

## L'ESPERIENZA PROIETTIVA RORSCHACH IN UN GRUPPO PSICOTERAPEUTICO DI ADOLESCENTI

Luigina MALERBA<sup>1</sup>

### 1. La metodologia clinica d'intervento

La presente ricerca è stata effettuata presso l'Ambulatorio Adolescenti afferente all'Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica di un Policlinico Universitario romano. Vengono di seguito illustrate, in estrema sintesi, le procedure diagnostico-terapeutiche e la metodologia di intervento riguardanti gli utenti che si rivolgono al Servizio.

I giovani pazienti, dopo un periodo di valutazione e trattamento, entrano in un Gruppo psicoterapeutico omogeneo per fascia di età (14-18 anni) e, solo parzialmente, per patologie: inibizione dell'espressione verbale, inibizione espressiva e relazionale, dismorfofobie, disadattamento scolastico su base evolutiva o reattiva, disturbi della condotta alimentare non ancora configuratisi in sindromi, disturbi del controllo degli impulsi, auto ed eteroaggressività, depressione.

Nella pratica, si evita di inserire nel gruppo soggetti con stati acuti depressivi (ad es. post T.S.) o psicotici, ragazzi con disturbo antisociale in qualche modo strutturato, soggetti in cui è prevalente la presenza di un deficit (intellettivo e biologico), di stati carenziali o ansie abbandoniche non compatibili se non con un setting individuale.

Il trattamento praticato nel Servizio è quello di **percorsi integrati**, per cui, al termine della fase psicodiagnostica, che vede coinvolti oltre i pazienti portatori di sintomi, anche il contesto familiare, si avvia un

---

<sup>1</sup> Psicologa - Psicoterapeuta

percorso psicoterapeutico individuale che dura un tempo variabile e che dà accesso, quando se ne ravvisa l'opportunità, all'inserimento nel Gruppo di Psicoterapia.

Molti dei ragazzi che partecipano al gruppo sono anche inseriti in un setting individuale con un altro terapeuta, di tipo riabilitativo (specialmente per i disturbi legati alla espressione verbale e alle varie inibizioni) o supportivo della esperienza globale, là dove il livello maturativo del singolo consente di lavorare maggiormente sulla dimensione introspettiva.

Parallelamente, viene rivolto ai genitori del giovane paziente l'invito a partecipare ad un altro Gruppo di sostegno, formato esclusivamente da genitori (coppie o singoli) e condotto da un altro Terapeuta. I due percorsi, generalmente, hanno la stessa durata, ma non è raro che i genitori protraggano la loro frequentazione al gruppo oltre il termine della terapia del figlio/a

Il gruppo è ciclicamente aperto. Vi si attua cioè un turn-over legato all'arrivo di nuovi pazienti e all'uscita di chi ha terminato il proprio percorso e/o di chi interrompe, per abbandono o perché, in itinere, si è valutato più proficuo proseguire con interventi di altra natura (ad es. riprendere la terapia in un setting individuale).

A livello del singolo paziente, viene definito e concordato - in base ad un contratto esplicito - che egli intraprende il gruppo per la durata di un anno, poi rinnovabile. All'inizio e al termine del periodo concordato si riflette insieme, anche con gli altri membri del gruppo sulla opportunità, per ciascun ragazzo interessato, di concludere l'esperienza.

Il metodo della conduzione del Gruppo è quello di un setting gruppoanalitico classico - ivi compreso la presenza di un osservatore silenzioso - con le restrizioni per i partecipanti di intrattenere contatti

interpersonali fuori del gruppo ed eventualmente, qualora accada, con l'impegno di riferirli in terapia. Si salvaguarda inoltre la esplicita e reale non ingerenza tra gruppo di genitori e gruppo di ragazzi, tranne che per comunicazioni periodiche e programmate tra i terapeuti.

Il quadro teorico ed epistemologico che sottende la pratica psicoterapeutica è - oltre quello della Psicologia analitica (come teoria della psiche e delle trasformazioni della libido) - quello della Psicoanalisi evolutiva e della Psicologia del Sé, come Psicologia dell'intersoggettività.

La tecnica utilizzata è mista, verbale e non verbale, con impiego di giochi drammatici, esercitazioni grafiche, *role-playing* e spazializzazione. Lo stile di conduzione che ne deriva è, al bisogno, attivo da parte del terapeuta, neutrale per l'osservatore.

E' possibile definire il metodo utilizzato come Psicoterapia focale di Gruppo, dove il gruppo costituisce lo sfondo, la matrice all'interno della quale i singoli hanno l'opportunità di fare esperienza e di sviluppare relazioni transferali verticali e orizzontali.

Il focus, declinato su ciascun paziente, è quello di potenziarne l'autoespressività, incrementare le esperienze di oggetto-sé, allenare quindi la funzione autoriflessiva, aiutare la costruzione dell'immagine di sé, a partire dall'integrazione di una immagine corporea di Sé, sessualizzata e individuata rispetto agli oggetti primari di attaccamento

## **2. Profilo clinico-anamnestico e valutazione psicodiagnostica**

### **Rorschach dei soggetti in trattamento**

Vengono ora presentati i profili clinico-anamnestici dei pazienti del gruppo psicoterapeutico preso in esame nella presente ricerca, vengono presentate solo le iniziali del nome per proteggere integralmente la privacy dei pazienti.

Nella parte finale di ciascun profilo viene riportata la relazione psicodiagnostica relativa al Test di Rorschach somministrato collettivamente nel gruppo terapeutico.

In questa sede si intende evidenziare il significato clinico di ciascun protocollo Rorschach.

### **C.**

I genitori di C. si mettono in contatto con l'Ambulatorio Adolescenti dell'Ospedale nell'aprile 2002, all'insaputa della figlia, per avere un primo contatto. C. (18 anni) viene portata in consultazione perché presenta difficoltà negli studi: ha abbandonato la scuola (III anno del liceo Psicopedagogico) pur continuando a dimostrare interesse per lo studio.

In famiglia è la prima di 7 figli, ma soffre per aver perso la primogenitura a seguito della nascita della sorella (più piccola di un anno e mezzo), che a suo parere, è stata sempre valorizzata di più rispetto a lei, in quanto ritenuta più equilibrata e meno impulsiva. C. invece in famiglia viene considerata una "irresponsabile" a causa dei suoi modi aggressivi ed a seguito dell'abbandono del corso degli studi.

Una prima consulenza alla ragazza era stata fatta e portata avanti per qualche tempo dalla neuropsichiatra che aveva in cura il padre, sofferente di depressione maggiore, e risale a molti anni fa. Questo

percorso terapeutico, iniziato nel settembre 2001, viene poi interrotto circa un anno e mezzo dopo, per volontà della ragazza.

Nell'aprile 2002, C. viene presa in cura nell'Ambulatorio Adolescenti. Durante i primi colloqui individuali - che precedono l'inserimento nel gruppo- si evidenzia un tono dell'umore piuttosto depresso, associato ad una reattività che a volte sfocia in aggressività, soprattutto verso i familiari. I genitori riferiscono infatti che, in un momento di tensione in famiglia, C. abbia impugnato un coltello avvicinandolo al braccio del fratello.

