

**VITA PSICHICA: ORIGINE, SVILUPPO, TRASFORMAZIONE**

VILLA CAPPUGI – CENTRO CONGRESSI CITTÀ DI PISTOIA, 1-4 NOVEMBRE 2007

Adolescenti in Psicoterapia Analitica  
Cecilia Codignola

**“La personalità non può mai svilupparsi senza che l’individuo scelga, coscientemente e con una decisione morale consapevole, di seguire la propria strada”.**

**C. G. Jung: Opere, Vol. XVII, p. 169**

Il processo di individuazione coinvolge tutte le fasi della vita ed è particolarmente adatto per definire quel laborioso processo di crescita attraverso cui il giovane diventa una persona adulta.

La psicoterapia con ragazzi tra i 15 e 25 anni - che vivono ancora a casa dei genitori e che chiamerò per semplicità *adolescenti*, perché adolescenziali sono le problematiche da essi presentate- ha richiesto, come affermano psicoanalisti di diverse formazioni (Senise 2003, Pellizzari 2003, Maltese 2005), una rielaborazione tale da modificare i capisaldi della teoria della clinica, riconsiderando l’importanza della realtà esterna, la cosiddetta neutralità dell’analista e l’incidenza della persona dell’analista in quanto tale nella qualità della relazione stessa.

L’adolescenza, l’età più conflittuale, nel vissuto del giovane e al contempo la più idealizzata, in quello dell’adulto, è l’età del cambiamento, delle contraddizioni; in cui si toccano gli aspetti più ignobili di sé e i più sublimi, dove le passioni più intense oscillano tra estremi opposti, in cui il bisogno di agire, di impegnarsi, di vivere si alterna a momenti di apatia, distacco, indifferenza.

Il conflitto dell’adolescente si articola tra le molteplici rappresentazioni di sé che non hanno ancora trovato modo di integrarsi e concorrere sinergicamente alla realizzazione di un comune processo di sviluppo. Queste rappresentazioni dei vari aspetti di sé interferiscono l’una con l’altra producendo un senso di confusione, da cui spesso il giovane si ritrae, cade la funzione introspettiva ed egli perde il contatto con la realtà interiore non riuscendo più a capire chi è, cosa vuole, cosa ama e cosa teme (Charmet 2000)

In questo periodo si forma quel tipo di funzionamento mentale che sarà in vigore per il resto della vita, e il processo di soggettivizzazione, afferma Cahn, assume il suo assetto definitivo più o meno favorevole e integrato (Cahn 2007).

E’ l’età del lutto, del conflitto e della ricerca di senso: l’età eroica, in cui si compie la lotta dell’individuo tra il bisogno di sottrarsi al mondo interno e al collettivo, e insieme la necessità di adattarvisi.

In cui è massimo l’impegno a sciogliere la contraddizione tra uno stato di dipendenza e il bisogno di autonomia. E in questo conflitto, il pericolo, la malattia sono rappresentati dalla regressione ad altre forme di dipendenza: droga, cibo, alcol, farmaci, computer, videogiochi, ma soprattutto oggetti d’amore.

Diventare adolescenti significa affrontare il processo di separazione, separazione dai genitori- interni e concreti, dalla propria immagine infantile, e affrontare concretamente la possibilità della morte, non quella dell’altro ma la propria e la morte fa paura: così la si sfida, per convincersi di poterla evitare con atteggiamenti imprudenti, con attacchi al proprio corpo. Dimostrare che si può evitarla, afferma Charmet (2005), dopo averla fatta diventare una possibilità concreta e presente, è un modo per arrestare l’emorragia di senso che la scoperta della propria morte determina nei confronti della vita.

In questo periodo normalità e patologia si confondono e si compenetrano l’una nell’altra: con la fine dell’adolescenza la strada individuale, quale essa sia, è tracciata. La crisi adolescenziale è una crisi fisiologica, maturativa (Senise 2003): se i processi psichici precedenti si sono svolti *sufficientemente* bene ha un inizio e una fine. L’adolescente non è più il bambino di ieri ma non è ancora l’adulto di domani: li contiene entrambi, pur differenziandosene fortemente. La sua non è infatti una struttura patologica della personalità, nonostante sintomi che potrebbero denotare una franca patologia, ma è ancora una *organizzazione* patologica e come tale va trattata; e questa personalità così *liquida* (Baumann) necessita di un intervento altrettanto fluido.

