

Plexus

Semestrale Scientifico On-line a cura del Laboratorio di Gruppoanalisi

Vol. 10 N. 2 - Novembre 2017

Editoriale

Giuseppe Ruvolo 2

NUMERO SPECIALE: IL RISCHIO SUICIDARIO IN ADOLESCENZA

Nuove evenienze patologiche in adolescenza e rischio suicidario

Giovanna Erika Di Cara 5

Il tentato suicidio in adolescenza

Graziella Zizzo 22

Politiche del desiderio: quale spazio di ascolto nella scuola?

Giovanni Di Benedetto..... 48

Ritrovarsi. Storia della relazione clinica con un minore straniero non accompagnato all'interno del carcere per minori

Loredana Sortino..... 65

CLINICA E PSICOTERAPIA

So-stare sulla soglia. Il lutto anticipato nel gruppo di familiari di persone inguaribili.

Andrea Intilla 89

La diagnosi nell'incontro fra pazienti famigliari e curanti. Uno strumento di rilevazione

Nadia Tagliaferri..... 108

Editoriale

Giuseppe Ruvolo

Dedichiamo la parte principale di questo numero a un gruppo di contributi sul tema del "Rischio suicidario in adolescenza", presentati al seminario omonimo organizzato a Palermo dal Laboratorio di Gruppoanalisi il 29 e 30 settembre 2017 e rivisti per questa nostra edizione.

Tra i fenomeni sociali e di salute mentale che stanno caratterizzando la nostra contemporaneità, la turbolenza e il disagio che riguardano l'adolescenza sono certamente ai primi posti, soprattutto nel lavoro di chi si occupa di psicoterapia, ma certamente anche di chi si occupa di educazione/formazione. I lavori che proponiamo qui sono centrati sulla prevenzione e il trattamento del rischio suicidario che ne è probabilmente l'aspetto emergente più drammatico, in quanto investe non soltanto la stretta cerchia dei familiari, ma coinvolge e impatta fortemente con le comunità locali, le istituzioni educative e le reti affettive informali.

I contributi sono focalizzati su differenti contesti di analisi e intervento: dalla clinica in senso stretto - sia pubblica che privata - alla scuola e all'istituzione penitenziaria. In ciascuno di essi si coglie non soltanto che la sofferenza in adolescenza è l'emergente della criticità dello strutturarsi della soggettività in un universo culturale in forte e disorientante trasformazione dei legami relazionali e degli orizzonti simbolici, ma viene mostrato in modo esemplare come il lavoro (educativo, preventivo, nell'emergenza e nel cosiddetto "post-evento") di necessità dovrebbe estendersi a tutta la comunità locale. Questa necessità richiede operatori competenti tecnicamente, ma anche capaci di muoversi con uno sguardo critico che rinvia continuamente dalla scala sociale-comunitaria a quella delle

vicissitudini emotive e affettive del singolo e della sua storia, dentro e fuori la famiglia.

Nella seconda parte sono presentati due lavori: il primo è un interessante contributo sull'impostazione e l'esperienza del dispositivo di elaborazione di gruppo destinato ai familiari di pazienti oncologici in trattamento presso le strutture di cure palliative (Hospice); il secondo è un lavoro dedicato ad una proposta di rilevazione diagnostica di tipo relazionale ("Griglia") che, nell'ambito del lavoro clinico con famiglie, mira a valorizzare le caratteristiche di complessità e convergenza/divergenza dell'incontro fra gli attori presenti nel campo della cura.

**NUMERO SPECIALE:
IL RISCHIO SUICIDARIO IN ADOLESCENZA**

Nuove evenienze patologiche in adolescenza e rischio suicidario

Giovanna Erika Di Cara¹

Il seguente articolo fornisce un profilo delle nuove evenienze patologiche in adolescenza. Delinea un quadro contemporaneo caratterizzato dai nuovi modelli culturali e sociali e della crisi del ruolo materno e paterno.

Mette in luce il rischio suicidario in adolescenza, soprattutto in relazione alla fragilità narcisistica. Definisce alcuni degli elementi quali la formulazione del progetto suicidale e i messaggi in esso contenuto. Evidenzia alcuni passaggi dell'intervento terapeutico con pazienti adolescenti con rischio suicidario.

Adolescenza; Anoressia; Fragilità narcisistica; Suicidio; Cutting; Setting; Ruolo paterno; Ruolo materno; Famiglia; Simbolizzazione; Condotte rischiose; Blocco evolutivo; Vergogna; Corpo.

New pathological events in adolescence and suicidal risk

The following article profiles new pathological evidences in adolescence. It outlines a contemporary framework that is characterized by new cultural and social patterns and the crisis of maternal and paternal roles.

It highlights the suicidal risk in adolescence, especially in relation to the narcissistic vulnerability, and defines some of its elements such as the suicidal ideation and the message that is contained therein. Finally, the study describes some of the passages of the therapeutic project for adolescent patients with suicidal risk.

Adolescence; Anorexia; Narcissistic fragility; Suicide; Cutting; Setting; Paternal role; Maternal role; Family; Symbolizing; Risky behaviors; Evolutionary block; Shame; Body.

1. Questione di setting

C'è una necessità coincidente nel lavoro con soggetti con rischio suicidario e nel lavoro con l'adolescente ed è la necessità di ripensare costantemente il setting e di rivisitarlo.

Il setting è il dispositivo istituito al fine di permettere la cura dentro

¹ Psicologa, psicoterapeuta, Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della COIRAG, istituto di Palermo, referente del centro clinico Koinè del Laboratorio di Gruppoanalisi Palermo.

delle costanti che ne garantiscono il dispiegamento. Regola fondamentale di un dispositivo così costituito è quella dell'astinenza. Tale regola, all'interno di un setting analitico, impone la centralità della parola e relega all'azione un ruolo del tutto marginale. In tal modo si prescrive all'analista di non agire le richieste dell'analizzando ma di renderle visibili sul registro della parola e del simbolico. È attraverso questa operazione che si crea una dimensione di pensabilità diversa.

L'artificio del setting, già esplicita nel modo in cui definiamo i due attori principali di tale scenario, l'analizzando e l'analista, fa riferimento ad una cornice relazionale ben precisa, ascrivibile ad uno scenario teorico, mentale e concreto. Potremmo dire che la sua funzione principale, non l'unica, è quella di permettere al mondo simbolico di prendere la scena e al transfert e al controtransfert di animare tale scene di tutti quei fantasmi che hanno caratterizzato, a volte in modo tirannico, la vita del paziente.

All'interno di tale dispositivo è possibile riattualizzare i blocchi e gli elementi traumatici che hanno creato l'arresto evolutivo. È possibile riscoprirne il senso e riavviare un processo, sperimentare nuove risposte, risanare vecchie ferite, riavviare un processo per appropriarsi della propria soggettività, acquisire vincoli più maturi e più funzionali.

Tutto ciò si dispiega all'interno di una relazione terapeutica, dove la conoscenza dell'altro si pone sul piano della cura e non su quello della quotidianità. La conoscenza dell'altro, per quanto profonda, si realizza, cioè, dentro lo scenario ben preciso di tale dispositivo, ma non nelle scene di vita quotidiane. Se il processo analitico si compie nel colloquio attraverso il tramite della parola, allora l'azione rappresenta uno sconfinamento o addirittura una minaccia al legame terapeutico (A. Piotti, 2009).

Il lavoro con il rischio suicidale pone l'analista di fronte all'ansia preminente che lavorare con la morte comporta. Nei momenti di crisi con questi pazienti, quando per esempio dichiarano di aver deciso di dare seguito al progetto suicidale, ci si confronta con un tempo che diventa urgente, con una decisione essenziale. Allora la decisione impone due alternative, la prima è quella di agire chiamando in causa tutti coloro possono incidere sul momento presente e allertarli per salvaguardare la vita del paziente. L'altra è quella di salvaguardare il legame terapeutico non ricorrendo all'azione ma mantenendo il registro analitico. Questa decisione può essere per esempio valutata considerando il senso e il posto *dell'urgenza* nella vita del paziente.

