

LA PSICOTERAPIA ANALITICA DI GRUPPO CON ADOLESCENTI: VERSO UN APPROCCIO FLESSIBILE ED INTEGRATO

Luigina MALERBA¹

1. Introduzione

In questi ultimi decenni gli adolescenti sono cambiati molto, nei comportamenti, nelle mode, negli atteggiamenti verso i consumi e i “new media”, ed il gruppo è diventato il luogo principale di riferimento sociale. Anche i malesseri giovanili ed i disturbi psicologici degli adolescenti si sono diversificati e sono diventati più complessi: non solo i quadri clinici descritti da Freud, come ad esempio l'isteria, la nevrosi fobica e ossessiva, ma nuove forme, come il disturbo borderline di personalità, le tossicodipendenze, i disturbi di identità, i disturbi alimentari. E sono quadri in rapida evoluzione, influenzati dai comportamenti degli adolescenti che si diffondono con grande rapidità, anche per i meccanismi di imitazione e di uniformismo che caratterizzano i gruppi degli adolescenti.

Sono note le difficoltà che si incontrano per la costituzione ed il mantenimento dell'alleanza terapeutica con il paziente adolescente, nonché le difficoltà di calibrare la tecnica per la riuscita di un trattamento specificamente mirato. Comprendere appieno questa realtà particolare è premessa indispensabile non solo per lo studio psicomodinamico dell'adolescenza, ma anche e soprattutto per la scelta di una strategia psicoterapeutica che permetta di entrare in contatto con l'adolescente in crisi, superandone le forti resistenze difensive.

¹ Psicologa - Psicoterapeuta

Il primo problema nella costituzione di un setting terapeutico è che qualsiasi tipo di psicoterapia è sempre condotta da un adulto e, dal punto di vista dell'adolescente, spesso, gli adulti appaiono come i gestori di una struttura di potere e di controllo, gli appartenenti ad una classe privilegiata e tirannica. Per converso, i bambini vengono considerati dall'adolescente come completamente immersi nell'illusione che i loro genitori conoscano tutto e possano fare tutto, mentre egli si sta sempre più rendendo conto di aver creduto troppo a lungo in falsi Dei, ora scoperti impotenti ed ingannevoli.

L'adolescente in crisi tende, infatti, a rifiutare l'aiuto psicoterapeutico per due opposti motivi: sia perché teme una manipolazione da parte di un adulto che, pretendendo di curarlo, potrebbe cercare di imporgli modelli di pensiero e di comportamento inaccettabili non essendo capace di accogliere, senza reagire, le sue rigide critiche al mondo degli adulti; sia perché si rende consciamente o inconsciamente conto che il lavoro psicoterapeutico potrebbe comportare la rivisitazione dolorosa dei propri conflitti infantili, negati o proiettati, e comunque rimossi perché considerati cose da bambini.

A questo proposito la Selener (1991) sottolinea come l'adolescente debba affrontare tre fondamentali processi del lutto: a) lutto dei genitori idealizzati nell'infanzia; b) lutto del corpo infantile; c) lutto della propria identità e del proprio ruolo nel mondo infantile; tutto ciò in una situazione di grande instabilità e confusione.

Per inquadrare gli aspetti che potremmo considerare “fisiologici” della crisi adolescenziale è importante fare riferimento al lavoro di Donald Meltzer (1993). Come altri autori di formazione psicoanalitica, Meltzer descrive la situazione psicodinamica dell'adolescenza considerandola come un periodo di crisi dello “spazio mentale” e della sua integrazione, caratterizzato a suo avviso dalla presenza di un

particolare tipo di splitting: da un lato l'invidia per il potere, l'egocentrismo, l'ambizione sfrenata; dall'altro la sensibilità per i deboli, l'idealizzazione dell'altruismo, l'emotività.

Nel tentativo di trovare ed esprimere un proprio nuovo modo di essere, l'adolescente oscilla continuamente tra queste due posizioni, vivendo uno stato di grande confusione tra ciò che può portarlo avanti o indietro rispetto a quella che percepisce chiaramente come una scomoda e faticosa situazione intermedia tra infanzia ed età adulta. Nel desiderio di prendere le distanze dalla dimensione infantile, considerata debole e dipendente, l'adolescente teme fortemente la sua stessa grande sensibilità, perché ha paura che mostrarsi troppo sensibile lo possa far, di nuovo, scivolare indietro verso l'infanzia e la dipendenza dagli adulti. Contemporaneamente, nel desiderio di progredire verso la dimensione adulta, considerata cinica ed assolutista, tende a pensare che l'unico modo di rendersi indipendente sia quello di andare avanti “senza pietà” sulla strada di un grandioso successo, ed allora scopre la paura di essere costretto a rinunciare completamente alla propria emotività.

Si manifesta allora così pienamente uno dei conflitti principali della crisi adolescenziale, che caratterizza una situazione di sofferenza mentale dell'adolescente stesso che potremmo considerare “fisiologica”. La difficoltà a tollerare ed a risolvere questo conflitto può tuttavia portare l'adolescente ad entrare in un percorso di crisi personale e di sofferenza più grave, tale da porre il problema tecnico della necessità di un aiuto psicoterapeutico.

