

Parlare con gli adolescenti oggi

A cura di
Cristiano Curto,
Giovanna Montinari e
Maria Francesca Natali



INDICE

- 1- Saluti e breve introduzione – *Cristiano Curto*
- 2- Il servizio di Accoglimento della cooperativa Rifornimento in volo: tra ascolto e spazio istituzionale – *Maria Francesca Natali e Maria Chiara Pandolfo*
- 3- Temporanei porti sicuri – *Giovanna Montinari*
- 4- *Le Maison Des Adolescents* – *Mario Speranza e Helene Lida-Pulik*
- 5- Luoghi transizionali. Il confine e lo sguardo – *Savina Cordiale*
- 6- Adolescenze nascoste: il compagno adulto tra discese, attese e sentieri di rinascita – *Diana Burratti, Aaron Henrich, Katuscia Zerbi*
- 7- L'adolescente e la sua sagoma: dal soggetto al gruppo – *Bianca Biagioli e Mario Manilia*
- 8- Arcipelago metropolitano: accogliere gli invisibili – *Gaia Petraglia*
- 9- Lo spazio dell'illusione: interventi integrati tra privato sociale e servizio pubblico – *Cristiano Curto*
- 10- La voce ai Servizi *Bruno Spinetoli*
- 11- Rifornimento a scuola – *Manuela Baldasso e Francesca Mammarella*
- 12- Educare in un contesto di cura – *Luca Lo Cascio*
- 13- Per concludere: curare Sé e l'ambiente – *Anna Ferruta*
- 14- “Il piacere nel lavoro aggiunge perfezione al compito che svolgiamo” – *Annunziata Bartolomei*
- 15- Elogio della marginalità – *Paola Carbone*

ATTI del CONVEGNO
“PARLARE CON GLI ADOLESCENTI OGGI”
Rifornimento in volo

17 Gennaio 2020
Casa Internazionale delle Donne
Roma

A cura di
Cristiano Curto, Giovanna Montinari e Maria Francesca
Natali

ISBN | 9791220363426

Prima edizione digitale: 2021

© Tutti i diritti riservati all'Autore.

Questa opera è pubblicata direttamente dall'autore tramite la piattaforma di selfpublishing Youcanprint e l'autore detiene ogni diritto della stessa in maniera esclusiva. Nessuna parte di questo libro può essere pertanto riprodotta senza il preventivo assenso dell'autore.

Youcanprint Self-Publishing

Via Marco Biagi 6, 73100 Lecce

www.youcanprint.it

info@youcanprint.it

Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata costituisce violazione dei diritti dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla legge 633/1941.

AUTORI

Stefano Amati - Psicologo, Psicoterapeuta, Socio della Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socio ARPAd

Manuela Baldasso - Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Area Scuola Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia ARPAd

Annunziata Bartolomei - Assistente sociale specialista, Docente Servizio Sociale Professionale

Bianca Biagioli - Psicologa specializzanda ARPAd, collaboratrice della Cooperativa Rifornimento in volo

Diana Burratti - Psicologa Psicoterapeuta, Socia della Cooperativa Rifornimento in volo

Paola Carbone - Psichiatra, Psicoanalista (SPI- IPA), Socia Cooperativa Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd, già professore Associato Sapienza Università di Roma

Savina Cordiale - Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Responsabile Area intermedia Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria e Presidente ARPAd

Cristiano Curto - Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente della Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Centro Ricerche AGIPPSA, Socio e docente ARPAd

Anna Maria Dalba - Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Area Progetti Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria e docente ARPAd

Anna Ferruta - Psicologa, Psicoanalista, Membro Ordinario con funzioni di Training della (SPI - IPA), Full Member dell'International Psychoanalytical Association, Membro fondatore di Mito&Realtà - Associazione per le Comunità Terapeutiche e Residenziali

Aaron Nemu Henrich - Psicologo, Socio Cooperativa Sociale Rifornimento in volo

Luca Lo Cascio - Educatore, Responsabile Area Educativa Cooperativa Sociale Rifornimento in volo

Francesca Mammarella - Psicologa, Psicoterapeuta, Socia Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia ARPAd

Mario Manilia - Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Cooperativa Sociale Rifornimento in volo

Giovanna Montinari - Psicologa, Psicoanalista (SPI- IPA), Responsabile Area Psicoterapia, già Presidente Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd

Maria Francesca Natali - Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Area Accoglimento Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd

Maria Chiara Pandolfo - Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Responsabile Area Accoglimento e Responsabile Area Ricerca ed epidemiologia Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd

Gaia Petraglia- Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Area Migranti Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd

Rita Potena - Neuropsichiatra infantile, Direttore UOC TSMREE ASL Roma 2

Mario Speranza - Psichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Université de Versailles – Paris Saclay

Bruno Spinetoli - Neuropsichiatra infantile, Direttore UOC TSMREE ASL Roma 1

Maria Katuscia Zerbi - Psicologa, Psicoterapeuta, Socia Cooperativa Sociale Rifornimento in volo, Socia Ordinaria ARPAd

PRESENTAZIONE

A più di vent'anni dalla nostra fondazione e dal nostro primo Convegno – “Parlare con gli adolescenti” – sentivamo il bisogno di creare una nuova occasione di confronto e di scambio, che a partire dalle storiche esperienze sostenute dai fondatori dei modelli di intervento psicoanalitico dell'adolescenza, come Arnaldo Novelletto, Raimond Cahn e Pietropolli Charmet, rimettesse in campo il dialogo con i colleghi e con i Servizi che, come noi e insieme a noi, sono impegnati nel lavoro clinico con gli adolescenti ed i loro contesti di vita.

Il legame con essi è fatto di condivisione e passione per questo lavoro e siamo tutti consapevoli della complessità che l'incontro con l'adolescente e le sue molteplici appartenenze affettive, relazionali e gruppali presenta. Da questo bisogno è nata l'idea di organizzare un nuovo Convegno che potesse fare il punto sul nostro lavoro e su quanto abbiamo costruito in questi anni. Non si trattava tanto di fare un bilancio quanto di condividere lo stato dell'arte e l'avanzamento delle esperienze come la nostra; siamo convinti infatti che solo sperimentando e dialogando con la comunità scientifica e i Servizi che lavorano con noi possiamo continuare a innovare, a intercettare i bisogni emergenti dei nostri pazienti, dei loro gruppi affettivi, compresi i “gruppi” istituzionali che se ne occupano. L'adolescenza, specchio del disagio sociale e dei cambiamenti culturali e psichici in atto, ci sollecita ad interrogarci continuamente sul nostro operare, ingaggiandoci in nuove sfide cliniche e imponendoci una ricerca costante di esperienze e modelli di lavoro sempre nuovi.

Il nostro gruppo è da sempre impegnato a promuovere interventi integrati e a favorire la collaborazione tra Servizi, attraverso un dialogo intra e interistituzionale nel quale la mente gruppale rappresenta il primo contenitore dell'inquietudine e dell'incertezza dell'adolescente sofferente.

L'incontro tra soggetti diversi e differenti istituzioni favorisce la creazione di un'area di pensiero plurale, potenziando una capacità di ascolto che apre a nuovi approcci clinici e prospettive teoriche.

I ricchi contributi presenti in questa raccolta racconteranno il nostro lavoro di questi anni e le diverse forme di interventi clinici che sono nate, si sono consolidate e creativamente trasformate nel tempo all'interno del nostro gruppo. La necessità di rispondere in modo più specifico e adeguato alle nuove forme di sofferenza psichica degli adolescenti ci ha infatti portato nel tempo a ricercare e a mettere in campo, a partire dal nostro modello psicoanalitico, dispositivi clinici diversi che, integrandosi con gli interventi terapeutici più "tradizionali", fossero in grado di raggiungere l'adolescente dove si trova (nella scuola, ritirato in casa, nei suoi luoghi di vita).

Dal racconto di tali esperienze emerge in modo chiaro e trasversale l'importanza del dialogo e la capacità di "stare", in senso winnicottiano, "tra" gruppi di operatori, adolescenti in difficoltà e le loro famiglie.

La psicoanalisi dell'adolescenza sia in Italia che in Europa si è sviluppata proprio a partire da quei contesti istituzionali che si sono impegnati a rappresentare per gli adolescenti e per gli operatori un "luogo transizionale" capace di favorire lo scambio e il collegamento tra realtà interna e realtà esterna⁰. In tale luogo l'adolescente sofferente può collocare l'esperienza di sé e, grazie all'incontro con un referente adulto autentico e affidabile, riprendere il processo di soggettivazione interrotto o bloccato.

Gli Atti del nostro Convegno vedono la luce solo ora, a distanza di quasi due anni dallo svolgersi dell'evento dal vivo. Sono stati due anni difficili, durante i quali siamo stati tutti impegnati, insieme ai nostri pazienti e ai nostri colleghi, a fronteggiare le angosce traumatiche legate alla pandemia. L'emergenza sanitaria con il suo clima di incertezza e discontinuità ci ha, se possibile, ingaggiati ancora di più nell'ascolto dell'adolescente e nella ricerca creativa di nuove forme di aiuto. Essere gruppo, scambio e condivisione rappresentano, in questa fase drammatica per ogni essere umano, una preziosa e inesauribile fonte di rassicurazione e resilienza.

Ci auguriamo che questo scritto collettivo possa essere utile a quanti lavorano clinicamente con gli adolescenti e possa stimolare ulteriori riflessioni e condivisioni.

Abbiamo scelto la forma dell'e-book per rendere i nostri contributi più facilmente accessibili. Quanto ricaveremo sarà destinato a sostenere quelle situazioni cliniche che anche socialmente risultano in una posizione più a rischio di marginalità.

Cristiano Curto, Giovanna Montinari e Maria Francesca Natali

⁰ Una menzione speciale va a Gianluigi Monniello che è stato un referente scientifico e istituzionale prezioso e puntuale nelle sue annotazioni sul lavoro di Rifornimento in Volo, aprendo lo spazio nella Rivista AeP (Adolescenza e Psicoanalisi) a nostri contributi.

SALUTI E INTRODUZIONE

Cristiano Curto

Buongiorno e benvenuti a tutti.

Il percorso per arrivare fino a qui è stato molto lungo ed intenso.

Vorrei citare solo l'ultima tappa, che risale a circa un mese fa, quando insieme a Maria Francesca Natali abbiamo presentato all'ARPAd, la nostra Scuola di Specializzazione, una relazione su Rifornimento in volo intitolata: "Per amore o per forza. Prendersi cura dell'istituzione per accompagnare il sogno adolescente" (2019).

In effetti, per occuparci di adolescenti serve tanta passione ma "l'amore non basta", come scriveva Bettelheim (1950), occorrono conoscenze e abilità specifiche.

Occorre che l'aiuto offerto all'adolescente, anche quello più distante da una psicoterapia, come vedremo nei diversi dispositivi che saranno presentati nel corso della giornata, sia frutto di competenze acquisite attraverso una adeguata formazione e alla possibilità di metterle in gioco per continuare ad apprendere anche dall'esperienza clinica.

Dopo più di 20 anni dal primo Convegno "Parlare con gli adolescenti", l'organizzazione di questo evento ha inevitabilmente rappresentato l'occasione per fare un bilancio e per riflettere su di noi, su come siamo cambiati in questi anni, a partire dalla nostra fondazione.

Erano gli anni '90, un periodo durante il quale, in Italia, la crisi dello stato sociale e l'affermarsi di un modello di welfare misto hanno contribuito a dare vita ad organizzazioni di volontariato e ad associazioni del privato sociale, come la nostra.

Organizzazioni che, nell'ambito più specifico della salute mentale, si sono dimostrate nel tempo in grado di accogliere quelle richieste di trattamento che non riuscivano più a trovare uno spazio idoneo presso i

Servizi Pubblici o che, per alcune loro caratteristiche, non potevano essere adeguatamente accolte negli studi privati.

Ci siamo così progressivamente trovati ad occupare uno spazio intermedio, tra privato e pubblico; impegnati a mantenere una posizione di equilibrio, senza cadere nella fantasia onnipotente di poterci sostituire al ruolo fondamentale dei Servizi, ma cercando di accreditare, a partire da una visione multifattoriale della sofferenza psichica, un modello fondato sull'interdipendenza e sulla complementarità dei ruoli e delle funzioni.

La nostra cooperativa è nata nel 1996, a partire “dall'illusione” - in senso winnicottiano - di un gruppo di soci fondatori, allievi dell'ARPA, guidati da Giovanna Montinari (2006). Un gruppo di colleghi di diverse professionalità (psicologi, neuropsichiatri infantili, psichiatri, assistenti sociali ed educatori) uniti dalla comune passione per la psicoanalisi dell'adolescenza e dall'illusione condivisa di poter creare un gruppo di lavoro in grado di offrire un aiuto psicologico specializzato agli adolescenti, ai giovani adulti e ai loro contesti di riferimento.

Un progetto che negli anni è diventato una realtà che si è progressivamente ampliata, fino a diventare un'istituzione dall'architettura complessa e articolata, sempre più aperta alla realtà cittadina. In questi anni, le situazioni che seguiamo sono molto cresciute nel numero e anche nella loro complessità: il disagio che incontriamo è sempre più interconnesso sul piano psichico e sociale.

Fin dall'inizio, ci siamo sentiti ingaggiati *tra* impegno sociale e psicoanalisi dell'adolescenza.

Infatti, oltre che sulla passione per l'adolescenza, la nostra appartenenza si fonda sul bisogno di sentirci ideologicamente impegnati in ciò che facciamo, anche rispetto la possibilità di offrire un accesso facile e sostenibile ai nostri servizi. Una sostenibilità che non riguarda soltanto la trattabilità ma anche la possibilità da parte della famiglia, o delle istituzioni coinvolte, di sostenere nel tempo l'intervento. Per questo abbiamo aderito al Registro delle Organizzazioni di Psicologia Sostenibile, promosso dall'Ordine degli Psicologi, e abbiamo da poco deciso di offrire tariffe differenziate in base alle fasce ISEE. È il nostro modo di partecipare e di

fare politica, che si declina tra la deontologia professionale (i doveri verso i pazienti) e l'etica civile, che guida i nostri comportamenti all'interno della comunità a cui apparteniamo.

Come ogni cosa che si trasforma e cresce, anche la nostra Cooperativa ha bisogno di continua manutenzione. Crescere implica maggiori responsabilità e un'attenzione continua non solo nei confronti dei pazienti ma anche riguardo al gruppo degli operatori e della Cooperativa nel suo insieme.

L'attuale gruppo di lavoro è composto da diverse generazioni di soci e da molti collaboratori, diversi dei quali ancora in formazione. Una realtà composita che si muove tra stabilità e cambiamento dando vita al suo interno a dinamiche complesse e, tuttavia, necessarie per trasformarci ed evolvere. Un "capitale umano" che richiede una cura costante, poiché il benessere degli operatori e l'organizzazione del loro lavoro sono requisiti necessari affinché un'istituzione possa assolvere al meglio al proprio compito.

Le sfide cliniche promosse dai nostri giovani pazienti ci hanno messo fin dall'inizio nella condizione di ricercare esperienze e modelli di lavoro sempre nuovi e sostenibili.

Come vedremo, ogni azione clinica, a partire dai primi colloqui di accoglimento e per tutta la durata del progetto d'aiuto personalizzato è condivisa e discussa in piccoli gruppi.

Una delle nostre caratteristiche riguarda la possibilità, dopo una prima fase di accoglienza, di poter scegliere tra varie forme di intervento. Disponiamo, infatti, di diversi dispositivi in grado di rispondere in modo specifico ad ogni adolescente che incontriamo sulla base del suo funzionamento e delle caratteristiche dei vari contesti in cui l'incontro avviene (a scuola, presso il nostro centro clinico, in un intervento domiciliare, per strada o in casa).

Il tempo a disposizione e il desiderio di fare una panoramica sulle diverse aree e sull'organizzazione del lavoro in cooperativa ci hanno indotto a dare un taglio descrittivo ad alcune delle presentazioni che non ci permetterà di approfondire come avremmo voluto alcune caratteristiche del

nostro lavoro con gli adolescenti, che mi auguro potranno comunque emergere nel corso della discussione.

Vorremmo che questa giornata, oltre ad essere un'occasione per “parlare di adolescenza”, fosse l'occasione per “parlare con i colleghi”. Con i Colleghi e con i Servizi che come noi, e insieme a noi, si occupano di adolescenza. Con molti di loro condividiamo, direi quotidianamente, le difficoltà e le passioni che scaturiscono dall'incontro con l'adolescente difficile e con le sue molteplici appartenenze.

Avremo l'occasione di confrontarci con Rita Potena e Bruno Spinetoli, NPI e Direttori UOC di Servizi di Tutela Salute Mentale e Riabilitativa in Età Evolutiva, di due importanti ASL romane.

Pensiamo che la collaborazione tra soggetti diversi e differenti istituzioni possa favorire la creazione di un pensiero plurale, che potenzia la capacità di accogliere e di ascoltare. Un confronto che Rifornimento in volo porta avanti da sempre, anche a livello nazionale, con i gruppi e le scuole di formazione che si occupano di adolescenza, in qualità di socio fondatore dell'AGIPPsA (Associazione dei Gruppi Italiani di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza).

Sono certo che la presenza di altri ospiti esterni alla cooperativa arricchirà lo scambio tra noi. Mi riferisco a Mario Speranza, Professore all'Università de Versailles, direttore della *Maison des l'adolescent*, che ci racconterà della sua esperienza francese, ad Anna Ferruta, psicoanalista socio ordinario con funzioni di training della SPI, socio fondatore di “Mito e Realtà”, che da alcuni anni con intelligenza e generosità ci supervisiona, e ad Annunziata Bartolomei, docente di Servizio Sociale Professionale, per molti anni una cara collega del territorio, che darà voce all'intervento sociale quale azione fondamentale e intrinseca agli interventi integrati.

Spero che la giornata di oggi possa contribuire a dare senso e valore all'impegno che tutti noi mettiamo nel nostro lavoro nel campo della sofferenza mentale dell'adolescenza: qualcosa che non dobbiamo mai dare per scontato. Spero, e concludo, che chiunque abbia voglia di intervenire si senta libero di farlo e di dare il proprio contributo. In fondo, “La libertà non è stare sopra un albero, libertà – come cantava Gaber - è partecipazione!”.

IL SERVIZIO ACCOGLIMENTO DELLA COOPERATIVA “RIFORMIMENTO IN VOLO”: TRA ASCOLTO E SPAZIO ISTITUZIONALE

Maria Francesca Natali, Maria Chiara Pandolfo

Chiedere di essere ascoltati

Sergio, 16 anni

La madre di Sergio, dopo essersi presentata: “Mio figlio ha 16 anni e ha bisogno di aiuto, come faccio a prenotare una visita? Ho sentito parlare di voi da una mia amica. Sua figlia si è trovata bene.” Le domando per quale ragione chiedesse un aiuto psicologico per Sergio e mi spiega che è il figlio stesso ad averle domandato uno spazio per lui dove “potersi esplorare”. L’espressione mi colpisce, la signora continua: “Quando è nato Sergio ci sono stati problemi familiari. Ora ha delle difficoltà con noi accentuate dalla tricotillomania che però c’era anche prima. Ora, in più, si impunta o sdrucchiola sopra le parole. Non avrà un disturbo del linguaggio?”

Cerco di mettere ordine dentro di me tra le comunicazioni a tratti confuse della madre di Sergio. Le chiedo qualcosa a proposito dei problemi familiari ai quali aveva accennato: “All’epoca siamo stati mal consigliati e li abbiamo trascurati. Alcuni anni dopo io ho cominciato una psicoterapia che ancora prosegue”. Nel frattempo ha avuto anche una figlia che ora ha quasi 12 anni. “Da quando è nata le cose sono migliorate”. Ritornando al disturbo di Sergio le chiedo se ci fossero state precedenti consultazioni. “Non abbiamo mai chiesto aiuto, non è stato preso in carico da nessuno, ma ho consultato una mia amica psicologa per saperne qualcosa”. Aggiunge che il figlio ultimamente è stato lasciato dalla sua prima ragazza con cui è stato qualche mese e ora il disturbo si è accentuato: “tira fuori parole senza senso suo malgrado e vuole capire cosa gli succede o cosa gli sia successo in passato”. La madre ha urgenza di raccontare ciò che è accaduto qualche

sera fa in famiglia. “Sergio si è impuntato sulla parola “affettuoso”, non riusciva a pronunciarla, sentivo il suo disagio, la sua sofferenza. Dopo un po’ ci è riuscito. Era visibilmente sollevato e mi ha detto: - io ho bisogno di essere affettuoso e lo cerco anche negli altri; per questo mi sento diverso da loro - (Pausa) Forse a Sergio è mancato il mio affetto nei primi anni di vita.” Nel corso della telefonata ho saputo che il ragazzo frequenta il terzo anno di liceo musicale e che i genitori sono a loro volta disponibili ad incontrare un terapeuta per una consultazione.

Gianluca, 12 anni e mezzo

“Buongiorno, chiamo per mio figlio Gianluca di 12 anni e mezzo. Ci invia la dottoressa che segue me e la mia ex-moglie in un percorso di mediazione. Siamo separati da molto tempo e già divorziati ma l’affido dei nostri tre figli è condiviso. Gianluca ha già fatto due anni di terapia ma non ha più interesse a farsi seguire dalla psicologa, della quale ora non ricordo il nome. La nostra dottoressa ci ha indicato la cooperativa, e suggerito che il ragazzo venga preso in carico da un terapeuta uomo. Sa, Gianluca è un ragazzo normalissimo, vivace, ha una gran passione per il calcio, buoni risultati scolastici e tanti amici.” Mi chiedo e gli chiedo perché Gianluca abbia iniziato una terapia due anni fa. “La mia ex-moglie ha voluto ‘far passare’ Gianluca e le sorelle come ragazzi problematici. In particolare descrive Gianluca come un teppista. (Pausa). La verità è che Gianluca non vuole passare tempo con la madre e vuole stare di più con me.” Sebbene il padre stia chiedendo di accogliere Gianluca, colgo il desiderio di dimostrare all’ex moglie che si sbaglia e che Gianluca non ha alcun bisogno di una psicoterapia. Penso che in questa telefonata Gianluca non c’è. Mi sento quindi di chiedere il contatto della psicoterapeuta che ha seguito il ragazzo. “Ehm ehm...lo devo cercare, glielo darò... in realtà non sono molto d’accordo con questa politica di collaborazione. Voglio che mio figlio venga valutato senza pregiudizi. Sono scettico nei confronti degli psicologi. Non condivido la vostra ideologia e filosofia”. Il tono della sua voce, però, non rispecchia l’ostilità delle parole usate. Sembra anzi molto desideroso di avere un parere e mi dice che, per quanto non condivide, se può essere d’aiuto mi chiamerà domani mattina per fornirmi il contatto della

psicoterapeuta. Assicura con convinzione che anche la madre di Gianluca è d'accordo ad iniziare la consultazione da noi.

Nel coordinamento che precede la riunione di accoglimento del mercoledì ci rendiamo conto che sarebbe utile fare luce sulla psicoterapia del figlio, per capire se è ancora in corso. Quindi lo richiamo. "Gianluca ha interrotto prima dell'estate e non ha ripreso. Nel frattempo avevamo iniziato la mediazione genitoriale e la dottoressa ha pensato fosse meglio che ci rivolgessimo a voi. Anche l'assistente sociale del Municipio ci ha dato la stessa indicazione".

Livia, 21 anni

"Buongiorno, mi chiamo Livia e ho 21 anni. Vorrei sapere se è possibile avere un appuntamento (con voce emozionata)".

Op.: "Buongiorno a lei, certo.....se vuole può dirmi qualcosa di più."

"Sono stata molto emotiva fin da piccola, vivo ogni cosa con ansia esagerata e in questo periodo ho problemi soprattutto con il sonno. Quest'ansia si manifesta in modi sempre diversi... fino a poco tempo fa non riuscivo ad andare a cena fuori ma poi l'ho superato. Tendo a somatizzare. Al liceo avevo veri e propri attacchi di panico...ora è più un senso di insicurezza...non riesco a vivermi nulla tranquillamente".

Silenzio.

Op.: "Capisco. Lei è una studentessa?"

"Sono al terzo anno di Economia. Lo studio mi impegna molto e non mi lascia tempo per altro."

Op.: "Dal punto di vista delle relazioni come vanno le cose?"

"Sono fidanzata da due anni, con lui mi trovo benissimo. Ho un gruppo di amiche fisse dal liceo ma non c'è più una particolare sintonia. Vorrei nuove amicizie ma temo che le mie amiche possano offendersi e di restare da sola."

Op.: "Mi diceva degli attacchi di panico al liceo. Ha fatto precedenti consultazioni?"

“Sì, sono andata da una psicologa per circa due mesi. Non ci sono andata più perché la dottoressa mi disse che non ne avevo più bisogno. In quel periodo era incinta. Non ho più chiesto aiuto, mi vergogno di parlare dei miei problemi...lo so che questo è un mio grande limite.”

Un po' di storia

La Cooperativa sociale Rifornimento in volo nasce nel 1996, fondata da Giovanna Montinari insieme ad un gruppo di colleghi dell'ARPAd, come una piccola struttura artigianale, una sorta di bottega d'arte, fondata su solide basi teoriche e cliniche che è andata progressivamente crescendo nel suo lavoro clinico, nell'impegno istituzionale e interistituzionale e nel numero dei soci e dei collaboratori che a vario titolo ne fanno parte¹. Quello che all'origine era un centro clinico che accoglieva, nella storica sede ubicata per scelta a livello della strada perché concretamente e simbolicamente rappresentasse la facilità di accesso, un piccolo numero di pazienti dei quali si prendeva cura, sostenuto da un vivace pensiero grupppale, si è progressivamente ampliato, fino ad essere attualmente una istituzione dall'architettura complessa e articolata, sempre più aperta alla realtà cittadina e all'accoglimento della sofferenza mentale degli adolescenti e dei loro contesti. Questo apre continuamente a nuove sfide cliniche e a sempre più impegnative responsabilità, se solo pensiamo alle nuove forme di espressione della sofferenza degli adolescenti e delle loro famiglie, adolescenti che presentano una vulnerabilità narcisistica e basi fragili, adolescenti in cerca di riconoscimento. Accogliere tale sofferenza richiede uno sguardo attento e aperto alla ricerca di nuove modalità di incontro e di ingaggio, necessarie nell'incontro con l'adolescente e le sue trasformazioni, con l'adolescente alle prese con il processo di soggettivazione ed i suoi impedimenti; si tratta di immaginare e porre le basi di un accoglimento che si offra come un luogo, uno spazio “sufficientemente buono” nel quale l'ascolto empatico e lo sguardo di un terzo diventa essenziale per raccogliere e contenere emozioni anche acute, agiti violenti, movimenti psichici esplosivi e non ancora rappresentabili.

Ci piace immaginare la nostra Cooperativa, sulla scia del pensiero di Gianluigi Monniello, come un luogo fisico e mentale, uno spazio/tempo, un

“sito analitico allargato” (Monniello 2003) che, sotto la spinta di nuovi bisogni e del desiderio di rispondere ad essi, si allarga e diventa più complesso. Uno spazio in grado di offrirsi come luogo di appoggio pulsionale e di pensiero (Monniello 2015). Bisogni e desideri dei giovani pazienti; bisogni e desideri di tutti coloro che vi lavorano con grande impegno. Un luogo capace di accogliere il disagio psichico dell’adolescente costruito con passione, luogo rispetto al quale gli operatori vivano un forte senso di appartenenza perché costituito da ogni apporto e contributo creativo personale del singolo.

Negli anni l’articolazione e la complessità si sono tradotte in un’ampia diversificazione dei dispositivi clinici e di presa in carico e dei relativi gruppi di lavoro.

L’accoglimento telefonico

Essendo l’accoglimento telefonico il primo contatto clinico con gli adolescenti, le loro famiglie e gli invianti, dedichiamo particolare cura alla telefonata. Molto spesso chiama la madre, meno spesso il padre. Gli adolescenti chiamano in prima persona se sono giovani adulti. Incoraggiamo a far telefonare direttamente l’adolescente dalla maggiore età in poi. Non si tratta di una regola rigida, molto dipende dalla specificità dalla situazione. Si tratta di un messaggio importante, per l’adolescente e per i genitori, che spesso tendono a infantilizzare il figlio, a non vederne le risorse. In ogni ascolto telefonico consideriamo fondamentale dare centralità all’adolescente oggetto della richiesta, che spesso non è lui/lei a chiamare in prima persona, avendo cura di esplorare attentamente se egli/ella è a conoscenza della richiesta e la sua eventuale motivazione. Qualora si tratti di ragazzi maggiorenni si lavora con il genitore che chiama perché sia l’adolescente stesso a farsi portatore della domanda. È quindi la dimensione evolutiva e soggettiva ad essere da subito il focus del nostro ascolto e non quella sintomatologica o nosografica. Altro elemento a cui diamo centralità è la qualità, rilevabile anche dal vissuto dell’operatore che ha raccolto la telefonata, delle relazioni familiari.

Per quanto appena detto consideriamo di grande importanza la formazione dei giovani operatori che accolgono le richieste e il continuo scambio con loro; fa parte di questa prima fase dell'accoglimento la disamina dei contenuti, espliciti e impliciti della telefonata, l'eventuale necessità di contattare preliminarmente gli eventuali colleghi o Servizi Territoriali coinvolti o da coinvolgere, tutti aspetti da trattare già prima della riunione dell'Accoglimento.

L'accoglimento telefonico è dunque caratterizzato da un ascolto che vuole andare al di là della semplice raccolta di dati, si tratta dunque di un vero e proprio dispositivo clinico che come tale cerchiamo di curare, a partire dalla formazione degli operatori. È un contatto necessario e difficile perché distante e per forza di cose parziale. Si tratta di ascoltare e comprendere, attraverso le parole, la gravità della sofferenza e il vissuto di chi sta parlando. Se infatti a volte ci troviamo di fronte a semplici richieste di incontro o di informazioni, alcune telefonate sono cariche d'angoscia o dell'aspettativa di una risposta rapida e concreta. Potremmo quasi parlare di un primo "incontro telefonico", momento già carico di affetti, a volte il primo passo di una narrazione personale. Fin dal primo contatto, del resto, l'operatore si trova in un intreccio di relazioni e vissuti intensi che coinvolgono non solo l'adolescente ma anche i suoi familiari. A volte sono telefonate evacuative, che necessitano di grande capacità contenitiva. Possono essere telefonate quasi mute, durante le quali lo psicologo deve oscillare ed equilibrare le domande e sostenere il silenzio. Possono essere telefonate paradossalmente anche molto intime. Questa dinamica a più voci è complessa e rappresenta la messa in scena del problema fondamentale dell'adolescente e dei genitori, cioè la difficoltà, spesso reciproca, di sciogliere un legame di dipendenza infantile. Abbiamo creato e utilizziamo una scheda telefonica che aiuti a mantenere un filo e che possa accogliere, oltre ai contenuti più specificamente legati alla richiesta di consultazione, alle notizie utili alla predisposizione del setting di accoglimento, anche le osservazioni che emergono dalle risonanze emotive dello psicologo.

Il modello clinico dell'Accoglimento

Alcuni punti cardine del nostro modello clinico alla base del processo dell'accoglimento sono: la mente gruppale, l'ascolto psicoanalitico dell'adolescente centrato tra l'altro sul valore dell'incontro, la valutazione diagnostica.

Il lavoro di gruppo

Il lavoro gruppale è centrale. Ogni azione clinica viene elaborata e discussa in riunioni cliniche con setting regolari. Il nostro Servizio Accoglimento trova nella riunione settimanale, alla quale partecipano tutti gli operatori, il suo cuore. Essa è articolata in due parti, una dedicata alla discussione delle telefonate e alla conseguente assegnazione dei casi, l'altra alla discussione dei primi colloqui di accoglimento con un adolescente e la famiglia, in vista della restituzione e per elaborare la proposta terapeutica.