È possibile che in alcuni casi la modalità emergenziale e urgente sia diventata il modo in cui il paziente comunica il suo bisogno di aiuto; in questi casi non colludere con la risposta emergenziale ma garantire un *luogo diverso* può essere trasformativo ed evolutivo. In questi casi il curante diventa un contenitore rassicurante che, in discontinuità col mondo in cui il paziente è immerso, può mantenere fermo uno spazio di parola e affettività.

Si tratta ovviamente di questioni che vanno valutate caso per caso e che comportano sempre una quota di rischio. Questioni qui soltanto accennate e che avrebbero bisogno di una trattazione a parte.

Con gli adolescenti, d'altra parte, ci troviamo immersi in un mondo in continua evoluzione, dove le parti che ci parlano di lui sembrano dislocate nel mondo sociale e familiare. Uno degli obiettivi in terapia è proprio quello di reintegrare.

Nel lavoro terapeutico con gli adolescenti ci si trova ad assumere una modalità esplorativa e costruttiva, in cui si assiste alla creazione o ristrutturazione di un apparato per pensare.

L'adolescente, caratterizzato da una mente in divenire, si appoggia all'adulto per comprendere quelle dimensioni, trasformazioni,

pressioni che gli appaiono oscure e tortuose.

In tale dimensione evolutiva bisogna sempre considerare il mondo in cui è immerso, il sistema scolastico, quello familiare e quello dei pari, che in qualche modo, contengono parti della mente e del malessere dell'adolescente. Talvolta garantire un passaggio trasformativo necessita il concreto coinvolgimento di questi mondi. (I. Castellucci, 2009).

Nel lavoro con i genitori, per esempio, recuperare e lavorare con la rappresentazione che loro hanno del figlio permette di avviare processi trasformativi essenziali al fine di un cambiamento. Il dispositivo terapeutico deve, quindi, essere costantemente innovato, modificato, reso adeguato. Il fine è anche di renderlo comprensivo della presenza fattuale, nel contesto analitico, della famiglia, delle parti significative dell'ambiente e della scuola.

2. Contesto sociale e familiare

A partire da queste prime considerazioni, legate al continuo rimaneggiamento che l'assetto di cura comporta nel lavoro con l'adolescente e con il rischio suicidale, diventa essenziale comprendere le nuove forme di malessere nel nostro tempo.

La comprensione del malessere che abita l'individuo passa attraverso la lettura dei contesti culturali, familiari e sociali in cui è immerso. Il sintomo, considerato elemento emergente, ci parla dunque di un malessere più diffuso che va non solo compreso dentro le gruppaltà che abitano la vita del paziente, ma anche dentro la storia in cui egli è immerso. Come segnala Ferrari ne *L'inutile fatica* bisogna sempre storicizzare, altrimenti il lavoro sulla psiche diventa un lavoro vago e disancorato. L'autore fa riferimento in particolare alla sparizione di

quelle forme di aggregazione che un tempo erano garanti del legame sociale.

I vari aggregati rappresentavano la trama sociale che comprendeva in sé il malessere del singolo rendendolo condivisibile e quindi sostenibile. Nella coralità di interventi de *L'inutile fatica* si guarda ai cambiamenti che hanno disgregato il tessuto sociale, instaurando una nuova forma di malessere che mette in scacco il singolo disancorato da qualsiasi trama e gravato dall'impossibilità di esistere se non dentro una competizione costante.

Guardando all'adolescente, gli elementi della contemporaneità assurgono amplificati proprio perché riflessi attraverso una fase della vita in cui lo smarrimento è già fisiologico.

I nuovi adolescenti sono cresciuti in una dimensione familiare dove l'essere genitori si è liberato dal mandato sociale di redimere i propri figli al fine di renderli adeguati alle regole e al sistema normativo della società.

Già la visione del bambino a partire dagli anni 60/70, pensiamo ad esempio agli studi di Stern e Winnicott, è radicalmente cambiata, egli non è più visto come dominato da forze istintuali da governare e dotato di una mente assimilabile alla tabula rasa. Al contrario il bambino è visto come dotato da una innata spinta relazionale, bisognoso di in un caldo sistema di accudimento.

Anche il sistema genitoriale è mutato, in qualche modo "maternizzandosi". E' entrato in crisi il vecchio modello paterno e, i nuovi padri, costretti a reinventare un nuovo modo di stare col figlio, volgono il loro sguardo alle modalità materne.

I padri, prima distanti, orientati a portare la legge e a irrompere nel sistema fusionale madre bambino, oggi sperimentano una nuova vicinanza col figlio. Entrano in sala parto, assistono alla nascita, portano il loro bebè dentro i loro caldi marsupi. Si appropriano di un

contatto corporeo col proprio figlio che in passato era appannaggio esclusivo della madre (M. Lancini, 2015).

Come detto da Gustavo Pietropolli Charmet in uno degli ultimi suoi seminari i nuovi padri non sono dinnanzi o accanto al figlio ma si stendono con lui per guardare il mondo con i loro occhi.

L'imperativo che sembra guidare, muovere in modo implicito, questo nuovo sistema valoriale è *essere se stessi*. Già dalle prime fasi della crescita, fin dal nido, si mostra particolare attenzione alla socializzazione del bambino e alle sue inclinazioni. A muovere le fila di questa nuova modalità educativa è l'idea di dare spazio all'emersione dei talenti del bambino.

Se da un lato si guarda alla crisi del ruolo paterno, dall'altro Comazzi e Turuani nel loro *Mamma avatar*, riflettono sulla crisi del ruolo materno. Ciò che ci viene restituito da questo interessantissimo testo è uno spaccato della nuova genitorialità, della famiglia affettiva. Mentre un tempo generare un figlio per la donna era una tappa ineludibile, per cui se la donna non diveniva madre era perché qualcosa era andato male oppure era *zitella*. Oggi la maternità è un progetto che la donna valuta e persegue dopo aver realizzato altre aree del sé, compresa quella professionale. Il piano materno viene valutato e studiato per essere conciliabile con le mille altre attività che la donna deve portare avanti. Quando il figlio nasce si va incontro a una totale rivisitazione della propria vita e il proprio cucciolo viene curato, valorizzato e affidato al nido o ad altri attori competenti, esecutori delle mille attività di cui la madre tiene le fila. Comazzi e Turuani parlano di una madre che reinventa la propria vicinanza col figlio, facendo sentire la propria *presenza mentale* e mantenendo la regia di tutti gli scenari che il figlio abita. La *mamma avatar* si occupa e preoccupa della sua socializzazione, degli stimoli necessari affinché egli possa crescere attrezzato ad affrontare la vita

al meglio (L. Turuani, D. Comazzi, 2015).

Il nuovo bambino una volta diventato adolescente, quindi, impatta con questo nuovo mandato familiare e sociale: *essere se stessi*.

L'essere se stessi, in questo frangente così delineato, rimanda ad una aspettativa di successo e splendore inarrivabile. Il vissuto preminente diventa allora quello del difetto, della mancanza, dell'essere inadeguato. Ecco quindi che l'antica colpa che caratterizzava il mondo delle generazioni passate viene sostituita da questo sentore di mancanza, di fallibilità che si traduce nel vissuto pervasivo della vergogna.

Mentre la colpa rimanda ad un vissuto che permette una riparazione, una forma di perdono, la vergogna appare dilagante e inafferrabile non riparabile se non attraverso la grandiosità.