Ritengo che per affrontare questa crisi “fisiologica”, maturativa la strada sia la ricerca del significato, del fine; non di un fine trascendente, ma empirico, fenomenico. Un fine legato al proprio corpo, alle proprie relazioni, alle proprie motivazioni e al proprio senso di sé.

L’adolescente si rivolge a noi per essere aiutato a dare senso a ciò che prova, a ciò che fa, a ciò che gli succede, perché nel malessere, nella confusione tutto perde di significato. Lungo questo processo maturativo si innesta una consapevole ricerca etica, che fonda il senso di sé. Nella ricerca del senso si costruisce il senso di sé: si attiva quel processo di soggettivazione, di individuazione per cui ciascuno diventa una persona intera, indivisibile, distinta dagli altri ma agli altri relazionata.

La premessa per lavorare con gli adolescenti necessita l’aver sviscerato a fondo il proprio processo adolescenziale. Senza la riflessione sul proprio percorso di crescita non credo sia possibile condurre una psicoterapia senza cadere in atteggiamenti superficiali e paternalistici, o al contrario, senza colludere con un facile giovanilismo.

Cosa ci portiamo dietro del nostro processo adolescenziale, quante idealizzazioni, quanta sofferenza, quanti sensi di colpa, quanti lutti. Su quali macerie si è costruita la nostra identità? E con quali meccanismi siamo riusciti elaborare quella lontana immagine di noi stessi? A fare pace, a separarci da essa pur portandocela dentro come parte inscindibile di noi? Tutto questo determina la nostra voglia di occuparci di adolescenti e la nostra capacità di farlo, essendo al tempo vicini e lontani dalle loro/nostre sofferenze/ adolescenze. Anche il tipo di terapeuti che noi siamo, tende a somigliare a quell’adulto che avremmo voluto incontrare, a quella parte di noi, che abbiamo contattato, e che ci ha aiutato a venirne fuori.

L’intervento terapeutico con un giovane che vive ancora in famiglia non si svolge nell’ambiente stagno e asettico, caratteristico della terapia con gli adulti; tutta la famiglia del giovane è coinvolta e spesso il rischio di una delega più o meno esplicita delle funzioni genitoriali crea aspettative che necessariamente si riflettono nell’andamento della seduta. Non credo sia produttivo tentare di sciogliere questa contraddizione lasciando i genitori fuori dalla stanza d’analisi, impedendo loro di incontrare e confrontarsi con il terapeuta.

Inoltre l’ambiente e gli avvenimenti esterni irrompono nella stanza di analisi e, con il loro svolgimento e i loro effetti, possono acutizzare o attenuare i traumi e i conflitti del passato. Gli incontri e le circostanze, positive o negative, della vita

fanno parte della problematica adolescenziale e non possono non entrare a far parte della nostra valutazione globale. (Cahn 2007).

Ogni psicoterapia è unica, come è unico ogni incontro, ma a maggior ragione l'intervento con gli adolescenti va modulato: il setting deve essere elastico, non nel senso che deve essere modificato di volta in volta, ma nel senso che deve adattarsi alle problematiche specifiche di quel ragazzo e alla sua fase di crescita.

Quando il ragazzo è molto giovane, sono i genitori che si rivolgono allo psicoterapeuta, spaventati dall'esplosione del conflitto nell'ambito familiare o scolastico; il ragazzo, se accetta l'incontro, è accondiscendente più che motivato: non è alla ricerca di un'espressione più autentica di sé, ma di una diversa immagine di sé.

In questi casi spesso un periodo di valutazione, prolungato per alcuni mesi, con una restituzione finale può ridare al ragazzo e ai genitori la serenità che permette loro di proseguire il loro cammino di crescita.