A partire dalla narrazione dell'incontro telefonico, il gruppo di lavoro si confronta e analizza i contenuti e gli aspetti transferali e controtransferali per arrivare a mettere in campo delle ipotesi cliniche e di lavoro. Si tratta di predisporre il setting che ci sembra più adatto ad accogliere al meglio i bisogni di tutti coloro che stanno chiedendo aiuto, aprendo alla ricerca di un intervento personalizzato sul singolo caso, (psicoterapia, gruppo di parola, laboratori individuali e di gruppo, compagno adulto, interventi educativi o nelle scuole). È importante non sottovalutare quanto, per tutte le persone coinvolte che si trovano in uno stato di fragilità emotiva, sia importante la tempestività e la profondità della risposta e al contempo l'apertura all'esplorazione e a possibili approfondimenti. Importanza del contatto, a volte preliminare all'accoglimento, con gli invianti e con i servizi già coinvolti o coinvolgibili. Appare quindi chiaro che non ci siamo dati un assetto rigido o un setting predefinito della consultazione, che non abbiamo procedure automatiche e rigide bensì un modello flessibile. Cerchiamo di ipotizzare, trovare la soluzione che ci sembra più idonea, coniugando il bisogno dell'adolescente, della sua famiglia e le risorse in campo; alchimia non sempre facile.

L'ascolto dell'adolescente e dei genitori nei primi colloqui

Siamo consapevoli di quanto il processo che si snoda durante la fase di accoglimento, i primi colloqui, abbia bisogno di un tempo, sia esterno che interno, perché, attraverso la relazione, possano essere esplorati sia gli aspetti patologici che le risorse dell'adolescente e della famiglia, secondo la teorizzazione della diagnosi lunga di Arnaldo Novelletto (1987).

I primi colloqui con adolescenti e genitori hanno una fondamentale importanza. Come in una ouverture di una sinfonia viene presentato il tema centrale, quello che nel corso dell'opera ascolteremo e riascolteremo nei suoi movimenti, nelle sue variazioni. Il tema e le criticità che hanno portato l'adolescente e/o i suoi genitori a richiedere una consultazione possono essere più o meno espliciti, più o meno nascosti. Da subito il nostro ascolto dovrà cercare di cogliere questi contenuti nascosti che però forse vogliono essere trovati se ci troviamo lì; dovrà essere un ascolto empatico, nel senso di provare a risuonare con i contenuti espliciti o manifesti e con quelli più nascosti, mascherati.

I primi incontri sono fondamentali per la valutazione della possibilità di accedere ad un lavoro clinico, per la valutazione della trattabilità, per la valutazione del progetto terapeutico da proporre e mettere in campo. Del resto i primi colloqui possono al contrario portare ad un fallimento, ad un mancato aggancio, trasformarsi in un'occasione mancata, con tutto il senso di frustrazione che ciò può suscitare in tutti i protagonisti (senso di abbandono, rabbia, senso di colpa, timore di aver "sbagliato"). Sono dunque da sottolineare non solo la fecondità, la ricchezza ma anche il rischio: la posta è notevole perché vi si gioca la possibilità che da questi possa prendere le mosse e svilupparsi una relazione significativa, una relazione che possa portare ad una trasformazione. Ciò potrà con più probabilità avvenire se l'adolescente e i suoi genitori si sentono ascoltati nei loro bisogni.

L'incontro clinico ci propone quotidianamente la difficoltà, ma anche il piacere, di avvicinare l'adolescente, di incuriosirlo a se stesso, al suo sviluppo, al suo funzionamento, alle sue potenzialità. È importante questo incuriosirsi da parte di tutti i protagonisti (nel senso di essere incuriositi dall'altro che abbiamo di fronte, l'autenticità di questa nostra spinta viene colta), di questo bisogno più o meno nascosto di rimettere in moto qualcosa

che si è bloccato. La sfida sarà quella di comprendere, insieme all'adolescente, come facilitare la rimessa in moto di questi processi attraverso l'incontro con un "adulto umano" (Laplanche 1989) competente, non giudicante ed empatico. Coscienti dell'importanza di raccogliere la sfida che l'adolescente ci lancia, ma anche aperti a cogliere la disponibilità profonda a stabilire una relazione: valutare se i primi incontri possano rappresentare un'apertura al cambiamento (alla fine è questo uno degli scopi dei colloqui di accoglimento e valutazione, al di là della conoscenza diagnostica). Quindi la nostra riflessione, in quanto terapeuti che ci mettiamo in ascolto di un adolescente, riflessione che si mette in moto già dai primi contatti con l'adolescente, è su come avvicinarlo, incuriosirlo non tanto a noi ma in primo luogo a se stesso, ai cambiamenti corporei e psichici che sono avvenuti o stanno avvenendo in lui, alla sua mente e al suo funzionamento, alla complessità e alla potenzialità della creazione di sé.

L'adolescente suscita un'ampia varietà di moti dell'animo nel suo interlocutore, bambino, coetaneo, adulto o anziano, che possono andare dalla viva curiosità al reattivo disinteresse, fino all'ostilità. In particolare, nel colloquio clinico si può essere sospinti dall'entusiasmo di fronte al giovanile vigore, oppure ritrovarsi, all'improvviso, nell'impossibilità di dialogare e impacciati nel tentativo di avvicinarsi. L'immediata "identificazione quasi magica" (Donnet 1983, pag. 46) o il subitaneo allontanamento sono entrambi frequentemente in gioco. L'adolescente in difficoltà richiede aiuto per lo più implicitamente e in forme precarie e fuggevoli. Per queste ragioni la sua richiesta va presa al volo, perché l'eventuale disagio mentale può rapidamente stabilizzarsi in funzionamenti ripetitivi e limitanti o in vere e proprie manifestazioni psicopatologiche. La mutevolezza dei passaggi emotivi, anche nel corso di una stessa seduta, è l'espressione della grande mobilità della vita psichica. Questa mobilità esercita una forza d'attrazione e, talvolta, fa da contrappeso all'impegnativo confronto con la variabilità del funzionamento mentale adolescente. Il racconto delle sue esperienze, vissute e agite, impegna lo psicoanalista a un ricco lavoro di traduzione, che attinge al controtransfert e all'autoanalisi, allo scopo di favorire l'auto-osservazione e la riflessione. Molte sono le richieste di aiuto psicologico per pazienti adolescenti e tanti i genitori in scacco nel fronteggiare la metamorfosi pubertaria dei loro figli. Per i

genitori, spesso, non è facile riconoscere e far risuonare in loro stessi le sensazioni e i vissuti, ormai passati, della loro stessa adolescenza. La specificità della formazione in psicoanalisi dell'adolescenza può offrire buone garanzie per ipotizzare e costruire, psicoanaliticamente, risposte efficaci di prevenzione e di trattamento, ivi compresi luoghi istituzionali di cura, anche al di fuori della stanza d'analisi. Lo psicoanalista è chiamato alla pratica di un'etica della responsabilità, a porsi quale interprete motivato della creazione di sé, in divenire, dell'adolescente e a “fornire azioni soggettualizzanti e un ambiente emotivo che faciliti il processo di soggettivazione” (Cahn 1991, pag. 135)

Gli incontri con i genitori, nelle loro varie forme, sono parte integrante del nostro lavoro clinico con gli adolescenti. Essendo mondo interno e mondo esterno costantemente in relazione dinamica, è necessario che qualcosa si trasformi anche nei genitori reali. Per questo è necessario farsi carico della sofferenza di tutto il sistema familiare. Fin dall'accoglimento, in diversi setting, includiamo i genitori. Infatti lo “spazio psichico allargato” (Jeammet 1980) dell'adolescente, che usa i contesti relazionali come espressioni proiettive di parti di Sé, rende la crisi evolutiva dell'adolescente (nelle sue varie caratteristiche e sfumature, anche di gravità), difficilmente superabile con interventi clinici centrati esclusivamente sulle dinamiche intrapsichiche. Specie nell'attualità, dove veniamo confrontati sempre di più con aspetti psicopatologici molto severi e contesti familiari sempre più complessi. Dunque parte integrante della valutazione sarà l'esplorazione delle dinamiche di funzionamento del contesto relazionale nel quale l'adolescente è inserito. Ingaggiato infatti sul doppio fronte della propria organizzazione interna e del contesto relazionale, raramente l'adolescente è in grado di operare una netta distinzione tra i due ambiti. Da qui l'importanza di un intervento bifocale e l'imprescindibile necessità di costruire un'alleanza terapeutica con i genitori a fianco di quella con l'adolescente.

L'utenza del Servizio Accoglimento

In questa presentazione abbiamo scelto di non portare dati quantitativi sul lavoro clinico che svolgiamo nel Servizio Accoglimento per privilegiare

l'illustrazione del metodo di lavoro che negli anni abbiamo sviluppato all'interno della cornice di riferimento teorico-clinica poco sopra ricordata.

Ci limiteremo a dare solo due numeri riguardanti il flusso delle richieste che pervengono al servizio. Negli ultimi anni abbiamo avuto una media di 130 nuove richieste telefoniche l'anno, delle quali circa 100 esitano in primi colloqui di accoglimento; ad essi, come già illustrato, potranno seguire diversi tipi di prese in carico se si sarà realizzato un buon *intake*. C'è da precisare che tale flusso riguarda l'utenza privata della Cooperativa che ci arriva su invio di molteplici canali privati e pubblici o in modo autoriferito e non include tutti quegli adolescenti e quelle famiglie che seguiamo con i nostri dispositivi terapeutici di "area intermedia" in regime di convenzione con i Servizi pubblici e le istituzioni.

Le richieste che arrivano al Servizio di Accoglimento telefonico sono molto varie per tipologia e livello di gravità della problematica: si passa dalle "crisi evolutive" alla prima consultazione, alla vasta gamma delle problematiche con caratteristiche introversive ed estroversive spesso già comparse in età precedenti, con prese in carico o consultazioni già avvenute o contemporanee.

Abbiamo osservato che negli ultimi anni sono aumentate le richieste per adolescenti con Disturbi dello sviluppo (DSA, fragilità cognitive, disturbi dello spettro autistico ecc), così come per adolescenti che vivono in contesti traumatici e appartenenti a nuclei familiari con problematiche psicosociali complesse, e ancora per adolescenti ritirati che hanno abbandonato la scuola, o adolescenti con manifestazioni comportamentali dirompenti (disturbi della condotta, correlati all'uso di sostanza, dipendenza da internet, autolesionismo). Molto spesso ci troviamo di fronte a pattern sintomatici multipli.

La fascia di età che accogliamo in Cooperativa è quella che va dai 12 ai 24 anni, abbracciando quindi l'intero l'arco dalla fase puberale a quella giovane adulta. Percentualmente vediamo un maggior numero di adolescenti nella fascia della media adolescenza (15-17 anni) anche se sono in aumento le richieste per i primo adolescenti (12-14 anni), in linea con una precocizzazione dell'emergenza di molte problematiche. Tendiamo ad

avere una proporzione lievemente maggiore di richieste per adolescenti maschi.

La valutazione diagnostica

La valutazione dell'adolescente che incontriamo è parte integrante del processo di accoglimento, fase nella quale vi è anche l'obiettivo di arrivare ad una formulazione diagnostica che veda quei sintomi, quelle manifestazioni comportamentali, acquistare un senso più profondo all'interno di quell'adolescente con la sua storia, il suo funzionamento psichico o meglio psicosomatico, e il suo contesto familiare.

È ancora per noi un riferimento fondamentale la concezione della “diagnosi lunga” di Novelletto: “La diagnosi non mi appare affatto come il riconoscimento obiettivo di una malattia, né come l'individuazione di una causa di cui i sintomi siano gli effetti, ma innanzitutto come un tentativo di scoperta e di traduzione dell'immagine occulta del Sé dell'adolescente... Il terapeuta non deve inventare la diagnosi per suo conto ma deve innanzitutto aiutare il paziente a rivelarsi la propria diagnosi e poi aiutarlo a modificarla con un lavoro di lunga contrattazione... Si realizza così una lenta trasformazione della diagnosi, quella che io chiamo diagnosi lunga, che può con il tempo trasformarsi in trattabilità ed eventualmente in terapia di fatto.” (Novelletto 2009, pag.78).

Questa dimensione intima e relazionale della diagnosi la sentiamo tutt'ora molto vicina al nostro modo di operare e lo ha informato sin dall'inizio. “Diagnosi lunga” significava comunque per l'autore arrivare ad una formulazione, a dare un nome e un senso, per quanto condiviso, a quella sofferenza e alle sue espressioni.

La dialettica tra quella dimensione di intimità e unicità dell'incontro psicoanalitico con l'adolescente e l'esigenza di formulare, nominare, oggettivare, è una dialettica sempre tormentata, ma costitutiva del nostro operare e ci richiede costantemente una difficile integrazione. Nel nostro gruppo abbiamo sempre cercato di mantenere in tensione questi poli.

Rossi Monti, intervenendo nel dibattito sulla diagnosi all'interno della comunità psicoanalitica paragona in modo felice il processo diagnostico ad

una clessidra: il punto di strozzatura corrisponde alla sintesi ipotetica e provvisoria dei dati clinici, che prelude a un'espansione che recuperi il senso di quei sintomi in quella persona, nella sua storia, nella storia delle sue relazioni (Rossi Monti 2008).

La formulazione della diagnosi è per noi un obiettivo molto importante anche per poter oggettivare le nostre osservazioni cliniche, renderle comunicabili e confrontabili e per verificare le nostre ipotesi e i risultati dei nostri interventi. Tale formulazione però deve essere appropriata alla complessità del nostro campo; non possiamo accontentarci o appoggiarci a sistemi diagnostici riduttivi. La complessità del tema della diagnosi inoltre aumenta nella fase adolescenziale, dove la *diagnosticabilità* delle manifestazioni sintomatiche è un problema particolarmente annoso, data la costante necessità di distinguere tra caratteristiche evolutive idiosincrasiche e caratteristiche francamente patologiche e a rischio di strutturazione.

Accanto al modello psicodinamico il paradigma della psicopatologia evolutiva ci aiuta a catturare questa grande complessità. Tale modello di tipo epigenetico pone l'enfasi sulla dialettica tra la continuità dello sviluppo e il cambiamento, sulle esperienze precoci e l'apporto dell'ambiente, considerando la complessità di tutti i fattori intervenienti a determinare condizioni di salute o di disfunzionalità. In ogni fase evolutiva l'adattamento assume una specifica forma che riflette sia la storia delle precedenti forme di organizzazione, sia i compiti evolutivi specifici di ciascuna fase (Cicchetti e Cohen 2008).

La nostra diagnosi ideale metterebbe insieme tutti questi elementi: un approccio che privilegia, all'interno dello stabilirsi di un rispecchiamento empatico, l'analisi dell'organizzazione emergente della personalità, del funzionamento mentale globale, con una forte attenzione alle risorse psicologiche e agli aspetti evolutivi e ambientali. È all'interno di ciò che avviene nel colloquio clinico e nella dinamica di transfert e controtransfert che la diagnosi si sviluppa, è un processo nel quale le fasi diagnostica e terapeutica sono strettamente collegate tra loro.

Il metodo che utilizziamo nel nostro lavoro quotidiano è, come abbiamo illustrato, squisitamente e primariamente clinico. Questo vuol dire che esso ha la caratteristica di essere solo qualitativo, basato su report clinici, sul

confronto in équipe e sulla psicoanalisi personale e la supervisione clinica. Ad esso fa da contrappunto il metodo empirico che viene utilizzato nella ricerca in psicoterapia, caratterizzato dall'essere sia qualitativo che quantitativo, basato su sistemi di classificazione diagnostica, sull'uso di strumenti di valutazione, su diversi vertici osservativi e su metodologie rigorose. È nello sforzo di creare un ponte tra i due metodi, di mantenere vivo un dialogo integrativo, ancorché non sia facile, che crediamo si possa ovviare ad alcuni rischi. Utilizzando unicamente il metodo clinico il rischio è infatti di autoreferenzialità e dogmatismo di scuola, oltre che di eccessiva indefinizione, soggettività e incomunicabilità della diagnosi, mentre il metodo empirico rischia di allontanarsi troppo dalla clinica reale, dalle persone che vorrebbe descrivere e misurare.

Dagli sforzi di far dialogare i due metodi sono nate fertili integrazioni.

Lingiardi, che ha dedicato molte energie a questo scopo afferma: “una vera diagnosi è sempre figlia di un tormento clinico: quello di scegliere una soluzione che sappia ricondurre il paziente che ho davanti a una categoria più generale e al tempo stesso alla sua unicità (...) Se condotti in modo rispettoso della complessità e delle differenze individuali, gli sforzi condotti nell'ambito della classificazione diagnostica e della ricerca, proteggono dalla persuasione carismatica e dal dogma.” (Lingiardi 2018, pag. 117).

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM2 Lingiardi, Mc Williams, 2018) nella sua seconda versione è uno dei frutti più maturi di tale sforzo integrativo. Esso si propone come un sistema di classificazione diagnostica che tiene conto di quella complessità e ci sembra possa fare da valido ausilio alle nostre osservazioni cliniche e aprire alla possibilità di verificare di più le nostre ipotesi e i risultati dei nostri interventi, oltre che di aprirci alla possibilità di fare ricerca sul nostro operato. Il PDM2 si propone di offrire una cornice diagnostica in grado di descrivere l'intera gamma del funzionamento mentale: da ciò che vediamo in superficie fino agli elementi profondi che sono alla base dei pattern emotivi, cognitivi, interpersonali e sociali. Esso si articola in tre assi: l'asse della personalità (Asse P), del funzionamento mentale (Asse M) e dell'esperienza soggettiva relativa dei sintomi (Asse S). È ulteriormente diviso per fasce di età, dalla prima infanzia alla terza età.

In particolare per quanto riguarda la diagnosi psicodinamica in adolescenza nel manuale viene considerato centrale il profilo del funzionamento mentale, l'Asse M, in considerazione del momento di profonde trasformazioni che non permette di definire in modo stabile né i quadri sintomatici, né l'organizzazione di personalità. In tale asse vengono prese in esame in modo molto dettagliato le capacità mentali dell'adolescente (regolazione degli impulsi, capacità riflessiva, capacità di stabilire e mantenere relazioni, autostima, meccanismi di difesa, adattamento, resilienza, etc., per un totale di dodici categorie) considerate dal punto di vista evolutivo distinguendo tra la prima, la media e la tarda adolescenza e avendo ben presente i compiti evolutivi fase specifici. Si ottiene così una guida alla descrizione dell'intera gamma del funzionamento mentale dell'adolescente, che ben si sposa con l'intento di avvicinarsi il più possibile alle caratteristiche individuali di quell'adolescente, considerando le sue risorse e le sue vulnerabilità, all'interno del suo percorso evolutivo in quel particolare contesto di crescita.

Per inciso, siamo onorati di avere qui oggi come ospite Mario Speranza che è anche uno dei due autori dell'Asse M del manuale.

Abbiamo descritto il processo dell'accoglimento come un immergersi nel mondo interno e relazionale dell'adolescente, mettendo in campo una *piena e autentica disponibilità a farsi usare e a farsi conoscere*.

All'interno di ciò aspiriamo ad arrivare a formulare insieme all'adolescente una diagnosi psicodinamica, funzionale e evolutiva che ci permetta di mettere a punto piani di trattamento ad hoc e su misura per quell'adolescente e per quei genitori.

Vorremmo concludere però con le parole di Cherubino che mirabilmente descrivono lo "stato adolescente".

*Non so più cosa son, cosa faccio,
or di foco, ora sono di ghiaccio,
ogni donna cangiar di colore,
ogni donna mi fa palpar.*

*Solo ai nomi d'amor, di diletto,
mi si turba, mi s'altera il petto
e a parlare mi sforza d'amore
un desio ch'io non posso spiegar.*

*Parlo d'amor vegliando,
parlo d'amor sognando,
all'acque, all'ombre, ai monti,
ai fiori, all'erbe, ai fonti,
all'eco, all'aria, ai venti,
che il suon de' vani accenti
portano via con sé.*

*E se non ho chi m'oda,
parlo d'amor con me.*

(Aria di Cherubino, Le Nozze di Figaro, Mozart/Da Ponte, 1786)

¹ Nelle diverse aree di lavoro sono impegnati circa 30 soci e 100 collaboratori.

TEMPORANEI PORTI SICURI

Giovanna Montinari

In continuità con la filosofia e l'organizzazione dell'area dell'accoglimento, l'attività psicoterapeutica di Rifornimento in Volo si configura come uno spazio aperto e centrato sulla "misura" della sostenibilità della relazione terapeutica, nei suoi tempi e nelle sue diverse configurazioni di setting. Mantenere una posizione di ascolto fra transfert e controtransfert e costruzione del setting, si pone come naturale conseguenza delle premesse su cui il gruppo di lavoro esprime la sua dinamicità e vitalità creativa potendo così progettare e avviare un dialogo con l'adolescente più profondo e continuativo.

Nella mia posizione storica di testimone dello sviluppo del gruppo di lavoro e della Cooperativa nel suo insieme (Montinari 2006), ricordo come abbiamo iniziato con un intento sperimentale di messa in campo dei modelli psicoanalitici dell'adolescenza avviati in Italia da Arnaldo Novelletto nell'ARPAd. Il progetto di mettere in tensione la formazione psicoanalitica, l'impegno istituzionale² e il concetto di psicoterapia intesa come 'servizio' (Novelletto 1990) ha comportato la rimessa in discussione di molti degli stereotipi riguardanti i concetti di tempo e spazio, di psicoterapia classicamente intesa, di intensità, a favore dell'articolazione fra i diversi livelli dei bisogni degli adolescenti e dei terapeuti candidati ad occuparsene.

Tale posizione, sostenuta dal piacere libidico del gruppo di lavoro, ha avviato lo sviluppo di un contenitore psichico-sociale per lo svolgersi della cura e del prendersi cura degli adolescenti, delle loro famiglie e dei loro contesti di vita. Una visione evolutiva della cura in cui includere sempre di più la cura dei curanti come parte integrata dei processi di cambiamento e sviluppo.

Metodo e teoria si intersecano permettendo lo svilupparsi della relazione terapeutica in un ambiente di cura rigoroso e accogliente per tutti i partner delle relazioni in atto; la flessibilità del concetto di cura "su misura"

può organizzarsi intorno al rigoroso interrogare i vissuti transferali e i processi in atto riguardo agli obiettivi e ai cambiamenti attesi.

Partirò dal gruppo di lavoro e dalla sua specifica funzione di mente-contenitore gruppale del processo dell'incontro: il pensiero di meta-livello del gruppo nei diversi momenti del lavoro terapeutico è dato dalla gruppaltà stessa che funge da cerniera fra le diverse aree di intervento che incontrerete nell'insieme dei lavori presentati. Mi riferisco alla discussione in piccoli gruppi fra colleghi, all'attivazione di momenti privilegiati in cui il terapeuta può consultarsi con un collega più esperto, al dialogo costante con gli invianti e/o i colleghi dei servizi territoriali con i quali possiamo costruire un'alleanza intra ed inter-istituzionale.

Questo lavoro del gruppo, nelle sue diverse forme, permette di contenere le fantasie delle risacche infantili e regressive presenti nella richiesta di aiuto, sempre permeata dall'aspettativa, magica e temuta, di un incontro con un oggetto idealizzato e totalizzante.

La psicoterapia come “ponte tra”

Mantenere il focus sul paradigma della mente adolescente apre alla dimensione evolutiva della cura e la figura del terapeuta si pone come un 'terzo', testimone e garante partecipe del cambiamento in atto e della nuova relazione nascente.

Pensiamo al ponte come spazio transizionale per eccellenza: il 'luogo' dell'incontro sta proprio nello spazio 'tra' il preconcio che, come scrive Novelletto (1995), è “quello spazio privilegiato in cui analista e paziente possono incontrarsi e proseguire insieme”. Infatti, è il lavoro del preconcio vitale dell'analista che può alimentare l'articolarsi del preconcio dell'adolescente.

La posizione “intermedia” dello psicoanalista dell'adolescenza corrisponde alla co-creazione di un senso fino ad allora assente in quello spazio/tempo intersoggettivo fra i due soggetti tra i quali viene costruendosi il legame. In questo spazio il dire e ridire in “altro modo” ciò che l'adolescente ha raccontato costruisce una nuova descrizione, un polimorfismo dei racconti a

proposito di temi simili, con l'obiettivo latente di avvicinarsi al pubertario, che per potersi esprimere ha bisogno di un testimone.

La seduta con l'adolescente fa molto di più che testimoniare i processi terziari: crea legami inediti, dolorosi e felici da vivere, estranei e familiari, tali da condurre i suoi protagonisti a fare scoperte.

Possiamo avvicinare questi concetti al lavoro di Bollas (1992), quando scrive che l'adolescente sperimenta l'analista come una *figura ponte* "che assiste il Sé nel complesso passaggio dall'infanzia all'età adulta".

Si intende uno "stare dinamico" che intende conciliare il bisogno di tutti i partner dell'incontro (terapeuti e adolescenti) di sentirsi unici, irripetibili e disposti al reciproco cambiarsi per via di quella 'necessaria' permeabilità all'altro. Tale dinamica riguarda sia i curanti, nel loro transfert sull'istituzione alla quale appartengono, sia i nostri pazienti che desiderano, al contempo temendolo, l'incontro idealizzante che li potrebbe trasformare e aiutare.

Lo specifico del lavoro è il gruppo nella sua capacità di lavorare sui diversi transfert e controtransfert individuali, intergenerazionali e istituzionali.

Porre l'accento sulla centralità della dimensione transizionale dell'istituzione e del gruppo di lavoro pone il nostro gruppo di psicoanalisti dell'adolescenza, come tutti coloro che si cimentano in simili esperienze istituzionali, fra quelli che Freud (1912) definiva i "mestieri impossibili", caratterizzati dal servizio alle persone inteso come cura, e come contesto di cura, che diviene il *luogo* del "compito impossibile" e del "lutto originario" (Montinari 2006).

Seguendo il metodo psicoanalitico del gruppo, abbiamo attivato due piccoli gruppi di co-visione, che hanno lo scopo di sostenere l'intimità necessaria nel lavoro terapeutico ma anche l'apertura alla mente dell'altro come matrice di cambiamento ed evoluzione. L'attenzione si focalizza sul processo, sia in senso intersoggettivo che del campo analitico, sostenendo l'ascolto empatico e le libere associazioni piuttosto che la dimensione interpretativa.

Questo clima di ascolto e “ripensamento” del caso clinico, si lega e ridefinisce anche il concetto di diagnosi: una diagnosi che emerge attraverso il rispecchiamento gruppale, un’ipotesi diagnostica che “lavora” attraverso la relazione terapeutica, può evolvere ed essere rimessa in movimento.

Mantenere viva la dimensione della mente adolescente come paradigma dell’istituzione stessa significa proporsi come agenti di cambiamento creativi, forse utopici, ma capaci di figurare e immaginare diverse possibili e sconosciute evoluzioni maturative; significa considerare la crisi in atto dell’adolescente e della sua famiglia come un tentativo di cambiamento, una ricerca di nuovi assetti, anche a costi emotivi enormi. Ritengo sia questo il senso del parlare di probabilità prognostica aprendosi alla riflessione sul soggetto osservante, alla qualità del nostro ascolto. Nell’incontro terapeutico la parola come ponte diviene una delle possibili “azioni soggettualizzanti”; di conseguenza il contributo del paziente, anche durante la crisi in atto, si intende come una spinta a soggettivarsi, a riorganizzare qualcosa di Sé, un appropriarsi delle nuove versioni e forme generate dalla spinta pulsionale, dalla potente precarietà del cambiamento degli investimenti oggettuali, all’interno del nuovo assetto narcisistico, in ultima analisi dal processo del pubertario.

La prevedibilità prognostica non si modula dunque in modo rigido e categoriale, ma si specifica di volta in volta nella co-costruzione fra i soggetti. A tal proposito Novelletto scrive: *“Spesso quindi il terapeuta non deve inventare una diagnosi per conto suo, ma deve innanzi tutto aiutare il paziente a rivelarsi la propria diagnosi e poi aiutarlo a modificarla, con un lavoro di lunga contrattazione intorno a ciò che il paziente è disposto ad accettare rispetto alla ulteriore conoscenza di sé che il terapeuta è in grado di offrirgli”* (Novelletto 1987, pag. 78). E più avanti afferma: *“Quindi, per concludere, mi limito ad affermare: 1) che il naturale destinatario della diagnosi è il paziente, 2) che quello che può giovare ai pazienti adolescenti in tutte le nostre istituzioni pubbliche, universitarie o territoriali non sono manuali diagnostici standardizzati, ma operatori capaci di scoprire innanzi tutto nella propria mente e poi di consegnarla al paziente, l’immagine originale del Sé di quest’ultimo. Capovolgendo il tragitto logico tradizionale, direi quindi che per fare la diagnosi bisogna saper fare la terapia.”* (Ibidem pag. 81)

L'avvio delle psicoterapie nella Cooperativa si colloca nella tradizione dei molti autori che, negli ultimi trenta anni, hanno ormai consolidato la psicoanalisi dell'adolescenza e le pratiche psicoterapeutiche che ne conseguono. La specificità dell'adolescenza sta nel fatto che l'insieme dei processi psichici si attualizza, rimettendo in gioco i nuovi vissuti emergenti dalla pubertà e dal pubertario e tutta la vita psichica a partire dalle origini, dalle primissime relazioni, risollecitando il potenziale innato di crescita (Monniello 2010). È proprio questa attualità ad aprire al nuovo e all'incontro soggettivante con il terapeuta.

L'attenzione al narcisismo e alle sue vicissitudini è fondamentale per la comprensione dell'adolescente in stato di crollo e per il suo trattamento. Ad essere centrale non sarà tanto la dimensione del conflitto quanto l'attenzione all'essere, al suo stesso sentirsi di esistere, ovvero all'originario e alle sue vicissitudini.

Adolescenza e corpo familiare

Abbiamo più volte accennato a come spesso la richiesta di aiuto dell'adolescente viene portata dai genitori; non è facile distinguere “chi porta chi” e come e chi può essere pronto per un lavoro psicoterapeutico condiviso.

Nel gruppo umano familiare i legami interni ed esterni riguardano aspetti fantasmatici ma anche corporei (Dalba, Montinari 2020). È proprio a partire dal corpo che avvengono le prime potenti trasformazioni sia in ordine alla generatività che all'accudimento e all'intimità delle relazioni affettive fra genitori e figli. L'adolescenza è un processo centrale nel divenire del soggetto, un lavoro paradossale di mantenimento dei legami con le imago parentali che si oppone alla necessaria “messa a distanza” dei genitori reali. A questa dimensione di fondo si aggiungono due conflitti indissociabili fra loro che saranno da elaborare: il primo riguarda la specificità pubertaria e post-pubertaria dei desideri incestuosi e la capacità di svincolarsene, cioè l'apertura verso la complementarità dei sessi. Il secondo riguarda la necessaria deidelizzazione del genitore pre-edipico dello stesso sesso, condizione per una identificazione stabile che dia accesso all'adulità.

Ambedue le istanze portano in sé un elemento di caducità delle esperienze. La differenza la faranno le radici storiche, le modalità di organizzazione psichica, il contesto di vita e la qualità del funzionamento familiare proprio in ordine alla capacità di oscillare tra l'immersione con l'altro e la differenziazione dall'altro.

Crescere può allora diventare un atto aggressivo, comporta nuovi terreni di rivalità fino a quel momento nascosti dall'immaturità infantile. L'adolescente diventa capace di procreare ed ha un nuovo potere che prima attribuiva esclusivamente ai genitori.

L'asimmetria tra adulti e bambini si appiattisce, rendendo meno significativo lo scarto fra le generazioni.