La vergogna e il timore della pubblica umiliazione, dello smascheramento, è consequenziale al difficile mandato di essere se stessi, alla nebulosa e splendente aspettativa a cui questo nuovo valore rimanda.

Se la socializzazione e l'essere al mondo sono le spinte essenziali, il sociale diventa la piazza in cui la propria grandiosità si misura.

In adolescenza ecco che il mondo dei pari diventa il banco di prova, il luogo in cui misurare la propria grandezza o al contrario il proprio essere imperfetti. Ma per riprendere la conclusione della citazione di Charmet: *se il padre si stende accanto al bambino, chi siede alla destra del figlio? Probabilmente i pari*.

Inoltre in questo mondo ovattato e aconflittuale, dove prevale la dimensione di accudimento tenera e accogliente, i confini tra una generazione e l'altra vengono smussati.

Se da un lato si parla di famiglia affettiva, quella che da centralità al bambino e gli crea attorno un ambiente accogliente e recettivo, dall'altro Ammaniti parla di famiglia adolescente.

La famiglia adolescente è quella che allunga la condivisione di spazi e pensieri, non accettando le separazioni che inevitabilmente costellano la linea evolutiva. Limiti e confini, insiti e legati ad ogni separazione, vengono procrastinati in un tempo continuamente rimandato e rimandabile (M. Ammaniti, 2015).

L'idea di futuro che viene trasmessa è ammantata da un velo di splendore dove il proprio figlio deve esprimere al massimo se stesso. La sensazione che emerge è quella di un contesto evolutivo incastrato all'interno di un progetto narcisistico.

È in tale contesto familiare e sociale che il nuovo adolescente avvia il tortuoso percorso evolutivo.

3. Blocco evolutivo e nuove evenienze patologiche

Il processo evolutivo si accompagna, proprio in questa fase della vita, con la necessità essenziale di simbolizzare le trasformazioni in atto. Ovvero trasformare in pensiero i cambiamenti corporei e le spinte evolutive da cui il soggetto si sente abitato. Simbolizzare vuol dire anche integrare e dotare di senso tali trasformazioni, al fine di orientarsi dentro di sé e nel mondo, riconoscendo nuove mete e nuovi oggetti d'amore. Il processo di simbolizzazione permette, per esempio, di riconoscere la propria spinta sessuale ascrivendola al registro del desiderio e riconoscere il nuovo corpo connotato sessualmente come parte integrata e integrante della propria soggettività. Quando il processo di simbolizzazione si blocca ecco che la mente dell'adolescente sembra abitata dalla cupa nebbia della confusione, dall'impossibilità di orientarsi (G. Pietropolli Charmet, 2009a).

Ecco che il corpo diventa un corpo alieno che, talvolta, proprio per le

spinte di cui è portatore, sembra costituire una grave minaccia. Così potrebbe essere letto il grave attacco al corpo delle anoressiche che, scarnificandolo, negano la propria possibilità di assimilare il mondo femminile, di essere future genitrici, complementari al mondo maschile.

La sana ricerca delle relazioni, la possibilità di esperire confronti gioiosi o frustranti, il fluire della vita e la pienezza di una dimensione affettiva, viene sostituita dalla trance della fame e da un universo sensoriale dove il corpo diventa la barriera rigida contro il mondo (D. Le Breton, 2016).

Dove il fluire della vita è sostituito dalla costante lotta contro la fame e dall'ebbrezza di averla vinta.

Ecco che il corpo alieno delle anoressiche diventa, nell'impossibilità di soggettivarsi, mira delle proprie spinte distruttive. Controllare il corpo e vincere la fame assume una connotazione eccitatoria e onnipotente. Attraverso tale mondo sensoriale l'anoressica può *sentire di esistere*. Potremmo dire, con Le Breton, che sentire di esistere, in una condizione in cui il corpo è fuori dal sé, alieno, costituisce l'unico filo che tiene ancorati al mondo (D. Le Breton, 2016).

E' in questa direttrice di senso, di un corpo alieno e di una esigenza di sentirsi esistere, che è possibile leggere le estreme manipolazioni del corpo nel *cutting* o nei rimaneggiamenti, non privi di dolore, dei tatuaggi reiterati o nei piercing che segnano i confini non simbolizzati del corpo.

Il corpo alieno può anche essere sentito come traditore, brutto e, quindi, impresentabile.

La percezione di tale bruttezza, a volte descritta come mostruosa, nasce da un profondo sentore di inadeguatezza, di difetto, che emerge alla superficie del corpo trasformandosi in una bruttezza che non può più essere mostrata. Il giovane adolescente ritira il corpo

impresentabile dalla scena sociale.

In molti di questi casi, per certi versi quelli meno rischiosi, il mondo virtuale diventa il campo dove il giovane adolescente esperisce il rapporto con l'altro. L'impaccio del corpo svanisce e l'identità si reinventa costantemente in una dimensione tutelata e onnipotente. L'*avatar*, alter ego virtuale, ha mille possibilità e può mille volte sparire.

Quando l'adolescente in ritiro sociale sposta la sua vita relazionale sul mondo virtuale percorre una strada alternativa, per certi versi protettiva, che gli permette di attraversare delle tappe evolutive. Ovviamente si tratta di percorsi mancanti e deficitari, che mantengono un vissuto onnipotente, residuo dell'infanzia, ed alimentano la grandiosità del sé. Soprattutto manca la piena esperienza relazionale dell'incontro. Nonostante tutto, l'accesso al mondo virtuale nel ritiro sociale si prefigura come elemento protettivo rispetto al rischio suicidario.

In questo scenario, in cui il corpo, ricettacolo di mille trasformazioni, non può essere assimilato dal sé, si innescano e si dispiegano le varie e nuove evenienze patologiche.

Se il limite ultimo del corpo è la morte, allora in una idea di un corpo del quale non ci si sente abitatati, anche l'idea della morte sembra caratterizzata da un blocco evolutivo che non ne permette una simbolizzazione.

4. Condotte a rischio, progetto suicidale e intervento terapeutico

L'incontro con l'idea della morte si dispiega in tutta la sua tragicità in età adolescenziale. Ciò accade a partire dall'idea della finitezza del proprio corpo.

Durante l'infanzia intorno ai 6/7 anni si recepisce una vaga idea della morte che però non ha ancora le sue caratteristiche di irreversibilità, siamo ancora nell'area della onnipotenza infantile, ma che permette in modo blando di misurare la distanza tra sé e l'altro.

In adolescenza l'idea della morte si affaccia con chiarezza e, per la maggior parte, assume un carattere perturbante e inquietante.

Non sempre è così, parlare di adolescenti che tentano il suicidio o sfidano costantemente la morte ci costringe ad andare a guardare cosa accade quando la simbolizzazione della morte non segue il suo consueto corso e rimane bloccata.

Negli adolescenti che sfidano la morte, attraverso per esempio la pratica di alcuni sport estremi o atti altamente rischiosi, è come se la morte, che non può essere simbolizzata, rimane da qualche parte nel proprio campo psichico come elemento perturbante. La si va a trovare da angolazioni sempre più ravvicinate, la si sfida costantemente per metterla in scacco, per poterla vincere.

Le Breton racconta delle tecniche di asfissia, si tratta di pratiche largamente diffuse e agite in gruppo. Prevedono delle tecniche di asfissia attraverso la corda al collo o l'uso di sostanze velenose, dove, la funzione del gruppo è quella di modulare il tempo, fermarsi un attimo prima di perire. Il gruppo inoltre da un lato accoglie i nuovi celebrando l'iniziazione all'esperienza di rivisitare il campo sensoriale tra la vita e la morte, dall'altro consolida ed esalta una sorta di unione onnipotente.