Quando mi contatta la famiglia di un minore, durante il periodo di valutazione che non esita necessariamente in una psicoterapia, stabilisco diversi incontri con il ragazzo, successivamente convoco i genitori per alcuni incontri sia in coppia sia separatamente. Con loro cerco di fare chiarezza sulle difficoltà relative alla trasformazione della famiglia, sui nodi che aggrovigliano la loro storia personale con quella del figlio. Mi sforzo di individuare quale immagine del loro bambino si portano dentro, se e come è cambiata e se è adeguata alla sua crescita.

A volte vivono le difficoltà del proprio figlio come un fallimento personale, una ferita narcisistica, che provoca rabbia, colpa e vissuti di inadeguatezza, si percepiscono come unica fonte dei problemi del proprio figlio o al contrario si ritengono estranei alle sue difficoltà, dimettendosi dalla loro funzione parentale.

Nei colloqui con i genitori è importante mettersi in contatto non solo con i genitori che sono ora ma anche con i figli che sono e sono stati, cercando di comprendere quanto dei conflitti irrisolti del loro passato sia riattualizzata nel presente con il figlio (Pellizzari 2003).

In questi incontri il rischio di colludere con la delega, spesso inconscia e con l'urgenza di una soluzione è sempre molto forte: l'ansia sembra divorare tempo e spazio; invece bisogna prendere del tempo per pensare i vissuti dei genitori e dar loro del tempo per elaborare la perdita del proprio figlio bambino. Ritengo sia necessario vederli più volte, per offrire loro incontro psicologico, per stabilire un rapporto di fiducia, una alleanza a livello profondo, che sarà sia decisiva se ci sarà la necessità di lavorare con il figlio minore.

Durante questi incontri possono emergere conflitti di coppia o individuali importanti che possono richiedere l'invio ad un diverso specialista. Quando il disturbo consiste in una difficoltà dei genitori ad affrontare in modo adeguato le problematiche del figlio o nel caso in cui l'adolescente sia oppositivo o rifiutante, questi colloqui rivolti alle loro angosce e paure sono comunque utili, e portano spesso ad una loro attenuazione e insieme una diminuzione dei loro effetti negativi sul figlio.

Con i ragazzi ancora impegnati con la scuola, sia nella fase esplorativa che successivamente, propongo la scadenza di una volta a settimana, vis a vis. Mi sembra che il loro impegno scolastico, la loro necessità di vivere nel mondo reale siano talmente importanti in questa fase di età che una frequenza più impegnativa rischia di astrarre troppo il giovane dai suoi impegni vitali e coinvolgerlo in una relazione analitica regressiva.

A cavallo tra la fine delle superiori e l'inizio dell'università spesso si evidenzia una forte crisi esistenziale, segnata dalla confusione relativa alla scelta degli studi, al cambiamento del proprio stile di vita, spesso all'incontro difficile con l'altro sesso.

In questa fase affiorano anche le patologie più gravi, che coinvolgono l'intera personalità, il processo di crescita sembra interrompersi, soffocato dai sintomi.

Quali che siano i sintomi, questi ragazzi esprimono un grave disagio, soffrono per una relazione conflittuale con i genitori, sembra non abbiano imparato a comunicare i propri bisogni né a difendersi, le scelte sono difficili e fonte di mille ripensamenti, la realtà sconfinata nella fantasia, il rapporto col partner, quando c'è, è possessivo, simbiotico e totalizzante, esprimono una difficoltà nel riconoscere i confini tra sé e l'altro, l'intimità genera loro angoscia, manifestano un profondo disagio relativo al proprio corpo e alla propria crescita. Il senso di sé appare profondamente ferito.

Spesso una percezione grandiosa compensatoria, alimentata dalla sensazione di vulnerabilità, crea una specie di barriera che attutisce e fa da silenziatore affettivo ed emotivo, proteggendo il sé dalle frustrazioni che sono inevitabili. Ed ecco che, quando anche questo rifugio nel congelamento non è più sufficiente, per rimanere illusoriamente in qualche contatto con la realtà, senza troppo risentire delle inevitabili risposte deludenti della vita, si delineano disperate e acute forme di addiction. Esse hanno la funzione di rinforzo, ottundimento e sostegno del sé fragile (Fina: 2006).

In conseguenza di tanta sofferenza la richiesta di terapia, consistente e urgente, origina dal ragazzo o è comunque accolta da lui favorevolmente.