Molto spesso i genitori non vogliono vedere attraverso i propri figli il loro personale pubertario, come se non fossero mai stati adolescenti. *“Il perturbante si situa dunque proprio qui, al confine tra rottura e nuovo legame, dove l'adolescente si vede assediato dall'interno e dall'esterno, dalle tracce sempre operanti di un passato fino a quel momento svanito o scartato, e di un presente lancinante ed enigmatico”* (Cahn 2014, pag.42).

Si produce così una temporalità a “spirale” per la quale i membri della famiglia adolescente perdono o ritrovano elementi rimossi del proprio processo di soggettivazione.

Secondo queste linee di pensiero per noi è necessario pensare alle psicoterapie nel senso della possibilità di costruzione di diversi setting, sostenibili in quel momento, attraverso i quali si può esprimere e dipanare la relazione terapeutica.

Al fine di garantire *intimità, libertà del Sé, originalità della relazione*, si è rimessa in discussione tutta la questione dei transfert laterali, della plurioggettualità degli investimenti, dal momento che la centralità dei transfert fra gli interlocutori della relazione rappresenta la guida sicura per garantire stabilità e promuovere cambiamento dello sviluppo e crescita degli adolescenti in debito di autostima, in precarietà e fragilità del Sé.

Il pericoloso desiderio di Ambra

Ambra: *a casa con me c'è Tachipirina, il criceto di cui mi prendo cura. Una volta l'ho trovata fuori dal balcone infreddolita e quasi morta, l'ho portata dentro e scaldata, si è ripresa. A volte, per ridere, la chiamo anche Supposta, mentre papà la chiama Chetamina.*

Terapeuta: *pensavo che i nomi scelti da te, curano, fanno stare meglio...*

Ambra: *eh sì, non ci avevo pensato. Ora pensavo alla mia migliore amica in primo liceo, solo che però poi ha preso una brutta strada, con l'eroina. Ora è in clinica per disintossicarsi, sembra abbia tentato anche di scappare...però quanto mi piaceva stare con lei! Facevamo le bulle, quelle forti, fumavamo le canne davanti a tutti, pure se eravamo le più piccole. Anche se non ho molti ricordi del passato, ho sempre un sacco di buchi quando ci penso. E poi, io penso che a me la gente, in generale, non mi piace...*

Terapeuta: *beh, la tua amica ti piaceva...*

Ambra (ride): *hai ragione...sai che c'è? a me piace stare vicino a cose o persone a cui non dovrei avvicinarmi. È più forte di me...*

Controtransfert della terapeuta

Inizio a sentire quasi subito la necessità di istituire un setting intensivo, per dare spazio ad una continuità narcisistica che sembra assente in ogni contesto fuori dalla terapia. In effetti, appare chiaro, come ogni rimando soggettualizzante che A. riceve da me (o dai professori, ad esempio), la fa sentire in difficoltà, “*imbarazzata*” – dice lei - come se quello sguardo dell'altro che la legittima come soggetto, arrivasse a toccare in lei un desiderio e una paura, una zona segreta, potenziale, ma che svela anche le falle dell'ambiente primario, attivando vissuti di vergogna.

Herman Melville, come spesso accade con gli scrittori, coglie profondamente le intemperie del viaggio adolescente:

«Voglio dire che accadeva a lui come ad una nave travagliata da fortuna che trascorre miseramente lungo la costa a sottovento. Il porto sarebbe disposto a darle riparo (...) nel porto c'è sicurezza, comodità, focolare, cena, coperte calde. (...). Ma in quel vento di burrasca il porto, la

terra, sono il pericolo più crudele per la nave. Bisogna che fugga ogni ospitalità; un urto solo della terra, anche se soltanto sfiorasse la chiglia, farebbe rabbrivire il bastimento da cima a fondo. Con ogni forza, esso spiega tutte le vele per scostarsi e, così facendo, combatte proprio coi venti che lo vorrebbero portare in patria, torna a cercare l'assenza di terra del mare sconvolto, precipitandosi per amor della salvezza perdutamente nel pericolo: il suo unico amico è il suo nemico più accanito»”.

Un elemento di forza ci è sembrato, ancora oggi, tenere sempre aperto il legame con il modello formativo dell'ARPA che, centrato sulla soggettivazione, mette in primo piano l'autenticità del terapeuta, la capacità di sentirsi in un ambiente aperto e protetto, favorendo al contempo l'assunzione della responsabilità in prima persona e la sicurezza della cornice di riferimento sia riguardo al gruppo/ servizio di lavoro sia riguardo al pensiero di metalivello.

Un porto temporaneamente sicuro

Ho preso in prestito il concetto dal filosofo Hakim Bey il concetto di T.A.Z³, che lo definisce come un luogo liberato dalla verticalità del potere, sostituito spontaneamente con reti orizzontali di rapporti. Un luogo della mente che grazie alla sua struttura intrinseca è in grado di sparire nel momento in cui più forte diventa il carico repressivo (proiettivo) o intrusivo; un luogo della mente pronto però a ricrearsi in forme diverse pur sapendo mantenere la propria radicale alterità. Questa metafora ben rappresenta la singolarità della relazione terapeutica che, elemento terzo, è in grado di trovare vie di espressione nuove ogni volta che ce ne sia l'esigenza nel processo stesso.

In sintesi

- un porto temporaneamente sicuro per gli adolescenti sia nelle terapie individuali che nel gruppo terapeutico;
- un porto temporaneamente sicuro per le loro famiglie nei diversi setting: paralleli, terapia senza il paziente, incontri familiari, gruppo genitori;

- un porto temporaneamente sicuro per gli operatori pensati nella mente del gruppo che garantisce libertà e intimità.

Gli approfondimenti, sia nei piccoli gruppi clinici che nelle riunioni fra i conduttori dei gruppi di metalivello, riguardano l'andamento delle terapie, il fenomeno delle interruzioni o drop-out, le crisi di sistema delle reti dei curanti. L'assunzione di responsabilità circa il lavoro soggettivante propone anche un'analisi e uno scambio sugli aspetti critici confrontati con gli esiti degli interventi, con la qualità delle relazioni inter e intra istituzionali. Abbiamo verificato che il lavoro a medio e lungo termine può avvenire in stabilità del setting o in discontinuità: il progetto terapeutico può essere articolato fra interventi diversi in cui alcuni passaggi hanno richiesto l'affidamento ad altre risorse come ad esempio Servizi Territoriali, farmaci, attività laboratoriali, compagno adulto o, come non di rado accade, dopo un primo tempo di interruzione, un ritorno pensato e chiesto in prima persona dall'adolescente stesso. Si evidenzia come la questione non sia di durata di tempo ma di incisività sui processi di cambiamento evolutivi e di come l'incontro psicoanalitico apra e lasci sempre un "segno", una traccia in memoria che, nei casi migliori, viene ri-utilizzata in tempi brevi.

Per esempio il lavoro con le famiglie, dall'accoglimento prolungato al lavoro stabile di consultazioni genitoriali, incidono significativamente sulla tenuta delle terapie degli adolescenti.

Il gruppo terapeutico o gruppo di parola per gli adolescenti ha messo in evidenza come i cambiamenti siano molto potenti e i processi si attivino più rapidamente grazie al doppio registro del transfert fra pari e sui conduttori. Anche in questo dispositivo, laddove si sia riusciti ad attivare un lavoro parallelo con le famiglie o con i terapeuti che seguono individualmente i ragazzi, si è potuta osservare una grande ricettività stimolante scelte e passaggi più maturi. Non è infatti infrequente che ci siano invii da parte di terapeuti che valutano di affiancare all'intervento individuale del proprio paziente un lavoro di gruppo. Si tratta spesso dell'esigenza di creare una dimensione terza nella relazione duale che, pur valida, rischia di "ingabbiarsi" nel transfert reciproco; in altre situazioni la solida relazione terapeutica può sostenere ed essere arricchita dalle aperture al confronto che

il paziente non riesce ancora a raggiungere nella sua vita ordinaria. In ogni caso abbiamo sempre verificato dei proficui reciproci arricchimenti.

Per concludere

Il nostro intento è dunque creare nuovi “ponti” laddove gli adolescenti che incontriamo si trovano in zone emozionali ed esistenziali dense di fratture, interrotte, rendendoli così sospesi in aree dello sviluppo non elaborate, continuamente agite e dipendenti.

Gli aspetti trasformativi delle esperienze terapeutiche, come ben si coglie nelle due vignette cliniche, riguardano le emozioni e le rappresentazioni reali partecipate in prima persona dall'adolescente e dall'analista che possono così rintracciarvi nuove “connessioni” e significati, grazie all'attualità “dell'essere con”, del trovarsi là dove l'oggetto si può incontrare, nel “trovato/creato” (Bollas 1989).

Giulia: non so se mi piacciono di più i Beatles o Beethoven

Quando Giulia incontra la sua terapeuta ha 13 anni è una ragazzina brillante, idealizzata, gioiello dei genitori, soprattutto del padre.

Giulia ingaggerà una battaglia cruenta, abbandonerà la scuola, chiederà di ritornare a dormire con i genitori, attaccherà tutte le sue belle capacità, uscirà di casa vagabondando per la città, mettendo a rischio sé stessa, la tenuta dei suoi genitori, anche quella della sua terapeuta.

Il primo stralcio sembra che possa ben rappresentare, attraverso un'immagine, la fase di sviluppo che Giulia stava attraversando al momento dell'inizio dell'accoglimento.

Giulia fin da subito appare combattuta: “Non so se mi piacciono di più i Beatles o Beethoven?”. Si è innamorata dell'idea di lanciare la sua fantasia tra i “campi di fragole” del famoso pezzo dei Beatles, ma ciò mal si sposa con la necessità di rimanere ancorata alla realtà del suo saggio di pianoforte che le richiede un grande studio di autori classici.

Mi domando, in quel periodo, in che modo Giulia potrà transitare dalla classicità infantile alla rivoluzione adolescenziale e, allo stesso tempo, come farò anche io a “sopravvivere” ai suoi repentini cambi di registro tra infantile e adolescenziale.

Mi mostra una foto in bianco e nero di Paul McCartney seduto sugli spalti di un circo con in braccio la figlia. I due guardano entrambi verso l'obiettivo, ma in direzioni diverse.

G: “La foto l’ha scattata la moglie che poi è morta. Per me la fotografia è la necessità di cogliere l’attimo, ma anche l’impossibilità di farlo”.

Questo secondo stralcio rappresenta il momento in cui si è cominciata a stabilizzare la relazione terapeutica, attraverso la realizzazione di un mio ritratto da parte di Giulia. Inizia in quel momento anche l’incessante richiesta di essere guardata e vista al “femminile”.

L’intersecarsi di dimensioni quali l’identificazione con il femminile materno e l’attenzione al fermare l’attimo esita nella produzione di un mio ritratto:

Giulia :”Tu guardami sempre”. Io rimango in attesa.

Mentre la vedo delineare i miei contorni sento una strana sensazione, un misto di disagio per l’essere così osservata e di curiosità di scoprire come mi vede.

Ricordo di essermi sentita potentemente oggetto di identificazione proiettiva, data dall’avermi messo nella posizione “scomoda” di chi viene scrutato”.

Nel prossimo stralcio, attraverso una drammatizzazione emerge la rottura pubertaria attraverso un’interazione con una zanzara.

Improvvisamente si ferma, smette di parlare e fissa un punto dietro di me.

Giulia : “Oddio c’è una zanzara, non le sopporto”

Mi giro, la vedo anche io e la riguardo. È ferma, sorride, si copre le braccia e mi ribadisce che non le sopporta. Così si alza, supera in parte la

scrivania e si avvicina al muro, ha visto che si è fermata sulla parete e, quasi senza che io me ne renda conto, con un piccolo scatto si leva la scarpa e la uccide, poi si risiede.

Giulia : “La dovevo uccidere scusa, mi sentivo proprio invasa dalla loro presenza, mi dispiace se ho sporcato il muro”

Scelgo di non insistere e di seguirla nei suoi pensieri, anche se da qui in poi la mia mente sarà “invasa” dall’immagine di Giulia che uccide l’insopportabile zanzara”.

La citazione seguente riguarda uno dei tanti film di cui mi racconta brevemente la trama, mostrando come, attraverso delle rappresentazioni visive, stesse cercando di figurarsi quanto stava accadendo nel suo mondo interno.

Giulia: “E’ la storia di un signore vissuto nell’ottocento. Una strega gli lancia una maledizione trasformandolo in un vampiro e facendolo addormentare in una bara. Nel 1972 viene riportata alla luce e si sveglia in un’altra epoca, non riuscendo a interpretare quanto gli stia accadendo”

T: “È come se possedesse solo strumenti del passato per capire il suo presente”.

L’ultima citazione si colloca temporalmente a terapia piuttosto avanzata, più di un anno dopo l’inizio, e mostra il definitivo consolidamento della relazione terapeutica a cui può finalmente affidarsi.

“Giulia cerca di calmarsi ascoltando delle canzoni che l’aiutino ad affrontare le crisi e, durante una seduta, fa partire una base musicale e canticchia: “Mi fido di te, forse fa male, eppure mi va di stare collegato. La vertigine non è paura di cadere, ma voglia di volare”.

Poco dopo le vibra il telefono che era appoggiato sulla scrivania, è il padre.

Risponde e gli dice: "papà sto con lei" e attacca il telefono.”

Dimensioni trasversali alle patologie e alle emergenze sintomatiche, che sono nella popolazione che accede al nostro Servizio molto variegata e

vanno dalla “normale” crisi di identità alle disregolazioni emotive e al ritiro sociale (ma non si vuole in questa sede illustrare uno schema diagnostico); indipendenti dai diversi livelli della formazione del gruppo curante e dalle diverse professionalità presenti nel gruppo; trasversali alle classi sociali.

Coerentemente con quanto già detto dai colleghi dell’Accoglimento e dai dati emergenti, il lavoro di “aggancio” è delicato, complesso e ha tempi diversi: non sempre si riesce a passare al secondo appuntamento (Balint diceva che era più difficile del primo) ma abbiamo potuto verificare nel tempo che anche un solo colloquio “*segna*” un’esperienza di ascolto e non è infrequente che qualche tempo dopo il paziente torni o mandi qualcuno dei suoi familiari.

Possiamo parlare di Psicoterapie o “analisi di prova”, come le definiva Novelletto, nella zona del preconscious, spazio privilegiato dell’incontro in cui si possono promuovere processi sincronici di cambiamento, che avviano processi di trasformazione che possono variare nel tempo l’ipotesi iniziale e trasformare il percorso del trattamento stesso.

² In questo senso la forma giuridica di Cooperativa e dunque istituzione del privato sociale, ci sembrò una garanzia di integrazione fra mandato socio-istituzionale e qualità professionale.

³ Hakim Bey , T.A.Z: Zone Temporaneamente Autonome, ShaKe Edizioni, 1995

LE MAISON DES ADOLESCENTS

Mario Speranza e H el ene Lida-Pulik

Le *Maisons des Adolescents* (MDA) sono delle strutture di accoglienza e di cura per adolescenti che si sono sviluppate in Francia a partire dal 2004 in seguito alle conclusioni della Conferenza Generale sulla Famiglia che ha preconizzato di migliorare la diversit  delle strutture di accoglienza per gli adolescenti. In seguito alla conferenza, il governo francese ha lanciato un Programma Nazionale di Sostegno alle MDA (2005-2010), il cui obiettivo   stato di creare in ogni dipartimento francese delle strutture locali specializzate nell'accoglienza, nell'ascolto e nel sostegno dei giovani in difficolt .

Le MDA accolgono gli adolescenti tra 12 e 25 anni e le loro famiglie per dare una risposta alle sofferenze legate all'adolescenza (abbandono scolastico, domande legate alla sessualit , dipendenze...). Alle MDA si rivolgono anche i professionisti per presentare e discutere singole situazioni per le quali sentono l'esigenza di un confronto e di indicazioni da parte dell'equipe delle MDA. Infine, in termini pi  generali, possiamo dire che le MDA contribuiscono alla sensibilizzazione dei professionisti sui problemi dell'adolescenza.

Il dipartimento delle Yvelines, situato nella parte ovest della regione di Parigi, ha creato nel 2012 la *Maison des Adolescents des Yvelines Sud* (MDA-YS). In coerenza con gli orientamenti ministeriali, la missione della MDA-YS   di essere una struttura d'accoglienza e di cura per gli adolescenti e i giovani adulti tra i 12 e i 25 anni, le loro famiglie e i professionisti che li accompagnano. L'* quipe*   composta da un medico responsabile, un medico generico, uno psichiatra, uno psicologo coordinatore, un segretario, un infermiere, uno psicologo ricercatore e un assistente sociale.

Le modalità di funzionamento della MDA prevedono tre assi di intervento:

- Asse 1: facilitazione di una rete di partenariato per promuovere la salute degli adolescenti nel territorio;

- Asse 2: contribuzione alla gestione partenariale delle situazioni adolescenziali e miglioramento dell'orientamento degli adolescenti che ne hanno bisogno verso un'assistenza specializzata;

- Asse 3: coordinamento della ricerca "*Ecout'Emoi*" (valutazione di un dispositivo di rimborso da parte della sanità nazionale di un intervento psicoterapeutico breve realizzato in studio privato).

La richiesta d'intervento della MDA può essere fatta da qualsiasi professionista che lavora con adolescenti e/o famiglie di adolescenti, direttamente dalle famiglie o dagli stessi adolescenti.

L'intervento può essere richiesto per ogni situazione di adolescente e/o famiglia che preoccupa un professionista o un'équipe e/o per le "situazioni complesse" che coinvolgono contemporaneamente più aree problematiche di cui occuparsi: sociali, accademici, psichiatrici, somatici, e/o educativi.

La valutazione della richiesta procede seguendo un iter che prevede la raccolta dei dati clinici arrivati tramite contatto telefonico o per email alla segreteria della MDA. Durante la riunione settimanale tutte le nuove domande sono analizzate e, se necessario, i colleghi che hanno segnalato la situazione vengono contattati per ottenere delle informazioni complementari. Infine, l'équipe della MDA restituisce al professionista che ha sollecitato l'équipe le conclusioni dell'analisi della situazione e la proposta d'intervento.

Diversi tipi di risposte sono proposte ai professionisti che hanno sollecitato la MDA:

- Nel 62% dei casi gli elementi clinici raccolti dal professionista di riferimento indicano immediatamente l'indicazione per una presa in carico (Centro Medico Psicologico, intervento individuale, psicoterapia familiare). In questi casi la MDA propone un orientamento diretto verso un

professionista o una struttura in grado di fornire una presa in carico e/o delle cure adeguate.

- Nel 25% dei casi la MDA propone una valutazione dell'adolescente e/o della famiglia su appuntamento presso la stessa MDA individuando per ogni situazione, la migliore modalità di incontro dell'adolescente e della sua famiglia (multidisciplinare, confidenziale, consulenza gratuita, possibilità di accogliere il giovane adulto solo).

- Nel 3 % dei casi, la MDA propone un incontro multi professionale per elaborare la risposta da dare all'adolescente o alla famiglia: vengono allora riuniti tutti i professionisti che lavorano sulla stessa situazione (intervisione) senza incontrare direttamente il giovane o la sua famiglia.

Prima della consultazione la MDA propone ai genitori/entourage e agli adolescenti di riempire un questionario, più che per avere semplicemente delle informazioni, per mettere l'adolescente in una posizione attiva rispetto alla richiesta d'intervento.



Questionnaire ADOLESCENTS et JEUNES ADULTES

A remplir par la MDA

N° dossier :
 Questionnaire parent

Vous venez consulter à la Maison Des Adolescents Yvelines Sud. Vous pouvez, si vous le souhaitez, remplir ce questionnaire anonyme et confidentiel. Il nous aidera à mieux comprendre les adolescents. Merci de le remettre ensuite au professionnel qui vous recevra, vous pourrez alors si vous le souhaitez en discuter avec lui.

Qui vous a adressé vers la Maison des Adolescents Yvelines Sud ?					
Mon âge :ans		Mon sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
	Oui	Non		Oui	Non
Je pratique une activité physique régulière (au moins 2 heures par semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je prends des médicaments en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un régime alimentaire particulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je saute souvent un repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'ai déjà fumé du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aimerais pouvoir diminuer ou arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En vélo, moto, rollers ou skate, je porte toujours une protection (casque, genouillères, gants...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il y a des personnes autour de moi à qui je peux parler de ma vie amoureuse et amicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En voiture, j'attache toujours ma ceinture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je sais que mes vaccinations sont à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'autres adolescents comme vous parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns. Merci de répondre vous aussi par oui ou par non.

	Oui	Non		Oui	Non
Je suis satisfait de ma taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait de mon poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des problèmes de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'école, c'est un problème pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai souvent mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des règles douloureuses (spéciale fille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je sais quel métier j'aimerais exercer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je me sens à l'aise avec les jeunes de mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais ce que sont la contraception ou les infections sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'ai déjà subi une agression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis assez fatigué pendant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (elle) était triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive encore de faire pipi au lit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je suis triste assez souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma santé m'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je connais des personnes qui consomment des produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me réveille souvent la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je passe beaucoup de temps devant un écran (internet, console de jeu...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous le souhaitez, vous pouvez écrire ici d'autres questions ou remarques :

.....

.....

.....



Questionnaire PARENTS

A remplir par la MDA

N° dossier :

Questionnaire adolescent

Vous venez consulter à la Maison Des Adolescents Yvelines Sud. Vous pouvez, si vous le souhaitez remplir ce questionnaire anonyme, et confidentiel. Il pourra nous aider à mieux comprendre les situations des parents d'adolescents que nous recevons. Merci de le remettre ensuite au professionnel qui vous recevra, vous pourrez alors si vous le souhaitez en discuter avec lui.

Votre lien avec le jeune Mère Père Autre, précisez :

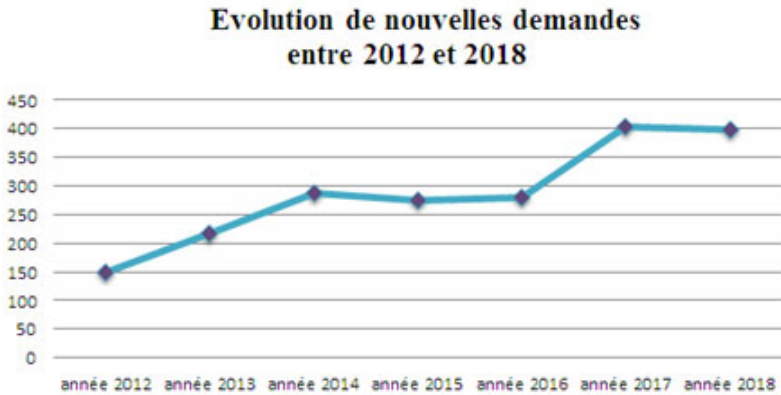
- ❖ Age du père ans
- ❖ Age de la mère ans
- ❖ Nombre et âge des (demis) frères et sœurs
-
-
-
- ❖ Age du jeune concerné ans
- ❖ Sexe du jeune concerné Féminin Masculin
- ❖ Profession du père
- ❖ Profession de la mère
- ❖ Qui vous a adressé vers la Maison des Adolescents Yvelines Sud ?

<ul style="list-style-type: none"> • Trouvez-vous que votre enfant est généralement en bonne santé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Trouvez-vous que vos relations avec lui sont satisfaisantes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Pensez-vous qu'il y ait eu des événements de vie ayant pu le déstabiliser ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquels : • Votre enfant a-t-il déjà subi une agression ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Trouvez-vous que votre enfant a tendance à être déprimé en ce moment ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • L'a-t-il déjà été auparavant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Votre enfant fume-t-il ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Votre enfant boit-t-il de l'alcool ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Votre enfant rencontre-t-il des difficultés pour dormir ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Votre enfant a-t-il bon appétit ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Votre enfant a-t-il des amis ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Trouvez-vous qu'actuellement il se débrouille bien en classe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • Etes-vous toujours au courant de ses activités hors école ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • S'il sort le soir, savez-vous toujours où il est ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre enfant a-t-il un pédiatre ou médecin traitant ? Si oui lequel ?..... • Votre enfant prend-il des médicaments en ce moment ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels : • Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Si oui de quoi ? • Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Si oui pourquoi ? • Votre enfant a-t-il des suivis spécifiques en cours, si oui lesquels ?..... • En a-t-il eu par le passé ? si oui lesquels ? <p><i>Si vous le souhaitez, vous pouvez écrire ici d'autres questions ou d'autres remarques :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

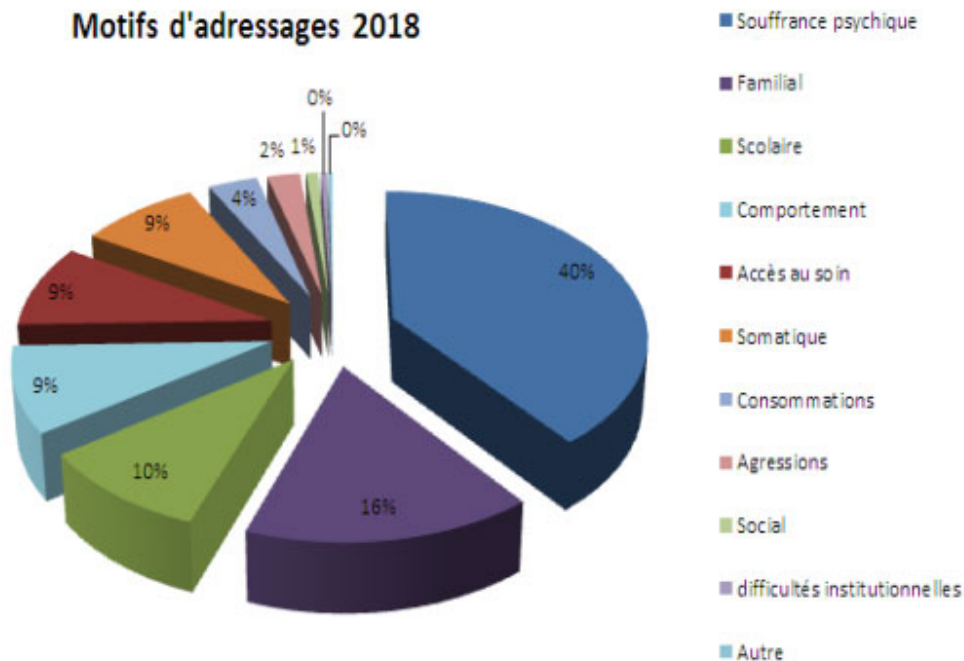
Una volta deciso il tipo d'intervento, avviene l'incontro con l'adolescente, la famiglia, e/o gli altri attori implicati nella situazione e si procede alla raccolta dei dati che permettono di contestualizzare la situazione e decifrare la problematica. L'attenzione sarà posta sugli elementi biografici attraverso l'anamnesi personale (il passato personale e la storia scolastica), l'anamnesi familiare e quella ambientale.

Rispetto alla situazione attuale dell'adolescente, della famiglia e/o dell'ambiente allargato, la valutazione verterà su molteplici aspetti, tra cui l'aspetto somatico, psicologico, familiare, sociale, scolastico, oltre che all'osservazione della rete (professionale, amicale, familiare) dell'utente.

Di seguito presentiamo qualche dato di funzionamento della MDA e in particolare i dati dell'anno 2018. Come (lo) mostra il grafico, il numero di nuove domande è in aumento costante dall'apertura della MDA nel 2012.

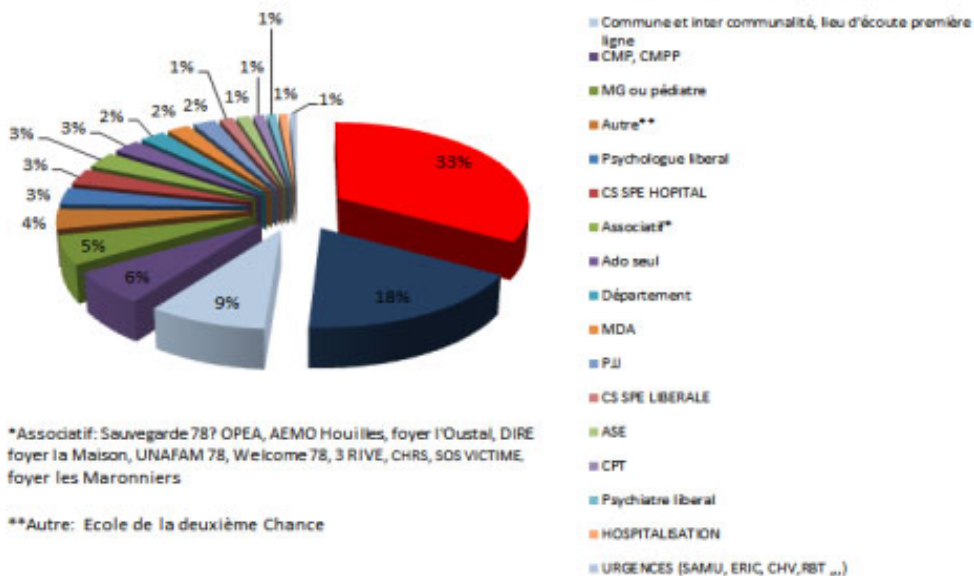


Durante l'année 2018, la MDA si è occupata di 462 situazioni di adolescenti e/o famiglie (tra cui 399 nuove richieste). 120 situazioni di adolescenti e/o famiglie hanno beneficiato di almeno un incontro con l'equipe. I motivi di richiesta sono vari benché la sofferenza psicologica sia il più frequente.



Un terzo delle richieste proviene direttamente dai genitori. Il 20% dall'istituzione scolastica.