I racconti che Le Breton raccoglie fanno riferimento all'ebbrezza di poter sperimentare ciò che accade nel lasso di tempo in cui ci si trova tra la vita e la morte. Anche qui il campo sensoriale diventa predominante rispetto alla maturazione di un campo affettivo complesso e maturo. L'idea di sperimentare costantemente suddette sensazioni occupa la mente del soggetto, instaurando una forma di

dipendenza e mettendo in scacco il normale fluire del tempo. Il soggetto rimane ostaggio il di una distorta immagine grandiosa e onnipotente.

Ci sono adolescenti che invece non restano turbati dall'idea della morte, né sentono il bisogno onnipotente di sfidarla continuamente, ma ne rimangono sedotti.

In questi casi l'idea della morte sembra assimilata nella mente dell'adolescente come una rappresentazione monca, mancante di quella qualità definitiva e assoluta. Sembra altresì configurarsi come una via di fuga. Ovviamente si tratta di adolescenti portatori di una grande fragilità che tendono a soccombere sotto il peso della insostenibilità della loro sofferenza e la fuga, così prefigurata, è preferibile al dolore psichico insostenibile del presente.

Per tale motivo l'insieme di tali fantasie, custodite segretamente, assume, in quanto via di fuga, una sorta di vantaggio secondario, finalizzato a liberare dalle ansie gravose e dalla tensione avvertita nelle relazioni con gli altri.

Inoltre, le costellazioni di fantasie sulla propria morte prendono via via la forma di un progetto suicidale che, nella sua fantasticata esecuzione, riscatta il sé fragile e meschino da cui ci si sente rappresentati nel mondo, per far assurgere una immagine grandiosa del sé.

Le fantasie sulla propria morte, che man mano prendono una forma ben definita e occupano i pensieri dell'adolescente, tendono a diventare un pensiero predominante e invadente tanto da diventare pervasive. Ad un certo punto è come se prendessero il sopravvento chiedendo l'atto, definendo un tempo che non ammette ulteriori deroghe, non è più tempo di indugiare nelle fantasie ma bisogna passare all'azione.

Quando il progetto suicidale diventa urgente e richiede l'esecuzione,

si nota una sorta di tranquillità, di quiete apparente. Questo strano silenzio trova senso nel vissuto del soggetto che si accinge a congedarsi dal mondo e di conseguenza ha allentato tutti i legami e le tensioni insite in questi.

Il suicidio rappresenta la forma più aggressiva, definitiva e drammatica di attacco al corpo, il corpo alieno di cui parlavamo sopra, rappresentativo di quella parte del sé sentita deficitaria e inondata dalla sensazione della vergogna.

Nel lavoro con adolescenti che si lasciano sedurre dall'idea della morte si evidenzia un elemento trasversale, comune, legato ad un aspetto scissionale del sé. È come se mancasse l'idea della irreversibilità della morte. Non si tratta di un difetto legato alla consapevolezza della morte ma di una sorta di sentore, di idea, che la morte del corpo non coincide con la morte totale e irreversibile del sé.

Il comportamento suicidario in adolescenza muove spesso da situazioni emotive altamente complesse ed è inserito in una fase della vita trasformativa e tumultuosa, dove uno dei compiti principali è dato dalla separazione dalle rappresentazioni infantili e dal sé onnipotente. Ma, come sottolinea Castellucci, negli adolescenti a rischio suicidario c'è sempre il rischio di appiattirsi in un equivoco simbolico dove la morte fisica del corpo non coincide con la morte del sé.

Se il corpo è sentito come un luogo ostile non totalmente assimilato e integrato dalla propria mente, se il corpo è, come dicevamo sopra, un corpo alieno, allora, sbarazzarsene coincide con l'idea sottostante di uccidere la parte meschina e fragile.

Il progetto suicidale si coltiva nell'intimo del proprio sé e diventa il segreto gelosamente custodito.

Proprio per questo motivo, nel lavoro con adolescenti a rischio

suicidario, diventa di fondamentale importanza parlarne subito. Ciò da la possibilità di depotenziare, di far perdere alla fantasia suicidaria il suo potere ipnotico e di poterne comprendere significati e miti affettivi.

È proprio la segretezza del progetto a renderlo particolarmente insidioso.

Nella relazione terapeutica il primo obiettivo è quello di dare la possibilità di parlare delle proprie fantasie sul suicidio, aiutarli ad elaborare tali pensieri e a simbolizzare la morte. In tal senso lo spazio terapeutico diventa in luogo in cui si può parlare della morte, tema eluso e temuto da tutti coloro che circondano l'adolescente.

Attraversare questi temi vuol dire anche entrare nello spazio più privato del sé. Allo stesso tempo questo si traduce per la coppia terapeuta-paziente nella possibilità di reggere la portata mortifera di tali fantasie (I. Castellucci, 2009).

Nell'esplorazione del progetto suicidale e nella sua decodifica si scopre spesso che talvolta esiste un *ostacolo insormontabile*, ovvero, una persona, spesso un familiare, dinnanzi al quale il senso di umiliazione per le proprie pochezze diventa insopportabile. Le vecchie ferite narcisistiche sembrano uno sbiadito monito rispetto a mortificazioni ben più gravi che potrebbero avverarsi in futuro. L'ostacolo insormontabile sembra investito dal potere di smascherare e mettere a nudo le proprie parti più inaccettabili e vergognose. Ciò ha origini lontane e talvolta legate ad un patto tacito tra l'oggetto, poi divenuto ostacolo, per cui ogni azione doveva essere dimostrazione di eccezionalità. Tutto ciò è spesso inserito all'interno di un rapporto esclusivo e simbiotico dove l'oggetto, ad un certo punto, si trasforma e deforma diventando, nella mente del soggetto, ostacolo insormontabile. Tali meccanismi trovano l'apice, il culmine, proprio nelle fasi in cui l'adolescente dovrebbe avviare processi di

separazione e iniziare ad investire verso l'esterno. Altre volte c'è un destinatario del *messaggio*, sentito come la causa del proprio dolore, verso cui la tragicità dell'atto sembra rivolto. In questi casi assurge un senso di rivalsa e, spesso, di vendetta. Le idee di vendetta sembrano assumere una forma simile a quella della ruminazione, ma mantengono una forza predominante e continuativa. L'adolescente sembra voler indugiare nelle fantasie di vendetta che assumono un vago piacere e diventano consolatorie rispetto al dolore subito. Dall'altro lato la vendetta produce un senso di colpa irreparabile in chi rimane. Talvolta l'impossibilità di dare senso all'atto suicidario è ammantato da un silenzio imperscrutabile. Il dolore che si dissemina è tragico e, nei casi in cui l'atto trova la sua compiutezza, non interrogabile.

Coloro che rimangono, reduci di un atto tanto violento di cui non si sospettava, restano con la sensazione spesso rabbiosa e disperata di non essere stati avvisati. Per tale motivo il lavoro con i padri, le madri, i fratelli, i partner diventa essenziale per rivedere tutta la storia relazionale attraverso un'altra narrazione possibile (G. Pietropolli Charmet, 2009b).

Queste decodifiche, nel lavoro con adolescenti in rischio suicidario, permettono di riconoscere la trama emotiva che ha intessuto fantasie mortifere e il bisogno di sparire. Potere iniziare a dialogare ed esplorare questi contenuti permette di riavviare un processo trasformativo, di muovere affettività, di rinsaldare l'alleanza all'interno della coppia terapeuta-paziente, fornire una dimensione relazionale affettiva che si prefigura come vera e propria area transizionale. In un campo relazionale, che rappresenta un nuovo ancoraggio, è possibile, a partire da tali contenuti, dare spazio di elaborazione al vissuto della vergogna e della umiliazione. Impedire che la voglia di uccidersi prenda il sopravvento, per trovare vie

alternative e intravedere una idea di futuro e di speranza. Ciò accade quando l'adolescente sente che nel suo spazio psichico possono dispiegarsi nuove possibilità.