Nella mia esperienza sono più spesso le ragazze che precocemente chiedono aiuto manifestando un fortissimo disagio che spesso appare poco perché non si manifesta nel conflitto con altro, con la famiglia o con la scuola, ma con se stesse.

In genere i genitori accondiscendono ad una richiesta che a loro sembra eccessiva, quasi un capriccio. Si mobilitano con urgenza invece di fronte allo spettro dell'anoressia che li spinge a chiedere un aiuto – anche perché la ragazza in questo caso, l'aiuto proprio non lo vuole.

Iniziano quindi terapie spesso lunghe che finiscono per accompagnare il giovane fino alle soglie dell'età adulta.

Durante gli studi universitari mi sembra di vedere un ulteriore passaggio di fase dovuto alla pressione delle richieste del mondo verso scelte responsabili: si sentono oramai adulti, (guidano, votano, fanno sesso), ma si scontrano con un vissuto di devastante inadeguatezza, i sintomi sono sempre più invadenti e la sensazione di non avercela fatta, di non essere adatti a vivere, è sempre più forte.

Sono ragazzi che hanno vissuto con difficoltà le fasi precedenti e che di fronte al prolungarsi e spesso all'accentuarsi del disagio sembrano "rompersi", predisponendosi ad un disturbo di personalità.

Uno dei momenti più critici riguarda l'estrinsecazione della propria sessualità.

La relazione intima è il terreno su cui si manifesta un disagio profondo spesso occultato: le fantasie di un amore romantico coesistono rapporti superficiali, occasionali, le fantasie relative alle proprie capacità di seduzione si scontrano con forme di pudore, di vergogna, la scoperta della propria nudità di fronte all'altro apre scenari inquietanti. L'uso della seduzione e della sessualità come strumento di potere affermato o subito ingaggia in lotte senza quartiere. Delusione, rabbia, dolore accompagnano spesso una vita sessuale deludente e spesso angosciante.

In questi anni si rivelano forme di sessualità "perversa" o ci si misura con l'omosessualità. In questi anni i ragazzi prendono coscienza del proprio orientamento sessuale uscendo da quello stato di confusione, ambiguità e di promiscuità che li offuscava. La riprovazione familiare e sociale che ha impedito di accettare il dato biologico dell'orientamento sessuale, si allenta e il giovane sembra aver meno bisogno di nascondersi e nascondersi.

Spesso nell'urgenza di allentare la sintomatologia e , nell'illusione di farlo col minimo sforzo e la massima rapidità, sollecitano il ricorso ai farmaci, ad ansiolitici o antidepressivi.

Il ricorso ad una terapia integrata, almeno all'inizio, può essere necessario quando il solo supporto psicologico non sembra sufficiente a sostenere la difficoltà di vivere.

Credo che con l'adolescente sia più sia mai necessario fare un uso molto cauto sia degli antidepressivi sia degli ansiolitici o di stabilizzatori dell'umore; un uso ancora più prudente degli antipsicotici, per evitare una precoce patologizzazione.

In adolescenza afferma Cahn, l'identità e le identificazioni dell'essere umano subiscono una modificazione, vengono riorganizzate in una forma stabile, che siano vivibili o meno, patologiche o meno. Questa prospettiva è la sola che ci può evitare la minaccia sempre più incombente di una psichiatria dell'adolescente centrata sul sintomo piuttosto che sul soggetto (Cahn 2007).

Pur senza entrare nel merito, ritengo che per noi psicologi, sia essenziale analizzare le nostre personali convinzioni rispetto all'uso dei farmaci, la stima sia abbiamo in noi stessi e nel collega psichiatra: la terapia integrata è spesso la migliore risorsa, ma è sempre di difficilissima gestione ed è facile oscillare interpretando dinamiche, agendo inconsapevolmente opposizioni e collusioni. E più che mai è necessaria una collaborazione con lo psichiatra: essendo pronti a ripensare, rivedere, ritornare sulle nostre idee, mantenere una elasticità nel nostro giudizio, atteggiamento peraltro indispensabile lavorando con un adolescente.

