

Riflessioni sulle scarificazioni in adolescenza: pratica ribelle al servizio della vita. Nadia, le trasformazioni del pulsionale*

di Catherine Paoli Allouche**

A partire dalla presentazione di un caso di un adolescente che si automutila incontrato nell'ambito della ricerca dottorale, l'autore si interroga sul ruolo e la funzione delle pratiche di scarificazione, basandosi sull'analisi delle interviste condotte presso un'unità specializzata per adolescenti. Testimoni di una lotta contro l'onnipresenza dell'"Uno", questi atti violenti che prendono il proprio corpo come oggetto sono qui considerati come portatori di un potenziale riorganizzatore che possa sfociare in vie creative verso la soggettivazione. Lo scopo del lavoro nei "laboratori di mediazione" proposti da questa unità mira a sostenere la capacità di mettere in rappresentazione, conducendo l'adolescente verso soluzioni sublimatorie.

Parole chiave: *adolescenza, attacchi al corpo, odio, pulsionale, soggettivazione*.

I Introduzione

Questo articolo descrive, partendo dal caso di un'adolescente incontrata ripetutamente durante 3 anni nell'ambito di una ricerca dottorale, una forma specifica d'attacco dell'involucro in adolescenza, sempre più frequente e preoccupante nella misura in cui riguarda il proprio corpo preso come oggetto di movimenti di odio. Gli agiti autolesivi sono comportamenti che spesso sono l'unico modo che l'adolescente trova per manifestare il proprio disagio. È importante contestualizzare tali condotte autolesive nel periodo adolescenziale, in quanto caratterizzato da una serie di cambiamenti che favoriscono il passaggio all'atto come mezzo comunicativo carico di valori affettivi e simbolici.

Questi agiti autolesivi sarebbero in realtà determinati da movimenti di odio rivolti contro gli oggetti, e in particolare la madre, anche se a livello manifesto è l'adolescente che attacca se stesso agendo sul proprio corpo (Chabert, 2000). Come ce lo ricorda Fanny Dargent (2011), le scarificazioni sono in costante aumento da una decina d'anni e Xavier Pommereau (2006) sottolinea che sono

* Le ricerche sono state svolte nel ambito di un'unità specializzata del ospedale di Dreux in Francia: ADAJ (Adolescents et jeunes adultes), Centre Hospitalier de Dreux 44, avenue du Président Kennedy BP 69, 28102 Dreux; responsabile: dott. Anja Thomas, psichiatra.

** Università Paris Diderot Paris 7.

di fatto delle ragazze in larga maggioranza. Questi comportamenti sono risposte caratterizzate dal prevalere dell’agitazione sul pensato, nella speranza di incidere sull’ambiente nell’attesa che qualcosa cambi.

Per potersi rendere conto della prevalenza di queste condotte autolesive, sono state effettuate delle raccolte dati.

Per svolgere tali rilevazioni è stato utilizzato il *Deliberate Self-Harm Inventory* di Gratz (2001), nell’adattamento italiano di Cerutti *et al.* (2011) e Cerutti, Presaghi, Manca e Gratz, e il *Repetitive Self-Harm Questionnaire* di Manca, Presaghi e Cerutti (2014), strumento in grado di rilevare la Sindrome da autolesionismo ripetuto in linea con i criteri diagnostici proposti da Favazza (1996). I dati relativi ad un lavoro condotto su un campione di studenti universitari hanno evidenziato una percentuale del 38,9% di persone che dichiara di aver messo in atto, almeno una volta della vita, un comportamento autolesivo, rispetto al 35% riportato da Kim Gratz, nello studio di validazione del DSHI (2001).

In uno studio effettuato, invece, su un campione di adolescenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado, è stato rilevato che la percentuale di ragazzi che dichiara di aver agito una o più condotte autolesive nel corso della vita è pari al 35,2% e che le modalità più frequenti sono: tagliarsi intenzionalmente con lamette, forbici o taglierini i polsi, le braccia e altre parti del corpo senza avere l’intenzione di uccidersi, il mordere il proprio corpo e l’incidersi disegni, figure o simboli sulla pelle. Infine, studi su popolazioni cliniche di adolescenti in comunità hanno permesso di rilevare una prevalenza del fenomeno quasi doppia rispetto alla popolazione generale, di circa il 63% (Cerutti, Manca, 2009).