L'opera di decodifica di cui parlavamo sopra diventa urgente nei casi di tentato suicidio e va avviata immediatamente dopo. Ricostruire la modalità, il mezzo, il luogo, decodificare il messaggio e il destinatario, che il progetto suicidale contiene. Individuare da quale tempo lontano prende le mosse il progetto suicidale. Questi diventano tutti elementi fondamentali da estrapolare per avviare un lavoro tempestivo che coinvolge l'adolescente e, soprattutto, i familiari e talvolta anche altri attori significativi.

La tempestività dell'intervento è fondamentale proprio per il carattere recidivo di tale condotta, allo stesso tempo è funzionale per non colludere con le minimizzazioni o gli atteggiamenti elusivi ed evasivi mossi dall'idea fuorviante di proteggere in tal modo il soggetto. La minimizzazione e la non parlabilità in realtà fomentano il rischio di recidiva.

Il subito dopo è anche il momento in cui la famiglia, mossa dall'allarme e dalla tragicità dell'evento, è maggiormente recettiva e disponibile ad avviare percorsi di esplorazione, analisi ed elaborazione. È lì che bisogna incidere per avviare un processo trasformativo.

Bibliografia

Ammaniti M. (2015), *La famiglia adolescente*, Editori Laterza.

- Castellucci I. (2009), *Parlare della morte* in A. Piotti, G. Pietropolli Charmet (a cura di) *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Editore.
- Ferrari L. (2014), *Qualche considerazione su La fatica di essere se stessi di Ehrenberg*, in S. Cavaleri, C. Lo Piccolo, G. Ruvolo (a cura di) *L' inutile fatica. Soggettività e disagio psichico nell'ethos capitalistico contemporaneo*, Mimesis.
- Lancini M. (2015), *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Centro Studi Erickson.
- Le Breton D. (2016), *Fuggire da sé, una tentazione contemporanea*, Raffaello Cortina Editore.
- Pietropolli Charmet G. (2009a), *Affetti e rappresentazioni pericolose*, in A. Piotti, G. Pietropolli Charmet (a cura di) *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Editore.
- Pietropolli Charmet G. (2009b), *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*, Editori Laterza.
- Pietropolli Charmet G. (2013), *La paura di essere brutti. Gli adolescenti e il corpo*, Raffaello Cortina Editore.
- Piotti A.(2009), *Ascolto empatico ed intervento d'urgenza* in A. Piotti, G. Pietropolli Charmet (a cura di) *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Editore.
- Turuani L., Comazzi D. (2015), *Mamma avatar*, BUR, 2015.

Il tentato suicidio in adolescenza

Graziella Zizzo¹

L'autrice propone una riflessione sulle caratteristiche del tentativo di suicidio in Adolescenza attraverso la narrazione di frammenti di casi clinici seguiti in un Servizio di Neuropsichiatria Infantile secondo un modello di intervento terapeutico che prevede la presa in carico anche della coppia genitoriale e del contesto di vita degli adolescenti che hanno cercato la morte.

Adolescenza; Tentato suicidio; Suicidio; Coppia genitoriale; Vergogna; Umiliazione; Paura; Sconfitta; Angoscia; Vulnerabilità; Introversione; Fragilità narcisistica; Passaggio all'atto.

Attempted suicide in adolescence

The author proposes a reflection on the characteristics of the suicide attempt in Adolescence, through the narration of fragments of clinical cases followed in a developmental age Service of Neuropsychiatry, using a model of therapeutic intervention that involves the taking charge of the parental couple and the life context of teenagers who have attempted suicide.

Adolescence; Suicide attempted; Suicide; Parental couple; Shame; Humiliation; Fear; Defeat; Anguish; Vulnerability; Introversion; Narcissistic fragility; Passage to the act.

1. L'adolescenza è la fase della vita in cui più alto è il rischio di suicidio

Le fantasie di morte negli adolescenti sono frequentissime come è confermato da quel che scrivono nei loro diari dove i momenti di sofferenza o di odio per i genitori spesso diventano "vorrei morire": sono fantasie che, anche se già diventate forti e strutturate, possono anche sparire se l'adolescente incontra un nuovo legame di amicizia o di amore che lo coinvolga tanto da ridare alla Vita senso e valore.

¹ Psicologa dirigente presso il Servizio di NPI (ASP Tp), Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Psicodrammatista, Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della COIRAG, Istituto di Palermo.

Ma in tanti invece, come molti di loro raccontano, la dimensione fantasmatica talvolta progressivamente “si rafforza e si consolida fino a diventare una sorta di esistenza psichica separata nella quale sempre più spesso ci si rifugia, per poi sfociare in una determinata azione. Esiste dunque un continuum fra fantasia e gesto autodistruttivo” (Piotti A. 2009).

Anche Schnidman sostiene che il suicidio non è mai un gesto imprevedibile, ma piuttosto l’esito di una lunga catena di eventi legati a Vergogna Umiliazione Paura Sconfitta Angoscia, rispetto alle quali il suicidio appare l’unica soluzione possibile per porre fine ad un dolore psichico sentito come insopportabile.

Prendersi carico di un adolescente che ha tentato il suicidio comporta per il terapeuta dovere costantemente fare i conti con un enorme senso di responsabilità, con l’angoscia di chi sente di muoversi su un filo sospeso sul vuoto. Non ci si può permettere di sbagliare e allo stesso tempo è indispensabile mantenersi lucidi.

Al di là della diversità delle storie personali e familiari, ho sempre rintracciato negli adolescenti che ho seguito dei *fili comuni* che riconducono alle cause che li hanno portati alla ricerca della morte come unica soluzione ad una sofferenza e ad una rabbia insostenibili:

- I ragazzi che ho seguito sono accomunati dall’essere ragazzi dotati di capacità fuori dal comune, intelligenti, profondi, colti, bravi a scuola, estremamente sensibili, sembrano in qualche modo “ragazzi d’altri tempi”. Ragazzi “ speciali” ma con una estrema fragilità narcisistica che li rende vulnerabilissimi alle delusioni, alle separazioni, ai rifiuti : adolescenti che, proprio per queste caratteristiche di personalità, mi sembra appartengono a coloro che Jung (1921) identifica come “Introverti”. *Introversione* ed *Estroversione* oltre che polarità psichiche sono anche aspetti che possiamo riscontrare nel sociale : ogni epoca storica privilegia uno dei

due poli facendone i valori dominanti e demonizzando l'altro. In una società narcisistica quale la nostra in cui prevale l'immagine, l'apparire, la tecnologia, la competizione sfrenata, la maniacalità..... l'estroversione è il nuovo Dio! Mentre l'Introversione viene addirittura patologizzata, per cui gli Adolescenti introversi che non rientrano nei modelli sociali prevalenti, vengono etichettati con i termini più spregevoli : gli sfigati i falliti i perdenti.

Questo spiega quello struggente senso di diversità, di distanza, quel senso di estraneità dalla vita e dalla normalità dei coetanei che nei ragazzi che hanno tentato il suicidio, così come in quelli che si ritirano dal mondo, arriva dritto al cuore del terapeuta.

Di questo senso di esclusione e lontananza dal mondo degli altri, racconta il sogno di Cinzia: *"Mi trovavo in una casa grandissima piena di finestre e di tende svolazzanti; giravo cercando una via di uscita ma non la trovavo, ero come prigioniera in un labirinto. Mi disperavo perché volevo uscire per raggiungere un paese che intravedevo, da lontano mi arrivavano le voci di ragazzi che ridevano e cantavano"*

- L'essere prigionieri di un rapporto di eccessiva *dipendenza* dalla propria *madre* e quindi incastrati in una simbiosi che rende impossibile il processo di individuazione. Sono molte le madri che incontro nella mia esperienza clinica che incarnano oggi l'archetipo della madre- divorante che fa fuori la figura paterna ed ingloba i figli in un rapporto esclusivo che ne annienta la soggettività cancellando ogni possibilità di separazione.