2. La richiesta di psicoterapia nell'adolescenza

Come fanno notare quasi tutti gli Autori che si sono occupati dell'adolescenza, la richiesta di aiuto in questa fase evolutiva non viene quasi mai dall'adolescente stesso ma, di frequente, ci si trova di fronte

all'invio da parte dei genitori, della scuola, dei tribunali, ecc.. Esiste peraltro anche un notevole numero di adolescenti con problemi per i quali non matura affatto, né come richiesta personale, né per un intervento istituzionale, una domanda di aiuto nel periodo adolescenziale, anche se teoricamente, un intervento psicoterapeutico potrebbe essere invece necessario, in particolare un intervento che comprenda tutta la famiglia.

Per chiarire questo punto è utile, ancora una volta, fare riferimento all'impostazione di Meltzer (Ib. 1993), che si rivela preziosa anche a livello esplicativo, per cercare di descrivere il panorama tipologico degli adolescenti con problemi. Secondo l'Autore è possibile distinguere quattro categorie di ragazzi:

- 1) l'adolescente che tende a rimanere nella famiglia;
- 2) l'adolescente che tenta di entrare il più velocemente possibile nel mondo adulto;
- 3) l'adolescente isolato, che per lo più non sente di essere in difficoltà, ma di cui tutti si preoccupano;
- 4) l'adolescente che ha problemi nel gruppo dei coetanei.

E' evidente che la richiesta di intervento riguarda quasi esclusivamente il terzo ed il quarto tipo di ragazzo, mentre difficilmente si verifica una richiesta di aiuto, perlomeno in adolescenza, da parte degli individui delle prime due categorie, che, anche se in modo opposto, trovano per lungo tempo il modo di *negare* la propria sofferenza mentale.

1) L'adolescente che tende a rimanere in famiglia viene infatti molto spesso favorito in questa sua scelta difensiva dalla famiglia stessa, il che comporta una fissazione al periodo di latenza. Il perdurare di una visione del mondo ovattata ed irrealista porta questi individui a condurre una vita protetta, riducendo al minimo le esperienze stressanti. Essi

vanno però frequentemente incontro, in età successiva, ad un grave crollo psicologico, per lo più in occasione della nascita di un figlio o della morte dei genitori, crollo che rende spesso necessaria una richiesta di aiuto.

2) Al secondo tipo appartengono gli adolescenti che hanno deciso di andare avanti “senza pietà”, raggiungendo il più presto possibile il successo e l'indipendenza. Questi individui utilizzano fortemente le *difese maniacali* per liberarsi dall'ansia e da ogni sofferenza, trovando un potente rinforzo narcisistico nel rendere gli altri invidiosi. Tuttavia la tendenza è a diventare nevrotici verso i 30 anni, rendendo ormai improrogabile un intervento psicoterapeutico, che avrà il compito di aiutarli ad attraversare il momento adolescenziale che hanno cercato di evitare.

Esaminiamo le due categorie per le quali si pone con maggiore frequenza il problema di un adeguato intervento psicoterapeutico in adolescenza.

3) Gli adolescenti isolati sono gli individui in cui si manifesta la situazione psicopatologica più grave, che ha quasi sempre origine da un crollo catastrofico di una intensa idealizzazione dei genitori. L'adolescente si ritira in se stesso, irrigidendosi in un'organizzazione narcisistica autocritica, vivendosi come l'unico garante della propria assoluta autonomia. Questi ragazzi possono tendere ad isolarsi restando in famiglia, vivendo una megalomania che potrebbe definirsi “tranquilla”, sentendo che hanno una missione da compiere per se stessi e quindi non possono venire a patti con il mondo; oppure possono tendere a vivere ai margini di ogni spazio istituzionale regolamentato, convinti di bastare a se stessi, sviluppando spesso comportamenti devianti o francamente psicopatici. Nel primo caso, è spesso la famiglia

a richiedere l'aiuto psicoterapeutico, mentre nel secondo è più spesso uno dei livelli istituzionali sociali (scuola, tribunale, ecc.).

4) Al quarto tipo appartengono i ragazzi che, pur essendo usciti dal periodo di latenza ed essendo entrati a far parte di gruppi di coetanei, vivono con difficoltà gli intensi processi di identificazione su cui si basa la coesione e l'organizzazione di questi gruppi, fino a manifestare la presenza di problemi nella maturazione psicosessuale della loro personalità. Cerchiamo di comprendere a che livello si creano questi problemi.

Come è noto, l'adolescente tende normalmente ad entrare dapprima in un gruppo di pari, cioè "amici" dello stesso sesso, fortemente regolato, dove vive essenzialmente dinamiche di confronto e di potere; poi il prelevare delle spinte puberali porta a successivi distacchi, man mano che si formano le prime coppie con ragazzi o ragazze dell'altro sesso, fino alla dissoluzione dei gruppi omosessuali ed alla costituzione di nuovi gruppi eterosessuali, di solito formati da coppie. Successivamente, anche questi gruppi tendono a dissolversi, man mano che ogni ragazzo o ragazza sceglie la sua strada nella vita e quindi nuove dimensioni di appartenenza più adulte.