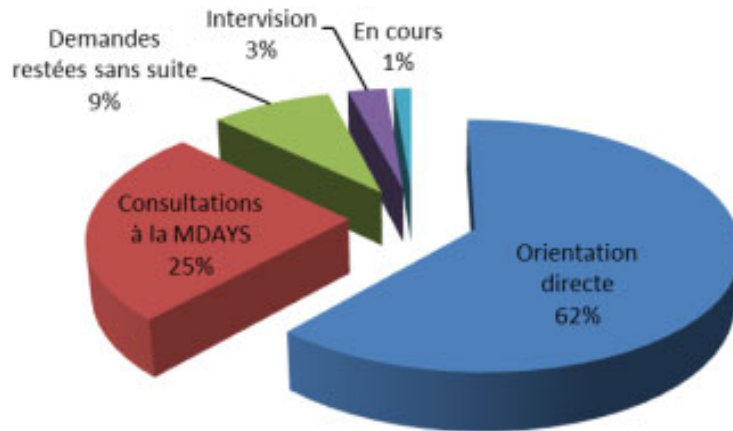
Répartition des adresseurs 2018



Queste 462 situazioni hanno dato luogo a 2.676 interventi così distribuiti:

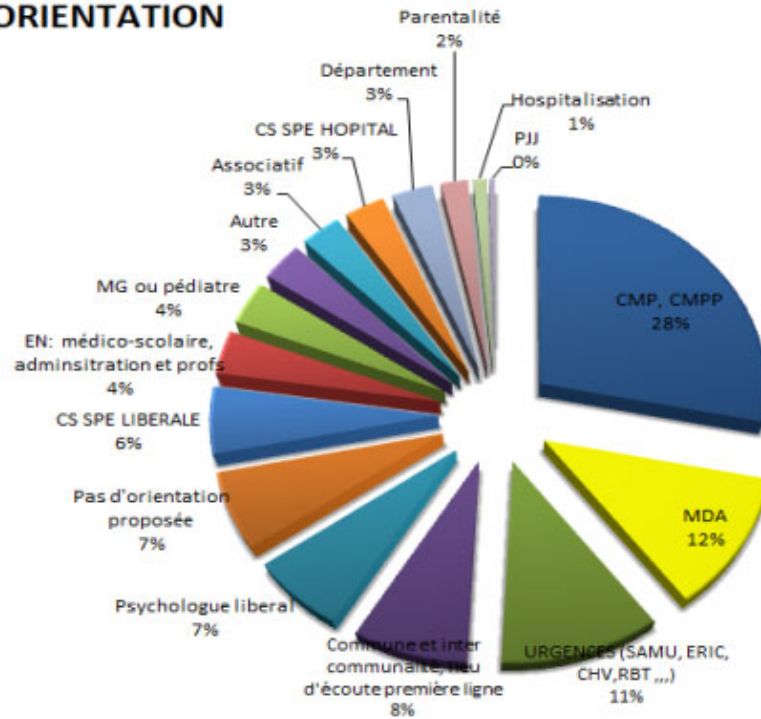
- 191 consultazioni
- 1.991 atti telefonici
- 434 e-mail
- 22 e-mail/fax
- 24 incontri di intervizione per situazioni adolescenziali complesse

REPONSE MDA 2018



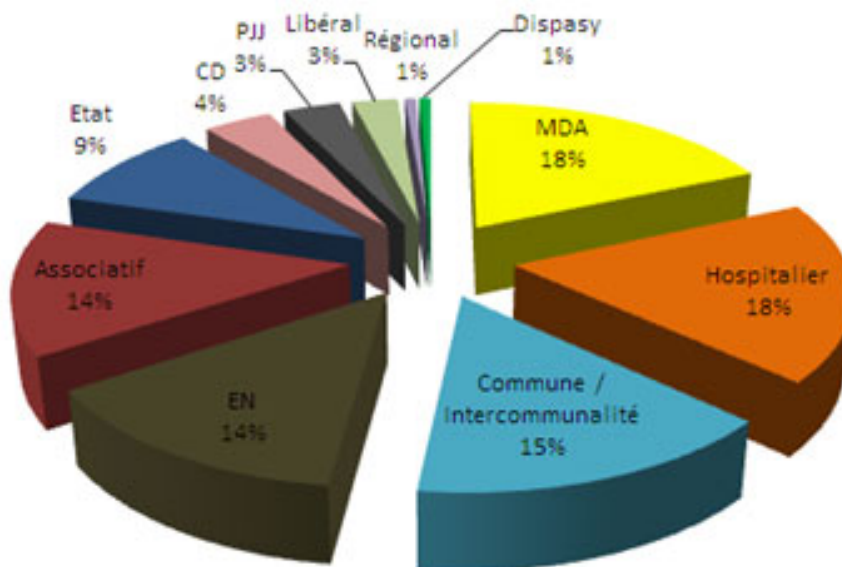
Il 62% delle situazioni sono state orientate direttamente verso strutture specifiche e il 25% sono state ricevute nella MDA. La varietà dei tipi d'orientamento proposti illustra chiaramente la funzione di coordinamento che svolge la MDA e l'importanza del lavoro collaborativo svolto con la rete partenariale.

NATURE DE L'ORIENTATION



Il lavoro in rete è un aspetto centrale dell'intervento della MDA: nel 2018 la MDA ha collaborato con 78 diverse strutture di partenariato.

Répartition des partenaires par structure en 2018



Le attività di partenariato sono eterogenee e si svolgono su vari livelli.

Con il Consiglio Dipartimentale (l'organismo amministrativo che corrisponderebbe in Italia alla Provincia) esiste un partenariato clinico, di cui riportiamo due brevi vignette cliniche:

- MDA – Educazione Nazionale – Tribunale Minorile: sollecitazione della MDA da parte della madre di un ragazzo di 16 anni per problemi comportamentali a casa e assenteismo scolastico. Segue una valutazione multidisciplinare alla MDA e partecipazione a incontri regolari presso la scuola per sostenere l'incontro della madre con la scuola. Durante l'estate, la madre parte per l'estero lasciando il giovane senza accesso al domicilio. Viene così comunicato alla madre della redazione da parte della MDA di una segnalazione ai Servizi Sociali. In settembre, la madre chiama la MDA quando riceve la lettera di convocazione del Tribunale per la conclusione della valutazione. Viene concordato con il Tribunale che la MDA accompagni la madre all'incontro al Tribunale.

- MDA - Tribunale Minorile – CMP (settore medico-psicologico territoriale): Sollecitazione della MDA da parte di un medico generico per la valutazione di una giovane in sofferenza psicologica. Valutazione multidisciplinare alla MDA. Raccomandazione di presa in carico sul settore medico-psicologico territoriale (CMP), rifiutata dalla giovane e dalla madre ma accettazione di un Aiuto Educativo a Domicilio. Ripetizione di atti di violenza (fuga con arresto della polizia, scarificazione con chiamata al 15 e ricovero dei 3 bambini in pediatria). Incontro tra più professionisti: MDA+Tribunale+madre+giovane per rinnovare l'indicazione della presa in carico presso il settore medico-psicologico territoriale (CMP) e coordinamento tra MDA e CMP.

L'attività di Partenariato con il Consiglio Dipartimentale avviene anche a livello istituzionale con incontri congiunti con diverse strutture socio-educative dove sono accolti gli adolescenti: l'AEJF (Actions Éducatives Jeunesse et Familles) e la PAJE (Point Accueil Écoute Jeunes) di Versailles et le scuole di Versailles.

Con la Protezione Giudiziaria Giovanile, sono altresì previsti i due livelli appena citati di partenariato, di cui riportiamo due esempi.

- Partenariato clinico: MDA-Lycée-UEAJ (Unité Educatives d'Activités de Jour)-Tribunale (continuazione della situazione più in alto): di fronte all'aumento dell'assenteismo scolastico è stata proposta una riunione congiunta Lycée-UEAJ-MDA per una riorganizzazione degli orari scolastici. Si è giunti ad un accordo di partenariato Lycée – UEAJ che prevede, rispetto al disinvestimento del giovane dai sistemi esistenti, l'organizzazione di un aiuto educativo a domicilio e organizzazione da parte dell'MDA di un incontro presso la scuola superiore che riunisce: professionisti della scuola, l'UEAJ, il Tribunale e la MDA.

- Partenariato istituzionale: Invito dell'UEAJ all'incontro delle equipe delle Yvelines Sud implicate nella rete d'intervento. Intervento organizzato dall'MDA con professionisti di varie istituzioni del territorio (Centre d'Orientamento Scolastico/Professionale, l'Ufficio d'Informazione della Gioventù, l'équipe per il successo educativo, Le Point Accueil Écoute Jeunes, les Missioni Locali) e invito dell'UEAJ a un intervizione organizzata dalla MDA per la sua competenza educativa.

- Infine la MDA prevede attività di partenariato anche con il settore sanitario e medico-psicologico. Di seguito, alcuni esempi:

- Partenariato clinico: Estensione ad altri settori della psichiatria infantile del modello di partenariato in atto con il CMP Adolescenti di Versailles per la valutazione di situazioni adolescenziali che non sembrano immediatamente richiedere cure medico-psichiatriche multidisciplinari o che meritano di essere precisate.

- CMPP (settore medico-psicologico associativo) -MDA: crescenti richieste alla MDA da parte dei CMPP (Voisins, Versailles) per l'implementazione di intervizioni intorno a situazioni complesse.

- Partenariato istituzionale: Presentazione della consultazione per lo psicotraumatismo organizzata dal Servizio di Psichiatria Universitario di Versailles durante l'ultimo incontro di partenariato Yvelines Sud a Guyancourt.

Accoglienza individuale e collettiva e fiducia epistemica

Come mostrano i dati dell'attività e i tipi di intervento che vengono proposti dalla MDA, una parte importante dell'attività della MDA è di orientare gli adolescenti e le famiglie. Il ruolo della MDA è innanzitutto di identificare i bisogni dell'adolescente e della famiglia e proporre una risposta adatta alla situazione che sia psicologica, medico-psichiatrica, educativa, somatica, scolastica, giudiziaria o amministrativa. In questo senso, la multidisciplinarietà dell'analisi della domanda è un elemento essenziale per non proporre una risposta automatizzata. Non tutti gli adolescenti necessitano di un intervento psicologico o non tutti gli adolescenti sono in grado di accettare un intervento psicologico. In molte situazioni, un intervento alternativo (educativo, di sostegno pedagogico, di sostegno alla famiglia, di aiuto sul piano amministrativo o giuridico) è non solo più fruibile, ma anche più pertinente al bisogno dell'adolescente.

Un punto centrale è la considerazione dei diversi professionisti che intervengono con l'adolescente e la sua famiglia è quello di essere considerati come una fonte utile d'informazione a cui attribuire un valore. Questa dimensione di fiducia attribuita all'interlocutore è probabilmente più importante del contenuto delle informazioni che i vari professionisti possono proporre all'adolescente. La letteratura scientifica recente ha proposto di chiamare questo processo con il termine di *fiducia epistemica* (Fonagy ed al. 2019). La fiducia epistemica consiste in un insieme di meccanismi cooperativi, sviluppati durante l'evoluzione con una funzione adattativa, che permette l'accettazione di nuove informazioni considerando il loro contenuto ma anche l'autorità della fonte. Se una persona si fida della fonte dell'informazione, sarà pronta a interpretarne il contenuto come rilevante per se stessa e applicabile alla propria comprensione del mondo senza la necessità di elaborare l'informazione per conto proprio. Nel contesto delle relazioni di sostegno (che siano psicoterapeutiche o non), se l'adolescente percepisce l'interlocutore come una fonte di informazioni rilevante per se stesso, allora potrà sviluppare una certa "fiducia epistemica" che gli permette di accettare l'informazione e di generalizzarla al di fuori della relazione specifica. La fiducia epistemica si sviluppa in ogni individuo grazie alle risposte sensibili che le figure di attaccamento hanno dato ai segnali del bambino riconosciuto come un essere dotato di intenzionalità. In

generale, qualsiasi comunicazione caratterizzata dal riconoscimento di colui che ascolta come agente intenzionale aumenta la fiducia epistemica e la probabilità che la comunicazione sia considerata come pertinente, generalizzabile e da mantenere in memoria come rilevante. La chiave dell'apprendimento nella relazione consiste nel riconoscere l'agentività individuale, la capacità di essere un agente attivo dell'esperienza. Abbiamo tutti una narrazione personale e la comprensione di questa narrazione da parte di un'altra persona crea il potenziale per la fiducia epistemica. La percezione della comprensione da parte dell'altro della narrazione personale genera la fiducia epistemica. Per questa ragione una dimensione essenziale dell'incontro con l'adolescente è quella di creare le condizioni che permettano a quest'ultimo di sentirsi riconosciuto nella propria intenzionalità. Poiché la fiducia epistemica è essenziale per l'effetto terapeutico, i professionisti che intervengono in questa fascia d'età devono porsi innanzitutto la questione della loro "credibilità" agli occhi di adolescenti che hanno fatto l'esperienza ripetuta di non essere stati considerati nella loro intenzionalità essendo spesso cresciuti in ambienti ostili agli stati mentali. Questa esperienza ha installato in questi adolescenti una *vigilanza epistemica* estrema, rigida e inflessibile che rende difficile dar fiducia agli altri e lasciarsi trasformare dall'esperienza relazionale. Per poter ricostruire questa fiducia epistemica, alcuni ingredienti sono indispensabili. Per far vivere all'adolescente l'esperienza di essere riconosciuto nella propria soggettività, i professionisti che lo incontrano devono mostrarsi curiosi, consapevoli del fatto di non avere un sapere caratterizzato dalla certezza ma dall'apertura al dubbio, devono essere focalizzati sulle emozioni dell'adolescente e non sui suoi comportamenti ed essere umili nel riconoscere i propri errori, occasione unica per mostrare la disponibilità a rimettere in questione le certezze. Questa postura implica uno stile d'intervento attivo e un'enfasi sul processo, sul *hic et nunc*, più che sul contenuto. Ingaggiandosi con l'esperienza soggettiva dell'adolescente, il professionista che interviene può sperare di ristabilire un certo grado di fiducia epistemica. Questo impegno e questa dedizione nel cercare di comprenderne la soggettività è suscettibile di portare il paziente a riconsiderare la percezione di se stesso e degli altri e le sue relazioni come opportunità per scoprire elementi utili e soddisfacenti della sua vita. L'esperienza di essere compresi dagli altri, in particolare l'esperienza di

sentire la propria soggettività pensata da un'altra persona, apre un percorso essenziale che si potrebbe chiamare "autostrada epistemica": la possibilità di interiorizzare sulla base dell'esperienza nuove conoscenze che siano al tempo stesso rilevanti per se stessi e generalizzabili al mondo. Si tratta di riaprire la mente a una pedagogia naturale, costantemente potenziata in campo interpersonale e sociale. L'esperienza di essere pensato e compreso dall'altro è un attacco duraturo alle credenze rigide e inflessibili e permette il riemergere della capacità di apprendere all'interno del mondo interpersonale e sociale. È questo riemergere della capacità di imparare dalla propria esperienza che è alla base del successo psicoterapeutico duraturo.

E nelle situazioni di adolescenti difficilmente abordabili?

Gli adolescenti che sono in grande difficoltà sono spesso quelli che presentano la più grande vigilanza epistemica che gli impedisce di utilizzare gli aiuti che vengono loro proposti, di conseguenza spesso questi adolescenti non riescono ad accedere ad un lavoro terapeutico individuale. Una parte ancora più importante delle azioni della MDA è allora rivolta alla rete dei professionisti presenti nel territorio. Si tratta di un lavoro indiretto di coordinazione. Questo tipo di intervento trasforma la visione abituale che mette l'adolescente al centro dell'intervento e valorizza le competenze cliniche dei vari professionisti per proporre una visione alternativa che mette al centro dell'intervento uno dei professionisti implicati nel dispositivo costruito intorno all'adolescente. Si può trattare di un educatore, di un insegnante, di un allenatore sportivo o maestro d'arte. Il compito della rete diventa allora quello di sostenere la figura professionale che ha una certa credibilità agli occhi dell'adolescente e della famiglia e che rappresenta un interlocutore degno di fiducia attraverso il quale l'informazione trasmessa è ricevibile. Si tratta allora di creare una dinamica di rete capace di sostenere il cambiamento dell'adolescente attraverso l'intervento di un avamposto di fiducia sostenuto dagli altri interlocutori.

La ricerca « *ecout'emoi* »

Una parte importante degli adolescenti in difficoltà provengono da ambienti socio-educativi fragili dove alle difficoltà psicologiche si aggiungono le difficoltà economiche. I servizi pubblici, molto sollecitati dagli utenti, sono spesso in difficoltà per proporre degli interventi psicoterapeutici individuali, ma, per molti adolescenti che necessiterebbero di un intervento psicoterapeutico, il costo di una psicoterapia non è accessibile. Per favorire l'accesso alla psicoterapia a un numero maggiore di adolescenti, l'Agenzia Regionale della Salute e il Dipartimento Nazionale dell'Educazione hanno lanciato un esperimento nazionale che si propone di valutare l'interesse di un accesso facilitato alla psicoterapia tramite il rimborso di 12 consultazioni (di cui due con la famiglia). Il progetto, pilotato dalla MDA, riguarda giovani di età compresa tra gli 11 e i 21 anni, che mostrano segni di sofferenza psicologica e che hanno accettato di partecipare al programma (per i minori è necessario il consenso di entrambi i genitori). L'obiettivo è ridurre la sofferenza psicologica dei giovani migliorando il percorso di salute e la qualità del coordinamento dei vari attori.

Il primo passo della ricerca prevede l'identificazione dei segnali psichici di sofferenza da parte di persone vicine ai giovani: parenti, professionisti dell'Educazione Nazionale, dell'istruzione superiore, professionisti della salute, educatori, ecc. Viene così attivata la MDA per attivare il contatto con un medico (pediatra, medico psicologo o generico dell'Educazione Nazionale) che valuterà la situazione globale del giovane. Successivamente, nel caso in cui la valutazione lo consideri necessario, è possibile proporre fino a 12 consulenze psicologiche in studio privato prescritte dal medico che ha eseguito la valutazione. In caso di situazioni più complesse il giovane viene indirizzato dal medico di valutazione alle MDA, agli psichiatri o, se necessario, alle emergenze.

Per facilitare la comunicazione tra gli attori coinvolti nell'esperimento, sono state scritte lettere di collegamento standardizzate. Inoltre, test e scale sono a disposizione del medico valutatore o dello psicologo per affinare la valutazione.

La consultazione con il medico valutatore, fatturata come consultazione complessa (50 euro), è coperta dall'assicurazione medica secondo le regole

del diritto comune. L'importo della consulenza dello psicologo è fissato a 32 euro rimborsate allo psicologo dall'assicurazione. Non è previsto alcun anticipo a carico dei giovani. Il costo delle consultazioni è finanziato direttamente dall'assicurazione (CPAM) (per i medici di base) e dall'Agenda Regionale della Salute (ARS) (per gli psicologi liberali).

Conclusioni e prospettive

La MDA propone un modello multidisciplinare interessante che cerca di raggiungere un equilibrio tra l'intervento clinico individuale e l'azione di coordinamento della rete territoriale a fronte di un aumento costante del numero di richieste (situazioni adolescenziali, richieste d'informazione, sviluppo di progetti, azioni di partenariato) che obbliga il sistema sanitario a diversificare i livelli d'intervento. L'obiettivo della MDA è di continuare a riflettere su come proporre degli aggiustamenti flessibili dei modelli d'intervento tenendo conto dei livelli individuali e inter-istituzionali con un'attenzione costante a creare le condizioni di una nuova fiducia epistemica dell'adolescente e della sua famiglia capace di permettere loro di utilizzare le proposte d'aiuto che vengono loro offerte.

LUOGHI TRANSIZIONALI. IL CONFINE E LO SGUARDO

Savina Cordiale

“...trovare amici al momento del risveglio...”
Calderon della Barca.

Winnicott, con il concetto di area transizionale, ha aperto nuovi orizzonti alla cura psicoanalitica. La comprensione dell'adolescente e del giovane adulto non può non tener conto di questo spazio, di questa zona, profondamente personale e nel contempo profondamente legata alla cultura, quindi alla società, in cui gradualmente si elabora e si sviluppa uno spazio condiviso, “né totalmente soggettivo né totalmente oggettivo” (Winnicott 1971), che farà della persona in divenire un membro del gruppo a pieno titolo.

La teoria di Winnicott che si è sviluppata sulla funzione fondamentale della madre in relazione al bambino, pone la creatività al centro del rapporto primario, fin dall'inizio della vita. Secondo l'Autore, la creatività primaria è essenzialmente una pulsione innata verso la salute mentale ed è inestricabilmente legata con altri temi importanti. In primo luogo, la necessità dell'“illusione” nel rapporto del bambino con la madre: l'illusione del bambino di “creare” la madre laddove ne ha bisogno. Questo collocare l'oggetto al posto giusto e al momento giusto è qualcosa che può avvenire solo se la madre è in uno stato interno di “preoccupazione materna primaria” (Winnicott 1956), cioè è identificata con il bambino e di conseguenza, ad un livello molto profondo, tenta di indovinarne i bisogni.

In partenza, dice Winnicott “il neonato vive in un mondo soggettivo o concettuale che sfocerà solo dopo una lunga evoluzione nella percezione oggettiva”. Questo “scarto concezione – percezione”, questa necessaria disillusione a partire dall'illusione origina sia dall'atteggiamento

dell'oggetto reale, sia dal lavoro psichico del soggetto (Winnicott 1971, pag. 147).

Si viene così a creare tra madre e bambino una Area intermedia, che rappresenta l'area dell'esperienza concessa al bambino tra la creazione primaria e la percezione oggettiva basata sull'esame di realtà. La dimensione creativa, cognitiva ed affettiva vi si trovano quindi all'origine riunite.

Fondamentalmente, l'esperienza culturale comincia nella fase precoce del rapporto intimo della coppia madre – bambino; nella misura in cui è facilitante, determinerà nel bambino l'illusione di “creare il mondo” e, sulla base di questa esperienza, il bambino potrà iniziare a sviluppare ed elaborare un processo di disillusione intorno al fatto di “non aver creato il mondo”. Per essere aiutato nel suo percorso dall'illusione alla disillusione, il bambino sano userà un oggetto transizionale e, in questo ambito, sarà particolarmente importante l'atteggiamento di entrambi i genitori nei confronti dell'oggetto transizionale scelto dal bambino.

Nel percorso di soggettivazione, è sulla base della sensazione di aver creato il mondo che si costruisce ogni altra cosa significativa. Non ci può essere disillusione senza aver avuto prima di tutto l'illusione, non ci può essere svezzamento se prima non c'è stata una buona esperienza di nutrimento. Non ci può essere il fare se prima non c'è stato l'essere, dato che: “La creatività è il fare che emerge dall'essere. Essa indica che colui che è, è vitale. L'impulso può essere silente, ma quando la parola “fare” diventa appropriata, qui è presente la creatività. La creatività, allora, consiste nel conservare nel corso della vita qualcosa che appartiene all'infanzia: la capacità di creare il mondo” (Winnicott 1970, pag. 31-32).

In adolescenza lo spazio transizionale ritrova la stessa tripla dimensione: creativa, cognitiva ed affettiva. Si aggiunge, però, un elemento nuovo e fondamentale, la necessità di condivisione con altri psichismi. Questa specificità pone in rapporto la relazione di oggetto e la conoscenza oggettiva articolandoli in un terzo spazio che a sua volta li alimenta. Si crea “un sistema capace di dare senso e realtà vivente all'insieme uomo – mondo, senza altro fondamento in fondo (e ciò per il fatto stesso della sua origine) che quello di una convinzione, elaborazione ultima di una

successione di illusioni il cui primo modello è quello dell'oggetto concettuale emerso dall'incontro con la madre" (Cahn 2000, pag. 153).

Il campo della transizionalità illustrerà anche il destino delle differenti soluzioni psichiche trovate dall'adolescente nel suo percorso di soggettivazione che, oltre alla dimensione affettiva e cognitiva, implica infatti la dimensione creativa, nel senso della scoperta di sé che emerge attraverso la co-costruzione dello spazio stesso da parte di sé e dell'altro. Nella sua tridimensionalità questo spazio rappresenta dunque il luogo dell'intersoggettività.

L'adolescente si trova ad articolare in modo variabile i suoi conflitti con la realtà socio culturale dei genitori, in una dialettica complessa che si giova dell'alimento proveniente dall'oggetto. Il contatto con ogni adolescente ci pone di fronte al significato della sua concezione del mondo e ci troviamo a confrontarci con le ricche produzioni psichiche di questo periodo della vita, che possono assumere una funzione strutturante, di svincolo dal legame con le idealizzazioni infantili, di ancoraggio nel percorso di differenziazione, di autentica espressione di sé. Infatti, l'adolescente deve necessariamente volgere un altro sguardo verso il mondo, verso i propri rapporti e la propria identità. Deve abbandonare l'universo in cui l'adesione al desiderio e ai valori dei genitori era scontata e in cui la realtà dell'altro e del mondo erano stati fino ad allora i garanti della sua realtà. Ora, lo sguardo dell'adolescente non può non essere diventato diverso, in quanto diventa diversa la rappresentazione di sé che implicitamente o esplicitamente include un progetto. È particolarmente importante, quindi, creare un'apertura "su un terzo registro" (Cahn 2000), in cui realtà interna e realtà esterna si intrecciano e si mescolano fino a costituire uno spazio specifico, un'"area intermedia" sottesa dal campo dell'illusione.

Nella pratica clinica di Rifornimento in Volo possiamo incontrare adolescenti con gravi carenze o effrazioni nelle relazioni primarie che in questa fase della vita determinano riedizioni traumatiche di vario tipo, chiudendo il soggetto in una modalità di funzionamento che esclude o perturba gravemente il suo processo evolutivo. Si evidenziano allora nell'adolescente i segni della chiusura in un sistema difensivo rigido, immobile o difficilmente trasformabile. Un "ritiro" in cui, pur permanendo

contraddizioni interne, ogni domanda determina risposte e costruzioni che ergono barriere contro le possibilità di rimaneggiamento totali o parziali.

La cura degli adolescenti in stato di blocco evolutivo ha bisogno di luoghi transizionali, di un sistema di interventi clinico terapeuti integrati e plurifocali, individuali e gruppali, che attraverso la costruzione di una relazione significativa di sostegno psicologico, di rispecchiamento e di identificazione, possano traghettare l'adolescente verso la scoperta dell'Altro, realmente percepito, riguardo all'appartenenza ad un insieme coerente e continuo da consentire di sopportare le opposizioni e i conflitti, senza rischiare di essere distrutti dalle scissioni.

Nei dispositivi clinici del Compagno Adulto, dei Laboratori Psicoeducativi, del "Compagno di viaggio" per gli adolescenti migranti, l'adolescente o il gruppo adolescente incontra nella relazione di cura un altro modo di ascolto, un altro modo di risposta, un contenimento e un rispecchiamento che può avere un effetto trasformativo, nel senso più ampio del termine, in quanto l'ascolto empatico si intreccia con il bisogno dell'adolescente che gli venga riconosciuto ciò che attiene al proprio funzionamento mentale e alla possibilità di disporre.

Questi dispositivi, di cui leggerete ampiamente nelle pagine seguenti, sono delle unità complesse di cura ad indirizzo psicoanalitico, che nelle loro diverse articolazioni intra e interistituzionali rappresentano una specifica modalità di relazione nell' "essere", nel "fare" e nello "stare", in senso winnicottiano, con l'adolescente sofferente (Cordiale 2019). Una modalità in cui, l'operatore e i clinici coinvolti nel sistema di cura, possano prevedere di mantenere un setting interno flessibile, che è prima di tutto attenzione al livello controtransferale, preziosa bussola per la nostra possibilità di accogliere e reagire al vissuto dell'adolescente in modo che possa realizzarsi una condivisione senza pregiudizio interno, una scoperta in cui qualcosa di creativo può accadere ed emergere nel mondo interno dell'adolescente.

Per concludere, immaginiamo i luoghi transazionali, nel linguaggio di Winnicott, come uno spazio di confine, una zona neutra di incontro e di creazione di legami. La posizione transizionale allarga gli orizzonti psichici, facilita l'intersoggettivo, come quello spazio tempo fra due soggetti fra cui

avviene il legame. Lo *sguardo* empatico dell'Altro, referente adulto testimone del metodo di cura, sostiene il Sé, il soggetto adolescente, tra l'amore del gioco e l'oggetto.

Viene dunque proiettato un corto, per la regia di Stefano Amati, intitolato "Il tempo per le parole":

<https://www.youtube.com/watch?v=kGhp2HKpwDo&feature=youtu.be>

ADOLESCENZE NASCOSTE: IL COMPAGNO ADULTO TRA DISCESE, ATTESE E SENTIERI DI RINASCITA

Diana Burratti, Aaron Henrich, Katuscia Zerbi

Il Compagno adulto è un intervento domiciliare, di tipo individuale attivato in tutte quelle circostanze in cui ci troviamo davanti a adolescenti che non riescono ad utilizzare la parola come strumento principe di comunicazione e di creazione del rapporto e della relazione con l'Altro (Montinari 2006; Cordiale, Montinari 2012). L'intervento specialistico si pone così come risorsa potenziale per lo sviluppo di una relazione d'aiuto all'interno del contesto di vita del ragazzo; Adolescente e Compagno adulto si trovano a trascorrere del tempo (strutturato secondo una modalità specifica in termini di metodologia – il riferimento psicoanalitico e di setting – generalmente due ore per due volte a settimana con giorni ed orari precisi) condividendo attività di interesse del ragazzo e individuando in esperienze concrete condivise nuovi significati.

Introduzione teorica

È all'interno del contesto clinico del Compagno adulto che nasce la riflessione che proveremo a condividere in questa giornata e che riguarda il modo in cui nel corso del tempo abbiamo assistito a un cambiamento delle forme della sofferenza dei nostri pazienti. Trasformazione che ci ha messo nelle condizioni di dover rivisitare anche il nostro vertice di osservazione interna, così da poter meglio modulare e adattare il nostro sguardo clinico verso di loro.

Negli ultimi anni, e sempre più spesso, abbiamo avuto modo di osservare un mutamento della sintomatologia presentata dai nostri adolescenti. Gradualmente ma progressivamente l'asse della sofferenza, e

della domanda, sembra essersi spostato da un piano in cui erano gli agiti e l'esternalizzazione del dolore psichico ad essere in prima linea, ad una dimensione in cui il ritiro e la sottrazione del corpo dalle relazioni sembrano esprimere l'apice del disagio. Fino a qualche anno fa, l'intervento veniva richiesto (tramite i Servizi territoriali socio-sanitari) per tutti quei casi in cui gli adolescenti avevano appena avuto un break-down o erano a rischio di crollo e che presentavano elementi insistenti che potevano far pensare ad uno sviluppo della loro personalità in senso fortemente psicopatologico (ci riferiamo ai disturbi di personalità e agli esordi psicotici). Oggi, i presupposti ci sembrano invariati; ciò che ci sembra di rilevare, invece, è l'affiancarsi a questi casi di un'altra forma sintomatologica che include fattori ambientali che segnalano l'incapacità del sistema di cogliere ed accogliere la sofferenza degli adolescenti: siamo passati dal seguire adolescenti devianti, a rischio di criminalità, antisociali, con forte predisposizione all'agito, alla promiscuità sessuale e condotte aggressive che spesso conducevano al ricovero, ad adolescenti che invece sembrano seguire un trend potremmo dire "in passivo" riguardo all'espressione del proprio disagio. Ci sembra di assistere sempre meno spesso a racconti di Compagni adulti che seguono i loro adolescenti per strada o in un turbinio di salite e discese dagli autobus, o ancora che riescano a contattare i gruppi sociali che gli adolescenti frequentano.

Spesso, nei racconti fatti nei gruppi di monitoraggio clinico settimanale in cui gli operatori rendicontano lo stato della relazione, ci troviamo ad ascoltare storie di adolescenti chiusi, ritirati nelle loro case, relegati nelle loro stanze, in cui il mondo reale è spesso stato sostituito dal mondo virtuale in una condizione esterna evocativa di un mondo interno sempre più povero di riferimenti che possano sostenere la nascita e lo sviluppo del Sé.

Col tempo ci è sembrato assumere una rilevanza sempre maggiore la condizione di isolamento; spesso assistiamo ad adolescenti che rimangono in disparte, che si nascondono, che si ritirano, arrivando a sottrarre il corpo dalle relazioni, collocandosi in uno spazio esterno/interno tra protezione ed isolamento.

Elementi comuni nella personalità degli adolescenti (maschi e femmine) che seguiamo sembrerebbero essere il ritiro da una realtà che viene sentita come troppo frustrante e angosciante insieme alla presenza di fantasie che permettono onnipotentemente di plasmarla a proprio piacimento. Fantasie che passano dal vivere in un mondo romantico e fiabesco, al sentirsi immersi in una dimensione perversa ed eccitata.

È in questo clima che sempre più spesso si inserisce e vive il Compagno adulto nei primi momenti della relazione. Con la sua presenza, il Compagno adulto, prova a testimoniare l'esistenza dell'adolescente e gradualmente "tra discese ed attese" prova ad inserire – tramite lo spazio della condivisione – esperienze che possano avere una valenza riparativa e trasformativa di vissuti interni e rappresentazioni di sé e delle relazioni danneggiati.

Abbiamo trovato molto utile, in questa declinazione dell'isolamento e della possibilità di emergere da questa condizione, il riferimento a Steiner (1996), il quale si è tanto occupato dei movimenti psichici che accompagnano il paziente nelle entrate ed uscite dal suo rifugio psichico: per l'adolescente, l'esperienza dell'essere visto può inizialmente provocare un disagio che va dall'imbarazzo alla vergogna, all'umiliazione in un crescendo di sofferenza quando l'aspetto narcisistico della personalità poggia su basi fragili e patologiche. L'esposizione ad un osservatore fa sperimentare un intollerabile senso di separatezza, di bisogno e di persecutorietà, che rispinge il soggetto nel suo "rifugio". È però in questo movimento di entrata ed uscita dal "rifugio" che si annida una possibilità trasformativa della difesa onnipotente in un processo evolutivo; ragion per cui la presenza del Compagno si rivela potenzialmente preziosa.