L'ipotesi diagnostica formulata è quella di: **Disturbo dell'umore, disforico, in personalità con tratti di disturbo di evitamento.**

C. presenta inibizione espressiva e un precario controllo delle emozioni, specie se aggressive, verso i familiari. A scuola i rapporti con i suoi compagni di classe sono caratterizzati da distacco e da diffidenza, intervallate da interazioni brevi e declinate su toni aggressivi. "A scuola" riferisce C. "tutti ce l'hanno con me".

Ad una prima valutazione psicodiagnostica, che conferma il disturbo depressivo dell'umore, l'inibizione espressiva e lo scarso controllo degli impulsi, segue l'avvio di un percorso psicoterapeutico di gruppo cui si affianca una psicoterapia individuale.

Contemporaneamente la madre, a seguito di situazioni familiari circostanti, sviluppa una depressione reattiva, per cui anche lei inizia un percorso di consulenza psichiatrica con prescrizione di antidepressivo (serotoninergico) e ansiolitico.

In un primo momento, i genitori vengono ascoltati singolarmente ed indirizzati a seguire due percorsi psichiatrici distinti. Successivamente, si ritiene opportuno affidare entrambi i genitori ad un unico terapeuta, operante presso il Centro. I colloqui hanno avuto cadenza mensile e durata di circa un anno.

A distanza di 12 mesi dall'inizio del trattamento integrato (di gruppo e individuale) C. è riuscita a tornare a frequentare la scuola, affrontandola con meno ansia; è riuscita ad aprirsi di più all'interno del gruppo e nei suoi gruppi naturali di riferimento. La ragazza confessa anche una sua propensione, segretamente coltivata, ad attività espressive artistiche, quali il disegno e la pittura. Tale "confessione" viene connotata molto positivamente dai terapeuti in quanto C. si è riconosciuta la competenza in un campo, quello artistico, che fino ad allora era stato prerogativa soltanto della nonna materna e della sorella secondogenita.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una produttività limitata ( $R=11$ ) si evidenzia una struttura di personalità caratterizzata da un Io piuttosto fragile ( $F=2.5$ ), energeticamente dotato ( $M=3$ ) ma poco in grado di esercitare un adeguato controllo sugli impulsi istintuali ( $FM=5$ ) che tendono, quindi, ad essere espressi in maniera immediata.*

*Sono presenti inoltre aspetti depressivi, probabilmente connessi a tensioni e conflitti emotivi, che influenzano la sfera relazionale, portando il soggetto a reagire in modo distaccato e poco spontaneo alle sollecitazioni emozionali dell'ambiente e nei rapporti interpersonali.*

*A livello più profondo, i confini del Sé mostrano una costituzione solida con buona capacità di resistere alle tensioni interne.*

**V.**

V. è un ragazzo di 17 anni che frequenta il IV Liceo scientifico.

Nel dicembre del 2000, V., allora 15enne, ha iniziato a manifestare delle crisi di insonnia accompagnate da idee di autoriferimento e percezioni deliranti. Nel gennaio del 2001, a seguito di episodi allucinatori ove dirà più volte: “... devo andare sul terrazzo perché mi chiamano i miei amici”, è stato ricoverato all’Ospedale “Bambino Gesù” di Roma e curato mediante terapia antipsicotica. Il suo ricovero segue di poco un ricovero della madre, durato circa un mese. La Signora, affetta da sindrome borderline, è da anni seguita da un Centro di Igiene Mentale presso il quale le sono stati somministrati psicofarmaci ed è stata indirizzata ad una psicoterapia di Gruppo, che la Sig. ha seguito per un certo tempo. A seguito della sospensione della psicoterapia la Signora ha avuto una crisi acuta che ha preceduto di poco la crisi del figlio.

Nel mese di febbraio 2001 V. entra in contatto con il Servizio Adolescenti del nostro Ospedale. Qui viene effettuata una valutazione psicodiagnostica, viene presa in carico la terapia psicofarmacologica e viene ritenuto opportuno un sostegno, in un primo tempo di tipo individuale e successivamente di gruppo.

La Diagnosi per V. é quella di: **Disturbo Dissociativo in tratti di Disturbo dell’Identità.**

Al momento dell'accesso al Servizio il ragazzo era piuttosto atono - anche a causa della massiccia terapia antipsicotica - e rigidificato. Lo sguardo era fisso e vitreo, il linguaggio piuttosto meccanico e monocorde. Egli dava segni di reagire emotivamente in modo preciso solo quando si toccavano - durante i colloqui con i familiari - i temi relativi al nonno materno, scomparso da poco, alla casa

in cui abitavano prima ed alla sua vecchia scuola (la famiglia di V. si è trasferita in un'altra zona della città).

Dai primi colloqui emerge che nell'anno 1993, quando V. aveva otto anni, la famiglia venne colpita da due gravi lutti che, evidentemente, destabilizzarono il ragazzo: la morte della nonna paterna seguita, dopo poco tempo, da quella del nonno materno. Quest'ultima figura rappresentava per V. un legame molto importante, la cui perdita aveva provocato un lutto traumatico. V. dirà in seguito del nonno: "Lo consideravo come un padre".

V., descrive il padre come una figura che lo ha accudito ma che si è dimostrata, ai suoi occhi, sempre molto debole. Tale percezione è confermata agli occhi dei curanti anche nel corso dei colloqui familiari. La coppia è infatti manifestamente dominata dalla personalità della signora. Il padre, pur essendo persona di grande disponibilità e senso comune, sembra non contare molto.

Gli eventi luttuosi di cui si è fatto accenno sopra, si verificarono inoltre in concomitanza con la nascita di un fratellino. V., se da una parte si sentì, e venne, responsabilizzato, dall'altra si vide catapultato dal ruolo di nipotino coccolato a quello di baby sitter e "nonno" del fratello. Questo brusco e non mediato cambiamento sembra aver provocato o fatto precipitare una crisi del normale, e comunque critico, processo di individuazione adolescenziale, in quanto egli si trovò come preclusa la fase di oppositività/distacco dai genitori. Si vide, fantasmaticamente, ad interpretare il ruolo che il nonno scomparso aveva avuto con lui. In una seduta di gruppo V. confesserà che lui molto spesso "parla" col nonno.

In questa ottica, la crisi psicotica gli permise al tempo stesso di comunicare il suo malessere e di ottenere attenzione e cure speciali, ma

lo portò sempre più lontano dalla sua identificazione di genere col padre e col nonno. La “malata” in casa sembra, infatti, essere la madre.

Il duraturo percorso psicoterapeutico e il presidio farmacologico (Risperdal) hanno permesso a V. di convivere coi propri contenuti dissonanti, di portarli piano piano alla consapevolezza, di esprimerli e di dividerli (inizialmente soprattutto col Terapeuta individuale e successivamente anche nel gruppo), di comprendere il grande bisogno di regressione e di dipendenza che ha ed il bisogno di farsi aiutare, senza necessariamente sentire dissolvere la propria identità nascente.