Da un punto di vista bioniano (1991) potremmo dire che il primo tipo di gruppo presenta un assetto dinamico in cui prevale la *posizione schizoparanoide* e l'assunto di base di "attacco-fuga", mentre nel secondo tipo di gruppo cominciano a prevalere la *posizione depressiva* e l'assunto di base di "accoppiamento"; da ciò derivano i diversi quadri psicopatologici che possono giungere all'osservazione dello psicoterapeuta.

La maggior parte degli adolescenti per cui si pone il problema di un aiuto psicologico, proviene dal gruppo dei pari, di cui soffre fortemente le dinamiche competitive e le rigide regole di inclusione-

esclusione; in secondo luogo ci si trova di fronte a ragazzi che non riescono a compiere i passaggi evolutivi da un gruppo all'altro e poi verso la vita adulta. In tutti ritroviamo in primo piano problematiche riguardanti l'immagine di sé e conflitti che derivano dalla difficoltà di gestire la confusione e la conoscenza, nonché la difficoltà nel tollerare la sofferenza mentale. Anche nel caso di questa categoria di adolescenti con problemi, prevale la richiesta di aiuto da parte delle famiglie o di altri livelli istituzionali. Tuttavia oggi non è più così raro che, in questo caso, la domanda di aiuto provenga anche direttamente dai ragazzi in crisi.

3. Modelli di intervento psicoterapeutico

Da quanto abbiamo visto, risulta che il problema di dare una adeguata risposta alla richiesta di aiuto psicoterapeutico in adolescenza, dipende fortemente dal tipo di ragazzo e di famiglia. E' importante sottolineare la famiglia, in quanto l'orientamento moderno tende ad affrontare parallelamente, quando non congiuntamente, i problemi del ragazzo e quelli della sua famiglia. Rimandando alla vasta letteratura in proposito, ed in particolare al libro di Marcelli e Braconnier (1999), tutta la grande questione della scelta del tipo di modello di intervento psicoterapeutico (anche perché nella realtà questa scelta dipende spesso dal tipo di servizi pubblici e privati presenti nel territorio), ci limiteremo a parlare brevemente degli *interventi orientati psicoanaliticamente*.

La grande maggioranza degli Autori (tra i quali Loewenstein, 1988, Giaconia 1989), concorda sul fatto che la psicoterapia dell'adolescente richiede un atteggiamento sufficientemente *attivo* del terapeuta. Si tende quindi ad escludere l'analisi classica, che può essere consigliata successivamente, in età adulta; si privilegia invece lo strumento della psicoterapia psicoanalitica, sia individuale che di

gruppo, ed in questo caso la tecnica d'elezione sembra essere lo psicodramma analitico (Kestenberg, 1971; Jeammet, 1992). In ogni caso, il lavoro viene centrato sul tentativo di rimettere in moto il funzionamento mentale e la circolazione degli affetti, cercando di superare la *negazione* e soprattutto alleviando la necessità di ricorrere alla *scissione* come meccanismo di difesa.

Per quanto riguarda la famiglia, in qualche caso può essere consigliabile un trattamento analitico classico di uno o di entrambi i genitori, ma perlopiù si utilizzano altri strumenti, quali la psicoterapia analitica di gruppo, la psicoterapia analitica di coppia, il gruppo analitico per coppie di genitori e naturalmente lo psicodramma analitico. Non sempre è necessario intervenire sull'adolescente, ma è quasi sempre necessario intervenire sulla famiglia, la cui domanda di cura per l'adolescente va deguatamente interpretata ed allargata (Nicolò e Ferraris, 1991). L'intervento sui genitori si rende poi assolutamente necessario nei casi in cui l'adolescente presenti problemi di anoressia-bulimia o un atteggiamento deviante di tipo psicotico o psicopatico, ed inoltre nei casi in cui sia presente un comportamento violento dei genitori stessi (Ciavaldini e Ruffiot, 1989).

Per quanto riguarda l'adolescente sovente è sufficiente una psicoterapia analitica breve o un gruppo a termine; si intende naturalmente un gruppo composto di coetanei e con problemi non troppo dissimili. Nei casi più gravi è preferibile che la scelta si orienti sulla psicoterapia analitica individuale o sullo psicodramma, che può anche far seguito alla terapia individuale.

Nella terapia analitica dell'adolescente è importante non tanto l'analizzare il *transfert*, quanto accogliere ed accompagnare il ragazzo o la ragazza nel difficile percorso trasformativo della sua mente e del suo

corpo, facilitando la mobilità del pensiero e fluidificando la tendenza alla rigidità rappresentazionale.

Secondo Senise (1981) un rapporto fondato sul transfert va evitato perché “ogni movimento di traslazione da parte dell’adolescente impedisce la corretta controidentificazione necessaria alle modificazioni indispensabili dei processi di individuazione”. Sia Senise (Ibid) che Novelletto (1986), ispirandosi alla psicologia del Sé, hanno una posizione abbastanza articolata, privilegiando per gli adolescenti una psicoterapia del Sé, piuttosto che l’analisi. L’aspetto centrale di questo modello di intervento è quello di “porsi rispetto al paziente in una posizione identificativa ed empatica, così da favorire un rapporto speculare che a sua volta consente all’adolescente di contro-identificarsi al terapeuta, usandone le capacità come uno strumento per definire meglio l’immagine del sé” (Novelletto, 1986). In particolare, Senise (1985) sottolinea di non ritenere utile lo sviluppo di un transfert nella psicoterapia perché esso altera i normali processi evolutivi dell’adolescente, oltre che accentuare la naturale tendenza all’agire propria di questa età.

