

IDENTITÀ, IMMAGINARIO E DISORDINI DELLO SVILUPPO PSICO-MENTALE

Romeo Lucioni

Il processo di “identificazione” è fondamentale per iniziare e portare avanti lo sviluppo psico-mentale. Identità, che implica il concetto di “stesso” e di “identico”, in psicoanalisi (tenuto conto della derivazione di “idea” e da implicanze simboliche) non significa “uguale”, poiché, in ogni caso, si mantiene un certo grado di differenza.

L'identificazione presuppone anche due funzioni:

?? identità con l'Altro

?? identità con se stessi.

Questi due concetti, posti in derivazione cronologica, fanno pensare ad una auto-identificazione conseguente al riconoscimento e all'individuazione dell'Altro-da-sé. Sembrerebbe un assurdo poiché il “da-sé” dovrebbe significare qualcosa già strutturato, ma la pratica clinica dimostra, senza ombra di dubbio, che il sé può organizzarsi solamente partendo “dall'occhio dell'Altro”: si origina una unità attraverso una mediazione; una unità promossa dalla sintesi nell'ambito di una esperienza relazionale e non da un processo desiderativo, metafisico o a priori.

L'autoriferimento non permette, per se stesso, l'identificazione con un sé che emerge solamente nella dinamica del rapporto, della relazione interpersonale. L'identificazione di sé segue lo stesso processo della formazione degli oggetti interni; il sé-corpo deve essere introiettato attraverso un meccanismo che, per essere efficace, deve basarsi sul *sensu di verità* che, a sua volta, presuppone lo spostamento della libido dall'Io all'oggetto.

Come dice **Roberto Harari**, il processo identificatorio deve essere inteso come:

- a) condizione composta, bipolare, divisibile e virtuale;
- b) vissuto cosciente posto come nozione nel registro dell'immagine;
- c) processo differito, non immediato, tributario di una operazione simbolica.

Un altro aspetto importante è la relazione tra identificazione ed Io in quanto questo è passivo di fronte alla pulsione e il cammino verso la soggettivizzazione rispecchia come si trasformi in funzione attiva, verso la ricerca di un modello. Il raggiungimento dell' Io-ideale ha appunto questo significato di trasformazione e di creazione di una funzione nuova che Kout ha letto come Sé.

Queste osservazioni permettono di capire il grado di “specificità” e di “peculiarità” (come diceva Freud) che deriva da un processo di sviluppo che appare veramente complesso e influenzato da molte variabili:

- ✂ predisposizione psico-biologica
- ✂ predeterminazione genetica
- ✂ vissuti intra-personali
- ✂ esperienze inter-personali (familiari e sociali)
- ✂ storia personale e familiare.

A queste vanno aggiunti i problemi cosiddetti *del linguaggio* (“lalengue” lo chiama Lacan, riferendosi alla “lingua materna”) che necessitano uno studio approfondito

e specifico per la loro complessità, così come dimostra Laura Strocchi nei suoi interessanti lavori.

L'idea delle relazioni multiple si apre alla spiegazione di Lacan per il quale *"l' Io è un oggetto fatto come una cipolla, lo si potrebbe pelare e si troverebbero le identificazioni successive che lo hanno costituito"*.

Il tema dell'identificazione ci consegna dunque un "soggetto marcato" da una doppia mancanza: quella del sé e quella dell'Altro.

I disordini dello sviluppo psico-mentale (e tra questi in primo luogo, per importanza e gravità, quelli riferiti all'autismo) ci portano a questo stadio primitivo. Le difficoltà identificatorie, seppure possano essere gestate da stimoli e/o vissuti anteriori, in linea di massima si osservano iniziare attorno al 18°-24° mese di vita (probabilmente in concomitanza con la maturazione dei lobi frontali, come dice Antonio R. Damasio e con la strutturazione delle funzioni affettive, come abbiamo messo in evidenza in diversi altri lavori).

La struttura ed il funzionamento psico-biologico del soggetto può dunque dare una spiegazione su come si vada strutturando lo sviluppo psico-mentale ed anche farci comprendere l'importanza fondamentale di quella matrice relazionale (con la madre prima e con l'oggetto genitoriale poi) che eccede i limiti del cosiddetto "corpo erogeno".

Le difficoltà dell'approccio psicoanalitico ai disturbi dello sviluppo sta nel dover affrontare situazioni e dinamiche in costante evoluzione, nelle quali risulta complesso dirimere tra processi psico-biologici normali e quelli finemente o grossolanamente alterati.

Anna Freud, Melanie Klein, Armida Aberasturi, Winnicott sono stati i pionieri di questi studi che hanno permesso di affrontare anche patologie gravi (nel senso di risolvibili o no). Nell'attualità, c'è un vero fervore di teorie, osservazioni, proposte, valutazioni sui temi pregnanti dello sviluppo, dei primi stadi dello psichismo, degli oggetti interni, del narcisismo, ecc.