Attualmente V. ha acquisito una maggiore consapevolezza dei propri vissuti; ha aumentato le proprie competenze emozionali e relazionali, ridimensionando quel Sé ipertrofico e grandioso che si manifestava agli inizi.

A due anni di distanza dal primo colloquio col Servizio Adolescenti V. appare più sciolto, la mimica è migliorata anche se permangono momenti di "assenza" e "vuoto". Sono invece molto affievoliti gli stati ansiosi e fobici legati al contesto scolastico e alle situazioni di esame. Parallelamente si osserva un abbassamento della idealizzazione familiare ed iniziali manifestazioni di dissenso in seno alla famiglia. Il suo desiderio riportato nel gruppo è quello di diventare “da grande” un infermiere.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una produttività piuttosto limitata ( $R = 12$ ), il protocollo mette in evidenza una struttura di personalità caratterizzata da un Io molto fragile ( $F = 3$ ), che appare danneggiato ed energeticamente debole ( $M = 1$ ).*

*Ciò indica un calo nel rapporto con la realtà oltre che la difficoltà di esercitare un adeguato controllo sugli impulsi istintuali (FM= 5).*

*Appare anche evidente la presenza di forti tensioni emotive, non elaborate a livello cosciente, che impediscono al soggetto di utilizzare le sue risorse interiori in modo costruttivo.*

*Sul versante relazionale è presente una certa difficoltà ad esprimere le proprie emozioni ed i bisogni affettivi e di dipendenza.*

*A livello più profondo, la struttura del Sé mostra fragilità e difficoltà a resistere alle sollecitazioni emotive. In particolare, l'eccessiva permeabilità del Confine fa pensare che il soggetto è incline a diventare il ricettacolo delle tensioni relazionali presenti nel mondo familiare.*

### **S. M.**

E' una ragazza di 18 anni. Arriva in consultazione nel marzo 2002 a seguito di forti stati ansioso-depressivi, segni di ritiro e abbandono della scuola (liceo classico). La presentazione di S. è accompagnata da una forma di persistente mutismo, evidente soprattutto in ambiente familiare e scolastico. All'inizio della consultazione S. appare depressa e con livelli di ansia che non le permettono di esprimersi.

Nata prematuramente, il suo sviluppo è stato difficile e, come spesso accade nei prematuri, ha esitato in un leggero ritardo, caratterizzato anche da una certa lentezza nella esecuzione di movimenti complessi e nel coordinamento motorio. In famiglia viene considerata una bambina e S. sente di non rispondere agli standards familiari ed alle aspettative genitoriali.

Dopo i primi colloqui individuali e l'inizio di una terapia ansiolitica, che permette a S. di allentare un poco lo stato ansioso, viene

impostata per la ragazza una psicoterapia individuale intensiva (due volte a settimana).

La Diagnosi per S.M. all'entrata al Gruppo è di: **Disturbo d'Ansia generalizzata.**

Dopo circa sei mesi viene invitata ad inserirsi anche nella psicoterapia di gruppo, quando si intravedono i segni di una apertura sociale, in quanto il suo comportamento mutacico diventava sempre più circoscritto e selettivo verso alcune delle figure familiari ed adulti in genere, mentre con i coetanei dava segni di una certa estroversione

A distanza di un anno dal suo arrivo al Centro di Consultazione per Adolescenti, S. appare molto socievole e particolarmente affettuosa con i compagni del gruppo e capace di vera empatia e competenza metacognitiva. Parla di sé con pacatezza e manifesta un buon dialogo interno che le permette di esprimere, anche se timidamente, i suoi desideri ed aspirazioni da adolescente della sua età.

Dopo una lunga assenza a scuola e all'inizio del nuovo anno scolastico, S. torna ad inserirsi in una scuola più consona alle sue capacità (liceo linguistico) e la frequenta con profitto sufficiente. Il vero viraggio si ha quando S., con il sostegno del gruppo (che l' ha aiutata attraverso delle drammatizzazioni mirate ad affrontare e superare la situazione stressante dell'esame di guida), consegue finalmente la patente. Quella diventa per lei la prova che "ce la può fare". Riferirà poi che durante la situazione di esame "ha pensato al gruppo" e con questo rinforzo interno si è concentrata e si è resa conto di avere le risorse e la capacità per dominare le situazioni.

Un traguardo, quindi, molto importante è stato raggiunto da S.: la patente è diventata una metafora della "patente di vivere".

La ragazza conseguirà la maturità il prossimo anno. Esprime nel gruppo il suo desiderio di diventare una infermiera.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una produttività piuttosto alta ( $R=23$ ), emerge una struttura di personalità che può avvalersi di una buona dotazione energetica sia a livello delle energie mature dell'Io ( $M=6$ ) che a livello istintuale ( $FM=6$ ). Questo evidenzia la possibilità che il soggetto possa attingere, in situazioni di stress, alle proprie risorse interne.*

*Anche sul versante relazionale si nota la tendenza a rispondere in modo adeguato alle stimolazioni emozionali dell'ambiente, sulle quali l'Io sembra in grado di esercitare un efficace controllo.*

*Nel protocollo sono evidenti tuttavia aspetti depressivi e di insicurezza che denotano la tendenza del soggetto a reagire con l'isolamento di fronte ad esperienze frustranti.*

*A livelli più profondi, i confini del Sé mostrano una costituzione piuttosto fragile, che presenta alcune lesioni ed una insufficiente capacità di resistere alle tensioni interne.*

### **S. D.**

S. è una ragazza di 14 anni che arriva al Servizio accompagnata dai genitori per un problema di “ritardo mentale”. Tale dato viene confermato anche dalla WISC, che rileva un'età mentale inferiore di circa 5 anni rispetto all'età anagrafica ( $Q.I.=77$ ; scala verbale=26; scala performance=43). La mimica e la postura appaiono contratte, così come l'espressione verbale che rasenta il mutismo. S. peraltro è una bella ragazza con vividi occhi neri. Ma il mutismo selettivo è espressione di un comportamento oppositivo, una sorta di aggressività passiva che comunque può essere la risposta adattiva nei confronti di un

ambiente difficile o "sordo". Esso diventa disfunzionale quando è generalizzato e compromette lo sviluppo globale del soggetto.

Nel caso di S. le indagini diagnostiche non hanno evidenziato nessuna anomalia organica ed il ritardo è apparso immediatamente correlabile ad un conflitto intrafamiliare e ad un difficile percorso di crescita.

S. è la terzogenita di due genitori abbastanza anziani (60 anni il padre e 52 la madre); ha un fratello maggiore di 32 anni, che presenta un problema di sordità bilaterale severa causata da attacchi convulsivi avuti a 11 mesi. Dopo una lunga riabilitazione, il ragazzo preferì non fare più uso dell'apparecchio acustico per non essere identificato come sordo. In questo modo, parlando male e con il linguaggio dei gesti, in famiglia non viene compreso, se non da S.. La ragazza si è dimostrata in grado di leggere il suo linguaggio, acquisendo il ruolo di intermediario tra il fratello e la famiglia stessa.