Diversa appare la posizione di Kernberg (1984) che, riferendosi alla sua “psicoterapia espressiva” suggerisce una analisi sistematica del transfert, interpretato soprattutto nella situazione attuale, e della realtà immediata della vita del paziente.

Al di là delle discussioni in merito alla tecnica (di cui esiste una ampia letteratura), un punto importante su cui il parere di molti Autori è sostanzialmente d’accordo, è quello della necessità di saper utilizzare appieno con l’adolescente la *relazione empatica* ed i livelli preconsoci del pensiero, evitando ogni tendenza a fornire più o meno dotte interpretazioni o spiegazioni, anche quando sembrano provocatoriamente richieste.

L'adolescente ha bisogno di essere aiutato soprattutto ad accettare la presenza del dubbio e dell'ambivalenza nel pensiero, ma difficilmente si può ottenere questo se non immergendosi completamente insieme a lui nelle aree più confuse della sua mente, tollerando insieme a lui la sofferenza profonda che caratterizza la sua situazione psicodinamica transizionale ed affiancandolo nella sua ricerca di una personale via di uscita. “Al di là del linguaggio” osserva Male “bisogna ricordare l'importante rapporto non verbale, ‘posturale’, di contatto, di scambio, da inconscio ad inconscio. La sua configurazione si attua in parte, evidentemente, nel linguaggio gestuale e nell'atteggiamento tollerante e disponibile del terapeuta. Tale contatto semplice, naturale, percepito confusamente, permette identificazioni rapide, ciò che in termini correnti si può chiamare atto di fiducia” (Male 1982, p. 46).

Per raggiungere questa capacità di ascolto e di intervento è necessaria una opportuna formazione, non solo teorica o tecnica, ma soprattutto centrata sull'analisi personale del futuro terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire ai futuri terapeuti un modello formativo che si basa sull'integrazione dinamica tra l'apprendimento teorico e l'ampliamento della conoscenza di se stessi, attraverso l'analisi, col fine di favorire l'aumento della mobilità del pensiero. Uno spazio mentale sufficientemente ampio può contenere il bagaglio teorico e concettuale senza esserne mai completamente saturato, lasciando così aperta la possibilità di accogliere, tollerare e quindi comprendere (cioè prendere insieme, riunire dentro di sé) il nuovo, il diverso, l'altro, il paziente.

“Per l'adolescente in cerca di un qualche aiuto” rileva Del Lungo “l'incontro è un'esperienza globale che come tale va restituita all'interlocutore, perché è proprio di questo che in genere egli ha bisogno. Bisogno di poter sperimentare che le sue parole comunicano e

che la sua domanda trova ascolto da parte di un interlocutore adulto ...”
(Del Lungo, 1991, p.109).

4. La psicoterapia analitica di gruppo

Il gruppo, nell'adolescenza ha un ruolo di primo piano. E' a tutti evidente come la tendenza al raggruppamento e l'attrazione per il gruppo siano particolarmente sentiti dagli adolescenti. Il rapporto con i coetanei apre alla socialità e soprattutto facilita ed incoraggia il processo di distanziamento dalle figure genitoriali. Rispetto alle generazioni precedenti, il gruppo dei pari oggi rappresenta un riferimento identificatorio quasi superiore a quello genitoriale, perlomeno alternativo. I processi identificatori seguirebbero riferimenti più vicini, secondo relazioni orizzontali con chi è simile, piuttosto che secondo relazioni verticali con chi è differente. Il gruppo dei pari diventa così il luogo che permette lo scambio relazionale e nutre l'esigenza di sperimentare e di vedere rispecchiato il proprio funzionamento mentale.

Prendendo come riferimento la teoria psicoanalitica classica, alcuni autori, come ad es. Brockbank (1980) hanno evidenziato le importanti funzioni che il gruppo dei pari assolve per l'adolescente dal punto di vista psicodinamico, e cioè:

- lo spostamento dei conflitti che l'adolescente non può risolvere con i suoi genitori sugli altri membri del gruppo;
- l'elaborazione delle relazioni oggettuali omo ed eterosessuali al di fuori degli oggetti parentali che rimandano ad una problematica edipica troppo scottante;
- il processo di rimaneggiamento dell'identità sia individuale che di gruppo. Infatti la gruppalità in adolescenza è una gruppalità identitaria transitoria poiché aiuta a far passare il senso di identità dalla famiglia al gruppo (e più tardi dal gruppo all'oggetto d'amore);

- la modificazione degli ideali. Infatti, il giovane adolescente si premunisce dalla perdita dell'idealizzazione infantile cercando un temporaneo sostituto come la fede in una ideologia, l'idealizzazione di un adulto, ma soprattutto “la relazione con un gruppo di pari che assume allora una funzione transitoria di sostegno del narcisismo e delle identificazioni (Marcelli e coll., 1991). Il gruppo diventa così il luogo che consente di “mettere in comune” una parte dell'Ideale dell'Io, problematica che nell'età adolescenziale riveste un ruolo centrale.