Ma la maggiore età, ponendo il problema della necessità dell'autonomia in una condizione di dipendenza permanente, impone un setting diverso da quello descritto per i più giovani.

Ritengo che un incontro con i genitori sia comunque necessario per rassicurarli ed avere il consenso alla terapia, ma da subito intendo mandare un messaggio all'intera famiglia che lavoreremo perché il giovane si prenda la responsabilità della sua crescita, perché impari a considerarsi maggiorenne anche se non si sente tale, perché si rafforzi il processo di individuazione/soggettivazione.

Incontro i genitori alla fine della fase conoscitiva con il ragazzo, gli chiedo d'essere presente e concordo con lui modalità e contenuti dell'incontro. Offro poi la disponibilità ad eventuali incontri con i genitori ma sempre alla presenza del ragazzo.

La comunicazione esplicita è quella della franchezza, solo se le relazioni sono chiare si possono poi indagare gli aspetti inconsci della relazione, senza attorcigliarsi in un groviglio di incomprensioni, equivoci, presunzioni, supposizioni che producono distacco e incomunicabilità.

Ho notato che proponendo questo tipo di setting le incursioni dei genitori, sono scarse e sempre contenute dai possibili colloqui, come scarsissime sono le interruzioni dovute ad una forte ingerenza genitoriale.

Con i ragazzi maggiorenni, nella fase esplorativa- che dura un mese- propongo il ritmo più intenso di due volte a settimana, vis a vis, perché il ritmo bisettimanale, stabilendo una relazione significativa, mi sembra il più adatto per andare oltre la cronaca. Preferisco iniziare vedendoci due volte a settimana e magari ridurre, piuttosto che il contrario, perché nella fase iniziale della terapia si pongono le basi per il ritmo e l'intensità della relazione.

Poter condurre una terapia con un adolescente due volte a settimana è un lusso, ed è molto raro che il giovane e la famiglia acconsentano, è molto frequente che si debba rinunciare e accettare di lavorare con un ritmo settimanale.

Quando il ragazzo, maggiorenne, chiede aiuto di nascosto o in contrasto con i genitori, accetto comunque di iniziare la terapia, adeguo frequenza e il prezzo a questa realtà non solo psichica: il momento in cui sarà in grado di parlarne con i genitori sarà una conquista importante.

Il senso del tempo degli adolescenti, sia i più giovani che i meno giovani, compare spesso, come senso del tempo vissuto più che reale, inoltre essi sono insofferenti in una relazione in cui si sentono dipendenti, è quindi utile lavorare su queste contraddizioni con una modalità che li aiuti a scandire il tempo, lo spazio e definirne i limiti. A tutti propongo perciò cicli di terapia a tempo determinato che coincidano con l'anno scolastico o con momenti significativi; finito il ciclo sanno di poter scegliere se cominciare un ciclo successivo o interrompere la terapia, magari anche per un breve periodo.

In questo modo si favorisce l'approfondimento della motivazione personale alla terapia e si depotenzia la fantasia della guarigione, che prolunga all'infinito il tempo dell'attesa, del momento in cui vanno affrontate le difficoltà, e si facilita il lavoro sull'oggi, sul momento presente.

Spesso, quando la terapia si prolunga benché i sintomi siano attenuati o scomparsi, e l'alleanza terapeutica si è stabilizzata, acconsento la riduzione ad un ritmo settimanale: anche questa variazione del setting può essere utile perché valorizza il loro sforzo di autonomia anche dall'analista, pur mantenendo un livello di comunicazione intenso e profondo.

La terapia è qualcosa che richiede energie e perciò soldi e impegno. Per sottolineare che non è un incontro con un amico ne valorizzo ogni momento: così, il pagamento delle sedute non si deve consumare in fretta, non va passato sotto silenzio, ma enfatizzato, con un rituale preciso che dia un forte esempio di moralità, di adesione alle leggi. Vanno pagate anche le assenze ma se avvisano in anticipo offro loro la possibilità di recuperare la seduta in un'altra ora della settimana. Mi pare in questo modo di dare valore ai loro impegni senza costringerli ad un inutile braccio di ferro e sottolineare comunque l'importanza della continuità dei nostri incontri.