Il nostro lavoro s’iscrive nel più ampio ambito di una ricerca di dottorato condotta dall’autore che coniuga la clinica e la ricerca e che circoscrive il suo campo di intervento ad una forma singola d’attacco al corpo: le scarificazioni.

I 29 adolescenti che abbiamo incontrato sono stati tutti ricevuti nel contesto di ospedalizzazione, nel momento immediatamente successivo al loro gesto e durante i tre anni successivi.

2

Presentazione del dispositivo di cure dell’ADAJ

L’ADAJ è un dispositivo di cure per adolescenti che è localizzato presso il servizio di Psichiatria adulti all’interno di un ospedale generale. Questo dispositivo tenta di integrare, unificandole, molteplici componenti.

La prima prevede un ambiente relativamente flessibile ma stabile (Golse 2002). Questa cornice ha “una dimensione contenitiva (materna, femminile)”, che in questo caso si traduce nello stile gradevole delle sale, nella presenza di attività comuni, nei pasti condivisi; e una “dimensione limitante (paterna, maschile)” rappresentata dal regolamento interno, dal contratto di cura, dalla pianificazione delle attività e dalla regolamentazione rispetto all’uso del cellulare.

La seconda componente, resa possibile dall'ambiente che limita il fantasma di onnipotenza, è l'accettazione da parte del personale curante che l'adolescente lo possa utilizzare a proprio modo, poiché la questione riguarda il controllo da parte di quest'ultimo. Questo significa che per quanto concerne il ruolo del clinico è importante che resti attento, disponibile, vigilante, creativo, "reale" e interattivo, ma rinunciando al classico fantasma di super-genitore riparatore. "Confrontarsi a" potrebbe sostituirsi a "Comprendere". Essere troppo buono, comprensivo o troppo sapiente potrebbe rinforzare nell'adolescente dei sentimenti depressivi di "nullità" e d'impotenza, impedendogli di uscire da una riedizione della dipendenza infantile. Allo stesso tempo si tratta di rivelarsi "indistruttibili", da cui l'importanza di proteggere l'ambiente di cura che ci rappresenta, essendo la sola cosa che ci appartiene.

Verificare la capacità dell'adolescente di utilizzare un oggetto (Winnicott, 1975) resta una tappa indispensabile rispetto alla sua capacità di interiorizzazione dei primi oggetti. Ha potuto, quando era bambino, sviluppare un'area transizionale con loro? Ha imparato a simbolizzare la figura materna, a sopportare le sue assenze sopravvivendo a queste psicologicamente? Gli errori della prima infanzia rischiano di riattualizzarsi attraverso una difficoltà di separazione, conseguente ad una carenza delle sue capacità di rappresentazione e simbolizzazione. Questa caratteristica si può osservare sul piano clinico quando lo psichico è messo fuori campo e prende in prestito delle vie brevi, tra cui quella del corpo, per risolvere dei conflitti che si svolgono in realtà nella scena interna. Ha imparato a giocare, rappresentare, simbolizzare? Una stima realistica di queste capacità è fondamentale.

La terza componente del dispositivo di cura propone degli atelier (laboratori) di mediazione che comprendono diverse tematiche d'espressione. Portare il giovane a giocare, a far entrare in gioco il corpo, a metterlo in scena, a fare l'esperienza eccitante e soddisfacente di esteriorizzare e condividere, è di importanza cruciale per uscire dall'*impasse* suggerita dalla via del corpo preso come oggetto di movimenti di odio. Questo gli permette anche di esercitarsi a rappresentare (attraverso lo psicodramma, la scrittura, la scultura, la pittura e l'espressione corporea, tra gli altri) all'interno di uno spazio transizionale, luogo di gioco, di humour, di ironia. Si tratterà di permettere a questi adolescenti di sviluppare degli strumenti per andare verso la necessaria separazione/autonomizzazione. Queste posizioni si ricollegano a quelle sviluppate da R. Roussillon (1987) che riprende il termine di *médium malléable* introdotto da M. Milner nel 1979. Si tratterebbe di un oggetto "esterno" definito da cinque proprietà: indistruttibilità, estrema sensibilità e di un materiale trasformabile in modo indefinito restando sempre se stesso, incondizionatamente disponibile e avente vita propria. Per Roussillon, il *médium malléable* corrisponde all'oggetto transizionale del processo di rappresentazione e, in quanto tale, può essere paragonato alle riflessioni winnicottiane che riguardano la capacità di utilizzare l'oggetto. Quest'ultimo deve poter essere colpito e distrutto, cambia di forma, ma deve sopravvivere agli attacchi.