Meltzer (1975) mostra, a questo riguardo, come l'adolescente si serva spesso di ciascun membro del gruppo per proiettarvi una parte scissa di se stesso. Il gruppo permette la scissione e la dispersione delle parti scisse di sé su ciascun membro del gruppo (spesso parti psicotiche della personalità), col rischio che la confusione di identità dovuta all'identificazione proiettiva invada il gruppo; nello stesso tempo, però, questo meccanismo permette una riunificazione di quelle parti grazie a questa regressione che fa vivere il gruppo come unità.

Sulla stessa linea Corbella rileva che “... l'orbita simbiotica madre-infante costituisce la base rudimentale di ‘fantasticare il gruppo come un tutto’. E' proprio questa possibilità che consente la dialettica, specifica del gruppo, fra fusione e individuazione, nella quale avvengono trasformazioni positive sia per i singoli membri sia per il gruppo nel suo insieme” (Corbella 2002, p.34).

Lo spazio nel gruppo si configura come “spazio transizionale”, all'interno del quale diventa possibile creare una nuova cultura e fondare valori condivisi. E' il contesto in cui è possibile discutere il significato della propria identità sessuale sia rielaborando le problematiche edipiche che affrontando questo tema nel “qui e ora” della relazione terapeutica, dove femmine e maschi si trovano direttamente a confronto. Ciò consente la messa in discussione e

l'emancipazione dai ruoli, spesso stereotipati, appresi in famiglia e permette di definire in modo autentico e personale la propria identità di genere.

Il gruppo consente all'adolescente di sperimentare quell'ambiente "sufficientemente buono" nel quale può lasciarsi andare all'esperienza regressiva, che gli permette di comprendere che le esperienze dell'infanzia, anche quelle più arcaiche, restano comunque una risorsa alla quale egli potrà attingere nella sua vita e non qualcosa a cui egli deve rinunciare in maniera definitiva. La "regressione condivisa" nel gruppo rende questa esperienza meno angosciante rispetto alla terapia individuale, riducendo le paure di eccessiva dipendenza dal terapeuta, paure che emergono frequentemente nella terapia individuale.

Un'altra importante funzione che il gruppo terapeutico assolve è quella di "rispecchiamento" effettuata dal gruppo nei confronti dei singoli membri, una funzione che rappresenta una valida alternativa al mancato rispecchiamento parentale. Spesso gli adolescenti presentano problemi a causa di deficit nella costruzione e nello sviluppo del Sé e necessitano (come prima menzionato) di un "oggetto-sé ideale". Tale funzione può essere assolta dal gruppo terapeutico nel suo insieme. "Il gruppo come oggetto-sé" sottolinea Corbella " fa emergere e mantiene il sé di ogni componente e gli dà significato. Il gruppo può fungere quindi sia da oggetto-sé rispecchiante, sia da oggetto sé ideale ed onnipotente [...] sia da oggetto-sé gemellare" (Corbella 2002, p. 37).

5. Un modello di intervento psicoterapeutico di gruppo: l'approccio "attivo" di J. Evans.

John Evans ha pubblicato recentemente (2001) un testo di rilievo sulla psicoterapia analitica di gruppo per adolescenti, un libro

importante soprattutto dal punto di vista clinico-metodologico. La formazione dell'Autore e le sue matrici teoriche si rifanno principalmente a Bion, Ezriel e Foulkes; per questo è importante ricordare, anche se in maniera estremamente sintetica, i modelli teorico-clinici dei due padri fondatori dell'approccio gruppale nella psicoterapia analitica: W.R. Bion e S.H. Foulkes.

Sia Bion che Foulkes, già dal 1940 iniziarono ad utilizzare tale impostazione a Birmingham (Gran Bretagna), nell'Ospedale psichiatrico militare Northfield, dove lavorarono come psichiatri al recupero psicologico dei soldati "affetti da gravi disordini mentali, non psicotici" (Hinshelwood, 1999) conducendo gruppi psicoterapeutici. Il loro contributo clinico e teorico ha dato l'avvio, dapprima in Gran Bretagna e poi in tutta Europa, a due noti modelli di conduzione dei gruppi analitici per adulti, modelli che pur presentando alcune caratteristiche comuni (l'applicazione del pensiero psicoanalitico ai gruppi e alla terapia di gruppo; l'interesse alle dinamiche gruppali, la concezione gestaltica del gruppo come un "tutto"), si differenziano in maniera significativa soprattutto per quanto riguarda il tipo di intervento terapeutico ed il ruolo del terapeuta.

Secondo **Bion** la situazione di gruppo mobilita ansie molto profonde, di tipo psicotico, come quelle descritte dalla Klein in rapporto ai primi oggetti parziali, ansie che portano i membri del gruppo ad utilizzare meccanismi di difesa arcaici quali la *scissione* e *l'identificazione proiettiva*, in particolare nei riguardi del terapeuta, che costituisce il polo ricevente delle comunicazioni. Bion, riferendosi al tipo di regressione presente nelle dinamiche gruppali, dice chiaramente "Freud vede il gruppo come una ripetizione di oggetti parziali. Ne deriva che, secondo Freud, i gruppi si avvicinerebbero ai modelli di comportamento nevrotico, mentre, nella mia impostazione, si

dovrebbero avvicinare ai modelli di comportamento psicotico” (Bion, 1991, p. 191).