S. aveva anche una sorella, la secondogenita della famiglia, anch'essa di nome S., tragicamente morta all'età di 12 anni a seguito di una patologia degenerativa congenita. S. nacque a due anni di distanza dalla morte della sorella e presentò i primi sintomi disfunzionali del comportamento alla stessa età (12 anni) che aveva la sorella quando morì. La famiglia fu duramente provata da questa esperienza luttuosa, esperienza che è rimasta per lunghi anni "cristallizzata" e non elaborata. I genitori hanno sempre preferito non parlare, in famiglia, della bambina morta, della quale sono riusciti a dare a S. soltanto qualche accenno: "era graziosa e molto brava a scuola".

Alla valutazione psicodiagnostica di S.D. (effettuata presso l'Ambulatorio di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale), è seguito l'invio al Servizio Adolescenti, con la richiesta di un inserimento nella terapia di gruppo. S. appare depressa, mutacica e comunica aggressività.

La diagnosi di S.D. all'entrata al Gruppo è di: **Disturbi da Blocco e/o inibizione espressiva sociale/ideativa in disturbo oppositivo di personalità.**

Nel mese di dicembre del 2002, S. viene indirizzata ad un trattamento integrato (individuale e di gruppo), al quale si presenta con un aspetto piuttosto rigido e severo sia nella postura corporea che nell'abbigliamento. A quasi sei mesi dall'inizio del trattamento la paziente manifesta un aspetto più femminile che denota il desiderio di essere più con se stessa e vicino agli altri che contro qualcosa. Il ritardo nelle prestazioni scolastiche permane: va male a scuola e quasi certamente verrà bocciata. Ma il livello di autostima familiare risulta molto alto. S. comunica che un suo desiderio sarebbe quello di non voler mai deludere i suoi genitori: vorrebbe riuscire al meglio in tutto ciò che "loro" desiderano. Se ai primi incontri sottolineava che la sua aspirazione da grande era quella di diventare un maestro di Judo, adesso dice di voler fare il Medico o lo Psicologo.

S. deve ancora percorrere un certo cammino di crescita, acquisire una personale identità femminile, diversa e differenziata da quella dell' "altra" S., quella S. che non le fa compagnia nei suoi lunghi silenzi con il fratello sordo, ma che è tremendamente vivificata e proiettata dai suoi genitori nella sua vita e nella sua persona.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una produttività molto limitata (R=9), il protocollo evidenzia una inibizione delle energie mature dell'Io (M=1) verosimilmente a seguito di tensioni emotive non elaborate a livello cosciente. Questo fa supporre che la paziente abbia notevoli difficoltà nei rapporti interpersonali e, in situazioni difficili, non possa far ricorso*

*alla proprie risorse interne, manifestando una spiccata propensione all'introversione ed alla chiusura.*

*La struttura dell'Io appare piuttosto fragile ( $F = 1.5$ ) e poco in grado di esercitare un adeguato controllo sugli impulsi istintuali ( $FM=4$ ), che tendono ad essere manifestati in modo immediato.*

*Le risposte di chiaroscuro risultano assenti e ciò sembra indicare l'utilizzo di meccanismi difensivi di "negazione" nei riguardi dei bisogni affettivi e di dipendenza. Anche le risposte colore appaiono pressochè assenti ( $CF = 0.5$ ) e confermano il quadro generale di inibizione emotiva e di ritiro nei confronti dell'ambiente e dei rapporti interpersonali.*

*La struttura profonda del Sé mostra aspetti di fragilità e di difficoltà nel resistere alle tensioni emotive.*

## **F.**

F. ha 18 anni, frequenta l'ultimo anno del liceo classico, è figlia unica. Nel maggio del 2002 i genitori si sono rivolti all'Ambulatorio Adolescenti richiedendo un aiuto per la figlia, in quanto preoccupati per il protrarsi di comportamenti bulimici molto compulsivi correlati con ritiro sociale e depressione.

La storia di F. inizia con gravi problemi alla nascita: F. presenta infatti una malformazione congenita derivante da un difetto di saldatura del tubo neurale caudale denominato "Mielomeningocele", che comporta il pericolo gravissimo di infezioni nel periodo perinatale ed una assoluta incontinenza sfinterica.

All'età di tre anni lo sviluppo psicomotorio di F. è stato, dal racconto della madre, abbastanza adeguato, pur presentando una certa "debolezza muscolare" localizzata soprattutto agli arti inferiori.

La grave patologia di F. ha richiesto, durante gli anni dell'infanzia e della prima adolescenza, diversi interventi chirurgici e l'assistenza in Centri specializzati di riabilitazione motoria, ai quali la famiglia si è rivolta per effettuare consulenze ortopediche, programmi di fisioterapia ed interventi di sostegno psicologico per la paziente.

Durante le scuole elementari la madre ricorda che, a seguito dell'incontinenza urinaria di F., ogni mattina era necessario cambiarle i pannolini e questo era motivo di scherno e di derisione da parte dei suoi compagni di scuola.

Durante il ginnasio F. si mostra molto insofferente nei riguardi delle limitazioni fisiche imposte dalla sua malattia: è determinata a risolvere il suo problema ed esplicita ai suoi genitori l'intenzione di consultare altri specialisti. Si sottopone così ad indagini dolorose ed estremamente complesse che rischiano di compromettere ulteriormente il suo stato di salute.

Verso i 14 anni la ragazza avrebbe dovuto sottoporsi ad un ultimo e più risolutivo intervento chirurgico per consentirle di avere un qualche controllo sfinterico. Purtroppo, però, nell'imminenza dell'intervento fu comunicato ai genitori che non era più possibile eseguirlo per il forte rischio che vi sarebbe stato di contrarre infezioni del midollo a causa degli esiti cicatriziali non buoni dei precedenti interventi.

Dopo queste esperienze frustranti, che F. ricorda con molta sofferenza, inizia a manifestarsi un disturbo nel comportamento alimentare. Questo fallimento segnò l'inizio della forte depressione di F. che, pur andando sempre e benissimo a scuola ed essendo sempre affettuosa in famiglia, cominciò a mangiare compulsivamente, a vomitare ed a nascondere nello zaino scolastico, insieme ai pannolini dell'incontinenza, il proprio vomito ed a ritirarsi sempre di più dalla vita sociale.

Al suo arrivo al Centro Adolescenti la Diagnosi di F. è: **Disturbo depressivo dell'Umore e Bulimia.**

Nella fase iniziale la ragazza è stata seguita, per circa 8 mesi, con una Psicoterapia Individuale Intensiva (due incontri alla settimana), durante la quale sono stati esplorati i vissuti relativi alla disabilità ed alla diversità. Nel corso degli incontri F. confessa, con grande circospezione, di aver coltivato, per diversi mesi, una amicizia via Internet con un ragazzo di Milano, al quale aveva fatto credere di essere una modella di 24 anni e con il quale aveva concordato, alla fine, un appuntamento a Milano. Naturalmente l'incontro non è mai avvenuto e F. si è sentita molto in colpa verso quel ragazzo non avendolo più contattato. La discrepanza tra la realtà virtuale e la realtà reale, parla da sé del notevole sentimento di inferiorità della ragazza.