Secondo Pommereau (1999) che dirige un Servizio per adolescenti, il tentato suicidio è sempre rivolto contro qualcuno: attraverso la morte l'adolescente cerca di realizzare la fantasia di liberarsi da una condizione ormai insostenibile. Sono "ragazzi amati male" inglobati in un rapporto esclusivo ed indifferenziato con un genitore, più spesso

la madre, in una relazione in cui non c'è spazio per la loro individualità.

- La marginalità della *figura paterna* che appare evanescente, destituita dalla sua funzione importantissima non solo di essere guida verso il mondo ma soprattutto di essere scudo protettivo dal rischio di rimanere inglobato nella simbiosi con la madre.

Ma l'assenza della figura paterna rappresenta uno dei principali fattori di rischio a cui attribuire la psicopatologia dell'età evolutiva in particolare quella fragilità narcisistica che rende eccessivamente vulnerabili al fallimento, al tradimento degli altri, alle delusioni : vissuti catastrofici che ritroviamo in molte storie di adolescenti che hanno tentato il suicidio.

Ladame, che nel suo Centro ha seguito tantissimi adolescenti che avevano tentato il suicidio, ritiene che la causa principale sia da ricercare proprio nell'impossibilità di portare avanti il processo di separazione - individuazione e dunque nell'impossibilità di investire su nuovi oggetti d'amore.

- La presenza di un *evento* vissuto come *catastrofico* che in genere precede il suicidio facendo da detonatore. Ricostruendo il periodo che lo ha preceduto, sembra che il suicidio, da fantasia in cui rifugiarsi trovando sollievo, diventa un progetto e poi una vera e propria azione quando si aggiunge un evento che la fragilità narcisistica dell'adolescente porta a vivere come insostenibile: un litigio familiare, l'allontanamento di un amico, le separazioni amorose, lo scherno dei coetanei, un insuccesso scolastico. E' un evento a cui do molta importanza perché in genere simbolicamente racchiude le vicissitudini relazionali ed il travaglio interiore che hanno poi portato al suicidio.

Morire di vergogna: Sabrina si innamora di una ragazza conosciuta in chat con la quale intrattiene per più di un anno un rapporto telefonico

e di messaggi quotidiano: una relazione che per lei, isolata dai coetanei e incastrata in un rapporto simbiotico con la madre, diventa vitale. Quando decidono per la prima volta di incontrarsi, un incontro chissà quanto desiderato e fantasticato, vive il dolore insopportabile di sentirsi sessualmente respinta e la vergogna di essere stata scoperta rispetto ad una parte di se, l'omosessualità, che la madre aveva sempre attaccato umiliandola. Due giorni dopo, di notte, si butta dal balcone della sua stanza.

- L'agire attraverso il suicidio una *vendetta* contro chi, in genere uno dei genitori, è considerato causa di quel dolore e di quella rabbia che, come racconta chi l'ha provato, erano diventati talmente insopportabili da considerare la morte l'unica possibilità per non impazzire.

- Il non avere una vera consapevolezza della morte, della morte come vera fine di se e della propria esistenza, ma di cercarla attraverso il suicidio per sfuggire alla morsa della propria sofferenza. "L'intenzione piuttosto che di morire è di non esserci, di spogliarsi della propria personalità, di non doverla più sostenere. Nell'intento di tanti adolescenti la morte cercata attraverso il suicidio evoca un sonno da cui un giorno ci si potrà svegliare, un tempo di sospensione, se non addirittura di purificazione. Assomiglia in tal senso alla fuga, alla ricerca di un altrove in cui riprendere fiato. Un tempo di sospensione." (Le Breton, 2016)

In questo bisogno di fuga da una realtà insostenibile, così come in alcune caratteristiche di personalità, in particolare la fragilità narcisistica e l'introversione, vedo un continuum fra il ritiro sociale, un disturbo che sempre più si sta diffondendo fra gli adolescenti, ed il tentato suicidio (Marika: "*Volevo stendermi per terra chiudere gli occhi addormentarmi e non svegliarmi per tanto e tanto tempo...*").

In altri dei casi che ho seguito: Gilda, Emilio, Valentina... l'intenzione

vera non era solo quella di non sentire più niente, di scomparire senza morire, ma di cercare, attraverso la morte, di "Rinascere": una fantasia di scissione corpo - mente che assieme a quella di "scompare" è spesso presente negli adolescenti:

"Non avrei mai pensato di poter morire meno che mai di sfracellarmi". Mi racconta Gilda nella nostra prima seduta "Per me era una Rinascita. Da troppo tempo sentivo che c'era qualcosa di brutto, di orribile dentro di me, qualcosa di cui dovevo liberarmi. E' stato un atto di libertà. Anzi una purificazione. Pensavo che dopo sarebbe stato tutto diverso, Io sarei stata diversa... Quando ho deciso di farla finita, pensavo che sarei risorta diversa da quello che ero, in un'altra realtà" (Valentina).

I frammenti di casi a cui faccio riferimento sono stati seguiti in questi ultimi anni presso il Servizio di Neuropsichiatria infantile in cui lavoro. Il contesto in cui vivo e lavoro è un grosso centro della provincia di Trapani, tristemente noto per la presenza di una notissima famiglia di mafia, quella di Matteo Messina Denaro. Ho sempre pensato che sia impossibile occuparsi di lavoro clinico in Sicilia senza conoscere a fondo la cultura siciliana e soprattutto quella della propria Comunità di appartenenza non solo per individuare i nodi problematici che generano sofferenza ma soprattutto per riuscire a comprendere e a dare un senso alle continue trasformazioni della patologia e per realizzare nell'ambito della Prevenzione interventi che mettano in atto processi trasformativi. Un servizio quale il mio è sicuramente un osservatorio privilegiato che riflette amplificandole le caratteristiche del territorio. Come in altri Servizi di salute mentale, già da tempo anche nel nostro, è arrivata quella che Renzo Carli definisce "la nuova utenza" portatrice di problemi e di difficoltà esistenziali oltre che di vera e propria psicopatologia: tanti sono i segnali inequivocabili che testimoniano di una Comunità sofferente ed

estremamente complessa e di un disagio diffuso e crescente : sono in continuo aumento le richieste di aiuto terapeutico da parte di bambini, adolescenti, coppie in crisi, genitori in difficoltà, extracomunitari. Sono aumentati i casi di suicidi di giovani adulti che soprattutto 2 anni fa si sono susseguiti costringendo noi operatori di servizi diversi ad interrogarci sulle possibili cause. Molto frequenti sono gli atti di cyberbullismo e di bullismo a scuola, in crescente aumento l'abuso di sostanze e di alcool. La Famiglia, anche nel nostro contesto, è in piena esplosiva trasformazione come ci dimostrano i tanti casi di separazione o comunque di grave crisi in cui i figli vengono spesso travolti e colpevolizzati.

Dal punto di vista organizzativo, il Servizio ha adottato una prassi, per cui, i genitori che chiedono un appuntamento per i propri figli, vengono invitati a presentarsi rigorosamente in coppia per i primi colloqui.

2. Il lavoro terapeutico con la coppia genitoriale

Partendo dall'assunto che la sofferenza di un figlio (più che mai se si tratta di un bambino o di un adolescente) non può che essere espressione di un malessere dell'intero nucleo familiare, il mio approccio terapeutico prevede uno spazio per l'adolescente ed uno spazio "altro", separato e parallelo, per la coppia genitoriale non solo per farsi un'idea della loro personalità e della loro relazione con il figlio, ma soprattutto per prendersi carico della loro sofferenza.