Come è noto, nel modello bioniano l’attenzione del terapeuta è focalizzata sugli “assunti di base” (dipendenza, attacco-fuga e accoppiamento) che rappresentano i meccanismi di difesa del gruppo e svolgono la funzione di mantenere sotto controllo le ansie primitive. A questo riguardo Evans osserva che “Questi sentimenti inconsci possono essere così potenti da paralizzare la capacità dei gruppi di lavorare sui propri problemi. Simili angosce hanno maggiori probabilità di emergere se il leader/terapeuta ha un atteggiamento di relativa passività. [...] Lo scopo della tecnica bioniana è curare i pazienti individuando nel gruppo le attuali motivazioni inconsce che ne determinano il comportamento (Evans 2001, p. 229).

Per quanto concerne il ruolo del terapeuta, secondo Bion, egli deve limitarsi ad essere uno schermo di proiezione ed a fare esclusivamente interventi di tipo interpretativo riferentisi al gruppo nella sua totalità.

Foulkes definisce il suo metodo "psicoterapia gruppoanalitica", distinguendola da altri tipi di approccio analitico: "Non è una psicoanalisi degli individui in un gruppo. Neppure è un trattamento psicologico di gruppo da parte di uno psicoanalista. E' una forma di psicoterapia praticata *dal* gruppo, nei confronti *del* gruppo, ivi incluso il suo conduttore" (Foulkes, 1976, p. 2).

Mentre nel setting analitico individuale lo strumento principale della conoscenza è rappresentato dal rapporto diadico fra paziente ed analista, nel setting grupale, secondo Foulkes, occorre fare riferimento a due concetti fondamentali della comunicazione: quello di "matrice" e quello di "rete".

L'Autore definisce la matrice come "... l'ipotetica trama di comunicazioni e di rapporti in un dato gruppo. E' il termine comune a tutti i membri, da cui dipendono in definitiva il significato e l'importanza di tutto ciò che accade nel gruppo ..." (Foulkes, 1967, p. 319). Si potrebbe "... paragonare la matrice a una rete di cui i singoli individui occupano i punti nodali e ... le cui risposte sono sempre globali [...] Anche se il gruppo si serve per così dire dell'intervento ora di un membro ora di un altro, è in definitiva sempre questa rete transpersonale che entra in attività e reagisce nel suo complesso: si potrebbe parlare di una psiche di gruppo allo stesso modo in cui si parla di una psiche individuale" (Foulkes, Ib. p. 130).

Foulkes definisce la matrice gruppale come "*matrice dinamica*" proprio per caratterizzarne gli aspetti transferali e comunicativi e per distinguerla da altri due tipi di matrice: la "*matrice personale*" (espressione delle problematiche inconsce del paziente) e la "*matrice di base*" (costituita sia dalla comunanza dei codici di comunicazione relativi alla lingua, all'età ecc, che dalla condivisione di determinati principi e norme sociali" (Colamonicò, 1994, p. 99).

Nella terapia gruppoanalitica -secondo l'Autore- accanto ai fattori terapeutici fondamentali, che caratterizzano ogni forma di psicoterapia, quali la catarsi, il transfert, l'identificazione e la proiezione, emergono alcune peculiari dinamiche, che egli definisce "*fattori terapeutici specifici*" del gruppo (Foulkes, 1967, p. 39), quali ad es., le reazioni speculari, la risonanza e la polarizzazione.

L'interesse di Foulkes è quindi concentrato "non solo sull'attività dei singoli componenti, ma anche sul funzionamento del gruppo nel suo complesso. Al pari di Bion e della maggioranza dei terapeuti di gruppo, fu anche lui profondamente consapevole delle dinamiche e delle tensioni

di gruppo; il suo interesse prevalente era per il tipo di intervento che si dimostrava più efficace” (Evans 2001, p.235).

Illustrati sinteticamente i due capostipiti della psicoterapia analitica di gruppo passiamo, con Evans, ad approfondire le implicazioni dei due modelli teorici, nel lavoro psicoterapeutico con gli adolescenti, sofferman-doci in particolare sul modello bioniano.

All'inizio della sua professione di terapeuta di gruppo **Evans** aveva come riferimento il modello Bion/Ezriel/Sutherland (Evans,1966) ed applicava questa tecnica ad un gruppo di adolescenti delinquenti maschi, rivolgendo il suo interesse di allora allo studio delle angosce inconse del gruppo e degli stati collegati agli assunti di base di Bion.

In quella sua prima esperienza ed anche nelle esperienze cliniche successive (con adolescenti deprivati di età compresa tra i 12 ed i 15 anni), egli si rese conto di “un importante punto debole, non teorico, ma tecnico (Evans 2001, p.230)” dell'impostazione bioniana, che si evidenzia quando il terapeuta focalizza la propria attenzione quasi esclusivamente sui fenomeni relativi al gruppo come un tutto, concentrandosi sulle angosce gruppali e ponendosi all'interno del gruppo con uno stile di conduzione che, sottolinea Evans “.. può essere considerato [dai ragazzi] come una indifferenza imperturbabile, o la conferma che dagli adulti non ci si possa aspettare più di tanto” (Ib., p.245).

L'approccio senza leader bioniano provocava nel gruppo di adolescenti forti reazioni difensive, ad es. il cambiare argomento a seguito di una interpretazione gruppale o il creare caos durante la seduta: una evidente difesa dall'angoscia di abbandono o di rifiuto da parte del terapeuta.