Percorriamo insieme questi estratti delle parole proferite da Nora e Laetitia, che ci introducono a ciò che è stato il centro dei nostri scambi durante la presentazione della nostra comunicazione a Nantes, e che è divenuto l'oggetto del nostro articolo: gli attacchi del corpo proprio dell'adolescenza (comportamenti agiti autolesivi).

«Quando mi taglio ho l'impressione di punirmi. È per questo che mi ferisco alle cosce, così quando metto i pantaloni, lo sfregamento mi fa male ed è molto peggio per me. Non ho mai avuto delle parole gentili con mia madre. All'inizio è accaduto dopo che il mio ragazzo mi ha lasciato. Avrei potuto rompere tutto. Ce l'avevo molto con lui, ma non gliel'ho potuto dire. [...] I miei genitori riguardo alla scuola dicono sempre che non posso farcela. Vogliono che vada in collegio, ma io non posso restare senza vederli, morirei. Ho bisogno di vederli, soprattutto prima di andare a dormire. Tuttavia è vero che non li ascolto mai, ma è anche un po' colpa loro perché non mettono limiti. Delle volte mi dico che se ne fregano di me» (Nora, 16 anni).

«All'inizio, ho cominciato grattandomi gli avambracci, sempre più forte fino a quando non era più sufficiente, così ho preso un rasoio e ho cominciato a tagliarmi violentemente. Vedete qui ho 12 punti di sutura, e anche qui. Mi dà sollievo tagliarmi quando ho troppa tensione dentro. [...] Ho sempre avuto paura dell'incesto con mio padre... quando beveva era molto affettuoso. Veniva nella mia stanza e in quella di mia sorella, ma va bene, non ha mai avuto gesti inopportuni» (Laetitia, 17 anni).

3

Metodologia della ricerca: problematica e ipotesi generale

È a partire dalla trascrizione di un frammento di trattamento di un'adolescente di 18 anni, ricoverata in seguito a importanti scarificazioni all'interno di un quadro clinico limite, che ci proponiamo di introdurvi allo studio e all'analisi della pulsione di morte considerata all'interno di un destino non mortifero. La nostra ricerca dottorale si costruisce sull'analisi dei casi di 29 adolescenti da me incontrati durante tre anni dopo il ricorso alle scarificazioni.

La nostra ipotesi generale di ricerca è che queste condotte violente tentino di dare una risposta al bisogno di occupare una posizione più soggettiva (Richard, 2001) e si mettano paradossalmente al servizio della vita. Esse testimoniano la lotta costante dell'adolescente contro un eccesso di oggetto nel sé, un oggetto diventato soffocante e di cui non riesce a disfarsi se non con il ricorso al corpo e all'attacco della sua superficie. È in una prospettiva contemporanea che noi desideriamo sostenere l'ipotesi di una *pulsione anarchica*, una categoria specifica della pulsione di morte, come è stata delineata da Nathalie Zaltzman, e che noi associamo al gesto delle scarificazioni in adolescenza. Quando Eros diventa soffocante e minaccia l'alterità (l'essere separato e diverso dall'altro), le scarificazioni si liberano di uno scopo mortifero e si propongono più come un'esperienza limite al servizio della vita, nonostante a volte la mettano a rischio.

Abbiamo articolato la nostra ricerca all'interno del protocollo di cure utilizzato dall'ADAJ, che abbiamo descritto precedentemente.

Per quel che concerne la metodologia scelta, abbiamo privilegiato le interviste cliniche di ricerca non direttive, che lasciano molto spazio alla raccolta della parola (Séchaud *et al.*, 1999). In un primo momento proponiamo tre incontri successivi a frequenza settimanale e che avvengono nel periodo di ricovero. Il seguito degli appuntamenti si svolge in tre anni ad una frequenza periodica definita con ciascun adolescente. Gli adolescenti inseriti nello studio possono in qualsiasi momento decidere di interrompere la loro partecipazione. Questa ricerca si svolge indipendentemente dalla presa in carico all'ADAJ.