Si tratta di un setting multipersonale e variabile ispirato al modello della Psicoterapia dell'adolescente ad orientamento analitico che consente di coniugare l'approccio intrapsichico con quello interpersonale nella convinzione che per comprendere a fondo il

mondo interno di un adolescente, è necessario conoscere veramente la dinamica interpersonale genitori – figlio e lavorare su di essa per modificarla (Giacobbi, 2006).

Jammet che si è sempre occupato di lavoro clinico con adolescenti che esprimono la loro sofferenza attraverso gesti autolesivi e suicidali, ritiene che il *passaggio all'atto* è sempre espressione di una estrema difesa della propria identità, un tentativo di ristabilire confini. In questo senso il tentato suicidio in adolescenza, non è solo una violenza contro se stessi, ma anche un disperato tentativo di difendere la propria identità, e di attaccare, attraverso il corpo, soprattutto il legame con la madre.

I Laufer (1998), psicoanalisti inglesi che hanno a lungo lavorato con adolescenti in crisi, sostengono che nella dinamica del tentato suicidio, il corpo sessuato ha una sua centralità perché oggetto di disgusto e di grande rabbia perché portatore di pulsioni e desideri sentiti come minacciosi poiché inducono a dover abbandonare il rapporto esclusivo con la madre. Il corpo va punito perché le sue pulsioni attentano alla fusione con la madre.

Raccogliendo in psicoterapia le loro storie, spesso emerge che l'accanimento contro il proprio corpo da parte di chi ha deciso di ucciderlo, in realtà era presente anche molti anni prima attraverso vari sintomi: disturbi del comportamento alimentare, gesti autolesivi, disturbi psicosomatici, dismorfofobie

Il suicidio mette in scena l'impossibilità di separarsi laddove i compiti evolutivi lo impongono perché, come sostiene Jung (1920) crescere ed individuarsi è una legge a cui non ci si può sottrarre, pena il precipitare nella psicopatologia.

Rimuovere gli ostacoli che impediscono al processo di individuazione di riprendere il suo corso, diventa il focus del progetto terapeutico da portare avanti in parallelo con l'adolescente e con la coppia

genitoriale.

Dopo un tentato suicidio, prendersi cura della coppia genitoriale è più che mai è indispensabile anzi urgente. "Sono quasi sempre loro, i genitori, i destinatari di quel gesto che è anche una atroce forma di vendetta, un attacco violento per i torti subiti" (Pietropolli Charmet 2009)

Soltanto ricostruendo insieme a loro quel che è accaduto nel periodo precedente, ma soprattutto la loro relazione con il figlio, diventa possibile comprendere il significato e le motivazioni profonde del gesto suicidiale. Se non vogliamo che il rischio si ripeta, è fondamentale riuscire a dare delle risposte tempestive: compito principale del terapeuta è quello di restituire in primis a quel gesto la sua gravità e la sua drammaticità, e di coglierne, come di fronte ad un enigma da decifrare, il messaggio segreto.

Ma acquisire questa consapevolezza comporta dover riconoscere di essere stati ciechi, di non aver colto tanti segnali, di non avere riconosciuto la sofferenza del figlio, significa dover accettare le proprie responsabilità: per i genitori è una fase molto dolorosa che il terapeuta deve saper accompagnare con grande delicatezza. Sono queste le premesse indispensabili per promuovere e mettere in atto nella relazione genitori – figlio quei cambiamenti necessari per fare della crisi una opportunità per emergere da una sofferenza sicuramente antica.

Nel mio modello di intervento, il lavoro terapeutico con la coppia prevede più fasi: inizialmente il focus dell'intervento è centrato sulla relazione con il figlio per ricostruire insieme le motivazioni profonde della crisi che hanno portato al suicidio. Restituire senso e significato alla sofferenza fino a quel momento indecifrabile del figlio, è la base indispensabile per cominciare a comprenderne i bisogni, per mettere in atto reazioni diverse, per iniziare a trovare una giusta distanza.

In una seconda fase, in cui inevitabilmente emergono anche i problemi della coppia, il focus è più centrato sulla ricostruzione della storia familiare di ciascuno per poter leggere le difficoltà con il figlio e gli eventuali problemi di coppia alla luce della famiglia interna che ognuno si porta dentro e che il ruolo genitoriale risveglia.

Per raggiungere questi obiettivi terapeutici è chiaro che la consultazione iniziale non può che evolvere in una terapia a lungo termine.

Ho imparato dall'esperienza a non fidarmi dei miglioramenti "straordinari" che si verificano poco tempo dopo il tentato suicidio perché sono miglioramenti che dipendono dal credere di avere ottenuto i propri obiettivi : i genitori sono atterriti e pronti a fare qualunque cosa, talvolta si riesce addirittura anche a riavvicinare il padre da sempre assente, si è al centro delle attenzioni di tutti, la vendetta è stata consumata: il senso di fragilità e l'impotenza possono tramutarsi nel sentirsi forti coraggiosi, potenti, eroici.

Due sono i casi che scelto di narrare amputandone tanti aspetti importanti, ma cercando di evidenziarne quelli emblematici delle caratteristiche del suicidio in adolescenza ed in particolare quell'impossibilità di portare avanti il proprio percorso di individuazione-separazione che accomuna Gilda ed Emilio.

Gilda: alla fine dell'orario scolastico, quando la maggior parte dei suoi compagni e dei suoi insegnanti erano già andati via, ma è invece ancora presente il padre che fa il bidello proprio in quell'Istituto, Gilda si butta dalla finestra del terzo piano della sua classe. Viene portata in ospedale in stato di coma, è piena di fratture molto gravi in tutto il corpo e rimarrà in coma farmacologico per un mese in cui verrà sottoposta a diversi interventi. Io sarò chiamata dalla Preside della sua Scuola il giorno dopo per incontrare urgentemente i suoi compagni di classe che si rifiutano di entrare a scuola: vorrebbero a

tutti i costi fare qualcosa per lei, andare in ospedale anche per stare dietro la porta dove sanno che lei è tra la vita e la morte ma naturalmente non è possibile. Li trovo abbracciati nell'androne, alcuni stanno particolarmente male. Ma naturalmente è l'intero Istituto ad essere profondamente sconvolto. Chiedono di incontrarmi anche i docenti ed i ragazzi di altre classi. La domanda martellante che accomuna tutti è *"perché... perché... perché"* angoscia e sensi di colpa... *Cosa ci è sfuggito... cosa avremmo dovuto fare... perché non si è confidata... perché non ha chiesto aiuto?"* Ma palese di fronte al suicidio di un adolescente è la paura del contagio: *"potrei farlo anch'io?"* E da parte degli adulti: *"Potrebbe farlo anche mio figlio?"*.

Domande che mettono in crisi, che costringono a guardarsi dentro e ad interrogarsi: *"Che genitore sono?"* o *"Che insegnante sono per i miei ragazzi?"*, *"Cosa può portare un adolescente a togliersi la vita?"*.

In questa fase, non potendola incontrare, cercherò di conoscere Gilda attraverso tutti coloro che a Scuola chiederanno il mio aiuto: i suoi compagni di scuola, la sua amica del cuore, i suoi docenti. La descrivono come una ragazza vivace, brava a scuola, sensibile ai problemi degli altri, con dei periodi di cupezza e di chiusura. Nel primo incontro in cui sollecito i suoi compagni a parlarmi di lei, emergono versioni differenti : *"Ha voluto farla finita perché aveva un cattivo rapporto con i suoi genitori che la caricavano troppo della responsabilità di prendersi cura del fratello minore sordo"*. *"Aveva un rapporto travagliato con il suo ragazzo, lui la faceva soffrire troppo"*. *"Era in guerra con i suoi genitori che non volevano che stesse con lui"*.