"Il valore dell'approccio senza leader di Bion” osserva Evans “sta nel fatto che esso stimola numerose angosce di base [...] e pertanto

mobilità difese ancora più basilari. Esse possono quindi essere osservate in dettaglio nel qui ed ora della seduta. Si pone tuttavia la questione di quanto sia utile porre al centro dell'interesse l'indagine su tali angosce; e se ciò sia più importante, da un punto di vista terapeutico, dell'analisi di elementi più 'superficiali' (cioè immediati) nel gruppo di adolescenti" (Ib. p. 229).

L'individuo che si trova all'interno del gruppo, infatti, oltre alla sua condizione di membro, che lo rende parte delle dinamiche e della cultura del gruppo, esiste anche in quanto singolo, con il proprio unico punto di vista, costituito dalle sue esigenze e dalle sue tensioni interne. A differenza degli adulti, che sono per lo più motivati al cambiamento, con gli adolescenti "non si tratta di dimostrare l'efficacia della terapia di gruppo, ma di rispondere ai loro bisogni.". Inoltre "E' raro che un ragazzo esprima un commento sul gruppo, mentre potrà dire qualcosa anche di molto profondo sui singoli individui" (Ib. p. 231).

Evans, d'altra parte, non trascura i vantaggi dell'approccio bioniano, che offre al terapeuta la possibilità di usare il materiale clinico che emerge proprio in conseguenza di tale impostazione: "I risultati possono essere di notevole valore terapeutico, mentre una eccessiva sottolineatura della leadership può inibire la creatività dei membri del gruppo" (Ib. 233).

Bion fornisce dunque la comprensione di importanti problematiche relative ai gruppi ma, secondo Evans, le loro soluzioni, si possono trovare solo "quando il conduttore di un gruppo di adolescenti si rende conto della necessità di essere attivo e di intervenire. Ciò può avvenire sotto forma di commento o di interpretazione dell'attività del gruppo. Altre volte, il conduttore deve orientare la discussione su un certo percorso, in modo da evitare che il gruppo si disperda in mille rivoli o cada in preda alla confusione. In

determinate altre situazioni, invece, il conduttore deve definire i limiti” (Ib. p. 249-250).

L’approccio che l’Autore privilegia, anche per la tipologia degli adolescenti da lui trattati, è quindi, di tipo **attivo**. La sua tecnica rappresenta il risultato di una personale integrazione di teorie diverse, per cui di volta in volta le componenti terapeutiche del gruppo originano o dall’analisi del funzionamento del gruppo come un tutto, o da interventi nel gruppo che interessano un singolo adolescente per volta o, ancora, da trasformazioni che avvengono attraverso il gruppo come entità.

Il trattamento della prima e media adolescenza in gruppo pone la tecnica di conduzione, a metà tra quella della psicoterapia psicoanalitica di gruppo per bambini e quella per adulti. Evans dedica due capitoli specifici a questo argomento: l’importanza e la funzione del gioco nei gruppi di adolescenti e, di segno opposto, la definizione dei limiti del setting gruppale.

Se nel gruppo di adulti “il conduttore ha vari ruoli: interpreta, propone concetti e parole”, con gli adolescenti “egli ha un compito aggiuntivo: cioè di sentirsi libero in certe occasioni, di partecipare, attivamente o passivamente, al gioco, nelle battute o nelle attività di gruppo”. (Ib. p.256). Uno dei giochi che Evans utilizza a scopo terapeutico con gli adolescenti è il “gioco di ruolo”, al quale partecipa spesso anche il terapeuta assumendo i ruoli decisi dal gruppo. “L’esito” rileva l’Autore “può essere terapeutico sia in termini di riduzione della tensione, che di soluzioni a lungo termine ai problemi o, anche in quanto mette in grado di evitare i problemi” (Ib. p. 265).

Un aspetto importante della terapia è proprio come gli adolescenti giocano con il terapeuta. Esserne consapevoli aiuta quest’ultimo a non essere costantemente preoccupato di costruire la condizione di gruppo di

lavoro. L'esito dipende dalla capacità del gruppo e del terapeuta di gestire la situazione in modo che venga mantenuta (o recuperata appena possibile) la consapevolezza del significato simbolico o psichico affinché il gioco fornisca il migliore risultato possibile. Da questo punto di vista, l'obiettivo del terapeuta nel gruppo è quello di “facilitare il gioco, l'esperienza e la crescita”.

Secondo Evans il futuro della psicoterapia analitica di gruppo con adolescenti sembra quindi andare verso un approccio più flessibile ed integrato dove, accanto alle interpretazioni rivolte al gruppo come soggetto unico, siano presenti commenti ed attenzione verso il singolo, esprimendo allo stesso tempo la funzione interpretativa e quella empatica.