4

Presentazione del setting in cui è stata vista Nadia

Avevo incontrato Nadia per la prima volta all'ADAJ, l'unità di ricovero per adolescenti e giovani adulti presso la quale realizzai il mio studio di dottorato. Fu lei che venne a incontrarmi; era arrivata nel servizio da qualche giorno dopo essersi scarificata violentemente. Aveva sentito parlare di me da un infermiere. Nadia mi interrogò in maniera insistente sullo svolgimento della ricerca, mi chiese se accettavo di riceverla e in seguito se potevo prenderla in carico. Subito, un trasfert di tipo materno si era sviluppato tra me e Nadia. La incontrai per tre anni consecutivi ad un ritmo regolare ogni mese, come l'ho praticato con gli altri 28 adolescenti, con degli aggiustamenti da lei richiesti in certi periodi a seconda del ritmo di lavoro necessario per i suoi studi. Bisogna precisare che non concedevo per la circostanza alcuna proposta di organizzazione fissa. Dopo un tempo variabile, ogni adolescente trovava il suo ritmo, cosa che non escludeva un'ulteriore interruzione ma portava anche la possibilità di una ripresa.

Questo modo di procedere vale per questa sintomatologia specifica nella quale le pulsioni di vita e di morte sono manifeste. Questa modalità sarebbe priva di effetti e preoccupante per la maggior parte delle persone nell'ambito delle prese in carico tradizionali. La messa in pratica di una situazione nella quale l'adolescente conservava la possibilità di una rottura diveniva il garante della sua presenza. La flessibilità della cornice aveva come obiettivo il permettergli di sentirsi libera da ogni legame nei miei confronti, di avere l'illusione di riprendere il controllo della sua vita. Vedeo in questa proposta che prevedeva la mia disponibilità, la garanzia per lei di una sicurezza.

5

Presentazione del caso clinico di Nadia

Entriamo ora nel cuore del dibattito con un frammento di analisi offerto dal trattamento di Nadia, adolescente di 18 anni, dalle ottime performance scolastiche, ma dalle deboli interazioni sociali e dall'aspetto melanconico.

a) Organizzazione psicodinamica.

L'organizzazione psichica di Nadia si caratterizzava con l'utilizzo di strategie difensive che si presentavano come delle lotte contro un crollo narcisistico e contro la cancellazione dei confini. Le scarificazioni avevano una funzione strutturante nella sua economia psichica. Là dove i confini scomparivano, i tagli diventavano per lei l'equivalente simbolico del rafforzamento di un involucro protettore para-eccitatorio. In questa ragazza le scarificazioni si offrivano come proclamazioni di vita, come un bisogno di differenziarsi e di accedere maggiormente alla soggettività. Come se questa sintomatologia servisse a Nadia per separarsi dagli oggetti primari, ad allontanarli da lei. Ci vedeva lo slancio di una protesta, la possibile traduzione del suo forte desiderio di emancipazione, dei suoi sforzi per salvare il suo diritto di vivere tenendo solo a se stessa (Zaltzman, 1998).

b) Elementi di transfert e controtransfert.

Dal primo incontro con Nadia ero rimasta turbata, ma senza poterlo spiegare. Mi ricordo ancora della fatica che mi vinceva progressivamente. Mi ero allora posta delle domande riguardo alla dinamica degli elementi transferenziali ai quali i miei movimenti controtransferenziali rispondevano, ma senza per questo giungere ad una spiegazione esaustiva. Vedeva all'opera nel mio irrigidirmi progressivamente, la possibilità di un movimento difensivo, l'ipotesi di una ricerca pressante di sollievo che transitava nel corpo di fronte ad un eccesso di eccitazioni, che venivano dall'esterno e che non riuscivano ad essere prese in carico dall'apparato psichico. Il mio corpo sembrava lottare contro un eccesso di stimoli, il suo immobilismo testimoniava la presenza necessaria di una para-eccitazione che facesse da barriera di fronte alle sollecitazioni di Nadia. Vi sentivo un bisogno quasi vitale di fare "la morta" in reazione allo straripamento pulsionale che percepivo in Nadia. Interpretavo nel *transfert* il mio immobilismo come risposta possibile alla dismisura. Ci vedeva una resistenza dell'io-corpo che si proteggeva da un eccesso pulsionale. Dopo esserci salutate, il malessere si dissipò progressivamente.

c) Elementi di anamnesi.