Altra annosa questione, con i giovani, è l'uso del *tu* o del *lei*: in genere chiedo loro di scegliere, ma quale che sia la loro scelta, sarà reciproca: ci daremo entrambi o del *tu* o del *lei*. Questa apparente simmetria nella relazione attenua l'asimmetria che caratterizza una relazione terapeutica, creando un clima in cui il ragazzo si possa sentire a proprio agio.

Il lavoro sul *qui e ora* (Ladame Perret-Catipovic 2000) mi sembra debba essere arricchito dalla raccolta dell'anamnesi che spesso non avviene all'inizio della terapia ma in una fase successiva, quando già l'alleanza si è stabilita e si è fatta un po' di chiarezza sui problemi attuali.

E' importante valorizzare l'analisi dell'immagine che hanno di sé da bambini, i loro ricordi, i rapporti con i fratelli, con i genitori, con gli adulti importanti, con la scuola, con l'amico, i giochi preferiti, la loro stanza, le passioni, i momenti felici o infelici, la scoperta della propria sessualità, della morte, dell'amore tracciano una sorta di filo che unisce al sé infantile e insieme ne prende le distanze, elaborando la discontinuità nella continuità del senso di sé.

Ritengo invece sempre dannoso rimandare nelle interpretazioni l'adolescente alla propria infanzia, favorendo una sorta di causalità nociva, perché favorisce la ricerca del trauma, della causa che parrebbe tutto spiegare.

Il senso di sé si sviluppa nel rafforzamento delle cosiddette funzioni dell'io, valorizzando la cura di sé, del proprio corpo, dei propri spazi, degli affetti e delle relazioni.

Spesso uso immagini o metafore, come "prendersi per mano" a indicare il prendersi cura di se stessi, che sviluppa un dialogo interno tra sensazioni contrastanti che accresce il valore della coscienza e ridimensiona la percezione di essere agiti da impulsi difficilmente controllabili.

Spesso sottolineo l'importanza di una "igiene mentale", di lavorare per trasformare il proprio ambiente, esterno e interno, per renderlo accogliente, perché ci si possa sentire a proprio agio con se stessi e con gli altri.

Uso espressioni figurate quali “l’attenzione del giardiniere con le proprie piante”, perché si insinui l’idea che ogni gesto ha valore, che non sono le cose che facciamo a fare la differenza ma come le facciamo.

Non offro mai consigli di ordine normativo o morali, ma intervengo sul piano di realtà quando mi sembra necessario chiarire come affrontare sintomi fobici o rituali ossessivi, o atteggiamenti pericolosi dovuti a superficialità o ignoranza di fronte a questioni riguardanti il sesso o le dipendenze.

Spesso infatti i ragazzi si vergognano della loro ignoranza, e la nascondono, sono pieni di pregiudizi, di credenze superficiali alimentate dalla mancanza di comunicazione sia con i coetanei che con gli adulti di riferimento, dovute al timore di chiedere e di sapere.

Mi pare molto importante rispondere alle domande sul piano della realtà per chiarire dubbi o preconcetti. Non esito ad intervenire quando ritengo necessario il ricorso ad uno specialista (medico, psichiatra, ecc.).

Ritengo inoltre che la conoscenza delle tecniche della psicoterapia cognitiva possa essere di grande utilità per aiutare il giovane ad affrontare la propria sintomatologia.

Generalmente non propongo argomenti ma aspetto sempre che l’emozione di base emerga da loro pian piano, tra i vari argomenti della seduta: taccio e ascolto finché non mi sembra chiaro il filo emotivo che sottende i vari contenuti, e allora cerco di intervenire mostrando i fili apparentemente invisibili che legano i loro vissuti.

Ribadisco di non aver risposte, mi astengo da giudizi morali, in modo che, nello sforzo di definire ciò che è bene o male, la riflessione si concentri sulla relatività delle valutazioni: emerge così e si definisce il proprio codice etico, la propria soggettività. Il diventare consapevoli del proprio senso morale accresce il proprio senso di sé.