BIBLIOGRAFIA

- BION WR: *Esperienze nei gruppi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982.
- BION W.R.: *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 1991
- BIRRAUX A.: *L'adolescente e il suo corpo*. Borla, Roma, 1993.
- BRACKEN B.A.: *TMA – Test di valutazione dell'autostima*. Ed. Centro Studi Erickson, Milano, 1993.
- BROCKBANK R. *Adolescent psychodynamic and the therapy group*. *Adol. Psychiat.*, 44, 531-542, 1980.
- CIAVALDINI A, RUFFIOT A.: *La première consultation familiale et l'indication*. In “Gruppo”, n. 6, Apsygée, Paris, 1989.
- COLAMONICO P.: *Microcosmo*, NIS Editore, Roma, 1994.
- CORBELLA S.: *Il lavoro di gruppo con gli adolescenti*. In: “Gruppi” Anno IV N. 1, 2002. Franco Angeli Editore, Milano.
- DEL LUNGO A. : *Vedere e ascoltare la persona adolescente ovvero come accompagnare Alice al di qua dello Specchio*. In: *Corpo e mente in Adolescenza*. P. Bria, L. Rinaldi (a cura di). Franco Angeli Editore, Milano, 1999.
- ERICKSON E.H. (1963): *Infanzia e società*. Armando, Roma, 1968
- ERICKSON E.H. (1964): *Introspezione e responsabilità*. Armando, Roma 1968.
- ERICKSON E.H. (1982): *I cicli della vita*. Armando, Roma, 1984.
- EVANS J: *Analytic group therapy with delinquents*. *Adolescence*, 1, 180-196, 1966.
- EVANS J: *Psicoterapia analitica di gruppo per Adolescenti*. Borla, Roma, 2001.

- FERRARI A. B.: *Adolescenza la seconda sfida*. Borla, Roma, 1994.
- FREUD A.: *Normalità e patologia nell'età infantile*. In: *Opere*, Vol. 3, Boringhieri, Torino, 1965.
- FREUD A.: *Adolescenza*. In: *Opere*, Vol. 2, Boringhieri, Torino, 1979.
- FREUD S. (1905): *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In “*Opere*”, Vol. 4, Boringhieri, Torino, 1977.
- FOULKES S.H: *Analisi terapeutica di gruppo*. Boringhieri Editore, Torino, 1967.
- FOULKES S.H: *La psicoterapia gruppoanalitica, metodo e principi*. Astrolabio, Roma, 1976.
- GIACONIA G.: *Adolescenza: mutamenti e patologia*. In A. Semi (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Cortina, Milano, Vol. II, pp. 873-923, 1989.
- HARTMANN H.: *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Boringhieri, Torino, 1966.
- HINSHELWOOD R.D.: *Quanto era foulkesiano Bion?* Rivista Group Analysis, n. 32, p. 469-488, 1999.
- JEAMMET P.: *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla Editore, Roma, 1992.
- KERNBERG P.F. et al: *I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti*. Fioriti Editore, Roma, 2001.
- KESTENBERG E.: *Mentite et identification chez l'adolescent*. Psychiatrie de l'Enfant, 5, 1962.
- KESTEMBERG E.: *Les phychothérapies des adolescents*. Confrontations Psychiatriques, n. 7, 181-197, 1971.
- LAUFER M, LAUFER M.E.: *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Boringhieri, Torino, 1986

- LAUFER M., LAUFER M.E.: *Developmental breakdown and psychoanalytic treatment in adolescence*. Clinical Studies, Yale University Press, New Haven, London. 1989.
- MALHER M. S.: *Infantile psychosis*. International Universities Press New York, 1968.
- MALE P.: *Psicoterapia dell'adolescente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982.
- MARCELLI D, BOUET R., GIANETTI N.: *Idéal du moi et reunion de groupe en institution*. Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 16, 7-23, 1991.
- MARCELLI D., BRACONNIER A.: *Adolescenza e psicopatologia*, Masson Editore, Milano, 1999.
- MELTZER D.: *Stati sessuali della mente*. Armando Editore, Roma, 1975.
- MELTZER D., HARRIS M.: *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla Ed., Roma, 1993
- NICOLÒ A.M., FERRARIS L.: *Famiglia e adolescenza*. In: M. Malagoli Togliatti, U. Telfner (a cura di) "Dall'individuo al sistema", Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- NOVELLETTO A.: *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Borla, Roma, 1986.
- PIAGET J., *La formazione del simbolo nel bambino*. La Nuova Italia, Firenze, 1972.
- PING-NIE PAO: *Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from Psychodynamic point of view*. International Universities Press, 1979.
- RESNIK S.: *Persona e psicosi*. Torino, Einaudi, 1976.
- RINSLEY D. B.: *A review of the pathogenesis of the borderline and narcissistic disorders*. In Fenstein e altri. Vol. 15, 1988.

- SELENER G.: *Les apports des groupes au processus de développement de l'adolescen.* In: *Revue de Psychotherapie psychanalytique de groupe*, n.16. L'adolescent et les groupes, 1991
- SENISE T: *Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé.* In "Gli Argonauti", 9, 1981
- TUNNER J.M.: *Growth at adolescence.* Blackwell scientific Publications, Oxford, 1962.
- WINNICOTT D.W.: *Sviluppo affettivo e ambiente.* Armando, Roma, 1970.
- WINNICOTT D.W.: (1960): *Ego Distorsion in Terms of True and False Self.* In *Maturational Processes and Facilitating Environment*, International Universities Press, New York, 1965.
- WINNICOTT D.W.: *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino.* Martinelli Editore, Firenze, 1991.
- YALOM I.D.: *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo.* Boringhieri, Torino, 1997.