Ciò che da subito mi aveva colpita di questo caso clinico era la discordanza tra due aspetti scissi della personalità di Nadia. Lei si presentava di primo acchito come un'adolescente carina e raffinata, attraente nelle sue modalità di espressione verbale. Ma ho avuto l'intuizione, sin dai nostri primi incontri, di una zona d'ombra che si sarebbe rivelata progressivamente durante i nostri colloqui. Dopo qualche discorso banale, Nadia iniziò la seduta sulla storia della sua vita e sugli elementi di rottura che avevano tempestato il suo percorso. La sua storia infantile era stata segnata da una serie di eventi di natura traumatica, sopraggiunti nella prima e seconda infanzia. In un primo momento, Nadia fu colpita dalla morte di una sorella minore di 2 anni e dal distacco della madre, vittima di una depressione reattiva a questo avvenimento. In un secondo momento, fu segnata dalla separazione dalla madre a causa della nascita di un secondo fratello più piccolo, che prese tutta la sua energia occupandola nelle prime cure. Questi primi fat-

ti furono seguiti più tardi dalla separazione genitoriale avvenuta quando Nadia aveva 15 anni.

Nadia mi informava sull'aspetto scuro e poco rassicurante dell'ambiente nel quale era cresciuta. Evocava con molta amarezza l'equilibrio instabile della sua vita, una vita segnata da molte separazioni precoci non elaborate. Durante i nostri incontri, parlava a lungo anche della fragilità della figura paterna. Un padre che lei descriveva come un uomo depresso e alcolista che alternava tristezza e disperazione.

Describeva, all'epoca dei nostri incontri, l'incapacità di questo padre a intervenire nella relazione burrascosa e intensa della madre e della figlia. L'insieme dei sentimenti e delle emozioni che caratterizzavano questo rapporto si rivelavano esacerbati dall'attraversamento della pubertà. Per quanto riguarda la figura materna, Nadia la presentava come una donna sofferente ugualmente di disturbi depressivi ma che si traducevano in lei in manifestazioni su un versante maniacale (tra cui scoppi d'ira frequenti). Nadia si ricordò nel corso del trattamento di un sogno traumatico ricorrente: lei assisteva impotente e pietrificata al rapimento della madre, presa da un turbine da cui non riusciva a liberarsi, sparendo così dal mondo dei viventi. Vi comprendevo l'espressione, da parte di Nadia, della sua ostilità nei riguardi della madre da cui si era sentita troppo presto abbandonata, a causa di un lutto che l'aveva resa indisponibile per molti anni. Si era creato, quando era bambina, il fantasma di aver deluso la madre e aver perso il suo amore in segno di rivalsa. Durante i nostri incontri abbiamo potuto parlare dell'aggressività rimossa e proporre insieme delle elaborazioni.

Ora, da circa 2 anni, Nadia viveva da sola con la madre e il fratello. In questa occasione, in assenza del padre nella vita quotidiana, si era resa conto della precarietà delle basi narcisistiche della madre, della sua difficoltà a prendersi cura di sé e della sua grande dipendenza nei confronti dell'ambiente che la circondava.

Nadia si occupava del fratello minore, più che come una sorella maggiore come un sostituto materno, dedicandosi all'insieme delle cure che avrebbe desiderato ricevere dalla madre. Vedeva in queste cure materne precoci un ostacolo maggiore all'elaborazione di un lutto che era stato probabilmente negato e rimosso fin dall'inizio. Formulavo l'ipotesi, che andava confermandosi durante i nostri incontri, che la sua funzione di sostituto materno era ciò che paradossalmente aveva permesso al suo io violato di non essere sommerso, permettendo a Nadia di non crollare. Con l'entrata nella pubertà, progressivamente l'atmosfera tra la madre e la figlia si è logorata in seno ad una relazione sempre molto intensa. Questa relazione forte era caratterizzata da una influenza reciproca. Se non potevano vivere l'una senza l'altra, non potevano nemmeno vivere l'una con l'altra. Era molto probabile che l'odio sviluppato da Nadia si offrisse come strategia difensiva per allontanare sua madre da lei.