Con prudenza la Terapeuta ha invitato F. ad immaginare come sarebbe potuto riprendere il colloquio con il ragazzo, aiutandola a valutare se per lui fosse stata più grande la frustrazione del mancato incontro (dopo l'intenso scambio di telefonate e di messaggi telematici), oppure se sarebbe stato così insopportabile scoprire la diversa identità dell'interlocutrice. Dopo circa due mesi di psicoterapia F. è arrivata al suo appuntamento con la Terapeuta dicendo che aveva ricontattato il ragazzo; in seguito lo ha incontrato ed ha iniziato ad instaurare un legame con lui. Questo legame, che tutt'ora si mantiene ed è stato ufficializzato anche in famiglia, ha costituito per F. una potentissima leva per uscire dallo stato depressivo in cui era caduta, per sentirsi accettata e per accettare anche un pò di più se stessa e il suo corpo.

Dall'Ottobre 2002 F. è anche entrata nel gruppo, che non ha mai mancato di frequentare e al quale è molto legata, anche se non sono mancati nelle interazioni momenti difficili per lei. Tuttavia F. mostra, attualmente, una maggiore apertura nel rapporto con i suoi coetanei sia

all'interno del gruppo terapeutico che all'esterno, ad es. con i suoi compagni di scuola. Nell'eloquio è meno timida ed impacciata e, soprattutto, sta faticosamente cercando di acquisire la fiducia in se stessa e negli altri.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una buona produttività ( $R= 19$ ), il protocollo mette in luce una struttura di personalità caratterizzata da una marcata inibizione delle energie mature dell'Io ( $M=0$ ) mentre le istanze pulsionali appaiono discretamente rappresentate ( $FM=4$ ).*

*La struttura dell'Io si mostra rigida e danneggiata ( $4F-$  su 10), segno questo di una evidente difficoltà ad elaborare, in modo adeguato, la realtà esperienziale.*

*Le risposte di chiaroscuro appaiono pressochè assenti ( $Fc=1$ ) mentre ben rappresentata è l'area dell'angoscia. Tale aspetto sembra indicare l'utilizzo di meccanismi difensivi di "razionalizzazione" nei riguardi dei bisogni affettivi e di dipendenza.*

*Anche l'area del colore, scarsamente rappresentata ( $CF=1$ ) denota una inibita reattività alle stimolazioni emotive dell'ambiente ed una tendenza all'isolamento ed al ritiro nelle relazioni interpersonali.*

*A livelli più profondi, i confini del Sé presentano alcune lesioni e mostrano una costituzione fragile con una scadente capacità di resistere alle tensioni interne.*

### **D.**

D. è un ragazzo di 17 anni che è entrato in contatto con il Servizio di Consultazione Psichiatrica dell'Età Evolutiva dell'Ospedale, all'età di quattordici anni, quando i genitori, nel richiedere un aiuto al Servizio, riferirono di essere preoccupati notando nel ragazzo reazioni ansiose di

tipo acuto (episodi di lipotimia) e la recrudescenza di una patologia asmatica che si era manifestata all'età di quattro anni e mezzo.

In quella sede i genitori raccontarono che, alla nascita, D. era stato allattato artificialmente per due motivi: la madre aveva sofferto di depressione post-partum ed il figlio era risultato allergico al latte vaccino, che venne sostituito con il latte di soia. Questi problemi di alimentazione perdurarono fino all'età di 7 anni.

Nel corso della consultazione D. riferì che i suoi disturbi erano iniziati quando frequentava le scuole medie. Era a scuola per assistere ad una lezione sulla prevenzione delle malattie sessuali, lezione che prevedeva anche la proiezione di immagini relative alla droga. D. svenne due volte durante la proiezione e questo fu l'inizio di una serie di episodi di lipotimia per i quali ricorse più volte alle cure del Pronto Soccorso.

Secondo i genitori, l'inizio di questo disturbo coincise con la morte del nonno paterno avvenuta nel 1997, nonno al quale D. era molto legato.

La consultazione psichiatrica ebbe termine dopo alcuni mesi e dopo un ciclo di colloqui che il ragazzo fece con uno Psicoterapeuta.

D. si descrive come un ragazzo che va bene a scuola (liceo classico) ma è molto chiuso anche con i compagni di classe. Fa equitazione; non ha molti amici e si confida poco con i genitori; preferisce confidarsi con il fratello che ha nove anni più di lui e che litiga spesso con il padre perché, a parere di D., è ribelle e non rispetta gli orari stabiliti dai genitori. Il padre (53 anni, commerciante di libri antichi) viene descritto dal ragazzo come una figura molto rigida, estremamente esigente ed autoritaria, soprattutto con il fratello. Diversi episodi di discussioni e litigi tra il fratello ed il padre sono stati motivo, per D., di manifestazioni di ansia e di paura. E' molto infastidito e

spaventato, oltre che dalle discussioni in famiglia, anche da tutti quei film che presentano scene di violenza o di droga.

Nel gennaio 2003, a distanza di due anni dalla prima consultazione, il padre di D., nuovamente preoccupato per il verificarsi di un ennesimo episodio di lipotimia su base ansiosa, si è presentato al Servizio Adolescenti richiedendo dei colloqui individuali per il figlio. D. però, si è mostrato non interessato ad intraprendere una psicoterapia individuale dicendosi disponibile, eventualmente, a partecipare a sedute di gruppo. Così, evidenziando quanto l'avvicinarsi al suo conflitto centrale fosse per lui fonte di un'ansia non tollerabile e senza una dovuta preparazione all'interno di un rapporto diadico, D. è entrato nel gruppo di Psicoterapia.

Qui si è conquistato rapidamente un ruolo di "leader nobile" supportandolo con le sue narrazioni di tornei a cavallo, di viaggi "di lavoro" insieme al padre, ecc. Questa rappresentazione di Sé è durata, coriacea, fino al giorno in cui il ragazzo si è presentato al gruppo visibilmente depresso. Stimolato e rassicurato a parlare, D. ha narrato allora del rifiuto, ricevuto due giorni prima, da una ragazza -che a lui piaceva molto- e che lo aveva stigmatizzato definendolo un "bambino".

Dai primi contatti in gruppo con D., si individua l'esistenza di una forma **di fobia specifica**, ovvero dell'emergere di una forte ansia di fronte a ogni forma di violenza rappresentata, proiettata o descritta (il suo massimo obiettivo terapeutico, ha confessato un giorno, sarebbe quello di poter assistere alla intera proiezione del film "Pulp Fiction".)

D. appare un ragazzo adultificato, che come strategia disfunzionale di fronte a nodi conflittuali intrapsichici vorrebbe "saltare" l'adolescenza per rivestire direttamente un ruolo adulto, tramite un'identificazione adesiva col padre, soffocando le spinte di crescita e di oppositività e ribellione proprie della sua età.