Il processo di differenziazione coinvolge necessariamente gli affetti: l’attenuazione della sofferenza passa per il riconoscimento della propria dipendenza, che ridimensiona le fantasie narcisistiche, onnipotenti, autistiche, e contemporaneamente per la sottolineatura della necessità del legame. Il considerare sempre le due polarità, e il riproporre l’attenzione al polo complementare, come il bisogno di essere autonomi e insieme il bisogno di relazione, fa sì che il dialogo tra noi si trasformi in un dialogo interno, che accolga la polarizzazione.

Invito ad una riflessione sulle conseguenze di ciò che fanno, non in senso moralistico, ma per esaminare insieme la distanza tra ciò che si aspettano e ciò che succede, tra ciò che fantasticano e ciò che vivono, e la scoperta della dimensione fantastica, irreali in cui agiscono e basano le loro aspettative soprintende ad un migliore controllo della realtà.

Rare le interpretazioni di transfert, perché, come afferma Senise, ogni movimento di translazione da parte dell’adolescente nei nostri confronti, impedisce le modificazioni indispensabili dei processi di individuazione (Senise 2003) e solo se mi vengono palesemente suggerite per esempio in un sogno, ma molto spesso la riflessione si concentra sulla nostra relazione, sulle inevitabili difficoltà, sulle incomprensioni, sulle delusioni.

Il poter parlare francamente dell’analista, il poter criticare apertamente, mi permette di correggere il mio comportamento e risanare quelle ferite che ho involontariamente inferto, perché penso che la psicoterapia sia anche una esperienza correttiva profonda.

Spesso faccio domande per cercare di capire, ragiono a voce alta per confrontare, ridefinisco quello che dicono per essere sicura di aver afferrato davvero.

Uso l’empatia come strumento di conoscenza, confronto i vissuti; propongo loro di usare l’empatia per capire, immaginando di mettersi al posto dell’altro, per evidenziare identificazioni e proiezioni. Valorizzo l’esame delle fantasticherie ad occhi aperti e delle fantasie sessuali che appaiono così con evidenza metafore accurate di emozioni profonde.

Impiego i sogni non tanto amplificandoli, ma come rappresentazioni visive, immagini di emotività presente anche se non cosciente; anche in questo caso propongo ipotesi interpretative, ma non pretendo mai di sapere, chiedo conferma, perché anche loro imparino a non aver paura dell’ipotetico, del dubbio, dell’incertezza.

Lavoro sul *qui e ora*, sulle emozioni che provano in seduta; cerco di essere più lucida e diretta che mi è possibile, per ottenere la stessa franchezza; spesso uso l’ironia perché imparino l’auto-ironia, e quindi un maggiore distacco e senso critico.

Non adotto il loro gergo, perché mi sembra utile definire comunque una distanza generazionale, ma lo traduco in un linguaggio semplice e comprensibile, con termini di uso comune.

Mi siedo comoda, ma non scomposta, su poltrone simili, allo stesso livello, senza scrivanie o tavoli tra noi, e non temo di mostrare la mia persona, così com’è, per invitare alla stessa autenticità.

Non c’è argomento tabù, di tutto chiedo particolari, perché sono le sfumature che fanno la differenza: cosa, come, dove, quando, quanto, perché; parlo apertamente di passioni, di rabbia, rancore, odio, d’aggressività, di sesso, di droghe, di alcol.

Rispetto il silenzio, le omissioni e le bugie, ma non le passo sotto silenzio, mostro d’averle colte sottolineando che tacere possa essere una giusta difesa, può indicare che non mi sono ancora guadagnata la loro fiducia.

Non credo che la delicatezza, il dire senza dire, l’ambiguità siano utili.

Se non capisco affermo di non capire, di voler altri elementi per chiarirmi.

Se non capisco nulla di un sogno, ad esempio, uso la mia incomprensione, le mie sensazioni di confusione per dar loro una sponda, perché possano ancora interrogarsi.

Spesso intervengo per ricordare le varie fasi della terapia, l’inizio, i momenti critici, per aiutarli a ricostruire il filo del nostro lavoro.