Questo contesto di crisi spinto al suo parossismo ha dato avvio alle scarificazioni di Nadia. Nel momento immediatamente successivo al suo gesto fu ricove-

rata all'ADAJ. Progressivamente, durante il ricovero emergeva in Nadia il desiderio di vivere sola, di prendersi cura esclusivamente di se stessa. Poteva evocare serenamente la volontà di liberarsi di un eccesso di presenza materna. Inoltre, le è stata proposta la possibilità di ottenere un appartamento e quindi l'occasione di essere accompagnata nella sua volontà di autonomia.

All'epoca delle nostre sedute, Nadia ritornava periodicamente e in modo profondo sugli avvenimenti della sua vita (tra i quali la separazione dei genitori) che la riportavano alla figura paterna, ai ricordi condivisi. Era animata da sentimenti mescolati di tenerezza e di ostilità. Vedeva qui l'espressione della sua ambivalenza nei confronti del padre, a cui era affezionata ma al quale rimproverava di non averle comunicato la sua partenza, lasciandola sguarnita accanto ad una madre che non poteva né soccorrere né guarire. Ad ogni evocazione di ricordi associati alla figura materna, Nadia si sentiva riempita di rabbia distruttrice e questa ostilità generava in lei un senso di colpa. Questo rompeva l'armonia di una relazione che lei manteneva idealizzata. Rovinava in qualche modo l'immagine perfetta della bambina che voleva essere stata. A queste rievocazioni allora un'immagine le ritornava: sbattere la testa, picchiare i pugni contro il muro, per punirsi di avere tali pensieri nei confronti della madre. Poi, Nadia si ricordava che nella seduta precedente avevamo rievocato insieme questa relazione di grande prossimità tra le due donne, in seno alla quale non c'era spazio che per un solo corpo per due. Nadia acquistava progressivamente la consapevolezza dei due movimenti paradossali presenti in lei: una volontà di autonomia che si declinava con il desiderio contrario di mantenere l'unità per non perdersi.

Tra Nadia e sua madre, il rischio di confusione era evidente poiché a forza d'investire l'unità, a forza di sostenere l'unione totalitaria, quella che Eros ordina, il limite si perdeva, l'identico prendeva il posto dell'uguale ed emergeva la minaccia dell'inghiottimento nella fusione. È da questo che Nadia cercava di difendersi. Le sue scarificazioni si facevano testimoni di una lotta contro una relazione speculare. Quello specchio che Nadia ormai rifiutava e respingeva in modo massiccio per il legame troppo intenso che implicava. È attaccando il suo corpo, attraverso condotte autolesive, che Nadia cercava di liberarsi di un investimento troppo massiccio divenuto invadente. La distruttività si metteva al servizio della vita. Era pronta, se fosse stato necessario, a rischiare la sua vita per vivere diversamente, desiderava profondamente salvare il suo diritto di vivere pensando solo a se stessa. Nadia aveva avuto un'infanzia difficile, alternando disturbi alimentari e disturbi caratteriali. Come lei ricordava, i suoi genitori se ne erano sempre tirati fuori. Vi vedeva l'annullamento dei suoi sforzi per disfarsi di un sovrainvestimento, che si dispiegava all'insaputa dell'insieme dei protagonisti. Entrata nella pubertà, Nadia si ribellava contro questo aggrovigliamento, contro questo troppo legame. L'aumento deleterio di Eros era evidente e allo stesso tempo impercettibile per Nadia poiché, in questa situazione in cui la madre era la figlia, i confini erano cancellati, quei

confini che permettevano di dire “è lei o sono io”, nel momento in cui sorgeva un io/lei confusi (Chabert, 2011).

Questo estratto offerto da Nadia rafforza l’ipotesi di un aggrovigliamento delle figure della madre e della figlia, diventato ingombrante per l’indifferenziazione che presuppone, in un periodo della vita attraversato invece dal bisogno di separarsi. Le scarificazioni di Nadia tradurrebbero una protesta vitale di fronte ad un’identità minacciata. È così che l’adolescente sarebbe pronta a rischiare la sua vita per scappare dall’inghiottimento della fusione materna.

Progressivamente, quando Nadia saprà utilizzare il sostegno del servizio e le differenti mediazioni proposte (pensate come autentici aiuti ad un narcisismo ferito, e che restano a sua disposizione), le scarificazioni potranno sparire.

