lavorare prima sulle risorse genitoriali, focalizzando l'attenzione sui modelli di interazione positiva. *“In questo modo i genitori acquisiscono una maggiore consapevolezza dei comportamenti interattivi funzionali al benessere del bambino che devono essere sostenuti ed ampliati. In un momento successivo, quando si sono rinforzate buone*

*intuizioni osservative e un primo sguardo verso la capacità di mentalizzazione, il lavoro si indirizza verso gli aspetti disfunzionali dell'interazione. Il video, essendo uno strumento che offre immagini del soggetto in azione, consente al clinico di poter calibrare il proprio lavoro a più livelli, a seconda delle capacità emotive e cognitive del paziente in quel preciso momento su quella specifica situazione”.*

In un appassionato lavoro scritto a sei mani, dal titolo **“Un incontro analitico con bambini e genitori presenti insieme della stanza: la consultazione partecipata”**, le colleghe *Monica Fumagalli, Giovanna Maggioni e Angela Sorrenti* declinano, attraverso alcuni casi clinici, le specificità di questo peculiare lavoro analitico che, messo a punto da Dina Vallino, prevede una tecnica di consultazione psicoanalitica rivolta a bambini e genitori, atta ad identificare nella stanza quello che la teoria riconosce come *“frintendimento”*, ossia una distorsione nella percezione del bambino a causa della proiezione di *“nuclei di sofferenza della psicopatologia del genitore”* che adombrano il vero Sé del figlio.

Lo strumento che il terapeuta può utilizzare per smascherare eventuali *“identificazioni proiettive patologiche e alienanti”* è, certamente, quello del riconoscimento dell'atmosfera emotiva, definita come insieme di *“voci, movimenti, sguardi, tonalità sonore che possono produrre sensazioni fisi- che nel terapeuta”*.

Le autrici accompagnano dunque il lettore, attraverso le vignette cliniche di Mattia, Chicco e Vittoria, a comprendere il vero obiettivo della consultazione partecipata, ossia permettere la *“condivisione di una condizione di malessere del bambino attraverso la possibilità di dare un significato nuovo e condiviso anche ai genitori”*. Una volta emerso il *frintendimento*, e resi i genitori di questo consapevoli, lo strumento di cui il terapeuta può avvalersi per poter condurre il nucleo familiare a movimenti psichici trasformativi è la conoscenza – e padronanza – del *“gioco narrativo”*, ossia quel gioco *“che il bambino crea in presenza dell'adulto, che può o intervenire per sostenere la sua narrazione e l'intenzionalità, oppure negarla”*.

Senza lanciarsi in interpretazioni complesse, il terapeuta – utilizzando il gioco co-partecipato tra paziente e genitori e la narrazione ad esso connessa – diventa facilitatore dell'espressione del mondo interno del bambino, dipanando la confusione di lingue e vissuti che, invece, può esser frutto delle proiezioni genitoriali.

Viene dato spazio al tema depressivo in età evolutiva, grazie alle parole di *Elena Molinari* nel lavoro intitolato **“La depressione non è un gioco: spazio e tempo nei sintomi del bambino”**.

L'autrice, che nel suo scritto intreccia spunti teorici a vignette cliniche evocative ed appartenenti al mondo *“marino”* del suo piccolo paziente, ci accompagna in una riflessione circa i sintomi depressivi appartenenti al mondo infantile.

La depressione nel bambino, definita dall'autrice *“malessere polimorfo”*, non è identificabile unicamente attraverso l'umore deflesso o il disinvestimento dall'attività vitale quotidiana, ma rimanda, piuttosto, ad una *“spinta fuori”* da un luogo sicuro, un'uscita della mente in fieri dallo spazio di pensiero della mente materna.

L'autrice illustra un quadro clinico caratterizzato da una dimensione spazio-temporale discontinua, traumatica per il bambino che ancora non è in grado di accedere al pensiero astratto.

Citando Blanco, essa spiega: *“Il bambino perde la pellicola di pensiero che riveste la sensazione e attraversa un momento di angoscia disorganizzante (...) negli strati profondi dell'essere, l'identificazione proiettiva che non incontra un'altra mente, può trascinare in parte o del tutto il funzionamento mentale entro la logica simmetrica dell'inconscio, dove una emozione diventa infinita e, quindi, contenibile dalla mente con difficoltà”*. Così, pur di mantenere la propria continuità psichica, il bambino ancora al corpo il trauma esperito e concretizza l'organizzazione sintomatica depressiva.

Nel lavoro presentato, la terapeuta si trasforma in una sorta di ittologa fantasiosa grazie a Luca, *“un bambino che disegna solo pesci”*, le cui emozioni arrivano *“liquide ed inafferrabili”* e i pensieri *“si ammutoliscono e annegano nel silenzio di sedute paludose”*. Insieme giocano a scovare pesci sempre diversi e via via più interessanti che permetteranno il *“sovertimento del funzionamento psichico inconscio”* del paziente. Sarà la creatività immaginativa del bambino, di cui l'autrice farà tesoro attraverso il gioco, che permetterà la creazione di spiragli trasformativi del suo malessere.

Nell'interessante seminario dal titolo **“Tra Padre e Figlio: setting di cura fluidi e aree di non detto”**, *Claudio Robotti* illustra al lettore l'avvicinarsi di un setting analitico condiviso tra padre e figlio, all'interno di una dinamica relazionale caratterizzata dal *“bisogno di non avere bisogno”* e da sofferenze psichiche che per decenni hanno strutturato dei falsi equilibri adattivi che, con l'arrivo dell'adolescenza del figlio, sono crollati sulla spinta del malessere di un sedicenne *“bloccato”* tra sintomi ossessivi, idealizzazione dell'onnipotenza (fittizia) del padre e rituali a compensazione della frammentazione psichica.

Attraverso i fondamenti clinici che abbracciano teoria psicoanalitica evolutiva, *metodo integrato* di Zapparoli e metodo *applicato alla cura della patologia grave* di Racamier, l'autore si interroga su quali possano essere gli strumenti del mestiere, in situazioni così patologiche e croniche. Ne vengono illustrati due: *“l'importanza del lavoro di analisi personale e di supervisione maturate dal clinico”* e la necessità di *“instaurare una modalità di terapia in cui si considerano le parti psicotiche anche nei loro aspetti “creativi” perché, se non le si accetta, ci si trova a rifiutare i bisogni dei pazienti (...) Il terapeuta cresce quando aumenta la propria capacità di tollerare la frustrazione e quando diviene più consapevole della propria propensione ad allearsi alla parte sana del paziente e a non farsi intrappolare dalla parte malata”*.

Ecco allora che avvicinandosi alle *“scelte psicotizzanti”* (capirne l'utile, come scriverà l'autore) del paziente e restando vigile circa *“il dilemma transgenerazionale tra i bisogni di dipendenza e i bisogni di emancipazione”*, il terapeuta può così costruirsi un varco nel funzionamento psicotico e sostenere il paziente (e il suo nucleo familiare), organizzando nuove *“possibilità di sopravvivenza, a volte ‘con’, altre volte ‘oltre’, il peso del proprio deficit”*.

Nel complesso ma esemplare caso clinico dall'autore, la chiave di volta – capace di avviare il lavoro con Giovanni e suo padre – è stata la costruzione di un legame di fiducia con entrambi.

Si è così permesso ai due, attraverso la condivisione dell'alleanza terapeutica, di esperire nuove aree di segreto *“più complice che psicotico”*.

*Roberta Vitali & Federica Magarini*