Abbiamo scelto per la presentazione clinica un caso di una adolescente femmina in grande difficoltà nell'affrontare l'adolescenza e le sfide che questa richiede.

Caso clinico⁴

Sara arriva ai Servizi all'età di 16 anni. Viene segnalata dal Servizio sociale del Municipio di appartenenza, all'interno del progetto di collaborazione tra il Municipio stesso e la Cooperativa sui casi di autorità

giudiziale. L'equipe, composta dall'assistente sociale del Municipio e da una psicologa della Cooperativa, propone per Sara un intervento di Compagno adulto bisettimanale per via dell'emergere di aspetti di grave ritiro della ragazza. Viene predisposto anche un setting di sostegno genitoriale quindicinale, a cura della coordinatrice del caso per la Cooperativa, la quale seguirà l'avvio e il processo clinico all'interno del gruppo settimanale di monitoraggio clinico, incluso nel contenitore più ampio del gruppo di metalivello ⁵.

La ragazza, al momento dell'avvio dell'intervento, vive chiusa in casa, ha abbandonato la scuola e non frequenta nessuno. L'unico legame con la realtà esterna è mantenuto dalla convivenza con la madre. Trascorre le sue giornate disegnando su una tavoletta grafica; attività che agli occhi della madre sembra relegarla sempre più nella sua tana.

Sara accetta l'intervento domiciliare ma nei primi mesi sarà molto difficile per l'operatrice riuscire ad intercettare la ragazza; spesso Sara si ritrova impossibilitata ad aprire la porta per via delle misure cautelative escogitate dalla madre per non metterla in pericolo mentre la stessa è a lavoro. I primi incontri passano dietro la porta per entrambe, salvo poi riuscire a vedersi e condividere un rifugio che appare come mortifero, in cui la ragazza non si lava, si fa trovare in pigiama e con un forte odore di chiuso in casa. Le cadute si fanno sentire forti per Sara e la sua Compagna adulta, che controtransferalmente si sente imbrigliata in un luogo dal quale è difficile uscire.

Col tempo sarà proprio lo strumento grafico a porsi come occasione per concludere l'alleanza nel rapporto con la Compagna adulta. La capacità della Compagna adulta di incuriosirsi alle storie che Sara mette in scena tramite il disegno e il riconoscimento della tavoletta come una potenzialità creativa sostengono ed incoraggiano la ragazza alla condivisione di aspetti importanti di sé stessa, facendo spazio a quei contenuti che teneva lontani e che favorivano processi di scissione e negazione della sua condizione psichica di profonda sofferenza. La possibilità di fare esperienza delle discese nel mondo interno di Sara, nel suo rifugio, la capacità di saper attendere senza nulla pretendere, percependo vissuti di impotenza e mortificazione, ha permesso alla coppia di risalire e scoprire pian piano il

sentiero di ripresa del processo evolutivo di Sara. Le potenzialità artistiche e l'uso condiviso dell'oggetto concreto hanno permesso la trasformazione del percorso di vita della ragazza, nella possibilità di dare voce o forma ai propri stati interni prima caotici e paralizzanti.

Con il tempo si configura una situazione familiare in cui, come spesso accade, Sara sembra rappresentare il sintomo, il segnale di un malessere familiare più generalizzato. Il lavoro d'équipe permette così ai vari referenti dell'intervento di occuparsi di ogni elemento della famiglia e di includere il padre, lasciando a Sara il compito e il piacere di riappropriarsi della sua vita e del suo percorso di crescita.

Conclusioni

Nel caso appena letto ci sembra emergano molto bene gli aspetti legati all'angoscia di esistere nella relazione con l'altro. Ci è sembrato evidente che la ragazza si trovasse imprigionata in quella casa costruita dall'identificazione proiettiva materna, laddove l'incontro con l'altro rappresentava qualcosa di potenzialmente pericoloso per la sua vita psichica. Possiamo ipotizzare che Sara abbia dovuto precocemente rapportarsi con due figure genitoriali emotivamente connotate da un alternarsi di assenza ed intrusione. Il poter sperimentare una relazione in cui guardare ed esser visti in un modo diverso, libero da fantasie proiettive è risultato fondamentale per la conferma narcisistica di Sara, ma anche per la costituzione del proprio senso di essere e di esistere; la presenza silenziosa, cauta e al tempo stesso viva e creativa della CA hanno permesso di riparare quelle aree psichiche così danneggiate e riconducibili alle prime fasi evolutive del bambino, a quella simbiosi che precede il raggiungimento dell'identità e dell'autorappresentazione. L'aver sperimentato una relazione accogliente e rispecchiante con la Compagna adulta ha permesso l'emergere degli aspetti adolescenziali che Sara temeva e negava: finalmente i suoi disegni hanno potuto accogliere le forme del corpo sessuato, ora rappresentabili e non più vissute in modo persecutorio.

⁴ L'esposizione del caso clinico viene in questa sede riassunta per motivi di privacy.

⁵ Il gruppo di metalivello è formato dai coordinatori psicoterapeuti dei gruppi di compagno adulto e dal coordinatore psicoterapeuta, responsabile dell'Area Intermedia della cooperativa. Tale assetto gruppale prevede incontri regolari volti a condividere, supervisionare e monitorare la pratica clinica e le ipotesi teoriche di riferimento in relazione allo specifico intervento di compagno adulto (Cordiale, Montinari 2012).

L'ADOLESCENTE E LA SUA SAGOMA: DAL SOGGETTO AL GRUPPO

Bianca Biagioli e Mario Manilia

Il laboratorio di gruppo psicoeducativo a orientamento psicoanalitico di Rifornimento in Volo si ritrova ogni settimana per due ore nei locali della Cooperativa. Il gruppo, ad oggi, è composto da due co-conduttori di ambo i sessi e da 9 ragazzi/e dai 15 ai 17 anni. Gli adolescenti che afferiscono al laboratorio presentano vari profili psicopatologici, dall'area nevrotica a quella psicotica, e hanno come comune denominatore le difficoltà di socializzazione con i pari. Si tratta di un gruppo aperto il cui nucleo storico sosta da tre anni e che al momento ha raggiunto il numero massimo di componenti, oltre il quale non vi sarebbe più uno spazio adeguato per consentire l'espressione di ciascuno. Gli incontri sono organizzati in tre specifici momenti: la fase iniziale di confronto sui temi proposti dai ragazzi stessi, una fase intermedia in cui si consuma insieme una merenda e infine una fase in cui si dà spazio ad attività concrete. Il laboratorio di gruppo fonda il suo intervento sull'utilizzo dell'oggetto concreto per poter accedere a contenuti simbolici e ad aspetti interni. Il gioco, spazio transizionale principe dell'esperienza creativa, consente infatti di sperimentare l'accesso alla simbolizzazione (Winnicott 1971). Sappiamo quanto il gruppo nella fase adolescenziale sia una risorsa essenziale di rispecchiamento e di rifornimento narcisistico grazie alla possibilità di diffrangere il transfert tra i vari membri del gruppo stesso e di alleviare così le angosce attivate dal ritorno del rimosso rieditato dal pubertario.

Sulla base di tali presupposti teorico/tecnici questa tipologia d'intervento è dedicata ad adolescenti che difficilmente riescono a portare aspetti di sé nei gruppi di pari ma che comunque sono caratterizzati da diverse tipologie di funzionamento: forte tendenza all'isolamento, difficoltà di regolazione degli impulsi, tendenza alla trasgressione dei limiti, un

funzionamento difensivo rigido e disadattivo (dissociazione, evitamento, fuga e angoscia).

La funzione gruppale riesce molto bene a contenere le diverse modalità di funzionamento facendo forza sui suoi stessi membri, guidati e sostenuti dai conduttori, anch'essi parte attiva della mente gruppale.

Per entrare nella dimensione clinica di questo gruppo, si è deciso di descrivere un particolare periodo che sembra ben spiegare un passaggio critico evolutivo dello stato gruppale.

A partire da settembre 2019, il gruppo ha attraversato un momento di crisi in cui si è osservato un funzionamento regressivo dovuto alla dirompenza del pubertario. Prima dell'estate questi aspetti erano appena accennati e si affacciavano timidamente con rimandi al corpo sessuato e all'incontro con l'altro da sé. Nello spazio gruppale, bloccato su aspetti propri di una libido "*dormiente*" (Freud 1905), si assisteva a scambi autoreferenziali di singoli (infanzia) seduti intorno ad un tavolo come se non si fosse dentro un gruppo di medio adolescenti. Poco alla volta le angosce legate all'avvento del pubertario hanno messo alla prova le precedenti modalità contenimento e gestione delle relazioni dei conduttori e di auto contenimento dei ragazzi: il gruppo fino a questo punto si attestava per tenere a bada le spinte del pubertario, funzionando come un gruppo in fase di latenza dove la scelta dell'oggetto, di tipo omofilico, spinge all'autoaffermazione referenziale a scapito della creazione del legame con l'altro. Il clima gruppale, prima organizzato su modeste oscillazioni, passa da contenuti sull'amicizia, sulla scuola, sul bullismo che esaltavano parti più accessibili e meno minacciose, mettendo in evidenza aspetti grandiosi e onnipotenti del sé infantile, a contenuti di natura eccitatoria come parole scurrili e volgari propri della prima adolescenza. Alcuni ragazzi hanno sottolineato come questa fase specifica del gruppo li abbia fatti sentire dei "selvaggi" in preda alla soddisfazione di bisogni primari: come la fame e le spinte eccitatorie. Tali fantasie nel gruppo si sono concretizzate con la verbalizzazione di parole che fanno riferimento ad organi sessuali, alla masturbazione e ad una particolare attenzione al momento della merenda propri dell'orda primitiva (Freud 1913).

Questi movimenti tribali/pulsionali, hanno preso il sopravvento sulla capacità di pensare e di sostare su tematiche portate dal gruppo. Nella prima parte degli incontri si è assistito progressivamente ad un attacco alla pensabilità: qualsiasi discorso proposto dai ragazzi veniva continuamente interrotto da battute, allusioni sessuali, prese in giro reciproche fino ad arrivare a veri e propri insulti che sfociavano in complesse e interminabili discussioni culminanti in prese di posizioni e formazione di sottogruppi.

Progressivamente questo clima di forte eccitazione e di facile eccitabilità, che ha comportato una grande fatica di contenimento sia nei conduttori sia negli stessi ragazzi, ha potuto dare un nome a queste angosce dirompenti. A seguito di uno di questi incontri gruppalmente particolarmente faticosi, la co-conduttrice dott.ssa Bianca Biagioli, ha sognato la caposala del servizio del DH adolescenti dell'Istituto di NPI di via dei Sabelli, dove ha svolto il tirocinio di formazione per il training in Psicoterapia Psicoanalitica per l'Adolescenza (ARPA).

Tale sogno è stato condiviso con il co-conduttore e letto come un tentativo di fare appello ad un'eredità culturale che ha dato la possibilità di rimettere in moto le capacità creative dei conduttori per lavorare sulle dinamiche pulsionali emergenti nel gruppo. Anche in virtù di queste sollecitazioni inconsce, i conduttori hanno sentito la necessità di riferirsi sia a spazi di pensiero dedicati come la supervisione settimanale per l'area laboratori sia a momenti di maggiore bisogno di confronto tra loro. Tali contesti di lavoro rappresentano un momento indispensabile per trattare i vissuti e le fantasie che emergono nel gruppo che investono e attivano nei conduttori dinamiche transferali massicce.

Sulla base di questi presupposti si è proposto al gruppo un'attività concreta, volta ad una maggiore rappresentabilità del proprio sé corporeo nello spazio condiviso, la riproduzione del profilo della propria figura a grandezza naturale. Per la realizzazione della propria sagoma è stato chiesto ai ragazzi di dividersi in coppie per delineare il contorno del corpo dell'altro stendendosi sul pavimento e utilizzando dei fogli di carta. I conduttori hanno stabilito quali fossero le coppie tenendo conto del sesso dei ragazzi e di quello che avrebbe potuto comportare il contatto corporeo tra di loro in un momento di grande eccitabilità. Tale primo compito ha

infatti suscitato imbarazzo anche tra i ragazzi dello stesso sesso portandoli a fare confronti sulla rappresentazione del corpo reale e immaginato proprio e altrui. Tale attività ha avuto anche l'intento di convogliare tali spinte eccitatorie verso la costruzione del sé, necessaria a consentire il passaggio dall'autoerotismo all'investimento sull'altro.

Per questo la consegna dei conduttori è stata quella di riempire le suddette sagome con elementi rappresentativi del proprio sé identitario utilizzando il codice espressivo del disegno e del collage. Un'altra parte della consegna dei conduttori è consistita, a sagoma completa, nella possibilità di narrarsi; il medium del gioco, dell'aspetto concreto del disegno ha consentito l'essere il traghettatore verso le narrazioni di sé, portando la rappresentazione dal segno alla parola.

Alcuni ragazzi hanno mostrato difficoltà a tracciare i contorni del corpo del proprio compagno sia a causa di una dispercezione di sé e dell'altro, ad esempio alcuni hanno rappresentato dei piedi enormi o una fisionomia deforme, sia a causa della vicinanza dell'altro e del confronto con questo. La posizione del corpo sul foglio è stata scelta dai ragazzi stessi: alcuni si sono rappresentati con le braccia alzate, le gambe piegate, la testa declinata ecc. La pubertà, segnando un momento di discontinuità del proprio sé, porta dei vissuti di alienazione rispetto al proprio sé corporeo che lo fanno percepire come mostruoso e irriconoscibile. L'attività proposta ha rappresentato concretamente tali fantasie inconsce legate alla metamorfosi adolescente (Novelletto 1983).

Per rendere più chiaro il lavoro che è stato svolto, abbiamo scelto tre delle sagome dei membri del gruppo, a nostro avviso rappresentative dei movimenti interni ed esterni dei ragazzi.



La prima delle tre sagome su cui vorremmo soffermarci, rappresenta a nostro avviso un'importante quota di angoscia distruttiva legata al corpo sessuato e l'impossibilità di rappresentazione dello stesso. Questo lavoro è stato presentato da Giovanni, ragazzo di 15 anni caratterizzato da un grave discontrollo degli impulsi. Oltre a emergere forte la confusione e la frammentazione nel disegno, che si evince nella completa diffusione di scarabocchi e linee in tutta la sagoma, si vedono delle parole, in una parte confuse tra le linee e in un'altra parte leggibili, come un'iniziale e possibile tentativo di espressione di un disagio ancora indifferenziato e aspecifico che interessa tutto il corpo. Nella parte della testa appare un ghigno sormontato dalla classica onomatopea della risata. Le figure ritagliate, della giovane ragazza in abiti succinti e la scritta bruciata "the end of Iraq", potrebbero rappresentare gli opposti lungo un continuum tra angoscia di morte e pulsioni vitali.



La seconda è quella di Luca, a cui vogliamo prestare attenzione. Qui emerge un chiaro tentativo di contenere le angosce legate al corpo che cambia e si trasforma, dando una caratterizzazione e una posizione precisa alle parti del corpo e agli organi interni; come se la confusione e l'angoscia del corpo sessuato avessero bisogno di una rappresentazione grafica e concreta dell'organo e di ciò che questo rappresenta sia a livello mentale che pulsionale. Si nota come nel cranio sia collocata una nota musicale e il nome, nelle braccia catene e tatuaggi, nel petto un cuore che batte, oltre che la presenza di addominali scolpiti e nell'area genitale una testa che mostra i denti e nelle mani delle bacchette che sembrano alludere alla masturbazione. Inoltre la figura appare sproporzionata e gli arti inferiori sono enormi a sottolineare gli aspetti di percezione dismorfofobica del sé.



Nella terza e ultima sagoma di Carlo, il tentativo di dare nome ad aspetti rappresentativi di sé si esprime attraverso una serie di aggettivi e oggetti propri della quotidianità del ragazzo in un tentativo di simbolizzare in maniera sublimata le angosce legate al corpo sessuato. È interessante come questa serie di oggetti, che sembrano sempre alludere a simbolici fallici, e parole sia collocata casualmente nella sagoma in cui non appare, la testa; questa come altre parti del corpo sembrano non poter essere delineate e definite come tentativo fallito di mancata integrazione delle parti di sé; la sagoma, il contorno della propria figura consente di non disperdere le proprie parti di sé frammentandole e impedendo di confonderle con l'ambiente esterno. Tale consapevolezza del proprio sé, garantita da un solido contorno, consente di affrontare una fase complessa e articolata propria e costituita da angosce legate ai cambiamenti del pubertario.

Per concludere, l'esperienza laboratoriale gruppale di Rifornimento in Volo rappresenta un'opportunità per l'adolescente sofferente di sperimentare il proprio sé autentico e in relazione ai pari in un contesto protetto di scambio intersoggettivo. La possibilità di fare esperienza di sé in un contesto non giudicante e attento alle diverse fasi evolutive, favorisce il passaggio dal concreto al simbolico consentendo all'adolescente di diventare progressivamente autore/autrice della narrazione della propria storia.

ARCIPELAGO METROPOLITANO: ACCOGLIERE GLI INVISIBILI

Gaia Petraglia

Oggi vorrei parlare dell'adolescente figlio di genitori stranieri e delle peculiarità psichiche, emotive e culturali che contraddistinguono la sua crescita. Anche se, spesso, l'adolescente figlio di genitori stranieri non ha compiuto il viaggio della migrazione assieme ai genitori e ha visto la luce in terra straniera, divenuto adolescente dovrà anch'esso compiere un lungo viaggio - l'*odissea adolescente* di cui parlava Raymond Cahn (2000) -, che spesso è doppio rispetto a quello dei coetanei. Egli dovrà compiere questo viaggio che comporta sia attraversare i flutti che narrano il passaggio dal luogo conosciuto dell'infanzia a quello "straniero" della crescita, del nuovo corpo, della nuova potenza, dei nuovi limiti, sia discostarsi dagli oggetti d'amore primari per rivolgersi al mondo dei pari (Petraglia 2011). Mentre è impegnato in questo faticoso passaggio, dovrà allo stesso tempo riscoprire ciò che è stato delle generazioni a lui precedenti. Il viaggio di questo nuovo soggetto adolescente è infatti cominciato (prima della sua nascita) con la migrazione dei genitori, nella rappresentazione che essi hanno avuto di se stessi divenuti madri e padri in un contesto altro rispetto a quello di origine. È un viaggio che attraversa i valori, le usanze, la fabbricazione dell'umano neonato, il rapporto con gli antenati, il concetto di sacro, la presenza dei rituali, l'insieme di ciò che chiamiamo cultura. I nuovi genitori hanno cercato una mediazione tra ciò che erano e ciò che hanno trovato nel nuovo paese, con il rischio che il figlio non riesca a sentire questa mediazione come un valido ancoraggio identitario e una salda risposta alla domanda, tutta adolescente, "Chi sono io?" Il viaggio si snoda in adolescenza attraverso rotte inverse al viaggio originario: dalla cultura ospite – che ha formato l'adolescente fin dalla sua nascita – alla conoscenza delle origini, di cui l'adolescente meticcio si deve poter riappropriare per sentire di poter

rispondere alla domanda, ancora adolescente, “Da dove vengo?” (Petraglia 2011).

Questo nuovo soggetto adolescente si interroga intimamente e, spesso, clandestinamente sul posto che occupa nella propria discendenza: “è come suo padre? O come suo nonno? O è invece estraneo alla propria filiazione, nel qual caso dovrebbe definirsi come altro, ricostruendo il proprio rapporto con la realtà?” (Moro *et al.* 2004, p. 280). Egli stesso non ha guide per entrare nel nuovo mondo che sarà il primo ad investire (Moro e Nathan 1989).

Il figlio di questo essere senza posto che è l’adulto migrante rischia di diventare il portavoce di una inespresa e lacerante frattura, di un vuoto identitario causato dall’impossibilità di comprendere le logiche genitoriali in mancanza di narrazioni e rappresentazioni chiare del passato dei propri genitori, della scelta di migrare, se non – in modo ancor più doloroso – dell’impossibilità della scelta, ovvero della natura coercitiva dell’esilio migratorio (Petraglia 2020), per sua natura, è alla ricerca continua dell’enigma della propria appartenenza, del proprio posto nell’ordine dei generi e delle generazioni.

L’adolescenza riattiva la scissione su cui si era già strutturato il bambino, ovvero il complesso e delicato equilibrio tra *filiazione* (intesa come trasmissione genitoriale di norme, valori, modalità di accudimento ed espressione dell’affettività, di modelli religiosi) e *affiliazione* (appartenenza al gruppo dei pari e all’universo scolastico, sociale e culturale del paese in cui il bambino sta crescendo). Anche per questo questi adolescenti sono spesso esposti ad una vulnerabilità maggiore rispetto agli altri perché sono continuamente quasi-obbligati a una scissione dell’Io, tra il mondo legato alla cultura familiare – il mondo dell’affettività – e il mondo che è fuori, per esempio quello della scuola – mondo della razionalità e del pragmatismo. Questa scissione dell’Io si accompagna a meccanismi di diniego (Nathan e Moro 1989), come del resto per tutti i bambini che, per una ragione o per un’altra, non possono occupare un posto ben definito nella propria filiazione. A causa del viaggio vi è un’inversione generazionale e l’adolescente, ancor più del bambino, diventa il genitore dei propri genitori, perché conosce le logiche del mondo esterno. È frequente, in adolescenza,

la difficoltà a conciliare le poste in gioco narcisistiche e quelle della vita pulsionale. La situazione migratoria, con la marcatura traumatica che contiene, aumenta la dialettica tra il bisogno dell'Io e quello del legame con l'altro, tra filiazione e affiliazione. L'adolescente meticcio è portato ad integrare le componenti pulsionali del suo progetto di vita in modo accettabile per lui e la sua famiglia, in un equilibrio instabile tra *attaccamento* e *distacco*, tra dentro e fuori (Moro 2002). Il tema della scelta del partner sessuale ma soprattutto procreativo rappresenta un momento di grande fragilità per l'intera famiglia migrante e per il padre in particolare. Nella necessaria ridefinizione di sé e dell'altro che ogni adolescente deve compiere, questo passaggio spinge ineludibilmente ad interrogarsi sulle proprie appartenenze: “a chi assomiglio e chi mi assomiglia? Chi è lo stesso e chi è l'altro? Cosa mi è stato trasmesso? Cosa dovrò a mia volta trasmettere?” (Moro 2002, pag. 87).

Quando sulla scena psichica e familiare esplode l'adolescenza, l'appartenenza apparentemente aconfittuale ai codici del paese ospite rischia di andare in frantumi. Questi “figli illegittimi” (gli *enfants illégitimes*, di cui parla Abdelmalek Sayad), vissuti come potenziali traditori delle logiche familiari, rischiano di trovarsi a fluttuare sospesi in un presente sradicato, in cui la storia del proprio lignaggio non servirà ad ancorarsi al mondo, non darà il sollievo di un'appartenenza condivisa, non sarà radice che permette all'albero di sveltare nella sua potenza creatrice, al *genio adolescente* (Gutton 2009) di manifestarsi.

Per comprendere l'impatto che la realtà esterna avrà nel mondo interno dell'adolescente, dobbiamo conoscere il mondo implicito di credenze, convinzioni, attese e non detti che costituiscono la trama di fondo dei suoi legami familiari. Capita infatti che gli interventi psicosociali condotti senza analizzare la dimensione culturale risultino inopportuni, intempestivi e, spesso, inefficaci. Per questo, lavorare con gli adolescenti figli di genitori stranieri, ha a che fare innanzitutto con l'operazione psichica che noi interlocutori dobbiamo operare, intenti a mediare controtransferalmente le due identità di cui essi si fanno portavoce in primo luogo dentro noi stessi. Dobbiamo evitare di indulgere in una retorica del meticcio – come l'ha definita De Micco – contrabbandandolo come soluzione, quanto piuttosto dobbiamo rendere testimonianza di un processo dinamico di trasformazione

culturale e psichica imposto dalla migrazione, spesso doloroso e lacerante. Dobbiamo saper restare ostinatamente sul confine, interrogandoci sul nostro controtransfert, rispettando l'alterità costitutiva del paziente e della sua famiglia e creando continue occasioni di concertazione, nel rispetto delle posizioni di ognuno (De Micco 2018).

Moro e Nathan hanno parlato di *bambino esposto*, per narrare di quei bambini che, similmente a quelli del mito, sono maggiormente vulnerabili ma al tempo stesso sono espressione di qualità singolari, eccezionali, se esse avranno modo di svilupparsi. Ecco quindi che un figlio di migranti, nonostante la sua esposizione alla vulnerabilità, potrà avvalersi di resilienza e creatività come potenzialità per inventare nuove forme di vita partendo dall'alterità e dal trauma (Moro 2009).

Questo avrà maggiori possibilità di avvenire se riusciremo ad aiutarli a costruirsi e fortificare il legame con l'altro e con il mondo ma, soprattutto, se riusciremo ad aiutarli a costruire passerelle tra un mondo e l'altro. È proprio in tale negoziazione identitaria che si consuma la sfida del meticciano, la costruzione dell'adolescente e della famiglia migrante.

Affinché l'adolescente possa definire il proprio progetto migratorio, distinto da quello dell'ideale genitoriale, occorre che lo possa mettere profondamente in crisi, che se ne possa discostare e attaccarlo. Non avendo altre possibilità, l'adolescente G2 spesso lo fa dimostrandosi inadeguato e incapace, soprattutto sul piano scolastico.

Le richieste di compagno adulto per adolescenti migranti spesso nascono dalla percezione che vi sia qualcosa che non funziona dal punto di vista dell'integrazione (soprattutto scolastica) e che vi sia una debolezza del nucleo familiare a far fronte a tale obiettivo per inadeguatezza di strumenti culturali. La dimensione della competenza scolastica è un paradigma che misura, dal punto di vista adulto, se un adolescente (migrante soprattutto), e la sua famiglia, stanno riuscendo nel loro difficile e faticoso processo di integrazione (Petraglia Lo Cascio 2012).

Anche per questo abbiamo costruito un progetto in ATI con altre realtà importanti romane (Cospexa, Asinitas e Lab Puzzle) e con il dipartimento di psicologia clinica della facoltà di psicologia dell'Università La Sapienza di

Roma come valutatore di impatto che punta a contrastare la povertà educativa minorile. Vari studi (Save the Children, *Nuotare Contro Corrente*, 2018) indicano che bambini e adolescenti cui è negata l'opportunità di apprendere, sperimentare e conoscere rischiano di diventare gli esclusi di domani, specie se non italiani e se crescono in territori svantaggiati (OpenPolis, *Il rischio disagio tra i bambini stranieri*, 2018; SRM, *La povertà minorile ed educativa*, 2018).

Il progetto interverrà nel quadrante Est di Roma (Municipi IV, V e VI) dove disoccupazione, povertà, abbandono scolastico hanno i tassi più alti della Capitale (UO Statistica Roma, *Indicatori di fabbisogno*, 2016) e si rivolge a bambini, adolescenti e famigliemigranti che vivono in condizioni di marginalità e povertà estreme, spesso senza accesso a servizi essenziali quali sanità e istruzione come nei 19 insediamenti e occupazioni presenti in tale quadrante. Il 25% delle persone che vive negli insediamenti è un minore (Medici senza Frontiere, *Fuori Campo*, 2016) che, senza un intervento multidimensionale, è probabile sia destinato a povertà educativa, emarginazione, devianza sociale.

Il progetto si intitola *Arcipelago metropolitano. Mappe, approdi e bussole per educare e far crescere* e sarà costituito da sei isole: isola della salute e del diritto, isola della genitorialità positiva, isola dell'educazione, isola del benessere mentale, isola della creatività e isola dello sport. L'isola della Genitorialità positiva comprende il Gruppo mamme, il massaggio infantile e la psicomotricità nella prima infanzia. L'isola dell'Educazione include i laboratori ludico-didattici per bambini e preadolescenti e la formazione per adolescenti in mediatori museali. Nell'isola del Benessere mentale prevediamo di offrire sostegno psicologico alle famiglie migranti, affiancamento individuale agli adolescenti e l'accompagnamento psicologico a domicilio che abbiamo definito *compagno di viaggio*. Infine l'isola della creatività prevederà il teatro e l'isola dello sport il calcetto e l'aikido.

L'unità mobile avrà l'obiettivo di incontrare i beneficiari e fornire loro orientamento, un primo intervento e l'invio alle "isole" per educare e far crescere. L'ampia fascia d'età abbracciata 0-18 anni, il coinvolgimento delle famiglie, l'ottica biopsicosociale, l'eterogeneità delle attività richiedono

un'*équipe* multidisciplinare formata da mediatori culturali, educatori, psicologi, psicoterapeuti, arteterapeuti, etnopsicoterapeuti, assistenti sociali, animatori, operatori di ludoteca, avvocati, infermieri, maestri d'arte, allenatori sportivi e una cabina di coordinamento, e la graduale costruzione di un'*équipe* inter-istituzionale tra operatori di progetto e quelli dei servizi pubblici e privati attivi sul territorio.

LO SPAZIO DELL'ILLUSIONE: INTERVENTI INTEGRATI TRA PRIVATO SOCIALE E SERVIZIO PUBBLICO

Cristiano Curto

Vorrei prima di tutto ringraziare Rita Potena e Bruno Spinetoli per essere qui con noi oggi.

Con loro e i loro Servizi realizziamo, da anni, interventi di aiuto rivolti a pre-adolescenti e adolescenti con patologie psichiatriche, all'interno dei dispositivi dell'area intermedia della nostra cooperativa, che sono stati presentati nella seconda parte della mattinata. Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei fare un breve introduzione relativa al lavoro integrato con i Servizi, che vuole anche essere un omaggio a Raymond Cahn, un grande maestro che ci ha recentemente lasciato, che mi fa piacere ricordare con voi a partire dalla rilettura che ha fatto del pensiero winnicottiano, in particolare, sul ruolo che *lo spazio dell'illusione* assume durante l'adolescenza.

L'adolescenza è un momento nel quale l'individuo, più che in ogni altra fase della vita, è impegnato ad istituire uno spazio psichico personale: a diventare soggetto.

La mente adolescente è immersa tra molte sollecitazioni interne, provenienti dal suo corpo, e sollecitazioni provenienti dal sociale. L'adolescente è fortemente impegnato a costruire una nuova visione del mondo e del suo rapporto con esso. Tutto ciò richiede un intenso lavoro di trasformazione e di creazione che non dipende solo dalle caratteristiche interne al soggetto ma anche dalla cultura e dalla società in cui egli vive ed è immerso.

La crisi che ogni adolescente si trova a vivere, sia essa silente o come altre volte accade piuttosto rumorosa, oscilla tra una dimensione fisiologica, che potremmo definire normale, e una forma patologica che necessita di interventi precoci e talvolta intensivi. In queste situazioni, la tempestività sarà un fattore spesso determinante proprio perché l'adolescenza rappresenta un crocevia durante il quale potrà organizzarsi una patologia specifica o anche l'occasione in cui l'adolescente potrà trovare soluzioni personali attraverso le quali organizzare, in modo più o meno adattativo, se stesso e il proprio rapporto con il mondo.

Pensiamo all'adolescenza come processo di trasformazione nel quale la patologia rappresenta un ostacolo al cambiamento e/o l'impossibilità di procedere nello sviluppo. Anche per questo, qualunque forma la sofferenza adolescenziale assuma, sia essa caratterizzata da un quadro nevrotico, psicotico, perverso o composto, legata al corpo, più o meno agita, non si potrà prescindere da una valutazione accurata del funzionamento mentale che caratterizza l'adolescente.