Uno dei temi più importanti da approfondire è quello dell'immaginario che può essere considerato il nucleo fondamentale della *soggettività* che determina positivamente o negativamente tutto il funzionamento psico-mentale e psico-somatico, come dice **Susana Rotbard**:

~~///~~ positivamente perché quanto maggiore sarà la *ricchezza proiettiva*, tanto più il soggetto potrà affrontare le situazioni della vita che possono alterare il suo equilibrio bio-psichico;

~~///~~ negativamente perché la *repressione* o il disordine della funzione immaginaria modificano il funzionamento globale del soggetto producendo una rottura di continuità tra sogno (o i suoi equivalenti: fantasia, gioco, creatività, trasferenze, ecc.) e veglia.

Possiamo, quindi, affermare che, quando si verifica una difficoltà nella strutturazione dei processi di identificazione e della soggettività, il soggetto si trova a funzionare sotto la pressione di stereotipi e "il corpo" attua secondo un piano di *necessità*: *"si sopprime il piacere non lasciando spazio al desiderio* (Susana Rotbard).

Nell'autismo la perdita di immaginario (ricchezza proiettiva) porta a vivere in uno stato di tensione emotiva soffocante e di insoddisfazione permanente che alterano

l'equilibrio somato-psichico, producendo uno “*stato di obbligatorietà*”, una necessità ossessiva dell'immutabilità, un blocco dell'iniziativa e una coazione a ripetere.

Queste considerazioni giustificano la necessità della terapia relazionale per affrontare l'autismo, proprio perché il rapporto interpersonale e la creazione del Io-ausiliario intervengono a rompere la repressione e la coazione a ripetere, liberando l'immaginario.

Nella dinamica relazionale si strutturano *ponti di incontro* che, da un punto di vista linguistico, rappresentano un *codice*.

Questo *codice* o *segno condiviso* è necessario per bloccare quei sensi di estraneità che vanno dalla sorpresa al panico, dal non conosciuto al *sinistro* (orrido), dall'inquietudine all'angoscia e al terrore.

La partecipazione al codice tranquillizza sia in quanto diventa un referente comune, sia come immagine condivisa.

Nella terapia (attraverso la relazione con il terapeuta) si attiva l'immaginario proprio perché le immagini degli oggetti prendono la forma delle *percezioni corporali* (pensiero concreto) e dei vissuti impregnati d'affetto (pensiero affettivo).

Lo spazio fisico-temporale (setting), dove il paziente svolge le attività strutturate nel modello terapeutico, funge da contenitore: una seconda pelle psichica (dato che la prima si evidenzia nel rapporto con il terapeuta fatto Io-ausiliario) nella quale il soggetto e il suo terapeuta riproducono uno psicodramma che rappresenta la ricerca di un processo creativo.

In questo processo si attivano, con il vincolo terapeutico, ricordi carichi di emozioni, si struttura la *sinestesia* (corrispondenza tra percezioni e sentimenti), anche chiamata *memoria affettiva*, creando così i presupposti per la simbolizzazione e, quindi, dello sviluppo psico-mentale.

La sinestesia permette la creazione di *immagini pensate* e, quindi, rende possibile la identificazione non solo con l'Altro, ma anche con il Sé, attivando le dinamiche che aprono al *Nome del Padre*, all'autoidentificazione, all'Io-ideale, alla soggettivizzazione.

Nella terapia relazionale il terapeuta interviene stimolando il paziente attraverso immagini, gesti, azioni, componenti estetiche e dinamiche che portano a scoprire segni, analogie, similitudini e isomorfismi che evocano gesti, sentimenti e valori che diventano immagini memorizzabili, che trascendono i limiti del codice verbale (limitato nell'autistico).

Dice Susana Rorbard: “*Terapeuta e paziente realizzano un lavoro di relazione tra due spazi: quello della percezione (spazio di tre dimensioni) e quello della fantasia (a due dimensioni). Simultaneamente, stabiliscono una relazione tra due stadi: quello presente e quello riferito nella storia del paziente.*

Finalmente, terapeuta e paziente si associano nella funzione di ordinatori simbolici; intendendo per produzione simbolica la oggettivazione di un complesso psichico che integra spetti della rappresentazione della realtà e del Sé, conservando il contenuto dei vissuti emotivi”.

Il maggior pericolo nella pratica clinica con bambini, è oggi costituito dal produrre una lettura frammentaria, basata solo sui sintomi e, quindi, carente di prospettiva.

Il sintomo definito dalla fenomenologia e, quindi, senza *spessore*, compie solo una funzione di deresponsabilizzazione, ponendosi al servizio dell'immediato.

La riabilitazione e la cura richiedono l'abbandono dell'immediatezza e, al contrario, di porsi in una prospettiva di tempo che dà senso compiuto all'efficacia ed al rendimento dell'intervento.

La qualità, la razionalità e l'economia dell'azione terapeutica devono produrre una risoluzione della patologia o del disturbo responsabili dei sintomi, ma che anche possono scatenare nel tempo problematiche anche più gravi di quelle osservabili nell'attualità.