Credo che, soprattutto i ragazzi, abbiano il diritto di sapere cosa pensiamo e perché, vogliono poterci criticare apertamente, mostrarci le nostre contraddizioni, vedere che siamo capaci di metterci in gioco, mantenendo intatta la nostra fiducia, così come chiediamo di far loro. Vogliono sapere cosa pensiamo di loro, se ce la faranno, desiderano essere messi di fronte alla realtà senza buonismi o facile ottimismo, chiedono di essere presi sul serio, non trattati come ragazzini.

Vogliono un confronto con una persona adulta che non abbia paura di loro, che non si nasconda dietro il paternalismo, il ruolo, che sappia farsi criticare senza andare in pezzi, che sappia resistere mantenendo fede alle sue idee, ma che sappia cambiarle quando è necessario.

Vogliono un confronto con la persona che loro vogliono diventare.

Cecilia Codignola

Roma 3 ottobre 07

## **Bibliografia**

Ammaniti M., Muscetta S.: *Le implicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*. Psychomedia, area Problemi di Psicoterapia, Telematic Review

- Carta S. *Le difese nell'organizzazione della Psicologia Analitica* in Rivista di Psicologia analitica, 20, 75/2005
- Cahn R: *Il futuro delle psicoterapie di adolescenti e la prevenzione della psicopatologia dell'adulto*, in *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno IV, n. 1 , genn. 2004
- Bauman Z: *Amore liquido*, Laterza 2004
- Cahn R. :*Una vita di lavoro con gli adolescenti* , Convegno: *Essere adolescenti oggi* ,Milano, 13 gennaio 2007
- Charmet G. P.: *L'intervento clinico in adolescenza fra crisi evolutiva e psicopatologia* in *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno III, n. 1 2003
- Charmet G.P.: *La violenza contro l'oggetto d'amore* in *Adolescenza e Psicoanalisi* anno I, n 1, 2001
- Fina N. : *La famiglia come vincolo e risorsa nel lavoro con gli adolescenti. E L'adolescente tra normalità e patologia*. Enna, ottobre 2006 materiale non pubblicato
- Fonagy P. *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità KOS*, 1996, 129
- Fonagy P.: *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità* Psychomedia , area Problemi di Psicoterapia, Telematic Review
- Jacobson. E: *Cambiamenti nella pubertà e loro influenza sulla esperienza dell'identità e delle relazioni con l'altro sesso* *Adolescenza e Psicoanalisi* anno III - N° 3 ,2003
- Giacobini T.: *La psicoanalisi nelle gravi psicopatologie in adolescenza*, *Adolescenza e Psicoanalisi* Anno IV n.1, 2004
- Ladame F. Perret-Catipovic M.: *Il setting con l'adolescente* in *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno II n. 2 2002
- Maltese A.: *L'inizio dell'analisi con l'adolescente come specchio della sua possibile fine* in *Adolescenza e Psicoanalisi* Anno II n 1 2002
- Novelletto A.: *La conclusione dell'analisi e della psicoterapia in adolescenza* *Adolescenza e Psicoanalisi* anno II n.1, 2002
- Novelletto A.: *Le figure della violenza. Introduzione teorica e stato del problema* *Adolescenza e Psicoanalisi* anno I - N° 1 – 2001
- Pellizzari G.: *La psicoanalisi degli adolescenti ha cambiato la tecnica psicoanalitica?* In *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno III n. 1 , 2003
- Senise T.:*Per l'adolescenza: psicanalisi o analisi del sé?* in *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno III n 2 2003
- Target M... Fonagy P: *Lo sviluppo normale nell'adolescenza e il breakdown dell'adolescente*
- Charmet G.P. , Riva E.: *Adolescenti in crisi e genitori in difficoltà*, Franco Angeli ed.
- Charmet G.: *I nuovi adolescenti* , Cortina , Milano, 2000
- Charmet G.P., E. Riva: *Adolescenza Istruzioni per l'uso*, Fabbri 2005
- Gutton P., *Psicoterapia e adolescenza*, Borla ed.
- Jeammet P.: *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla ed.
- Laufer M., Laufer M.: *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Boringhieri, Torino, 1986
- Maltese A: *Controtransfert e setting in Adolescenza*, Magi, 2005
- Senise T.: *L'adolescente come paziente, Intervento medico e psicologico*, F. Angeli. Milano, 1989