La metamorfosi in atto impegna l'adolescente a trovare un equilibrio tra principio di piacere e principio di realtà. Lo spazio psichico nel quale l'adolescente gioca questa partita – come sostiene Cahn, riprendendo il pensiero di Green (1990) - è diviso da due frontiere: tra il dentro e il fuori, tra l'inconscio e il conscio. Il confine tra questi spazi è il corpo verso l'interno e l'atto verso l'esterno. Tra di loro, c'è lo spazio rappresentativo che mette in relazione il mondo interno e il mondo esterno.

I cambiamenti in atto impegnano l'adolescente a combattere su più fronti, alimentando in lui una forte conflittualità, sia verso l'interno che verso il mondo esterno. All'interno di questi conflitti, l'oggetto assume un ruolo importante proprio grazie alla tendenza dell'adolescente ad esternalizzare sul mondo esterno parte di essi (Jeammet 1982). L'esito sarà quindi strettamente connesso alla risposta dell'oggetto, che potrà sostenere l'adolescente verso nuove aperture, favorendo un processo integrativo o, viceversa, accompagnarlo verso la ripetizione. Il riferimento è diretto, ovviamente, all'investimento e alle rappresentazioni che l'adolescente fa sull'oggetto e all'influenza trasformativa (Bollas 1979) che la risposta dell'oggetto potrà produrre nell'adolescente.

L'adolescente è pieno di interrogativi. La ricerca identitaria, in particolare rispetto alla dimensione sessuale, ripropone il tema delle origini (il rapporto con le prime identificazioni) e sollecita le basi narcisistiche dell'adolescente, facendo aumentare a dismisura il bisogno di conferme narcisistiche. Tutto ciò contribuisce a mettere in adolescenza in primo piano le difficoltà a rappresentare se stessi e a dare continuità alle rappresentazioni del rapporto con l'altro. Rappresentazioni che sappiamo abitare in un luogo terzo, che appartiene contemporaneamente allo spazio interno e quello esterno e che contribuisce a legare questi spazi grazie al fatto di appartenere al registro dell'illusione e alla convinzione che questa illusione sia o possa essere condivisa con altri.

L'irrompere del nuovo, legato alla sessualizzazione del corpo e ai cambiamenti che intervengono a livello celebrale, ripropone nella mente adolescente un ruolo privilegiato allo spazio dell'illusione. Ancora una volta, come è già accaduto nelle primissime fasi della vita quando il soggetto è impegnato ad emergere dall'indifferenziazione con l'oggetto, sarà l'area dell'illusione a permettere all'adolescente di fronteggiare l'angoscia sottesa ai cambiamenti e a favorire la differenziazione necessaria per diventare soggetto⁶. Alcuni segnali di questo lavoro interno all'adolescente mi sembra li ritroviamo anche in ciò che Novelletto (1991) ha scritto rispetto al bisogno di segretezza e ai fenomeni transizionali in adolescenza.

Di fatto, tutto quello in cui l'adolescente ha creduto fino a quel momento inizia a vacillare. Cambiano le rappresentazioni che l'adolescente ha di sé, dell'altro e dei rapporti tra sé e l'altro. Cambia il suo corpo e il suo rapporto con esso, cambiano le sue sensazioni e le sue percezioni. Cambia il suo modo di pensare. La comparsa del pensiero astratto contribuisce ad accrescere questi interrogativi a far emergere nell'adolescente il dubbio che si contrappone alle credenze dell'adolescente e che concorre a metterlo in uno stato di crisi che richiede soluzioni urgenti. L'adolescente ha bisogno di trovare un senso, di dare realtà e coerenza al suo mondo, ha bisogno di trovare un ancoraggio esterno ai suoi desideri, alle sue rappresentazioni, ai suoi progetti.

Per questo, come ricordava Natali questa mattina, pensiamo con Monniello (2005) che è importante che un'istituzione che si occupa di adolescenti possa rappresentare per l'adolescente un luogo di appoggio pulsionale e di pensiero.

Ogni adolescente, dunque, non può fare a meno di guardare il mondo che lo circonda in modo diverso. È costretto ad abbandonare l'universo di valori che lo ha accompagnato durante tutta l'infanzia e a rintracciare una nuova visione del mondo, una *weltanschauung*, attraverso la quale poter rappresentare se stesso e il mondo.

L'area intermedia dell'illusione, o meglio la sua "riedizione" in adolescenza, rappresenterà lo spazio mentale grazie al quale l'adolescente potrà sviluppare questa nuova concezione del mondo. Uno spazio transizionale nel quale l'adolescente potrà dare vita ai suoi conflitti con la realtà sociale e culturale a cui appartiene, in primo luogo con quella familiare.

A partire da questi concetti, Cahn ha messo in relazione quella che ha definito "la patologia dello spazio dell'illusione" (2000) con la modalità attraverso la quale l'adolescente potrà mettere in discussione il suo sistema di credenze, ovvero, la possibilità, o meno, di far vivere i propri conflitti e di rintracciare una personale concezione del mondo, in grado di favorire l'interazione e lo scambio tra realtà interna e realtà esterna. Il fallimento di questo processo sarà legato a soluzioni estreme, nelle quali l'adolescente non è riuscito a trovare un equilibrio tra un eccesso dell'illusione o un'insufficienza dello spazio dell'illusione: in un caso lo spazio dell'illusione si organizza in modo ipersoggettivo, senza poter tenere conto del mondo esterno (psicosi), nell'altro, al contrario, il soggetto taglierà fuori la realtà interna e l'esito sarà il pensiero operatorio, il falso sé o la fuga nell'agito.

Per fortuna, ad un certo momento nella maggior parte dei casi l'adolescente deporrà le armi, la crisi e i conflitti saranno superati, e lo spazio dell'illusione, grazie al quale il soggetto ha potuto rintracciare una propria posizione rispetto al mondo, sopravvivrà assumendo un ruolo diverso necessario a garantire l'esperienza culturale e la possibilità per il soggetto di vivere in modo creativo.

L'intervento integrato

Lo spazio dell'illusione è anche lo spazio dell'incontro tra più istituzioni, tra metodi e modelli differenti. Per Winnicott, è a tutti noi chiaro, la realtà non si contrappone all'illusione ma, anzi, è definibile come un'illusione condivisa⁷.

Mi riferisco alla possibilità che gli addetti ai lavori possano incontrarsi in uno spazio intermedio e potenziale capace di far nascere progetti di aiuto integrati a partire dall'illusione condivisa di poter insieme far qualcosa di utile per aiutare gli adolescenti il cui processo evolutivo è in stallo o a rischio di distorsione. Sono proprio le differenze che ci caratterizzano – tra persone e tra servizi - che ci consentono di stabilire una relazione reciproca.

Si tratta di offrire all'adolescente sofferente la possibilità di sperimentare, per tutto il tempo necessario, una relazione narcisisticamente supportiva, con adulti competenti, capace di rimettere in gioco i suoi processi di identificazione.

Sul piano operativo, alcune patologie dello spazio dell'illusione, per riprendere il pensiero di Cahn (2000), richiedono l'individuazione di dispositivi di aiuto "diversificati" che, in conformità alla tendenza naturale dell'adolescente a proiettare parti di sé sul mondo esterno, gli consentono di distribuire l'angoscia su più operatori e che gli offrono occasioni di transfert multipli (Jeammet 1992).

La ricerca di nuovi dispositivi di aiuto ha caratterizzato il nostro gruppo di lavoro fin dalle sue origini e ci oggi consente di disporre di una serie di interventi clinici commisurati alle diverse esigenze dei nostri pazienti. Savina Cordiale, insieme ad altri di noi, insieme a Potena e a Spinetoli sono stati i testimoni diretti delle prime sperimentazioni, avvenute più di quaranta anni fa, presso l'Istituto di NPI dell'Università "Sapienza" di Roma. Esperienze cliniche che sono cresciute e che si sono trasformate nel tempo, soprattutto, riguardo alla possibilità di contenere la relazione tra operatore e adolescente all'interno di gruppi di lavoro, di coordinamento e supervisione, interni alla cooperativa e nei gruppi interistituzionali, con la rete dei Servizi (Montinari 2006; Cordiale, Montinari 2012).

Si tratta di un argomento più che mai attuale, se pensiamo alle nuove forme di malessere, alle psicopatologie emergenti, alle difficoltà a raggiungere gli adolescenti autoreclusi o a trovare un modo per aiutare gli adolescenti disregolati a sviluppare una qualche funzione contenitiva. Forme di sofferenza che faticano a trovare un'adeguata collocazione nell'attuale organizzazione dei Servizi, che tende troppo spesso a suddividere la sofferenza mentale per categorie o per età.

Tutti i nostri interventi, in particolare quelli rivolti ad adolescenti che non possono usufruire di dispositivi terapeutici classici, si basano su una metodologia di lavoro multifocale e integrata, specie se realizzati in convenzione con i Servizi.

L'incontro con l'adolescente difficile impone l'incontro e il dialogo tra più istituzioni e quindi tra campi istituzionali ed emotivi differenti, diverse professionalità, modelli e metodi di lavoro. Uno scambio che crediamo ci arricchisce reciprocamente grazie alla possibilità di integrate più vertici osservativi e che ci consente di offrire interventi (integrati e multifocali) che diversamente non potrebbero avere luogo. Si tratta di potenziare la nostra capacità di ascolto, non solo rispetto agli utenti, ma anche di fronte ai diversi linguaggi che l'intervento integrato propone (Curto et al. 2016).

La ricchezza e la complessità di questo scambio risiede anche nella capacità dell'operatore di riconoscere il proprio ruolo e la propria funzione nel gruppo di lavoro. In quanto, la fitta rete di rapporti (intra e interistituzionali) può contribuire a confermare, o disconfermare, ruolo e identità professionali, a sostenere la fiducia nel proprio operato o viceversa produrre dubbi e incertezze.

Nella nostra esperienza, abbiamo trovato alcune possibili risposte a questa complessità: sul fronte istituzionale, nel modello della mediazione interistituzionale proposto da Novelletto (2003), mentre il modello teorico della gruppalità psichica proposto da Kaës (1996) ci è sembrato rappresentare un buon riferimento per il lavoro di gruppo.

La mediazione interistituzionale è un modello di lavoro integrato, alla base del dialogo e del contratto tra le istituzioni. Un modello che rifiuta qualsiasi meccanismo di delega ed è in antitesi ad una visione verticistica

delle risorse, sia in termini professionali che istituzionali, e che richiede una chiara definizione dei ruoli, delle funzioni e degli obiettivi che insieme si vuole raggiungere. Si tratta - come ci ha insegnato Novelletto (2003) - di “mediare per integrare”, per garantire il rispetto delle tecniche d’intervento specifiche di ciascuna delle categorie professionali coinvolte e per favorire la comprensione fra gli operatori, proprio per evitare che la frammentazione dell’utente diventi la frammentazione della equipe e che questa a sua volta si possa ripercuotere sull’utente.

Tutto ciò richiede uno sforzo individuale, puntuale e costante, che attraversa tutte le fasi dell’intervento ma, anche, un forte investimento organizzativo e un pensiero creativo e fattivo da parte del management. Una visione sistemica e d’insieme necessaria a garantire quelle azioni di coordinamento integrato che servono a sostenere la creazione di una cultura di lavoro condivisa e che consentono una gestione il più possibile integrata ed efficace delle poche risorse disponibili.

Non presenterò in questa sede dati epidemiologici, per i quali vi rimando alle tabelle presenti alla fine del lavoro, voglio solo segnalarvi come l’attenzione durante la fase di avvio agli indicatori specifici per ciascuna tipologia di intervento⁸ si è dimostrata un’azione basilare per garantire una buona risposta ai trattamenti, con un’interruzione pari a solo l’11% dei casi. Si tratta di interventi complessi che richiedono investimento nel tempo necessario a produrre trasformazioni sensibili, che corrisponde mediamente a circa 27 mesi per gli interventi individuali e a 15 mesi per quelli di gruppo.

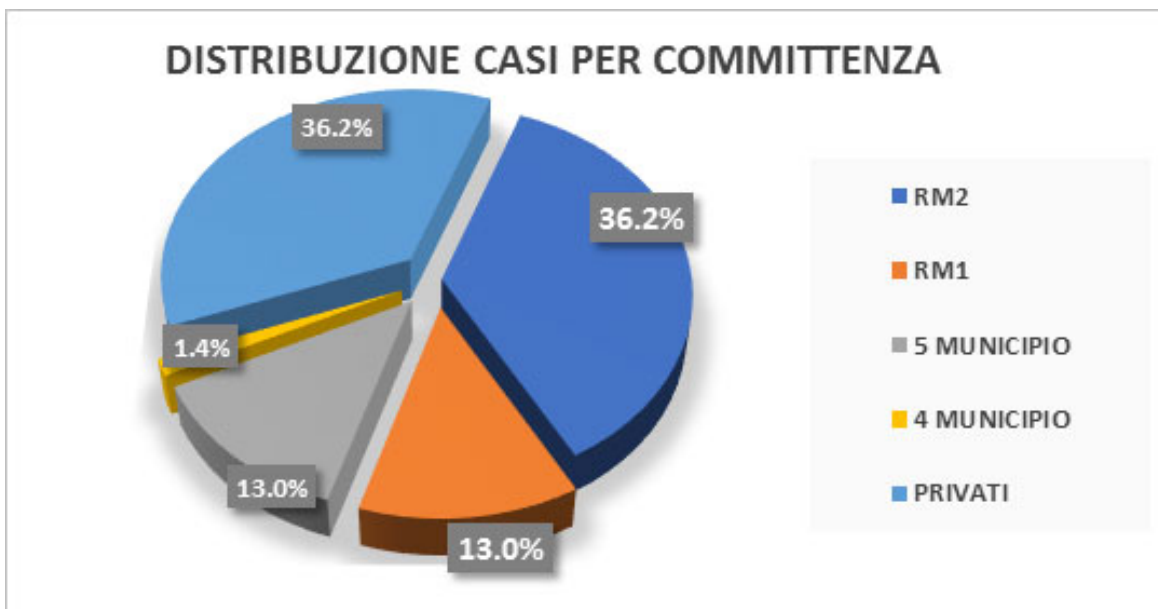
Oltre al lavoro di supervisione e monitoraggio clinico in gruppo, il nostro modello richiede l’istituzione di setting di lavoro integrati tra tutti gli operatori coinvolti, per garantire l’intervisione sui casi e il coordinamento clinico integrato tra i diversi dispositivi in essere (con l’adolescente, con i genitori, etc.).

Nei vari gruppi di lavoro, la mente dei curanti diventa così il luogo in cui l’adolescente può essere visto e pensato, in cui è possibile sospendere l’azione per riflettere insieme. Ci riconosciamo, infatti, nelle tesi di Kaës (1996), in particolare, nella possibilità di utilizzare la mente gruppale come un apparato pluripsichico: un luogo mentale, con caratteristiche proprie,

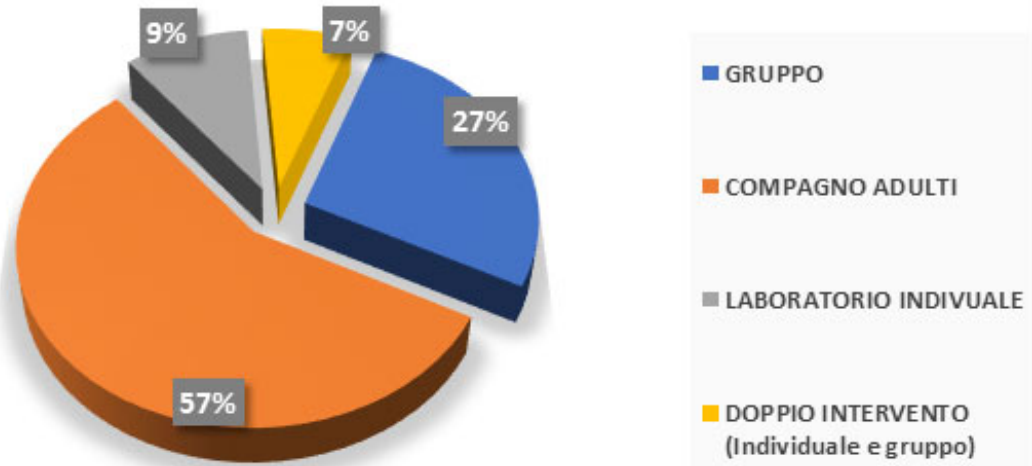
capace di contenere e trasformare i vissuti degli operatori prima e conseguentemente quelli degli utenti. Una mente plurale che possa integrare gli aspetti scissi e contraddittori (Ferruta 2011).

Riteniamo che un gruppo di lavoro così composto, capace di attraversare le strettoie istituzionali e di superare i limiti disciplinari, possa rappresentare lo strumento più idoneo per raccogliere e significare i contenuti profondi di questi pazienti, compresi quegli aspetti che possono non essere colti da singoli operatori o attraverso singoli interventi. Un gruppo in cui gli operatori possano non rischiare di colludere con la tendenza disintegrativa tipica delle famiglie multiproblematiche, all'interno del quale ogni operatore sia messo nella condizione di riconoscere il proprio compito e di assumersi la propria quota di responsabilità.

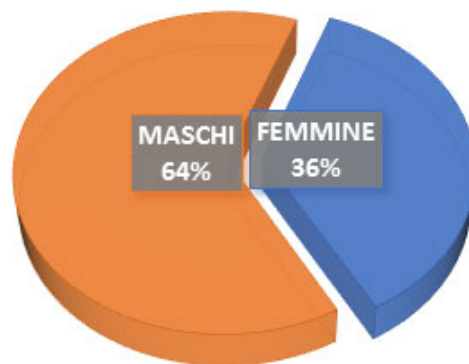
Cenni epidemiologici area intermedia



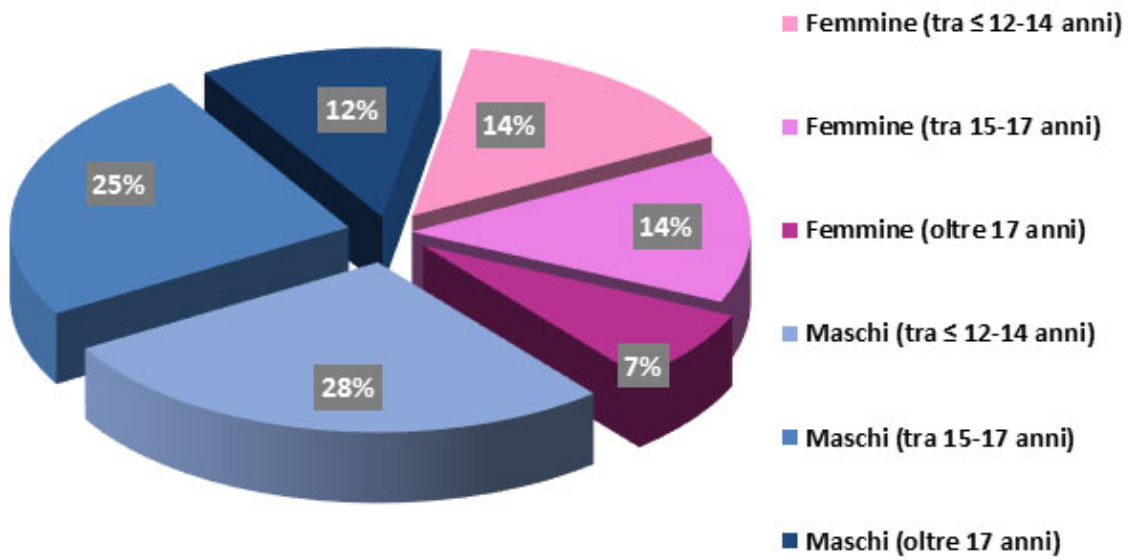
TIPOLOGIA DI INTERVENTI



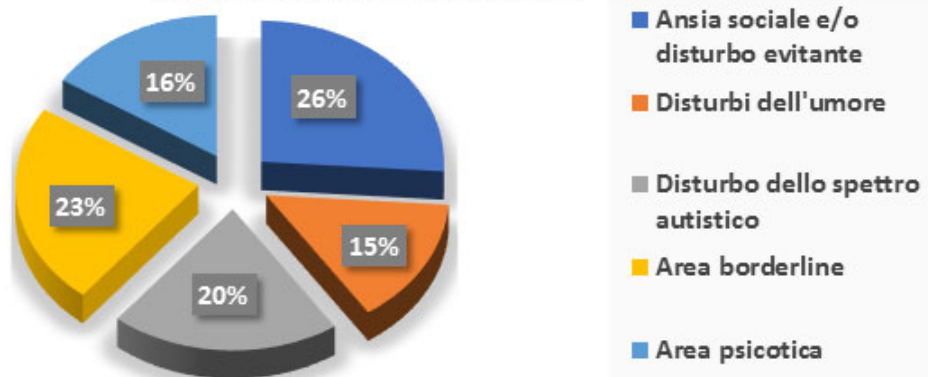
TIPOLOGIA UTENZA PER SESSO

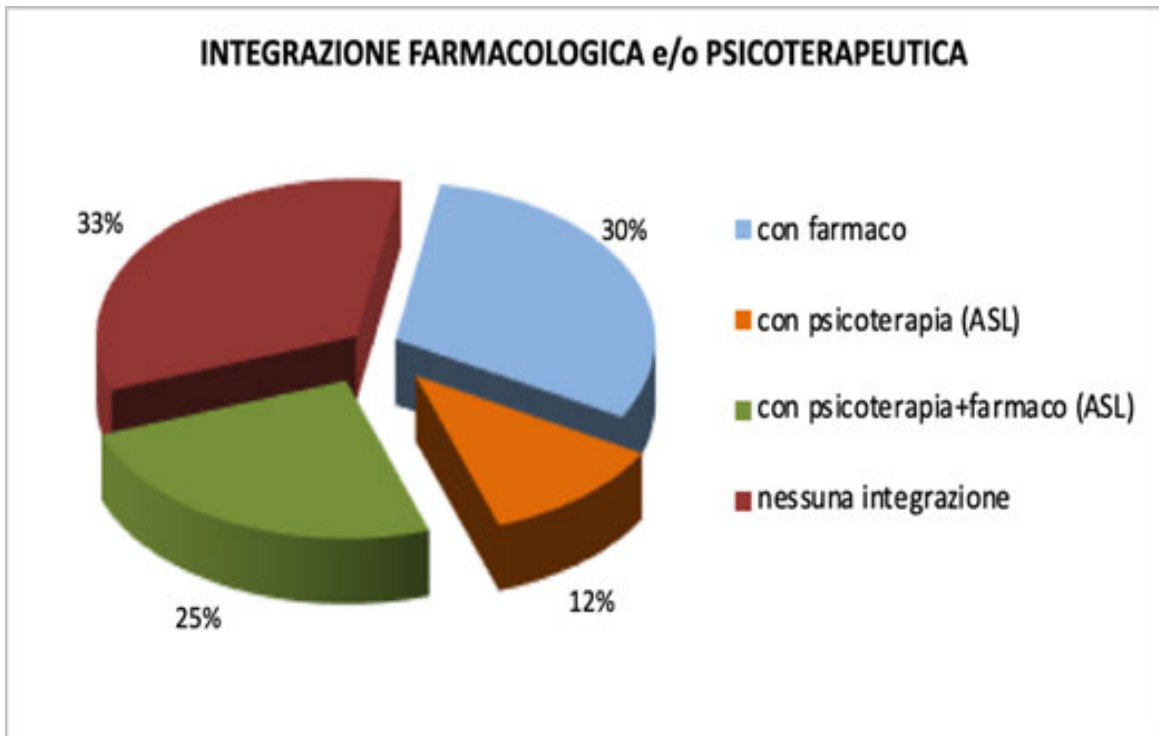


TIPOLOGIA UTENZA PER SESSO ED ETA'



AREE DI FUNZIONAMENTO





⁶ Siamo di nuovo in una nuova fase di separazione o sarebbe meglio dire di differenziazione, essendo il legame con l'altro già creato.

⁷ “Sto studiando la sostanza della *illusione*, quella che viene concessa al bambino e che, nella vita adulta, è parte intrinseca dell'arte e della religione, e che tuttavia diventa il marchio della follia allorché un adulto pone un eccesso di richieste alla credulità degli altri costringendoli a condividere un'illusione che non è quella loro” (Winnicott 1971, pag.26). La possibilità di vivere le illusioni, rimanendo se stesso, consente al bambino di mediare tra l'onnipotenza soggettiva e la realtà esterna, “tra la creatività primaria e la percezione oggettiva basata sulla prova di realtà” (ibidem). È nell'illusione del trovato-creato – uno spazio in cui unione e separazione dall'oggetto coincidono – che ha luogo il riconoscimento di Sé e del legame con l'Altro. Viceversa, se l'illusione perde il legame con il contesto all'interno del quale fiorisce, e non può quindi essere condivisa, si produce l'inganno o la follia. Tale concetto appare intrinsecamente connesso al tema della verità (vero-falso Sé) là dove è possibile distinguere l'illusione dall'inganno. Distinzione già presente in Kant (2001) che ha sottolineato come l'illusione – a differenza dell'inganno – “è quel gioco che rimane anche quando si sa che il presunto oggetto non è reale” (ora in Iacono 2018).

⁸ “Il Compagno Adulto è un intervento domiciliare che si attua nei contesti di vita dell'adolescente, a partire da quello familiare, e per questo è più funzionale nelle situazioni di breakdown evolutivo, in particolare per i ragazzi autoreclusi. Diversamente, il Laboratorio individuale ha luogo in una cornice

definita all'interno della cooperativa e consente uno scambio con l'operatore in un ambiente intimo e protetto. Tale dispositivo appare perciò più indicato per quegli adolescenti, integrati socialmente ma con uno scarso contatto con se stessi e con i propri disagi o per adolescenti inibiti che temono o si trovano fortemente a disagio nelle situazioni di gruppo e che hanno bisogno di uno spazio personale e riservato per aprirsi e scoprire il proprio funzionamento. Si prevede anche la possibilità di Laboratori psico-educativi di gruppo, nei quali si svolgono attività creativo-espressive. Questi dispositivi sono particolarmente idonei per quegli adolescenti che hanno bisogno di potenziare o sviluppare le loro competenze relazionali, superare le inibizioni per sperimentare se stessi. Si tratta di piccoli gruppi misti (composti da 6/8 adolescenti) con una doppia conduzione (psicologi ed educatori). I laboratori sono differenziati per la natura delle difficoltà e l'età dei ragazzi che li frequentano [...]. L'uso di oggetti concreti (quali il ping pong, il computer, i giochi da tavola, il disegno) facilita la costruzione di relazioni significative in senso verticale con gli operatori e in senso orizzontale nel rispecchiamento tra pari (Curto et. al 2018).

LA VOCE AI SERVIZI

Intervento di Bruno Spinetoli

"L'uomo vive nel tempo, nella successione del tempo, e il magico animale, nell'attualità, nell'eternità costante"

J.L. Borges, Finzioni, 1944

Ringrazio il Dr. Cristiano Curto e tutti i colleghi di Rifornimento in Volo sia per l'opportunità di un confronto diretto oggi, in questa sede, sul tema degli interventi possibili in adolescenza, che per la "storia" del loro gruppo. Una storia, quella di Rifornimento in Volo, che ci permette di mantenere traccia dei percorsi e dei cambiamenti degli interventi in adolescenza nel nostro territorio.

Porterò alcuni sintetici spunti sull'organizzazione dei servizi TSMREE e sui paradigmi che ne regolano gli interventi.

Attualmente assistiamo al paradosso che mentre "circa la metà di tutti i disturbi mentali del corso della vita inizia tra i 12 e i 25 anni e gli insiemi successivi sono per lo più condizioni secondarie, mentre i disturbi gravi sono in genere preceduti da disturbi meno gravi che raramente vengono portati all'attenzione clinica" (Kessler et al, Current opinion Psychiatry, 2007), solamente una piccola parte delle risorse viene dedicata all'età evolutiva e non è ancora stata fatta nessuna pianificazione, né nazionale, né regionale, dei servizi dedicati a tale fascia di età.

Una recente review ha analizzato diversi studi epidemiologici svolti negli ultimi 15 anni, evidenziando una prevalenza del 21,8% di disturbi psichiatrici in adolescenza. Fra questi i disturbi più frequenti sono risultati l'abuso/dipendenza da sostanze (12,1%), i disturbi d'ansia (10,7%) e la depressione (6,1%) (Costello et al., 2011). Purtroppo i servizi rimangono di fatto fra loro autonomi e separati, legati soltanto alle più o meno fortunate contingenze locali.

È altrettanto vero che abbiamo molti documenti sulla “psichiatria dell’adolescenza” ma anche in questo caso hanno per lo più un carattere dichiarativo/propositivo senza alcuna ricaduta sulla realtà dei servizi.

Ritengo che la neuropsichiatria infantile appartenga sempre più alla medicina in quanto “branca che si occupa di sistemi complessi” e che spesso non è “una medicina che cura” ma che “si prende cura”. Una disciplina medica che non risponde al modello meccanicista della guarigione riparativa di un danno ma alla riorganizzazione adattiva del sistema persona e che è connotata dalla compresenza di una doppia variabile complessa e non fissa: “lo sviluppo” e la “non guarigione”. Per questa ragione le équipes cliniche vanno lette come l’espressione di una matrice poliedrica diacronica che accetta l’incertezza evolutiva dello sviluppo.

Contemporaneamente dovremo tenere presente la coordinata tempo come fattore critico nello sviluppo dell’adolescente e accanto ad esso il senso di onnipotenza, illusorio e fugace, che fornisce carburante al nostro apparato psichico, vale a dire la dopamina. Tale insieme di fattori costituisce una condizione non sempre favorevole ad una “costruzione di senso”.

Sarebbe importante interrogarsi su quali tipi di persone facciamo crescere e prepariamo, su cosa li indirizziamo, sul senso della reciprocità sociale, della capacità di decentramento, della relazione oggettuale; interrogarsi su come consideriamo il virtuale, quell’enorme spazio percorribile in un secondo.

Gli adolescenti complessi e, potremmo dire, “difficili”, nel contesto istituzionale pubblico delle ASL, sono coloro che danno forma ad una realtà clinica particolare e definiscono il gruppo di operatori che qui rappresento. Utilizzo il termine “difficili” per indicare quegli adolescenti che presentano aspetti psicopatologici e implicazioni di carattere psicosociale particolarmente complessi e che pertanto richiedono un intervento altrettanto “complesso”, almeno in termini di articolazione degli enti e degli operatori che vengono necessariamente coinvolti.

I termini “difficile” e “complesso” si riferiscono anche alle situazioni cliniche nelle quali emerge la difficoltà a collegare l’analisi della domanda con il reale punto di sofferenza del ragazzo, a rintracciare il luogo in cui si è verificato lo scontro con la realtà e che porta alla domanda: “come mai gli altri ti vedono così?”.

Dobbiamo correre il rischio di rileggere il concetto di psichiatria nelle sue componenti: come paradigma generale e come aspettativa sociale ed individuale di “certezza della cura”.

È probabile che individuare categorie nosografiche diventerà sempre meno efficace e significativo, mentre sarà più utile imparare a descrivere *profili di funzionamento* e ad individuare allo stesso tempo la tipologia dell’istituzione che indirizza il percorso di presa in carico dell’adolescente (e più in generale dell’utenza dei servizi).

Nell’incontro con l’adolescente questa nuova apertura porterà a considerare punti di vista diversi (anche dai nostri); il passaggio fondamentale è arrivare ad un punto d’incontro e ad una «diagnosi condivisa» (Novelletto) tra l’adolescente e l’équipe dei curanti.

Nel nostro lavoro clinico cerchiamo di capire in quale “cassetto” collocare ciò che abbiamo compreso dell’adolescente che incontriamo, con l’intento di aumentare, a volte faticosamente, il numero dei “cassetti”. Dobbiamo imparare a fare diagnosi multidimensionali, per così dire in “4D”, che comprendano:

- profilo cognitivo/di sviluppo
- caratteristiche di regolazione/adattamento
- tratti temperamentali/sociali
- feedback/autoapprendimento (attaccamento, ambiente, cultura, traumi, potenziatori)
- tempo/incertezza.