L'intervento terapeutico, senza eccedere nell'impulso a voler curare e/o a ottenere rapidamente dei risultati, ha anche la necessità di tenere conto (è inevitabile) della realtà dei tempi di sviluppo, dei processi bio-psicologici che, legati alla cosiddetta *plasticità cerebrale*, si chiudono prima del decimo anno di vita (Levi Montalcini).

Di fronte a queste dinamiche la pratica psicoanalitica tiene conto della propria teoria sulla costituzione della soggettività e come il terapeuta, soggetto sociale oltre che professionale, deve porsi non solo come garante della salute (patto contingente), ma anche delle prospettive poste nel paziente come partecipante ad un futuro e ad una prospettiva di sviluppo.

Da qui la necessità che ogni intervento (terapeutico e/o riabilitativo) risponda ad una validazione intrateorica ed anche ad una altrettanto fondamentale analisi dei risultati. In questo versante, va tenuto conto della diversa valutazione di:

disturbo = da considerarsi come effetto della compulsività a ripetere, effetto di una *fissazione* del soggetto a qualcosa di traumatico o a processo primitivi o primari;

sintomo = visto come compromesso nel quale si articola l'impulso e la difesa per cui, di fronte a fenomeni apparentemente identici, si possono cercare delle diverse strutture che li sostengono.

Proprio questa differenziazione pone di manifesto come l'intervento debba mirare non tanto sul sintomo, quanto sulle necessità di trasformare il disturbo, proprio perché si sottolinea quanto sia importante ristabilire la "presenza del soggetto", piuttosto che l'assenza della funzione.

In questa ricerca del soggetto troviamo l'importanza dell'incoscio che, come spazio "a-soggettivo" perché frutto dell'interferenza relazionale e come realtà psichica aliena alla coscienza, si pone come conquista di un luogo psichico nel quale chiedersi tra desideri e possibile, tra esistente e rappresentato, tra impulso e pensato, tra infanzie e crescita, tra dipendenza e soggettività, tra adesione ed Io-ideale.

L'importanza della conquista del senso di sé, dell'autovalorizzazione, del raggiungimento di quell'immagine narcisistico-valorativa che sorge dall'identificazione è sottolineata da tutte le esperienze terapeutiche che sono giunte ad un risultato positivo.

COMMENTO

Soltanto nelle ultime decadi si è data importanza preminente ai disturbi psicomentali dell'infanzia, traducendo, per essi, anche una caratterizzazione specifica e, quindi, superando la "derivazione" dalla patologia degli adulti.

Il tema in questione diventa complesso anche perché, oltre a dover tener conto dei diversi quadri clinici, bisogna considerare quanto sia dovuto alla struttura psicomentale e quanto, invece, derivato dallo sviluppo che, inevitabilmente, si riferisce anche alle relazioni interpersonali, intrafamiliari e sociali (patologia familiare o vincolare).

Quest'ultimo quesito si riferisce anche a considerazioni temporali proprio perché, nell'abito dell'infanzia, non è la stessa cosa parlare di bebè, di un bambino sotto i due anni o di un altro che sta tra i due ed i tre anni, oppure oltre questo limite.

La differenza si riferisce, in qualche modo, all'organizzazione pulsionale (visione freudiana) o ioica o dell'interazione possibile tra entrambe. Questo approccio non ha un mero significato temporale, cronologico-evolutivo, ma si rifa alla considerazione sulla notevole complessità della strutturazione dello psichismo che, inoltre, pone anche il quesito, più volte espresso, ma mai affrontato in profondità, se le strutture più primitive siano anche le più vulnerabili dal momento che spesso si sente parlare di "strutture adattive" e di "strutture difensive" che renderebbero più salde e sicure quelle funzioni psico-mentali che risultano maggiormente strutturate.

Potremmo anche riferirci a:

- /// disturbi infantili sostenuti da una teoria sulle nevrosi infantili (conflitti intrapsichici);
- /// nevrosi traumatiche, provocate, al contrario, da vissuti che annebbiano e/o alterano lo sviluppo dello psichismo. Si genera una effrazione, una rottura nell'Io (o nel proto-*Io*) che non riesce più a riprendere il cammino dello sviluppo, mantenendosi su circuiti ripetitivi che non possono più essere rimossi.

Quando parliamo di "gravità" introduciamo un altro capitolo altrettanto complesso dal momento che la definizione non può essere riferita quantitativamente ai sintomi o alle espressioni fenomenologiche, ma va collegata alle modalità e cause di produzione e, soprattutto, alle difficoltà di affrontare le manifestazioni nell'ordine della cura e della riabilitazione.

I sintomi sono per lo più espressione di una:

- /// situazione traumatica e conflittiva;
- /// deficit dello sviluppo delle funzioni psichiche adattive;
- /// emorragia psichica (concetto freudiano vincolato con difficoltà non espresse e non rappresentate);
- /// inibizione equivalente a perdita della libido.