6

Discussione sul caso clinico di Nadia

Distruttività o salvaguardia narcisistica?

Per quanto riguarda i processi sottesi da queste condotte, molte posizioni teoriche sono difese dalla letteratura. Questa si articola principalmente attorno a due punti di vista, che potrebbero essere riassunti nel modo seguente:

- da un lato la tesi di un ricorso al corpo, considerato come una meta della distruttività (Dargent, Matha, 2011; De Luca, 2009);
- dall’altro lato, in continuità con le tesi di Nathalie Zaltzman sull’esistenza della pulsione anarchica, quella di un attacco del corpo e della superficie orientato ad un destino paradossalmente molto utile alla vita. In questo orientamento, viene considerata la dimensione positiva del sintomo (Paoli, 2014b).

Noi difendiamo le seconda tesi ricongiungendoci con i principi sostenuti da altri ricercatori, riguardo alla natura paradossale e alla complessità delle pulsioni proprie delle scarificazioni (De Luca, 2009; Dargent, Matha, 2011).

7

Sviluppo e prospettive

Ricercatori e clinici orientano il loro dibattito in un’euristica contemporanea, considerano gli episodi regressivi come delle condotte che offrono delle vie di sblocco utili alla vita a condizione di trovare le possibilità di una ripresa, per esempio in un dispositivo di cure adatto. L’ingresso nella pubertà priva l’adolescente delle possibilità curative del linguaggio. Il corpo si offre come un oggetto di sostegno e assolve una funzione di ausiliario della psiche che può aprire a delle potenzialità riorganizzatrici, a condizione di avere un altro che ascolti l’adolescente. Le scarificazioni dipendono da una messa alla prova del corpo. Pensare questi attacchi in un destino di salvaguardia narcisistica richiede un’attenzione particolare a ciò che opera una resistenza in rapporto al legame con l’oggetto.

Da cosa l'adolescente vuole sottrarsi? È probabilmente da una minaccia dell'identico, da un'unità totalitaria di cui cerca di liberarsi. Di fronte al pericolo di aggroviigliamento nella fusione, è pronto a gettarsi davanti alla morte, a rischiare la sua vita al fine di preservare la sua soggettività.

L'adolescenza è un periodo della vita propizio a riesaminare l'unione tra Eros e Thanatos. Per l'eccesso di unità che sottende, Eros può divenire alienante e soffocante, soprattutto a questa età della vita governata dal bisogno di differenziarsi. La pubertà è anche un periodo diretto dal bisogno di orientare il proprio percorso lontano rispetto a quello dei genitori. Le scarificazioni mettono in discussione il posto dell'oggetto. Le ferite che esse provocano si sostituiscono al linguaggio e si fanno le porta-parola di un desiderio di accedere alla soggettività.

8

Conclusioni e aperture

Questo articolo tende a proporre degli spunti di riflessione, seguendo altri ricercatori, sullo statuto e la funzione delle scarificazioni in adolescenza, intorno alle quali le pulsioni di vita e di morte si sovrappongono. Durante la pubertà, l'adolescente si trova di fronte ad un corpo che cresce, si trasforma; il corpo diventa quindi il protagonista centrale (Cerruti, Manca, 2008). Anche se la maggior parte dei ragazzi riesce ad attraversare il processo adolescenziale con sufficiente serenità, tutto ciò impone all'adolescente un ingente lavoro psichico connesso alla strutturazione della propria identità e alla rielaborazione del legame con gli altri, con i genitori e con i pari.

Senza negare la parte della distruttività legata a questi attacchi al corpo, abbiamo cercato di mettere davanti, nel nostro lavoro, il versante positivo del sintomo e il tentativo di salvaguardia narcisistica che vi sarebbe paradossalmente associato. Così, Thanatos non avrebbe solo dei destini mortiferi, ma costituirebbe una risorsa di fronte a Eros, funzionando come un inibitore in una relazione di influenza dove l'oggetto (materno) sarebbe fantasmaticamente vissuto come opprimente, cercando di non confondere uno con l'altro. Come se quest'apertura delle scarificazioni controllata e allo stesso tempo forzata costituisse un tentativo per uscire da una chiusura, da un “troppo di legame” con l'oggetto.