Si tratta di un approccio diagnostico che non segue soltanto una prospettiva lineare “in 2d” – *accordo e certezza modello EB* – che certamente va conosciuta e considerata; non solo “in 3d”, vale a dire una

prospettiva bio-psico-sociale; ma anche un'ulteriore prospettiva euristica, complessa, diacronica e variabile che tenga conto dell'incertezza del percorso evolutivo.

Esiste una differenza tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, differenza che chiamerò "*clinica del territorio*". Si tratta di una medicina basata sul paziente, individualizzata, un modello che vale e funziona in "quel" territorio e che dovrebbe aiutare a ridefinire i servizi come:

- Punto di integrazione orizzontale fra i diversi servizi che si occupano delle manifestazioni cliniche e psicosociali delle difficoltà fase-specifiche.
- Punto di integrazione di percorsi verticali lungo l'asse evolutivo, dai servizi per l'infanzia a quelli per gli adulti.

La nostra organizzazione prova con difficoltà a tenere nella mente queste concettualizzazioni, in un'ottica di complessità inclusiva tra servizi pubblici accreditati, convenzionati e privati, alla ricerca di un intervento individualizzato per ogni utente in difficoltà, considerando quest'ultimo e il suo sistema quale espressione del suo adattamento evolutivo.

In questo il ruolo dei vari enti collaboranti ai progetti presuppone condivisione, scambio e accettazione dell'identità altrui.

RIFORNIMENTO A SCUOLA

Manuela Baldasso, Francesca Mammarella

Nell'intervento di oggi intendiamo proporre un panorama delle azioni svolte dal nostro Gruppo all'interno delle varie realtà scolastiche nelle quali operiamo.

“La psicologia serve alla scuola”: iniziamo da qui, da quella che fu la motivazione che orientò nel 1969 la nascita in Italia del primo corso di Laurea in Psicologia, a seguito di una delibera del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione. Siamo partiti con buoni propositi, che stanno trovando una loro concretizzazione solo negli ultimi venti anni in Italia.

Ma qual è la situazione dello Psicologo in Italia? Nella maggior parte dei paesi europei lo psicologo scolastico è presente nelle scuole pubbliche per legge e dipende dal Ministero dell'Educazione o dagli Enti Locali (alcuni esempi sono Francia, Germania e Gran Bretagna). In Italia, invece, sono stati almeno 13 i disegni di legge presentati negli ultimi anni su questo tema, nessuno dei quali però mai discusso in Parlamento. Pertanto questa figura non è sempre presente e, quando lo è, continua ad avere con la scuola un rapporto di lavoro autonomo e temporaneo, frequentemente convocata sull'urgenza in un'ottica riparativa e non di prevenzione primaria.

Ci proponiamo oggi di farvi entrare nelle scuole in cui lavoriamo; farvi incontrare alunni, genitori, collaboratori, docenti e dirigenti scolastici con i quali quotidianamente ci confrontiamo. L'intento è quello di poter evidenziare la Complessità della domanda e i nuovi bisogni emersi.

Quale modello di lavoro pensiamo possa rispondere a questi bisogni? Qualunque azione andiamo svolgiamo nelle scuole ci basiamo su un modello di lavoro che prevede l'integrazione della funzione psicoeducativa (in particolare negli interventi gruppali la doppia conduzione psicologo-

educatore), la costruzione di una rete di lavoro che includa Docenti – Genitori e Servizi Territoriali con tutte le risorse afferenti.

Al di là dell'intervento del singolo operatore nelle scuole, abbiamo sempre a mente di essere parte di un gruppo di Lavoro fondato sulla condivisione delle risorse e delle strategie professionali e personali.

Proprio per rispondere all'eterogeneità della richiesta, il gruppo è così costituito: 13 psicologi (di cui 5 anche con funzione educativa), 2 educatori professionali, 2 tirocinanti della Facoltà di scienze dell'educazione, 3 tirocinanti della Facoltà di Psicologia.

Proponiamo dunque una mappa in cui sono indicate le scuole di Roma e Provincia, di ogni ordine e grado, in cui abbiamo lavorato nel precedente anno scolastico. Sono collocate in periferia, nel centro di Roma, come anche nella Provincia. Questo per darvi un'idea dei diversi Territori e Contesti socioculturali nei quali ci troviamo a lavorare.



I sovvenzionamenti provengono prevalentemente da Bandi pubblici (a cui rispondiamo in ATI con altre associazioni del terzo settore) e in minima

parte da fondi messi a disposizione direttamente dalle scuole.

Vengono qui riportati i numeri dei destinatari direttamente coinvolti nell'anno scolastico precedente:

N°14 istituti scolastici coinvolti, per un totale di 20 sedi;

Studenti nella fascia di età fra i 6 anni e i 18 anni;

- N°1836 studenti;
- N°213 Docenti;
- N°524 Genitori;
- N°5 collaboratori scolastici.

Vediamo dunque le azioni da noi svolte nelle scuole (fermo restando che ogni progetto di intervento generalmente prevede dalle 2 alle 5 azioni): Sportello di ascolto ed orientamento; Gruppi classe e consigli di classe; Orientamento scolastico e professionale; *Peer education* (sull'affettività – Prevenzione alle nuove e vecchie dipendenze – Affettività – Violenza di genere- Bullismo e Cyberbullismo); Laboratori emozionali; Metodologia allo studio; Supporto allo studio; Centro di aggregazione pomeridiano (questi ultimi tre in sinergia con l'area educativa della Cooperativa); Formazione docenti; Focus group genitori; Focus group docenti; Cineforum; Seminari e Incontri rivolti a Genitori e Docenti su tematiche specifiche (Bullismo e Cyberbullismo – Orientamento scolastico e professionale – Vecchie e nuove dipendenze – Rapporti fra le diverse generazioni – Pubertà e Adolescenza – La funzione educativa).

Entriamo dunque nello specifico dell'IC Valente, una scuola media in cui abbiamo svolto un Progetto della Regione Lazio, in cui erano previste diverse azioni tra cui lo sportello di Ascolto condotto dalla dott.ssa Pozzoli. La collega ha rivolto alcune domande ai ragazzi che ha incontrato, in particolare: «A cosa pensi ti sia servito lo sportello d'ascolto?».

Sveva, 12 anni. «Venendo allo sportello ho capito che si può chiedere aiuto, che le persone che mi sono intorno si interessano a me. Non so se sono 2 oppure 3 mesi che vengo, però sento di aver fatto un percorso».

Eleonora, 13 anni. «Mi è servito a diminuire l'ansia, ho capito che se parlo possono trovarsi delle soluzioni diverse e l'ansia diminuisce».

Rispetto all'Istituto per il Turismo Livia Bottardi, riportiamo la voce dei docenti raccolta dalla Dott.ssa Marta Tonelli.

Un'insegnante: «È un luogo dove anche noi (docenti) possiamo esprimere preoccupazione o rabbia per le comunicazioni dei ragazzi, dove poter essere vicini con autenticità alla loro sofferenza pur mantenendo il nostro ruolo».

Proseguendo nel nostro percorso approdiamo agli interventi di gruppo classe, trasversali a tutti i progetti; li caratterizza, oltre all'attenzione sulle dinamiche gruppali, un lavoro in sinergia con il corpo docente, con il quale lavoriamo separatamente e parallelamente, e gli altri servizi presenti nella scuola, quali ad esempio lo sportello d'ascolto.

Riteniamo che molti siano gli stimoli sui quali potremmo a lungo riflettere; dal nostro punto di vista ci sembra che la Scuola ci chieda di Accogliere, Riconoscere, Dare parola e dignità alle fragilità; Attivare e Valorizzare le risorse personali, quelle del sistema scuola-famiglia e laddove occorre, Orientare sul territorio.

Arriviamo dunque all'I.C. Gandhi, una delle scuole nelle quali abbiamo svolto l'Orientamento nelle classi terze medie, che ha previsto, per ciascun ragazzo, la stesura di un profilo psicoattitudinale attraverso test e questionari e un colloquio clinico familiare di restituzione. Per Orientare non intendiamo trovare "la risposta giusta per chi non sa cosa fare", bensì Offrire gli strumenti per conoscersi, scoprire e potenziare le proprie capacità, affrontare i propri problemi e limiti. È dunque un orientamento alla vita. Tant'è che la Cooperativa fornisce, anche ai singoli privati, un servizio di Orientamento scolastico e professionale.

Veniamo dunque all'I.C. Savinio, ad un Laboratorio nella Primaria sulle Emozioni.

Quali sono le emozioni che provo mentre sono a scuola? Che ruolo hanno le Emozioni in quello che faccio? E cosa succede agli altri intorno a me? Cosa sentono? Questo quanto affrontato con i bambini della primaria dell'IC Savinio.

Fare insieme per investire sul potenziale emotivo fin dalla materna; tutto ciò consente di fare un lavoro di prevenzione primaria. Consente di saper riconoscere le proprie emozioni; saperle gestire; essere consapevoli del ruolo che giocano nelle scelte rispetto al compito fase specifico.

Con lo strumento della *Peer Education* abbiamo lavorato per 11 anni, nel Liceo scientifico Avogadro, sul passaggio dalla scuola media inferiore alla scuola superiore, un primo reale momento di «scelta» formativa ed evolutiva, un periodo di grandi trasformazioni sul piano fisico e psichico. Gli alunni del IV anno sono stati da noi formati per accogliere i Primini, promuovendo in sinergia con i docenti, la Scuola come luogo di appartenenza e una cultura di cittadinanza attiva.

Questi i riscontri in questi anni di lavoro:

- Oltre il 60% dei Primini ritiene che la presenza dei peer sia stato un elemento di facilitazione per il suo inserimento.

- L'85% dei peer educator consiglierebbe l'esperienza ritenuta positiva ai coetanei. La restante parte di essi ha risposto 'non saprei' adducendo come motivazione quella di considerare il lavoro di peer educator come 'faticoso', 'impegnativo' e 'non alla portata di tutti'.

- La totalità dei docenti ritiene la presenza dei peer educator un elemento di facilitazione per l'inserimento dei "primini" nel gruppo classe.

Ci fa piacere concludere il nostro percorso facendovi entrare nelle scuole Donati e Carotenuto dove da due anni abbiamo, tra gli altri interventi, un Centro aggregativo pomeridiano (C.A.S.) rivolto ai ragazzi delle medie, qui ripresi dagli operatori che direttamente lo gestiscono.

[Progetto Centro Aggregativo Pomeridiano - I. C. Donati
https://www.youtube.com/watch?
v=YNpda4rxwzs&feature=youtu.be%C2%A0](https://www.youtube.com/watch?v=YNpda4rxwzs&feature=youtu.be%C2%A0)

Nel concludere e ringraziare dell'attenzione, vengono menzionati gli operatori attualmente parte del Gruppo scuola: Baldasso Manuela, Bezzi Mariangela, Bordino Marco, Catarraso Valeria, Ierardi Marica, Laviola Maria Teresa, Lo Cascio Luca, Mammarella Francesca, Messina Paloma, Patti Maria, Pontecorvo Fabiana, Pozzoli Santina, Reveglia Alessio, Sica Giulia, Tomaselli Diletta, Tonelli Marta, Tirocinanti di Scienze dell'educazione e della Facoltà di Psicologia.

Vi proponiamo, in chiusura, la voce della Prof.ssa Paola Tulliani, intervistata dalla Dott.ssa Ierardi, rappresentativa dei progetti psicoeducativi, direttamente sostenuti dalla scuola, a favore degli studenti e delle loro famiglie. *Viene dunque proiettato un video della durata di circa 4 minuti relativo all'intervista della Vicepreside dell'I.C. Alfieri – Lante della Rovere.*

LA FUNZIONE PSICOLOGICA A SCUOLA: A QUALI BISOGNI RISPONDE?

Il contributo della professoressa Tulliani dell'I.C. Alfieri - Lante della Rovere di Roma

[I.C. Alfieri Lante della Rovere: Intervista alla prof.ssa Tulliani
https://www.youtube.com/watch?v=hZ1NIWv_OmE&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=hZ1NIWv_OmE&feature=youtu.be)

A quali bisogni risponde la presenza dello psicologo a scuola? Abbiamo posto questa domanda alla prof.ssa Tulliani, docente e Vice Preside dell'I.C. Alfieri - Lante della Rovere di Roma, con il quale la Cooperativa Rifornimento in volo collabora da diversi anni.

Il contributo, generosamente offerto dalla prof.ssa Tulliani, evidenzia che interventi come lo sportello, l'orientamento scolastico rivolto agli alunni e alle loro famiglie, l'osservazione delle dinamiche di classe, i gruppi classe, per citarne alcuni, hanno nel corso del tempo sensibilizzato l'ambiente scuola e l'ambiente famiglia all'ascolto e alla cura degli aspetti emotivi. In particolare la presenza dello psicologo scolastico, secondo la professoressa, ha aiutato tutto l'ambiente scuola a "non avere paura della fragilità": possiamo affermare che parlare delle proprie emozioni favorisce il contatto con i propri limiti e le proprie risorse e la possibilità di pensare queste ultime al servizio dei primi, spesso avvertiti come fragilità o debolezze. Nell'arco della sua esperienza, la prof.ssa Tulliani ha sentito quanto possa essere talvolta complicato per i genitori - "sebbene abbiano le parole per riconoscere e narrare i propri problemi" - riconoscere le difficoltà dei propri figli e contattarne i risvolti emotivi. Lo psicologo a scuola ha dunque aiutato a "non aver paura", a "fidarsi" e a "superare la paura di chiedere aiuto".

L'appartenenza al contesto scolastico, spesso vissuto "come una famiglia" - essere un membro della Scuola a cui "i genitori hanno affidato i propri figli" - facilita enormemente il superamento di tutte quelle difficoltà che generalmente si possono incontrare e consente ad alunni, famiglie e docenti di accedere con più facilità ad una richiesta di aiuto.

La funzione psicologica viene dunque integrata nella sua specificità all'interno della "comunità educante, in un connubio, una squadra di competenze" che solleva la funzione del docente dal doversi far carico di aspetti che non competono alla propria professione e allo stesso tempo ne riconosce l'importanza rispetto all'osservazione e all'essere un anello di congiunzione fondamentale.

"Avere dentro la scuola queste competenze specifiche vuol dire consentire l'avvio di un percorso altro, che porterà dei frutti che magari non vedremo", ma che potrà rappresentare "molto" per lo sviluppo del ragazzo.

EDUCARE IN UN CONTESTO DI CURA

Luca Lo Cascio

Insieme a quella psicologica, la dimensione educativa è inscritta nello statuto della cooperativa Rifornimento in volo.⁹

Sino dalla sua fondazione, nella nostra cooperativa, si è pensato che per “*parlare con gli adolescenti*”, accompagnandoli nell’attraversamento delle criticità del loro percorso evolutivo, fosse necessario avvicinare approcci, competenze, sensibilità professionali diverse facendole convergere verso il comune obiettivo di prendersi cura degli adolescenti in difficoltà.

La dimensione multiprofessionale, scelta fondante e caratterizzante l’identità di Rifornimento in volo, viene attuata non come giustapposizione di professionalità che viaggiano parallele senza intersecarsi ma come integrazione fra competenze e condivisione di un approccio basato su una prospettiva psicomotricità del pensare e dell’agire (anche dal punto di vista educativo) con l’adolescente e con chi gli è vicino.

I servizi, le attività e i progetti educativi promossi da Rifornimento in volo riguardano principalmente l’adolescenza.¹⁰ Nel tempo le attività educative sono state estese anche all’infanzia, alla preadolescenza e ai giovani adulti. L’allargamento dell’interesse e delle attività *al ‘prima’ e al ‘dopo’ l’adolescenza* è in parte legato alle domande (sanitarie, sociali, educative, formative) delle committenze istituzionali (scuole, servizi sociali) con progetti/interventi/servizi che includono ampie fasce d’età e in parte all’esigenza di intervenire per rendere più efficace la prevenzione del disagio adolescenziale. Laddove si riesce a intercettare il disagio nelle fasi precedenti l’adolescenza - soprattutto in situazioni in cui viene rilevato un alto rischio - la possibilità di blocchi o distorsioni del processo evolutivo di coloro che entrano nella pubertà può sensibilmente ridursi. Sull’altro versante, l’estensione degli interventi nella fase della giovane adultità, attraverso progetti e interventi psico-educativi, contribuisce a portare a

compimento il processo di formazione identitaria ancora non sufficientemente maturato in adolescenza.

Il Cosa

Il primo dei tre termini del titolo di questo lavoro è EDUCARE.

Non è semplice proporre una definizione compiuta, pienamente soddisfacente e non banale. Tentando di dare corpo a questa parola, al fine di derivarne un'azione pratica, si può dire che *educare* è un processo storicamente determinato multifattoriale, indispensabile alla riproduzione sociale, fondamentale in tutte le epoche e con alto valore etico oltre che utilitaristico. L'azione educativa si rivolge soprattutto alla generazione dei più giovani, dalla primissima infanzia fino alla giovane adultità, ma si estende anche alla fase adulta secondo i principi dell'educazione permanente.

In quanto fattore determinante per la costruzione di un individuo autonomo e consapevole, l'impatto maggiore e decisamente trasformativo dell'agire educativo si ha tuttavia nei riguardi delle persone più giovani in fase di sviluppo.

Etimologicamente *educere* - estrarre, "tirare fuori", fare emergere e dare sostanza e prospettiva alle potenzialità della persona - indica un processo, una dinamica che per esplicarsi si deve basare su relazioni intersoggettive. Educare significa anche riconoscere e rimuovere gli ostacoli che frenano, distorcono o bloccano il processo di costruzione identitaria.

I bisogni educativi in una società sempre più articolata, complessa e fluida - come ormai si suole dire 'liquida' (e quindi incerta) dal punto di vista delle costruzioni identitarie e sociali, professionali e produttive- sono molteplici e hanno una durata che va ben oltre il raggiungimento della maggiore età. La famiglia (ristretta o allargata che sia), come struttura educante, sembra sempre più in difficoltà a fare riferimento solo a sé stessa per assicurare e orientare, in tutto e per tutto, i bisogni educativi. Ma anche la scuola avverte la necessità di aperture a soggetti educanti ad essa esterni. Nella realtà contemporanea educare diviene quindi una funzione condivisa e plurale svolta, non sempre con collegamenti efficacemente fra loro

coerenti, da molteplici soggetti e in contesti sempre più ampi, alcuni formali, altri informali.

Ed ancora. Si rileva quanto siano sempre più ampie le sacche di “povertà educativa”. Esse non riguardano soltanto fasce sociali e culturali deboli della società (quindi più strutturalmente esposte) ma anche ambiti dove vi è integrazione sociale, strumenti culturali, sicurezze e benessere economico.

Non è più valida quindi l’equazione povertà economica + marginalità sociale = povertà educativa. Anche nei cosiddetti ceti “medi” si rileva un notevole disorientamento e un indebolimento della funzione educativa.

Nel dare significato al termine EDUCARE, seguendo il principio “pratico” secondo cui l’azione educativa si attua principalmente attraverso la relazione “educando-educatore”, svolgere l’azione educante può significare affiancare, avvicinare, mettersi a disposizione, dare una direzione, fare emergere. Più sinteticamente: essere prossimi.

Il Come

Nel lavoro educativo non esiste un codice “tecnico”, una procedura che regola e guida i percorsi degli operatori in ogni contesto e circostanza. In altre parole una tecnica pedagogica univoca.

Vi sono però degli elementi che connotano come tali i processi educativi.

A nostro avviso il primo elemento (e forse il principale) è la costruzione della relazione educativa. Qualsiasi progetto educativo mette in gioco la capacità dell’operatore di entrare in relazione. Costruire una buona relazione educativa è già in sé un obiettivo ed è anche lo strumento principale con cui agire per attuare processi trasformativi. È all’interno della relazione educativa che si svolgono le attività e si dispongono i mezzi e gli strumenti concreti.

Relazione e strumenti sono aspetti che “viaggiano insieme”. Il “saper stare” con gli adolescenti e il *come* stare con loro, oltre a essere un’attitudine personale, è una competenza che si acquisisce tramite

l'esperienza. L'importanza dell'aspetto relazionale è centrale in una dimensione educativa in quanto si ricostituisce, in un ambiente diverso da quello spontaneo e naturale, un rapporto, necessariamente asimmetrico, fra adulto e adolescente. Un rapporto ricco di potenzialità, di gratificazioni, ma anche di tensioni.

Gli adolescenti, per potersi differenziare dagli adulti e per 'soggettivarsi', hanno (anche) bisogno di attivare processi di identificazione con gli adulti "competenti". L'educatore è dunque soggetto a intensi investimenti emotivi e può essere proiettivamente visto come genitore, fratello maggiore, allenatore, istruttore, guida, confidente e nello stesso tempo essere sfidato, smitizzato, attaccato.

Chi ha esperienza di attività con adolescenti ha presente quanto essi misurino, sin dal primo istante, le capacità dell'adulto di essere interlocutore autorevole ma anche in grado di tollerare, contenere e comprendere le spinte oppostive. L'attenzione e la capacità dell'educatore consiste, sin dalle prime fasi di un intervento, nell'evitare la facile strada di "farsi amico/alleato" a tutti i costi per accreditarsi, oppure di entrare in un rapporto di forza, imponendosi e imponendo il progetto educativo. Sembrano cose ovvie ma rappresentano il vademecum per l'instaurazione di un rapporto educativo.

Secondo la visione deweyana l'azione educativa si basa su una teoria pratica che trae da altre discipline teorie, metodologie e materiali per potersi realizzare. La relazione educativa può infatti avvalersi di concettualizzazioni multidisciplinari quando sono utili ad aprire i canali comunicativi con gli adolescenti. Per questo ci piace riprendere e valorizzare alcuni concetti espressi nel corso del presente convegno, derivanti da approcci e teorie in ambito psicologico e psicodinamico, ma molto attinenti al *come* svolgere un lavoro educativo.

Il primo è lo "*spazio psichico allargato*" (Jaemmet 1980). Tale concetto sta ad indicare un ambiente concreto in cui l'adolescente riversa e mette in gioco aspetti in difficoltà del suo apparato psichico. L'educatore entra in gioco immaginando e costruendo ambienti concreti in cui l'adolescente può esplicitare, in un contesto relazionale (in genere in gruppo) e di gioco (in senso winnicottiano), aspetti in difficoltà del suo apparato psichico.

Lavorare educativamente in questa prospettiva significa quindi costruire progetti (e obiettivi) educativi tenendo presente anche le difficoltà del funzionamento psichico ed emotivo dell'adolescente.

Legato al processo educativo è il concetto, illustrato in questo convegno, dell'*accoglienza e fiducia epistemica*". Un costrutto del modello MBT¹¹ (*mentalization-based treatment*) con il quale si pone al centro la "mentalizzazione" ovvero un processo volto a sviluppare la capacità di interpretare (e dunque di mentalizzare) i propri e gli altrui comportamenti e azioni dando ad esse significati.

Il dove (Il contesto)

Nella cooperativa Rifornimento in volo l'esperienza educativa si attua seguendo due filoni: realizzando e gestendo ambienti educativi all'interno nella cooperativa stessa e attraverso azioni educative nei "contesti naturali" del minore.

Alla prima categoria appartengono i laboratori psicoeducativi, dispositivi il cui obiettivo è di dare ai ragazzi la possibilità di "*fare esperienza di sé*" attraverso gli altri. Vari sono i laboratori di gruppo divisi per età (laboratori con primo adolescenti dai 12 ai 15/16 anni e altri con adolescenti più grandi e giovani adulti, fino all'età di 19/20 anni). I laboratori di gruppo sono indicati per adolescenti in difficoltà - ad esempio con livelli cognitivi "al limite", inibizioni emotive importanti, difficoltà e inadeguatezza relazionale soprattutto nei confronti dei pari, disturbi della sfera emozionale e di comportamento - che non riescono ad accedere a un tipo di dispositivo centrato sulla parola e necessitano, pertanto, di strumenti concreti attraverso i quali entrare in relazione con gli altri e con sé stessi.

Vi sono inoltre Laboratori individuali; spazi duali con un operatore e un adolescente che lavorano attraverso attività concrete, in uno spazio e in un tempo determinati, progettando insieme le attività, negoziando regole e modalità di comportamento adeguate al contesto e agli obiettivi educativi.

I laboratori di gruppo possono essere a *doppia guida*, psicologica ed educativa. Ciò permette di giocare assieme aspetti di osservazione, di

valutazione, di lettura (nel mentre si svolge l'azione) dei processi in corso e di modalità di intervento che si integrano rinforzandosi reciprocamente.

Alla seconda categoria (contesti “naturali”) appartengono gli interventi di educativa domiciliare SISMI (Servizio di Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia).

Questo tipo di intervento consiste nell'intervenire sul minore e sulla sua realtà familiare, seguendo un approccio educativo, gestendo aspetti complessi e multiproblematici che riguardano dimensioni sociali, relazionali, scolastiche, sanitarie, formative. È un'attività che porta l'educatore ad agire per rinforzare il ruolo degli adulti di riferimento direzionandolo sugli obiettivi progettati e programmati *dal e con il* servizio inviante. In termini estremamente sintetici l'attività educativa esplicitata nel SISMI si orienta su quattro assi:

- Processi di socializzazione
- Supporto scolastico
- Valorizzazione delle competenze individuali e orientamento alle scelte
- Promozione dell'autonomia sociale e personale

Questo tipo di intervento prevede l'integrazione interprofessionale fra l'educatore e altre figure che seguono il minore su diversi livelli e la costruzione di una solida e articolata rete fra servizi e risorse territoriali.

Altro ambito, appartenente al contesto “naturale”, è la scuola con progetti educativi e psicologici fra loro integrati e svolti, in modo interprofessionale, con gli psicologi della cooperativa e che hanno, come ambito di intervento, il benessere scolastico, il funzionamento del gruppo classe, le relazioni fra pari e con gli insegnanti, l'orientamento e la valutazione delle proprie capacità.

Appartenenti alla dimensione naturale del minore, altri interventi educativi sono orientati all'ambito dell'apprendimento. Laddove l'aspetto dello studio scolastico comporti difficoltà eccessive e non gestibili soltanto in ambito familiare o nel contesto scolastico stesso, nei casi in cui si

evidenzia un correlato psicologico legato all'apprendimento, si mettono in campo interventi e percorso di “*educazione all'apprendere*”.

Scuola e apprendimento sono tra gli ambiti che più frequentemente vengono messi "sotto attacco" dagli adolescenti in difficoltà nel loro percorso evolutivo.

Il nostro lavoro sull'”educare all'apprendimento”, integra e sostiene la funzione educativa creando uno “spazio terzo” intermedio fra scuola e famiglia. L'attività si svolge in forma individuale o di gruppo, nel contesto domestico oppure presso la sede della cooperativa.

Per finire, una breve riflessione per spiegare il termine *CURA* indicato nel titolo di questa presentazione. *CURA* è una parola che ha molto a che fare con la cultura e con la dimensione educativa soprattutto quando si riferisce a soggetti che presentano, come elementi primari della domanda di intervento educativo, condizioni di fragilità e si trovano nelle condizioni di rischio di stallo evolutivo.

In questa prospettiva, “prendersi cura” colloca la risorsa educativa nei crocevia del processo evolutivo e porta a intervenire sulle criticità e su quanto è di ostacolo al percorso di crescita, individuando e implementando le risorse dei ragazzi. Intervenire non come “insegnamento calato dall'alto”, ma affiancando pazientemente, seguendo, contenendo, cercando di comprendere e orientando, senza accelerazioni e nel “tempo che ci vuole”. È un lavoro che richiede tempo e si basa, prima ancora che sulla tecnica, sulla relazione e sulla sostanza e sulla qualità della presenza accanto al bambino e all'adolescente.

Educare (come cura) significa farsi trovare nello ‘snodo’ di crisi e difficoltà scolastiche o volgendo gli sforzi per sviluppare e rinforzare la capacità e la possibilità di essere insieme ai pari costruendo la propria identità nel gruppo. Significa orientare verso il futuro, nella costruzione della prospettiva (aspetto particolarmente importante per i giovani adulti in condizioni di *empasse*).

L'ambito familiare è un altro ‘snodo’ centrale e determinante per la cura educativa. Si può agire infatti sulla regolazione dei rapporti intrafamiliari, nel conoscere e far riconoscere, da parte adulta, i bisogni autentici e

fondamentali del ragazzo o del bambino. Una forma di intervento che si direziona verso genitorialità carenti, fragili e inadeguate dal punto di vista educativo.

Verso la realtà esterna l'educatore si trova nello 'snodo' fra la persona e il suo contesto territoriale favorendone la conoscenza e l'uso delle risorse del territorio, della città, dei servizi.

Per chiudere volendo racchiudere in alcune parole chiave la nostra idea di lavoro educativo in un contesto di cura potremmo dire che esso di attua attraverso:

- OSSERVARE
- ACCOMPAGNARE
- INIDIVIDUARE I BISOGNI
- IDEARE
- ORIENTARE

⁹ Estratto dallo Statuto della Cooperativa Rifornimento in volo:

Rifornimento in volo ha tra i suoi scopi:

- Promuovere e favorire l'integrazione sociale, con particolare riferimento alle persone svantaggiate attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi.

“... al fine di rispondere ai problemi psicologici e psichiatrici ed educativi in età evolutiva, di bambini e di adolescenti nonché ai bisogni di integrazione sociale delle famiglie, si fa carico di organizzarsi in servizi tali da garantire: l'accoglimento, l'assistenza, il sostegno e la cura psicologica ed educativa necessaria ai bambini e agli adolescenti sofferenti di disturbi psichici o con difficoltà evolutiva di varia natura e gravità

- dare sostegno psicologico ed educativo a bambini, adolescenti, giovani-adulti migranti e loro famiglie”.

¹⁰ L'area educativa della Cooperativa Rifornimento in volo è formata dal Dr. Luca Lo Cascio, responsabile, Dr.ssa Chiara Porco e dal Dr. Marco Vanni, coordinatori. Ne fanno parte circa 25 operatori educatori e psicologi con funzioni educative.

¹¹ Il trattamento basato sulla mentalizzazione (mentalization-based treatment, MBT) è una forma di psicoterapia che integra aspetti psicodinamici, cognitivo-comportamentali, sistemici ed ecologici. L'MBT è stato realizzato ed applicato dagli psicologi Peter Fonagy e Anthony Bateman per trattare pazienti con disturbo di personalità borderline (DPB). Questo modello, applicato in un contesto

istituzionale di cura per adolescenti con disturbi del comportamento, è stato illustrato nel lavoro del Dr. Mario Speranza nel corso di questo convegno nella relazione dal titolo “La Maison des Adolescents des Yvelines Sud”.

PER CONCLUDERE...CURARE SÉ E L'AMBIENTE

Anna Ferruta

Nel mondo attuale i fenomeni di cambiamento diventano veloci e coinvolgono tutto, in una dimensione di globalizzazione: si incontrano e comunicano tra loro lingue e tradizioni diverse, sia in ambito scientifico sia quotidiano, tramite le reti online, l'accessibilità dei trasporti, lo scambio delle merci che permettono a tutti di gustare cibi e fare esperienza di materiali provenienti da ambiti lontani.