### **Test di Rorschach**

*Sulla base di una produttività qualitativamente ricca e quantitativamente elevata ( $R=23$ ), il protocollo mostra una struttura di personalità energeticamente dotata sia a livello dell'Io ( $M = 8$ ) che a livello istintuale ( $FM = 7$ ); ciò indica che il soggetto può attingere, in situazioni di difficoltà, alle proprie risorse interiori.*

*Tuttavia, la evidente inibizione delle emozioni nei rapporti interpersonali ( $CF = 1$ ) unita alla presenza di tensioni e conflitti inconsci, fa pensare alla tendenza del soggetto al ritiro nell'immaginario, un fenomeno frequente nell'età adolescenziale e non patologico, considerando che la struttura dell'Io si mostra solida ( $F\% = 0.35$ ).*

*Dal punto di vista dei contenuti, vanno segnalate le cinestesie relative a "personaggi fantastici" non sessualmente identificati: fauni, esseri, creature e giullari, presenti soprattutto nella Tav. IV, ossia in quella paterna. Ciò potrebbe indicare la presenza nel soggetto di identificazioni sessuali conflittuali (Chabert, 1994).*

*A livello più profondo, i confini del Sé, nonostante la presenza di alcune lesioni, mostrano una costituzione abbastanza solida ed una buona capacità di resistere alle tensioni interne.*

### **3. Osservazione del gruppo terapeutico: resoconto di due sedute.**

Lo sfondo di riferimento culturale del presente lavoro sta nell'approccio esperienziale al Test di Rorschach fornito da Paul Lerner o, per meglio dire, che ha rappresentato Lerner, del quale è stato tradotto di recente (2000) il Volume: *Psychoanalytic Perspectives on the Rorschach* (1998). Questo importante psicologo Nord americano, vincitore del premio Klopfer (quindi di osservanza klopferiana), allievo di Rapaport, ha precisato il senso dell'approccio esperienziale al Rorschach, in cui si fa riferimento specificamente all'esperienza vissuta.

Ciò vuol dire che il Rorschach non è fatto semplicemente di collocazioni, determinanti, contenuti, ma anche di tutto ciò che avviene all'interno della relazione. Ed è esattamente quello che è successo nel nostro caso, in cui l'esperienza Rorschach è stata vissuta da un gruppo di adolescenti in luogo di una seduta di gruppo.

In questo senso possiamo riconoscere alle risposte al test di Rorschach un valore di "relazione interpersonale" (Lerner, 2000, p.18) con tutte le prevedibili implicazioni dinamiche ed affettive, non solo verso l'esaminatore ma -trattandosi di una somministrazione collettiva- anche verso gli altri componenti del gruppo.

Possiamo quindi definire la prova del gruppo al Test una vera e propria "**esperienza proiettiva**", in quanto sembra possedere tutte e caratteristiche relazionali che contraddistinguono un setting psicoterapeutico. Una esperienza dunque che va ben al di là della semplice risposta ad un reattivo psicologico. E' come se il gruppo avesse esperito una situazione dinamicamente significativa e psicoterapeuticamente utile alla mobilitazione dei vissuti personali e gruppali. Per questa ragione si è scelto di connotare il titolo della presente tesi con il concetto

di "esperienza proiettiva", segnatamente al fine di rappresentarne il valore psicoterapeutico oltre che strettamente psicodiagnostico.

Per meglio evidenziare questo aspetto, verranno ora prese in esame, due sedute del gruppo psicoterapeutico: quella precedente (3 febbraio '03) alla somministrazione collettiva del Rorschach e quella successiva al test (17 febbraio '03), al fine di poter valutare in quale misura l'esperienza proiettiva Rorschach abbia potuto influenzare le dinamiche gruppali.

Si è ritenuto opportuno esporre in maniera sintetica il resoconto della seduta del 3 febbraio e di dare invece uno spazio maggiore a quella del 17 febbraio, trattandosi della seduta immediatamente successiva al test.

***Resoconto della seduta del 3 febbraio (precedente al test).***

Sono presenti, oltre alla terapeuta e all'osservatore, tutti i partecipanti al gruppo psicoterapeutico: C., F., S., S., D. ed E. (una ragazza di 17 anni che frequenta il liceo linguistico ed è entrata da circa un anno nel gruppo per disturbi del comportamento alimentare, fobie e depressione).

Durante l'incontro il tema dominante è l'amicizia, in particolare le affinità o le antipatie che caratterizzano i rapporti con i coetanei. V., che interviene per primo, parla dei suoi compagni di classe, sottolineando la sua antipatia verso uno di loro che, a suo parere, è molto indisciplinato: fa confusione in classe, non si presenta alle interrogazioni, risponde male ai compagni ed inoltre è un pò "sbruffone".

E. si sofferma a parlare di un nuovo gruppo di amici con i quali si trova molto bene perché, a suo avviso, avendo qualche anno più di lei, sono più maturi rispetto ai suoi coetanei. L'intervento di E, dà l'avvio ad una serie di considerazioni, da parte degli altri partecipanti,

sull'importanza o meno della differenza di età nella scelta delle amicizie.

La terapeuta, nei suoi interventi sui temi emersi, cerca di stimolare la riflessione del gruppo sugli aspetti della nostra personalità che tendiamo spesso a non prendere in considerazione ed a rifiutare attribuendoli ad altri.

Un episodio significativo della seduta è quello che ha come protagonista F. Nella fase intermedia dell'incontro la ragazza, che ha compiuto 18 anni il giorno precedente, apre sul tavolino attorno al quale sono disposte le sedie dei partecipanti, una confezione di dolci che ha portato in seduta per festeggiare e condividere insieme al gruppo questo evento per lei importante. Con un atteggiamento impacciato ed emozionato invita gli altri ragazzi a mangiare qualche dolcetto, ma quasi nessuno, per motivi diversi, accetta il suo invito. Soltanto E. assaggia un dolce, ma dopo un pò di tempo. Sul viso di F. è evidente, anche se tenta di mascherarla, una espressione di dispiacere e di delusione per quella mancata condivisione da parte del gruppo.

### ***Resoconto della seduta del 17 febbraio (successiva al test)***

All'incontro sono presenti, oltre alla terapeuta e all'osservatore, cinque partecipanti: C., F., SD., D. ed E. (che non partecipato alla somministrazione collettiva poiché era in vacanza). Sono assenti V. e SM.

Nella fase iniziale dell'incontro, dopo un breve silenzio, la terapeuta chiede ai ragazzi come hanno vissuto l'esperienza della somministrazione del Rorschach. D. inizia a parlare dicendo che è stata interessante, anche se non era la prima volta che si sottoponeva al test, avendone effettuato già uno in precedenza. Rivolgendosi ad E., l'unica a non aver mai effettuato il test, le spiega come si è svolto.

E. ascolta il racconto di D. ma il suo viso mostra una espressione preoccupata: è rannicchiata sulla sedia e sembra assorta nei suoi pensieri. Poi, sollecitata dalla terapeuta, che la invita a parlare, inizia a raccontare che la sera precedente, mentre si trovava in discoteca per festeggiare il compleanno di un suo amico, si è accorta, ad un certo punto della serata, di non avere più il suo cellulare: qualcuno glielo aveva rubato. "Questa notte, pensando a questa cosa, non ho dormito - dice con tono concitato ed amareggiato - e poi ho fatto un sogno molto angosciante: ho sognato di perdere l'anello di mio padre. Non so se fosse un sogno oppure no, ma ricordo che, toccandomi la mano, mi sono resa conto di non avere più l'anello al dito". (Il padre di E. è morto cinque anni fa ed è stata per lei una esperienza molto dolorosa che sta faticosamente cercando di elaborare).