Vorrei concludere con l'interesse che vediamo nello sviluppo di dispositivi specializzati nelle cure agli adolescenti che si scarificano. Se la maggior parte di loro riesce a liberarsi da questa condotta violenta dopo un tempo più o meno lungo, la mancata presa in carico del sintomo comporta un rischio di cronicizzazione del problema che è sostenuto da meccanismi compulsivi analoghi a quelli delle dipendenze. Dunque, solo a condizione di essere preso in considerazione e iscritto in una continuità di cure, che continuano molto spesso al di là del tempo del ricovero, questi comportamenti potranno cedere il loro posto alla ripresa di una conflittualizzazione psichica.

Note

¹ Il termine *Uno* è qui inteso come unità fusionale da cui l'adolescente sente il bisogno di fuggire per avviare un processo di separazione-individuazione, che conduca alla formazione e definizione di una propria identità e soggettività.

Riferimenti bibliografici

- Chabert C. (2011), *Un mot qui dérange. Psyché anarchiste, débattre avec N. Zaltzman*. Petite bibliothèque de psychanalyse-PUF, Paris.
- Cerutti R., Manca M. (2008), *I comportamenti aggressivi. Percorsi evolutivi e rischio psicopatologico*. Kappa, Roma (nuova edizione).
- Cerutti R., Manca M., Presaghi F., Gratz K. L. (2011), Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, pp. 337-47.
- Chabert C. (2000), *Passages à l'acte, Une tentative de figuration ? Adolescence, monographie ISAP*, pp. 57-62.
- Dargent F., Matha C. (2011), *Blessures d'adolescence*. Petite bibliothèque de psychanalyse-PUF, Paris.
- De Luca M. (2009), *Scarification et féminité: Approche psychopathologique et psychoanalytique*. Tesi di dottorato, Paris.
- Id. (2011), Les scarifications comme après-coup du féminin, les vicissitudes d'un masochisme bien mal tempéré. *Evol. psychiatrique*, 76, 1.
- Favazza A. (1996), Bodies under Siege: Self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, pp. 259-68.
- Golse B. (2002), Psychothérapie du bébé et de l'adolescent: convergences. *Psychiatrie de l'enfant*, XLV, pp. 393-410.
- Gratz K. L. (2001), Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, pp. 253-68.
- Mac Dougall J. (1989), *Théâtres du corps*. Gallimard, Paris.
- Manca M. (2009), *Condotte autolesive in adolescenza*. Tesi di dottorato (XXI CICLO), Roma-Firenze.
- Manca M., Presaghi F., Cerutti R. (2014), Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 215, pp. 111-9.
- Milner M. (1977), Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue de Psychanalyse*, 56, pp. 844-74 (trad. fr. 1979).
- Paoli C. (2014a), *Les troubles de l'agir à l'adolescence*. SIP, Nantes (Actes de colloque).
- Id. (2014b), *Les figures de Psyché à l'adolescence, l'exemple des scarifications: de la pulsion de mort à la pulsion anarchiste*. Tesi di dottorato, Paris.
- Pommereau X. (2006), Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances et Psy*, 32, pp. 58-71.
- Richard F. (2001), *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Dunod, Paris.
- Roussillon R. (1987), *Paradoxes de situations limites de la psychanalyse*. PUF, Paris, pp. 130-46.
- Séchaud E. et al. (1999), *Psychologie clinique, Approche psychanalytique*. Dunod, Paris.
- Winnicott D. W. (1975), *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, pp. 162-76.
- Zaltzman N. (1998), *De la guérison psychanalytique*. PUF, Paris.

Abstract

From the presentation of a case of a teenage girl with scarifications practices met in the course of our study, the author questions the place and function of the practices of scarification based on the analysis of interviews conducted within a specialized unit for adolescents. Witnesses of a struggle against the omnipresence of the “One”, these violent acts that take the own body for object are here considered as potential holders that can open on creative ways to the subjectivation. The purpose of the work in mediation workshops proposed in this unit aims to support the capacity to representation at work, by moving the teenager to sublimatoires issues.

Keys words: *adolescence, attacks of the body, hate, instinctual, subjectivation.*

Articolo ricevuto nel febbraio 2015, revisione del maggio 2015.

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Catherine Paoli, Università Paris Diderot Paris 7, 5 allée du chene, 78120 Rambouillet, Francia; e-mail: paoli.catherine@club-internet.fr.