In questo vorticoso flusso di cambiamento osserviamo in molti adolescenti e giovani adulti l'emergere reattivo di formazioni irrigidite: attacchi di panico che impediscono di prendere mezzi di trasporto o di partecipare a manifestazioni di massa come i concerti; elaborazione di prescrizioni alimentari e di esercizi fisici da perseguire con assoluta rigidità in cambio della promessa di una salute immodificabile; angosce catastrofiche conseguenti all'accettazione di prescrizioni mediche innovative. La ripetitività e rigidità di questi fenomeni si manifesta insieme alla tendenza all'isolamento, a un'esigenza di chiudersi in sé stessi per garantirsi un benessere al riparo da influenze sociali contaminanti, fino ad arrivare al ritiro nella propria stanza con il rifiuto di ogni attività o relazione sociale, al rigetto del cibo, alla stessa difficoltà a respirare in presenza di altri.

Nell'appassionante flusso di cambiamento in cui sono immersi e a cui desiderano partecipare, talvolta i giovani vorrebbero trovare quei luoghi di sosta che i pellegrini incontravano lungo il cammino che li portava a Santiago di Compostela, soste condivise che aiutano e non ostacolano e non trattengono: camminare, sentire che i muscoli del corpo funzionano e sono espressione di sé, fermarsi e parlare, in un ritmo musicale non direttivo. Oppure vorrebbero trovare dei rispecchiamenti mobili che permettano di

riconoscersi negli occhi degli altri mentre stanno cambiando, come dovrebbe avvenire durante il transito biopsicosociale dell'adolescenza, senza correre il rischio di irrigidirsi nella ricerca di un riflesso immobile senza scarti come quello della superficie del lago che inghiotte Narciso affascinato dalla solitaria perfezione dell'identico. Il successo dei video come *tik tok* è anche espressione di questa ricerca di rispecchiamenti che colgano il mutare veloce di identificazioni di prova, sperimentali.

Tutti coloro che con diversa specializzazione lavorano in *Rifornimento in volo* ci hanno offerto oggi la descrizione di un ventaglio ricco e dettagliato di questo accompagnamento lungo il cammino dell'adolescenza e della capacità di offrire rispecchiamenti limpidi e sicuri, ma anche vitali e mobili, di molteplici soggettività in attesa di prendere forma.

Preferisco non leggere la relazione che avevo preparato sul *Prendersi cura-Una dimensione antropologica della comunità umana*, e invece sostare anch'io a riflettere su pensieri ed emozioni suscitati dagli interessanti e variegati interventi che ho potuto seguire nel corso della giornata.

Lo sfondo è senza dubbio costituito dall'ascolto della ricchezza di esperienze autentiche presentate nei diversi ambiti di intervento, dal contesto psicoterapeutico individuale, alle situazioni istituzionali quali la scuola, al laboratorio, alla famiglia, alla strada. Lo sfondo quindi è rappresentato dalla partecipazione non selettiva alle diverse forme della comunità umana nelle quali oggi si dispiega la vita dell'adolescente, con un'attenzione ad accompagnare appunto l'incontro del soggetto con l'ambiente, che si rivela talvolta troppo traumatico, altre volte troppo arido.

Su questo sfondo si sono stagliate davanti agli occhi della mia mente tre figure che caratterizzano la proposta curativa e educativa di *Rifornimento in volo*.

La passione per l'esperienza vissuta in prima persona. L'interesse per le espressioni concrete in cui può prendere forma l'esistenza dell'adolescente: la passione per le parole, i colori, la musica, l'attività corporea, non intese non come ricette o come 'rimedi' straordinari prescritti da accettare o subire,

ma come un terreno vivo in cui il sé può conoscersi e progressivamente individuarsi, utilizzando la mediazione del 'compagno vivo'.

L'esperienza del gruppo: le attività proposte vedono nel lavoro in gruppo uno strumento di crescita fondamentale. Io stessa ho seguito e sto seguendo con un lavoro di supervisione uno dei gruppi di psicoterapia specifici. In diverse forme, il gruppo costituisce un'importante esperienza di incontro con quella alterità di sé a se stessi che rappresenta uno grosso scoglio da affrontare lungo il percorso dell'adolescenza. L'opportunità di incontro con differenti 'altri da sé', nel corso di attività ludiche, sportive, artistiche, terapeutiche, come in un caleidoscopio mette di fronte alla possibilità di vedersi riflessi nell'altro e quindi di meglio accettarsi, come pure pone di fronte alla scoperta di emozioni e desideri che si cercava di evitare. Proprio come avviene nei sogni, in cui non ci si meraviglia troppo di entrare in storie e incontrare personaggi che appaiono estranei o troppo familiari al proprio mondo consueto, ma che in ogni caso indubbiamente fanno parte di quel soggetto stesso che li ha creati tramite il pensiero della notte.

La centralità della formazione. La caratteristica forse fondamentale del lavoro di *Rifornimento in volo* è costituita dalla consapevolezza che un'umana disposizione a prendersi cura dell'altro, qualità senza dubbio indispensabile, non è sufficiente per avere efficacia e favorire l'evolversi dei progetti attivati. Sulla base di un'attitudine di base a prendersi cura, è necessaria una formazione, sia nella modalità di un'esperienza di terapia psicoanalitica personale, sia nella modalità di un continuo lavoro di riflessione e supervisione in gruppo del lavoro portato avanti.

Una specificità della psicoanalisi è quella di offrire un ambiente di cura rigoroso e sicuro che permette trasformazioni a tutti i soggetti in gioco. L'esperienza di essere a contatto intimo con la mente di un altro in una situazione spaziotemporale predisposta permette di vivere emozioni che hanno un potere trasformativo rispetto a pensieri e comportamenti stereotipati e ripetitivi, e consente riorganizzazioni continue degli assetti intrinseci e relazionali stabilizzati.

Questa specificità della psicoanalisi viene ad essere sempre più condivisa con le concezioni che caratterizzano oggi tutte le scienze. Non

solo le discipline biologiche, di cui la psicoanalisi occupa una parte del campo, in quanto attiva modificazioni che riguardano esseri viventi in continuo scambio metabolico con l'ambiente in cui sono immersi, ma in tutta l'area delle scienze: è impossibile isolare la cura di sé e la funzione dell'ambiente.

Il modo di funzionare di *Rifornimento in volo* mette al centro la formazione di tutti coloro che vi lavorano: l'esperienza di questa giornata di studio stessa lo illustra. La passione per il fare e per la concretezza dell'esperienza viene sempre accompagnata da una viva consapevolezza che quello che necessita tenere presente come fattore guida è la crescita psichica, la possibilità per l'adolescente, attraverso le varie opportunità offerte, di non sentirsi sopraffatto dal 'reale', ma di utilizzarlo per lo sviluppo della sua vita psichica soggettiva, che a poco a poco gli potrà offrire l'opportunità di lasciare un suo segno personale creativo nelle relazioni e nell'ambiente. Questo elemento guida, questa consapevolezza e sensibilità coltivata, necessitano di una formazione che permetta di comprendere in prima persona quello di cui hanno bisogno diversi tipi di adolescenti, sia quelli che hanno molte opportunità ma si ritirano nell'isolamento, sia quelli che si gettano in azioni violente o distruttive, che 'prendono a calci il mondo' nella speranza inconscia di incontrarlo nella forma di qualcuno che gli risponda accorgendosi della propria esistenza psichica.

Investimenti di tempo e anche di denaro dedicati alla formazione di chi si prende cura in varie forme di altri sono investimenti necessari e fruttuosi: tutto quello che abbiamo conosciuto e ascoltato in questa giornata ne è la semplice e ricca e anche rara testimonianza.

Prendersi cura non è solo, come spesso si dice, proiezione nell'altro e negazione delle proprie parti carenti o malate, o un deficit di individuazione, ma è una condizione umana che dovrebbe stare alla base della costruzione di una società sufficientemente stabile e in movimento.

"Sulla spiaggia di mondi senza fine, i bambini giocano": sono i versi di Tagore che Winnicott pone come esergo del suo saggio 'La sede dell'esperienza culturale' (1967): "Il mare e la spiaggia rappresentano infiniti rapporti tra uomo e donna, e il bambino emerge da questa unione ed

ha un breve momento prima di diventare adulto e genitore" (Winnicott D.W. 1971., p.165-66).

IL PIACERE NEL LAVORO AGGIUNGE PERFEZIONE AL COMPITO CHE SVOLGIAMO (ARISTOTELE)

Annunziata Bartolomei

Questo breve contributo mi permette di condividere un'esperienza professionale e umana tra le più piacevoli e interessanti vissute in molti anni di lavoro.

Mi riferisco alla lunga collaborazione con la Cooperativa Rifornimento in volo, per gli interventi a favore degli adolescenti e nel Gruppo Integrato di lavoro rivolto alle situazioni di tutela e protezione delle persone di età minore. Un'esperienza che ha confermato la validità dei modelli di lavoro integrati, tra professionalità e tra organizzazioni e che per essere alimentata necessita di alcuni requisiti, alcuni in capo alle culture organizzative, altri attinenti alle culture professionali.

Negli anni recenti, nonostante esistano valide coordinate normative nella legislazione sociale e sociosanitaria, la loro applicazione risulta molto disomogenea nei servizi e nei territori; a volte riemergono logiche settoriali e prestazionali e l'approccio preventivo e promozionale si è via via affievolito. Ciò nonostante, l'esperienza prosegue e può contare su professionalità solide e un valido metodo di lavoro.

Il modello integrato che abbiamo sperimentato negli anni ha avuto come centro di interesse i diritti dei bambini e dei ragazzi a essere tutelati e protetti, insieme alle loro famiglie, fin quando è possibile, e accompagnati nella loro crescita. È stato possibile applicarlo grazie all'incontro tra culture professionali che condividono valori e obiettivi, operatori accomunati da forte identità professionale e senso di appartenenza alle rispettive organizzazioni. La sintonia di partenza ha permesso la costruzione di una

relazione fiduciaria che ha dato spazio ad un confronto autentico e alla possibilità di crescere insieme nella costruzione del modello operativo.

Le professioni di aiuto hanno come strumento cardine la relazione, intesa in tutte le sue declinazioni, quindi non solo la relazione con la persona in difficoltà, ma anche con altre persone, altri professionisti, altre istituzioni. Il modo di costruire e curare queste relazioni fa la differenza tra la semplice collaborazione formale, richiesta dall'erogazione di mere prestazioni e l'integrazione di modelli di lavoro e percorsi di cura, intesa come prassi alimentata da un pensiero comune e orientata alla persona, al riparo da approcci autoreferenziali o difensivi.

Il lavoro con gli adolescenti richiede una ricerca costante di risposte adeguate alle loro istanze e di costruzione di opportunità per sostenere i loro processi evolutivi. A questo sono chiamati gli adulti del loro contesto di vita, famiglia, ambiente e comunità. Gli interventi pertanto non sono unidirezionali ma multilivello. Sono frutto di decisioni condivise, conseguenze di un dialogo con e tra gli adolescenti e il mondo adulto.

La possibilità che gli adulti possano condividere il pensiero intorno all'adolescente / agli adolescenti, consente loro di *pensarsi*, di riflettere quindi sul ruolo che giocano nel contesto di vita e di come accompagnare i processi di crescita e di maturazione, affrontando, non da soli (genitori, operatori, insegnanti) le sfide lanciate dalla adolescenza.

Per gli adolescenti, la pluralità del pensiero degli adulti, l'ascolto, la loro presenza modulata da una "giusta distanza", consente loro di sentirsi *pensati*, protetti e al tempo stesso liberi di sperimentare.

È il modello dell'intervento integrato di "Sostegno al contesto" a lungo sperimentato. E che, con altre denominazioni e target, caratterizza il lavoro della Cooperativa Rifornimento in volo in collaborazione costante con la rete territoriale dei servizi. La complessità dei percorsi di crescita e la molteplicità dei soggetti coinvolti trovano nel lavoro integrato una risposta anche alla necessità di fornire risposte differenziate e personalizzate. Un rapporto ben costruito tra i sistemi istituzionali e le organizzazioni del privato sociale offre la possibilità di un intervento complementare nelle differenze di ruoli e di strumenti.

La collaborazione costruita negli anni tra i servizi della rete territoriale e la cooperativa Rifornimento in volo è connotata da una chiara definizione dei ruoli con riferimento alle responsabilità di ciascun soggetto. In un quadro di chiarezza non c'è spazio per semplificazioni e scorciatoie: il ruolo dell'organismo di terzo settore è funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere sociale nell'integrare e potenziare la responsabilità del sistema pubblico con le proprie competenze e peculiarità. Non si tratta quindi di surrogare una funzione pubblica, quanto di interpretarla attraverso le proprie competenze, in una relazione di reciproca interdipendenza.

Questo modello di collaborazione permette di valorizzare tutti i ruoli, di superare una visione "gerarchica" delle professioni e delle organizzazioni.

In questa fase di grave crisi dei sistemi di aiuto, il lavoro integrato, che pure risulta efficace e evita sovrapposizioni e sperpero di risorse, è messo a dura prova dalla grave riduzione degli investimenti, sia in personale, sia a sostegno dei progetti. Il carico di lavoro sempre più in aumento nei servizi del territorio, sembra ridurre la disponibilità a collaborare e a costruire insieme strategie di intervento verso situazioni sempre più complesse e a rischio. Negli anni, sui servizi e sugli operatori, è ricaduto il peso relativo al peggioramento delle condizioni di vita delle famiglie e dei giovani e all'aumento delle condizioni di lavoro precario.

Quest'ultimo aspetto, la precarietà del lavoro e quindi la discontinuità nelle relazioni tra professionisti e con i ragazzi e le loro famiglie, interrompe i processi evolutivi e collude pericolosamente con la discontinuità e la frammentarietà delle storie personali e familiari.

Due aspetti devono quindi essere considerati in merito alla continuità dei percorsi: il turn over degli operatori e la relazione tra sistema pubblico e terzo settore.

Se la stabilità dei professionisti favorisce in modo significativo le relazioni interpersonali, il rapporto pubblico - privato sociale basato sul valore condiviso della coprogettazione ha consentito l'innovazione e la ricerca.

Nel rapporto interistituzionale e interprofessionale è stato fondamentale riservare costantemente uno spazio / tempo dedicato al confronto. Un tempo di sospensione dal fare concreto per prendersi cura del gruppo, di *prendersi cura* di chi *si prende cura* dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie. Un prendersi tempo che prefigura il tempo offerto all'intervento con l'adolescente, entrambe le condizioni da rivendicare contro le spinte espulsive dei servizi. Un tempo consono a creare un "ambiente di sostegno" utile a recuperare quello che è mancato nel processo evolutivo (Applegate 1998). Uno spazio fisico, le riunioni programmate e i confronti informali, a prefigurare lo spazio interno, dei singoli professionisti e del gruppo, da coltivare, rendere sempre più accogliente e nutritivo. Uno spazio e un luogo dove condividere e trasformare le esperienze in buone prassi, dove esprimere la potenza generativa del pensiero collettivo e accrescere il *desiderio dei gruppi*, come motivazione al lavoro e alla promozione del benessere (La Gioia 2018).

E il desiderio è mosso dal piacere, non solo dal bisogno (*ibidem*).

ELOGIO DELLA MARGINALITÀ'

Paola Carbone

Il mio ruolo, in questa Tavola rotonda conclusiva, sarebbe quello di rappresentare l'ARPAd, ma tutti i soci di Rifornimento in volo che hanno parlato oggi sono anche soci ARPAd e non poteva esserci presentazione migliore della nostra associazione di quella che ci è stata offerta dalle loro parole e dalle loro esperienze.

E allora, sollevata dal compito di rappresentanza, posso focalizzarmi su una domanda: che funzione e che senso può avere l'ARPAd per Rifornimento in volo? E riflettendo sulla mia posizione qui oggi, a fine convegno, vorrei cercare questo 'senso' nella 'marginalità' e tentarne un elogio.

Elogio della marginalità:

Quando è nata l'ARPAd, circa 30 anni fa, l'adolescenza era una realtà marginale. Per i medici e per gli psichiatri di allora gli adolescenti non esistevano in quanto tali, erano 'un buco', una zona d'ombra in cui i margini dell'infanzia sfumavano verso i margini dell'età adulta. Ricordo ancora con inquietudine le immagini dei reparti di medicina (ero consulente al policlinico) in cui gli adolescenti ricoverati si aggiravano come anime in pena o tra pazienti anziani, isolati nei corpi decadenti, o nei reparti pediatrici, tra mamme che allattavano, giocattoli e pannolini. Sempre a quell'epoca, non così tanto lontana anche se tanto diversa, l'accettazione psichiatrica del policlinico, gestita per lo più da clinici assolutamente ignari dell'adolescenza e del concetto di 'sviluppo', sfornava diagnosi di schizofrenia ogni volta che arrivava un giovane in stato di agitazione o confusionale. Ma gli adolescenti trent'anni fa erano anche ai margini dell'istituzione psicoanalitica che –pur avendo capito e scritto tante cose di loro- li aveva considerati non analizzabili.

Penso che questa collocazione marginale dell'adolescenza, paradossalmente, sia stata un vantaggio per la giovane ARPAd: abbiamo potuto muoverci con libertà, agilmente (un po' come si muovono gli adolescenti) e questo ci ha consentito di essere creativi e di promuovere sia realtà cliniche come Rifornimento in volo (Giovanna Montinari ha fondato Rifornimento in volo, 6-7 anni dopo la nascita dell'ARPAd), ma anche introdurre cambiamenti teorici e tecnici nell'approccio alle problematiche adolescenti; cambiamenti che hanno anche cooperato all'evoluzione della clinica psicoanalitica dell'adulto e del bambino.

Anche se oggi sembra che l'adolescenza non sia più marginale perché è al centro dell'interesse pubblico (un interesse ambiguo e spesso venato di una curiosità un po' intrusiva), io penso noi dovremmo continuare a difendere il valore delle posizioni marginali, dove al termine 'marginale' è bene restituire l'autentico significato: perché marginale non vuol dire 'irrilevante', né 'secondario', ma definisce un 'luogo', quel luogo privilegiato dell'essere che è 'il confine'.

Nelle zone di confine c'è la vita: lì avvengono mediazioni e scontri, contaminazioni, scambi e confronti; il confine 'genera', e tutto questo può accadere perché il 'con-fine' è l'unico luogo in cui Io posso incontrare l'Altro: l'incontro Io-Tu non è affatto scontato e per realizzarsi necessita di un confine; senza 'con-fine' non c'è Io e non c'è Tu, non c'è incontro, ma solo 'con-fusione'.

E il confine è fondamentale nella terapia, tanto più con gli adolescenti, persone cioè che stanno cercando di separarsi dall'originario 'noi' familiare per riorganizzare i propri confini.

La funzione psicoanalitica con l'adolescente non consiste tanto nel rendere conscio ciò che è inconscio, anzi... . Con l'adolescente si tratta per lo più di sostare accanto ai fragili margini del suo Sé, per consentirgli di percepire il confine tra lui e noi e –forte di quel confine che ci separa e ci unisce- per consentirgli di guardare il suo sogno erotico (o il suo incubo erotico, o il suo delirio erotico... perché in adolescenza tutto è erotico) senza troppa paura.

Freud aveva genialmente introdotto nella prima topica una zona di confine ‘il Preconscio’, il luogo –cito Speciale Bagliacca- in cui “i principi divengono autenticamente operanti perché sono diventati carne e sangue di noi stessi e non furbizie della ragione o pressioni del Super-Io” (1997) ; e Novelletto indica, proprio nel Preconscio, il luogo elettivo dell’incontro terapeutico: “il preconscio è quello spazio privilegiato dove analista e adolescente possono incontrarsi, condividere parte del transfert e proseguire insieme” (1995, pag. 235).

Ma torniamo a quel ‘sogno erotico’ che pervade l’esperienza adolescente; un sogno che l’adolescente ha tanta paura di sognare e di cui noi tutti abbiamo un po’ paura

Consapevoli dell’importanza centrale di questo ‘sogno’¹², le serate scientifiche ARPAd di quest’anno si articolano attorno ad un tema tanto centrale quanto affascinante: ‘Eros e adolescenza’ (proprio ‘Eros’, non sessualità, non questioni di genere...). Sollecitata da questo progetto, ho sentito il bisogno di andare a riprendere il testo più importante che è stato scritto sull’erotismo: “Il Simposio” di Platone; come tutti grandi classici è un testo per certi versi ‘scontato’ perché tutti, più o meno, lo abbiamo avuto tra le mani a scuola, ma –ritrovato oggi- mi si è rivelato in tutta la sua sorprendente bellezza e intelligenza.

Rilegendolo ho scoperto che per Platone il genere degli amanti è considerato irrilevante¹³ ‘per le cose dell’amore’ (*tà erotikà*), ciò che invece è molto rilevante è che l’erotismo è la spinta a raggiungere qualcosa di sé attraverso l’altro.

E raggiungere cosa? La nostra follia, la nostra intima follia, che è anche -ci dice Platone- il germe della nostra creatività.

Un’altra scoperta emozionante: Eros, nel dialogo di Platone, non è il bel giovinetto trionfante e un po’ beffardo, figlio di divinità potentissime quali Afrodite e Ares (per intenderci il bel principino, protagonista della favola di Apuleio “Amore e Psiche”).

L’Eros platonico è figlio di una mendicante: Penia, la Povertà. È un ragazzino “duro, ispido, scalzo, senza tetto” lacero e sempre affamato, striscia la notte, dorme sotto i portici o “vicino alle porte della città”

(Simposio, 203 d); questo ragazzino scalzo e affamato è Mancanza, è in quanto ‘mancanza’ è perenne Desiderio. Un Desiderio di noi stessi che ha bisogno dell’Altro per realizzarsi.

E infatti -dice Platone- Eros è “*Metaxù*”, un termine greco che significa “Intermediario”, “Mediatore”: *Metaxù* tra gli uomini e gli dei, e dunque tra la nostra ragione umana (potremmo dire il nostro Io) e la nostra intima follia di cui abbiamo bisogno¹⁴. Perché, dice Platone, proprio colui che ha fondato le regole del pensiero logico su cui si basa tutta la nostra cultura: “I più grandi beni provengono all’uomo attraverso la follia” (Platone, Fedro, 244 a).

Questa concezione platonica di Eros-Mancanza, Eros-Metaxù mi ha illuminato.

E tornando, forti di questa comprensione, al nostro lavoro di clinici, credo che i nostri pazienti adolescenti –spesso ragazzini mal messi e bisognosi, proprio come l’Eros platonico- possano davvero essere per noi ‘metaxù’, metterci in contatto con quell’infinito inconscio che siamo noi stessi e anche con quel sogno erotico che è così vitale sognare per far sì che il nostro lavoro sia integrato in noi, sia dentro la nostra vita.

Però questo processo vivo di reciproca scoperta che è la psicoterapia, non sempre riesce a realizzarsi così, e una relazione terapeutica può anche ridursi ad un compito faticoso e frustrante.

E allora -detto tutto ciò- torniamo, per concludere, alla questione iniziale: che senso può avere per i clinici di Rifornimento in volo l’ARPA?

Al di là delle tante importanti funzioni culturali che l’ARPA realizza (scuola di specializzazione, rivista AeP, seminari, master, cineforum ...) penso che l’ARPA possa avere senso se riesce a sostenere ‘il sogno erotico’ di noi soci, se riesce –stando ‘ai margini’- a essere quello spazio terzo che ci aiuta a mantenere una tensione erotica nella vita lavorativa; in somma, se può essere per tutti noi: “*Metaxù*”.

¹² Segnalo il bel lavoro di Cristiano Curto e Maria Francesca Natali, “Per amore o per forza. Prendersi cura dell’istituzione per accompagnare il sogno adolescente” (serata scientifica ARPAd, 13 dicembre, 2019) che mi ha ispirato nell’impostare alcuni termini di questa relazione.

¹³ E c’è da chiedersi, con sgomento, dove sia finita tutta questa limpida sapienza dato che oggi continuiamo ad aggrovigliarci sulla ‘questione del genere’.

¹⁴ Ho trovato molto interessante, a questo proposito, la lettura che ne fa Umberto Galimberti, in ‘Eros e Psiche’, ed. Alboversorio, 2012.

Bibliografia

APPLEGATE J.S. (1998). *Il rapporto che aiuta. Tecniche winnicottiane nel servizio sociale*. Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini, Roma.

BEY H. T.A.Z. (1995). *Zone Temporaneamente Autonome*. Milano: ShaKe Edizioni.

BETTELHEM B. (1950). *L'amore non basta*. Milano: Ferro, 1967.

BOLLAS C. (1979). *L'oggetto trasformativo, in Neuropsichiatria infantile*. 1980. 232-233, pp. 1061-1080.

BOLLAS C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Roma: Borla 1989.

BOLLAS C. (1992). *Essere un carattere*. Roma: Borla 1995.

CAHN R. (1994). *Adolescenza e follia*. Roma: Borla 1994.

CAHN R. (1998). *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Roma: Borla 2000.

CAHN R. (2002). *La fine del divano?* Roma: Borla 2004.

CAHN R., GUTTON P., ROBERT P., TISSERON S. (2014). *L'adolescente e il suo psicoanalista – i nuovi apporto della psicoanalisi dell'adolescenza*, A cura di Monniello G., Roma: Casa Editrice Astrolabio.

CICCHETTI D., COHEN DJ. (2008). *Developmental Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.

CORDIALE S., MONTINARI G. (2012). *Compagno adulto*. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti. Roma: Franco angeli.

CORDIALE S. (2019). Essere, “Stare”, Curare. In: AeP. *Adolescenza e Psicoanalisi*. 2, pp. 41- 50.

CURTO C. e NATALI M. F. (2019). “Per amore o per forza. Prendersi cura dell'istituzione per accompagnare il sogno adolescente” (presentato nella serata scientifica ARPAd del 13 dicembre, 2019).

CURTO C., TRILLO S., BARTOLOMENI A., HENRICH A.N., POTENA R. (2018). La mente gruppale nella diagnosi e nella cura degli adolescenti con patologie psichiatriche In *Adolescenza e Psicoanalisi* n.1.

DALBA A.M., MONTINARI G. (2020). Prendersi cura della separazione. Quando i genitori si dividono, la famiglia si unisce, *Interazioni*, 2.

DALBA A.M., MONTINARI G. (2020). Il corpo familiare alla prova dell'adolescenza, *Argo la Rivista*, 6.

DE MICCO, V. (2018). *Transizioni, Trasformazioni, Migrazioni: avanzare sui margini*. Relazione presentata al Convegno organizzato dalla Società Psicoanalitica Italiana Menti Migranti, Menti Adolescenti. Firenze.

DONNET J.L. (1983). Sur la rencontre avec l'adolescent.in - *Adolescence*,1,1.

FERRUTA A. (2011). *Il contenitore istituzionale nelle patologie gravi*. <http://www.funzionegamma.it/il-contenitore-istituzionale-nelle-patologie-gravi>

FONAGY P., LUYTEN P., ALLISON E., CAMPEBLL C. (2019). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy, *Psychopathology* 52(2):1-10, 2019.

FREUD S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino 1967.

FREUD S. (1912). Dinamica della traslazione, in *Opere*, vol.6, Torino: Bollati Boringhieri

FREUD S. (1913). Totem e tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici. In: *Opere*, Vol. 7. Torino: Boringhieri,1967.

GREEN A. (1990). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina 1996.

GUTTON P. (2008). *Il genio adolescente*. Roma: Magi 2009.

JEAMMET PH. (1980). Realtà esterna e realtà interna. Importanza e specificità della loro articolazione in adolescenza. In: *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla, 1992.

- JEAMMET PH. (1992). *Psicopatologia e Adolescenza*. Roma: Borla.
- KAËS R. (1976). *L'apparato pluripsichico. Costruzioni del gruppo*. Roma: Armando Editore.
- LA GIOIA A., a cura di, (2018). Essere gruppo di lavoro, *Le matite di Animazione sociale*. Supplemento al n.316/18. Torino: Gruppo Abele Edizioni.
- LAPLANCHE J. (1987). *Nuovi fondamenti per la psicoanalisi*. Roma: Edizioni Borla, 1989.
- LINGIARDI V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- LINGIARDI V., MC WILLIAMS N. (a cura di) (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MONNIELLO G. (a cura di) (2005). Luoghi istituzionali e adolescenza. *Quaderni di Psicoterapia infantile*, 51. Roma: Borla.
- MONNIELLO G. QUADRANA L. (2010). *Neuroscienze e mente adolescente*, Roma: Edizioni Magi.
- MONTINARI G. (2006). *Rifornimento in volo, aiuto psicologico agli adolescenti*. Roma: Franco Angeli.
- MORO, M.-R.(2002). *Bambini di qui venuti da altrove*. Milano: Franco Angeli, 2005.
- MORO, M.-R. ET AL. (2004). *Manuale di psichiatria transculturale*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- MORO, M.-R., BAUBET, T. (2009). *Psicopatologia transculturale*. Roma: Koinè, 2010.
- NATHAN, T., MORO M.-R. ET AL. (1989). Il bambino e la sua cultura di appartenenza. In: Lebovici, S. e Weil-Halpern, F. *Psicopatologia della prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- NOVELLETTO A. (1983). Mostruosità, contaminazione, metamorfosi. In: *L'adolescente*, Roma: Astrolabio 2009.
- NOVELLETTO A. (1987). Il misterioso salto fra diagnosi e terapia. In *L'adolescente*, Roma: Astrolabio 2009.

- NOVELLETTO A. (1990). *Servizi e cure*, in *Adolescenza* 1 ,2 , 1990.
- NOVELLETTO A. (1991). Nascita e sviluppo della diagnosi, dalla mente del terapeuta a quella dell'adolescente. In: *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza* Roma: Borla.
- NOVELLETTO A. (1995). Il preconsciouso. In: *L'adolescente. Una prospettiva psicoanalitica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore, 2009.
- NOVELLETTO A., BIONDO D., MASINA E., MONTINARI G. (a cura di) (2003). Osservatorio Adolescenza. *Mediazione Interistituzionale*. Roma: Abilgraph.
- NOVELLETTO A. (2009) *L'adolescente. Una prospettiva psicoanalitica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.
- NOVELLETTO A. (1986) *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*, Roma: Borla.
- NOVELLETTO A. (1990) *Servizi e cure*, *Adolescenza*,1,2.
- PETRAGLIA, G. (2011). Dall'altra parte del mare. Essere genitori e figli in terra straniera. *AeP, Adolescenza e Psicoanalisi*, VI,1.
- PETRAGLIA, G. LO CASCIO, L. (2012). Il compagno adulto con l'adolescente straniero in: Cordiale, Montinari (2012) *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*. Roma: Franco Angeli.
- PETRAGLIA, G. (2020) Terra madre. Bambine-non più bambine-non ancora donne in equilibrio tra due mondi", *AeP Adolescenza e Psicoanalisi* XV, 2.
- ROSSI MONTI M. (2008). Diagnosi: una brutta parola? In: *Rivista di psicoanalisi*, LIV,3.
- SPEZIALE BAGLIACCA R. (1997). *Colpa*. Roma: Astrolabio.
- STEINER G. (1996). *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri.
- WINNICOTT D.W. (1956). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli. 1975.
- WINNICOTT D.W. (1970). *Dal luogo delle origini*. Milano: Cortina, 1990.

WINNICOTT D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1975.

www.riforimentoinvolo.it

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare, insieme a Giovanna Montinari e Maria Francesca Natali, gli amici e i colleghi che da sempre ci sono vicini, prima di tutto coloro che hanno partecipato più direttamente ai lavori di questo Convegno. Grazie a Stefano Amati e a Luca Lo Cascio per i loro suggerimenti, a Diana Buratti e ad Aaron Nemu Henrich per il loro contributo. Un ringraziamento speciale a tutti i soci che, per questioni di spazio, hanno accettato una posizione analiticamente più silenziosa, solo apparentemente marginale. Siamo consapevoli che la comune appartenenza al gruppo rende difficile riconoscere i contributi e pensieri personali; contenuti che, come in un sogno, inevitabilmente si condensano e si contaminano tra loro, venendo a costituire un patrimonio egualitario di noi tutti: soci, collaboratori, tirocinanti e dipendenti.

Cristiano Curto