Il tema del furto sollecita gli interventi di altri partecipanti. C. ricorda che anche a lei un giorno, mentre era in autobus, qualcuno ha rubato il cellulare dalla borsa. D., che interviene subito dopo, cita un episodio in cui non ha più ritrovato il suo portafoglio che aveva lasciato incustodito solo per un tempo molto breve.

Dopo alcuni minuti di silenzio la terapeuta chiede ad E. come sia andata la sua settimana bianca. La ragazza, con una espressione più distesa, risponde che è stata molto bene. Non ha sciato ma ha fatto delle lunghe passeggiate nei boschi per raggiungere il rifugio. Le giornate erano sempre soleggiate ed anche sua madre era molto rilassata e tranquilla. Non ha sentito la mancanza della città nè degli amici di Roma: avrebbe voluto rimanere lì e non tornare. E. si sofferma poi a raccontare come trascorreva le sue giornate in Val di Fassa e mentre parla, il gruppo la guarda con attenzione; soltanto S.D. volge spesso il suo sguardo verso lo specchio unidirezionale.

Dopo una breve pausa la terapeuta, riprendendo il tema del sogno del padre, chiede ad E. se ricorda qualche altro particolare. La ragazza, con un sorriso malinconico, risponde che non ricorda bene. Ricorda solo che nel corso della notte più volte ha sfiorato le dita della mano cercando l'anello. "Tu non te ne separi mai?" le chiede con affetto la terapeuta. E. risponde che durante il giorno lo tiene sempre, mentre la notte lo toglie. Poi, ripensando al furto del cellulare, il suo tono diventa più irritato. "In tutti i posti che ho visto, nei viaggi che ho fatto con i miei genitori, nessuno ci ha mai rubato niente. Io sto sempre molto attenta alle persone che ho intorno. [...] Mi sento in colpa perché, questa volta, non sono stata in grado di capire la gente che c'era lì. Mi sono fidata troppo di quelle persone. E' un gruppo che frequento da poco tempo. Molti non li conosco nemmeno ..." sottolinea con rabbia e rammarico.

Il tema della perdita e della separazione sembra essere molto presente nel gruppo, che rimane in silenzio per parecchi minuti. Poi la terapeuta, interrompendo il lungo silenzio, chiede ai partecipanti se qualcun altro desidera raccontare un sogno.

E. interviene dicendo che nei giorni scorsi è stata a casa con la febbre. Ha dormito poco e non ricorda di aver sognato. Non è andata a scuola e si è molto annoiata, tanto che ha trovato interessante esercitarsi con le versioni di greco.

Anche per C. al mattino è difficile ricordare i sogni. "Comunque - dice con una espressione sorridente- credo proprio di non fare mai dei bei sogni perché al mattino mi sveglio sempre un po' agitata". D. la guarda e annuisce, poi intervenendo a voce molto bassa, osserva che anche lui, negli ultimi tempi, è molto agitato durante la notte. Per questo dorme male e non ricorda i sogni al mattino.

Il tono della voce e l'espressione del viso di D., che fino all'attuale incontro aveva sempre ostentato un atteggiamento ironico e distaccato, tradiscono, questa volta, uno stato d'animo sofferente che il ragazzo tenta in tutti i modi di dissimulare cercando di chiudere dopo poche battute il suo intervento.

La terapeuta lo sollecita e lo incoraggia ad aprirsi ed a confidarsi con il gruppo. Con molta difficoltà e con un filo di voce, il ragazzo inizia a condividere con il gruppo le sue emozioni. "Ho avuto dei guai un po' con la scuola, un po' con gli amici - racconta - Ho litigato con una mia amica, che mi ha definito 'stupido e infantile' [...] Ho litigato anche con il mio migliore amico perché sono venuto a sapere che è uscito con un gruppo di persone tra le quali c'era anche la mia ex ragazza. Avrebbe dovuto avvisarmi."

Dopo un breve silenzio la terapeuta domanda a D. il motivo di quella separazione. "Non lo so, mi ha lasciato lei" risponde D. con molta amarezza "Comunque era già un po' di tempo che lei mi diceva che non si trovava bene con me".

Lentamente emergono dal racconto di D. alcuni particolari su quell'incontro finale, un incontro nel quale, osserva il ragazzo, non è riuscito ad esprimere i suoi sentimenti o a reagire con rabbia di fronte all'abbandono, ma ha avuto un comportamento piuttosto distaccato. Tuttavia, quando gli capita di incontrare la sua ex-ragazza (e questo succede spesso perché è una sua compagna di scuola), finge indifferenza e freddezza pur soffrendo molto. "Sono distrutto" ammette più volte nel corso del suo intervento "perché non riesco a dimenticarla".

La storia affettiva di D. ed i sentimenti di impotenza e di fallimento che emergono dalle sue parole, sembrano assorbire l'attenzione del gruppo, che si mostra empatico e supportivo nei suoi confronti. Il tema

della difficoltà ad esprimere le emozioni, in particolare, stimola tra i partecipanti riflessioni e suggerimenti sulla necessità o meno, in determinate situazioni, di manifestare apertamente i propri sentimenti.

F. ad esempio, rivolgendosi a D., osserva che l'aver mostrato indifferenza nei confronti della separazione può aver dato alla ragazza l'impressione che quella storia non fosse importante per lui. C., sulla stessa linea di F., suggerisce a D. di ricontattarla e di manifestarle in maniera esplicita i propri sentimenti.

Gli interventi della terapeuta sono orientati al contenimento dell'ansia di separazione e, al contempo, mirano a rinforzare l'autostima del ragazzo aiutandolo a ritrovare, all'interno di se stesso, aspetti e comportamenti più diretti e "vincenti".

### *Osservazioni cliniche*

Nella fase iniziale della seduta del 17.3 sembra emergere un profondo vissuto di esclusione sperimentato da E. nei confronti dell'esperienza grupitale alla quale non ha partecipato. Tale vissuto evoca sentimenti di perdita e di separazione da oggetti affettivamente importanti quali il cellulare (che costituisce, soprattutto per i ragazzi, uno strumento comunicativo quasi insostituibile) e l'anello del padre, elemento significativo di continuità interna di fronte all'esperienza della perdita della figura paterna.

E' importante notare come, nel vissuto di E., la perdita assuma la connotazione di "furto", ossia di evento psicologicamente violento, come può esserlo la morte di un padre in una fase della vita in cui il legame di dipendenza è ancora molto forte. Inoltre la scarsa considerazione da parte di un gruppo significativo, quello terapeutico, che sembra impegnarsi in attività collettive ignorando la sua assenza,

amplifica il sentimento depressivo della perdita paterna. Tali eventi suscitano in E. intensi sentimenti di rabbia e, soprattutto, di colpa.

Un altro elemento clinicamente rilevante nella seduta del 17.3. è la richiesta di aiuto di D., una richiesta non esplicitata, come nello stile di D., ma dolorosamente presente. La solidarietà emotiva ed il sostegno della terapeuta e dei partecipanti nel corso della seduta, hanno consentito al ragazzo di esprimere, per la prima volta nel gruppo, le emozioni collegate alla perdita del suo legame affettivo, attenuandone il forte senso fallimento e di sconfitta.

E' interessante notare, confrontando le due sedute -quella precedente all'esperienza Rorschach e quella successiva al test- come si assista ad un cambiamento nelle dinamiche gruppali, in particolare per quanto riguarda la maggiore risonanza e solidarietà emotiva che si manifesta, a livello gruppale, nella seduta del 17.3 : un gruppo che nell'incontro precedente non era riuscito a condividere una semplice occasione di festeggiamento (i 18 anni di F.), riesce ora ad offrire comprensione e supporto affettivo sia ad E. che a D. Tale evento può, solo in parte, essere giustificato dalla maggiore risonanza emotiva che un tema come la "perdita" ha avuto a livello gruppale.

### ***Conclusioni***

E' possibile ritenere che la somministrazione del Rorschach abbia consentito al gruppo di rafforzare la propria identità, stimolandolo a lavorare insieme sui propri vissuti in una nuova ottica relazionale: più aperta e collaborativa, oltre che più disposta a sostenere parti del gruppo sofferenti e bisognose di aiuto.

A tale riguardo è importante mettere in luce i due aspetti che hanno caratterizzato, dal punto di vista metodologico, la prova: 1) la modalità della somministrazione: collettiva anziché individuale; 2) lo specifico contesto in cui si è scelto di attuare la somministrazione, ossia la stessa stanza in cui il gruppo di riunisce per la psicoterapia. Questi due elementi, a nostro avviso, hanno consentito ai partecipanti di vivere il test come una vera e propria esperienza relazionale, ossia come una “esperienza proiettiva”.

**BIBLIOGRAFIA**

- ABRAHAM P.P. et al: *An outcome study: changes in Rorschach variables of adolescents in residential treatment*. J. Pers. Assess.; 62(3): 505-14, 1994.
- AMES L.B et al: *Risposte al Test di Rorschach, Volume I: Il bambino*. Boringhieri Editore, Torino, 1978.
- 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.
- BLOS P.: *On adolescence: a psychoanalytic interpretation*. The Free Press of Glencoe, New York; 1962.
- 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.
- CHABERT C.: *Psicopatologia Rorschach*. Cortina Editore, Milano, 1993.
- CHABERT C. et al.: *I test proiettivi in adolescenza. Rorschach e T.A.T.* Cortina Editore, Milano, 1994.

- 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.
- ESPASA F.P., DUFOUR R.: *La diagnosi strutturale in età evolutiva* Masson, Milano, 1996.
- 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.
- FRANK G.: *Use of the Rorschach to predict whether a person would benefit from psychotherapy*. *Psychol. Rep.*; 73 (3 Pt 2): 1155-63, 1993.
- FRANK G.: *Use of the Rorschach in planning psychotherapy*. *Psychol. Rep.*; 77 (2): 607-10, 1995.
- GERSTLE R.M. et al: *Rorschach predictors of therapeutic outcome for inpatient treatment of children: a proactive study*. *J. Clin. Psychol.*; 44 (2): 277-80, 1988.
- GIACONIA G.: *Adolescenza: mutamenti e patologia*. In A. Semi (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Cortina, Milano, Vol. II, pp. 873-923, 1989.
- HARTIGAN J: *Clustering Algorithms*. John Wiley and Sons, New York, 1975.
- HARTMANN H.: *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Boringheri, 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 psychothérapies des adolescents*. *Confrontations Psychiatriques*, n. 7, 181-197, 1971.
- KING L.J, PITTMAN G.D. : *A six year follow-up study of sixty-five adolescent patients: predictive value of presenting clinical picture*. *Br. J. Psychiatry* ; 115: 1437-1441, 1969.
- KLOPFER B, DAVIDSON H.H.: *La tecnica Rorschach. Manuale introduttivo*. Edizioni O.S., Firenze, 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.
- LERNER P.M.: *Il Rorschach. Una lettura psicoanalitica*. Cortina Editore, Milano, 2000.

- LOEWENSTEIN J: *Osservazioni su alcune variazioni nella tecnica psicoanalitica*. In: C. Genovese (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Cortina Editore, Milano, 1988
- 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.
- OFFER D., OFFER J, B.: *From teen ago to young manhood: a psychological study*. Basic Books New York, 1975.

- PARISI et al: *Disturbi di personalità e psicodiagnostica Rorschach*. Edizioni Kappa, Roma, 1992.
- PIAGET J., *La formazione del simbolo nel bambino*. La Nuova Italia, Firenze, 1972.
- PING-NIE PAO: *Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from Phychodynamic point of view*. International Universities Press, 1979.
- RAPAPORT D., GILL M.M., SCHAFER R. (1945-1946). *Reattivi psicodiagnostici*. Boringhieri, Torino, 1975
- RAPAPORT J.L., ISMOND D.R., DSM IV- *Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*. Masson, 2000.
- RESNIK S.: *Persona e psicosi*. Torino, Einaudi, 1976.
- RINSLEY D. B.: *A review of the pathogenesis of thè borderline and narcisistic disorders*. In Fenstein e altri. Vol. 15, 1988.
- SAR, VEDAT et al: *Psychotherapy of an adolescent with dissociative identity disorder: change in Rorschach patterns*. Journal of Trauma and Dissociation, V.3, n. 2, pp. 81-95, 2002
- SARACENI C., RUGGERI G.: *L'esperienza proiettiva. Dal confine corporeo al confine del Sé*. Edizione a cura della SIRP, Roma, 1981
- SARACENI C., MONTESARCHIO G.: *Introduzione alla psicodiagnostica*. NIS Editore, 1988.
- SARACENI C., Di CUONZO F. et al: *Il Rorschach dei Bambini -Lo sviluppo del confine del Sé*. Associazione Anni Verdi, Roma, 1993.

- SLAPAK S. et al: *Group psychotherapy: assessment of psychic change in children between six and eight years old*. Regular Poster. Society for Psychotherapy Research International Conference 2002. Santa Barbara, California, June 23-27, 2002.
- SHAFER R : *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach*. Boringhieri Editore, Torino, 1971.
- SELENER G.: *Les apports des groupes au processus de développement de l'adolescent*. 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
- STROBER et al.: *Reliability of Psichiatria diagnosis in ospitalized adolescents*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981.
- TUNNER J.M.: *Growth at adolescence*. Blackwell scientific Publications, Oxford, 1962.
- WEINER I.B., EXNER JE Jr.: *Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy*. *J. Pers. Assess.*; 56(3): 453-65, 1991.
- WILSON R.M.: *Proposta di una classificazione diagnostica nei casi psichiatrici degli adolescenti*. In: *Psichiatria dell'adolescente*, Vol I, Armando, Roma, 1975.
- 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.