L'immagine che tento di farmi di Gilda rimane sfocata forse perché, come scoprirò conoscendola, Gilda in realtà non aveva mai dato a nessuno la possibilità di conoscerla, di andare oltre la maschera, a nessuno, neppure al suo ragazzo, aveva mai, per vergogna, confidato

i suoi segreti familiari.

A nessuno sfugge che se il luogo scelto da Gilda per mettere in scena il suo tentato suicidio, era proprio la scuola, evidentemente proprio lì doveva arrivare un messaggio chiaro e potente il cui principale destinatario non poteva che essere il padre che proprio in quel contesto lavorava.

3. L'intervento di elaborazione di un trauma nel contesto scolastico

Il suicidio di un adolescente, più che mai se avviene all'interno delle sue mura, colpisce al cuore la Comunità scolastica e ne mette in luce la *cultura istituzionale*. La mia esperienza mi ha messo in contatto con reazioni estremamente diverse: con insegnanti e presidi che chiedono aiuto rallentando le attività scolastiche per dare tempo e spazio al dolore e alla sua elaborazione e con altri che invece, non consentendosi di entrare in contatto con le proprie angosce, tendono a minimizzare l'evento e a liberarsene al più presto attribuendolo alla "crisi adolescenziale" o a problemi familiari o all'impulso del momento: la Scuola, attraverso questi meccanismi di negazione, se ne può tirare fuori senza interrogarsi su eventuali responsabilità e riprendere prima possibile le proprie attività "per aiutare gli studenti a dimenticare al più presto!".

Nell'approccio che io utilizzo, l'intervento a Scuola si concretizza nel : dare uno spazio individuale ai ragazzi che stanno particolarmente male, uno spazio di gruppo agli insegnanti ed ai genitori che lo richiedono ed in incontri con il gruppo-classe. il Gruppo attivando la condivisione e la solidarietà, è il setting che più si presta a consentire quelli che sono gli obiettivi principali dell'intervento a Scuola: l'elaborazione del dolore e del lutto e la possibilità di individuare

ragazzi a rischio anche per prevenire altri possibili suicidi.

I primi incontri sono uno spazio per dare parola ascolto e contenimento alle angosce e ai sensi di colpa che inevitabilmente la violenza di un tentato suicidio scatena negli altri.

"La banalità della nostra vita è stata improvvisamente squarciata, dice Matteo, il compagno di banco di Gilda, in uno degli incontri di classe." Io e lei, il giorno prima che si buttasse, mangiavamo un panino insieme durante la ricreazione chiacchierando. Sembrava tutto così normale! Come ho potuto non accorgermi che lei stesse così male? E lei mentre chiacchierava con me, stava pensando a quello che avrebbe fatto il giorno dopo?"

C'è un bisogno estremo di capire, di dare un senso ad un gesto che mette brutalmente di fronte al dolore ed al mistero della morte quando ancora non sai cos'è.

Altri ragazzi dando voce allo stesso sgomento, dicono... *"Ma allora è impossibile conoscere chi ci sta accanto... questo fa impazzire... Chi è veramente Gilda... cosa nascondeva... cosa stava vivendo?"*

Proprio perché dare uno spazio ad amici e compagni per interrogarsi sui motivi che hanno portato un adolescente al suicidio, significa anche riconoscerne e dare valore ai problemi adolescenziali, questo consente, se il processo di elaborazione va a buon fine, di passare ad un'altra fase che è quella in cui i ragazzi cominciano a parlare di loro stessi e a raccontarsi.

E' una fase importante che segna una svolta.

Ricordo di essermi accorta nelle prime esperienze in cui incontro a scuola ragazzi che dovevo aiutare ad elaborare il trauma, che la sensazione che mi accompagnava era che quella di non fare mai abbastanza, che avrei dovuto fare di più: un tarlo che ho capito poi, nasceva da una pretesa illusoria che accompagnava il mio prendermi cura dei ragazzi che avevano subito quel dramma: quella di volerli

liberare da un *dolore* che mi sembrava troppo grande per loro. Invece proprio come nel prendersi cura di chi ha subito un lutto, bisogna accettare di stare assieme alla sofferenza dell'altro. Il dolore del contatto prematuro con la morte non è eliminabile: possiamo, ed è importantissimo farlo, consentirne una elaborazione affinché non si trasformi in un ostacolo alla crescita, in perdita di fiducia e di speranza nella vita, nell'Altro o peggio nell'emulare un gesto che in adolescenza ha un grande potere di fascinazione.

Dopo avere lottato a lungo fra la vita e la morte, essere stata sottoposta a numerosi interventi, Gilda, dimessa dall'ospedale, rimarrà per un anno in un Centro di riabilitazione. Poco prima di dimetterla vengo contattata dal neuropsichiatra che l'aveva seguita in quella struttura per un invio. Da lui, a cui rivolgo tante domande, apprendo che Gilda aveva mostrato nell'arco di quell'anno vissuto all'interno del Centro una forza straordinaria, talmente eccessiva da inquietarmi: aveva affrontato senza scoraggiarsi altri interventi per potere ritornare a camminare, si era presa cura degli altri pazienti dando loro sostegno e conforto, si era fatta amare da tutti ed ora non aveva nessuna voglia di lasciare il Centro e riprendere la sua vita da dove era stata violentemente interrotta.

E' così che per la prima volta incontrerò prima i suoi genitori e poi, dopo un mese, Gilda in carne ed ossa.

Subito dopo il tentato suicidio di un figlio, i genitori che si rivolgono al terapeuta essendo estremamente bisognosi di aiuto, di capire le motivazioni di quel gesto e loro possibili responsabilità, sono in genere, proprio per tutto questo, propensi ad aprirsi, a mettersi in discussione, ma anche ad accettare i messaggi del terapeuta per la necessità di mettere in atto cambiamenti rapidi nella relazione con il figlio che disinnescino il rischio di ripetere quel gesto.

Ma incontrare i genitori di un adolescente che ha tentato il suicidio

un anno prima, è cosa ben diversa che incontrare chi quel trauma lo ha appena vissuto: I genitori di Gilda. che chiamerò Olga ed Enzo, si presentano a me uniti solo dalla ferrea volontà di non far trapelare nulla dei loro orrori familiari. Alle mie domande relative ai motivi che secondo loro hanno portato Gilda a tentare di uccidersi, banalizzano aggrappandosi a: *"litigava spesso con il suo ragazzo. Lui voleva lasciarla e lei ne soffriva moltissimo... Fra noi andava tutto bene, tranne qualche litigio... Lui la faceva bere e fumare..."* Li avverto falsi, assumo un atteggiamento fermo dichiarando che se un adolescente decide di togliersi la vita devono sicuramente esserci delle ragioni gravissime. Io non potrò prendermi cura di Gilda. senza la loro collaborazione

Quasi alla fine della seduta Olga scoppia a piangere e guardando il marito dice che sente il bisogno di dire la verità non solo affinché io possa aiutare Gilda, ma anche perché lei non ce la fa più. Lui tenta debolmente di bloccarla ma non ci riesce. Sembra di assistere al crollo di una diga: Olga che aveva sempre mantenuto il segreto con tutti, confessa che Enzo è un uomo violento che l'ha sempre picchiata sin dall'inizio del loro matrimonio anche in presenza dei figli. Gilda fra i tre è quella che più ne ha sofferto, perché è nata nel periodo peggiore quando i loro litigi erano continui e perché sin da piccola si metteva fra loro due cercando di proteggere la madre che la chiamava in suo aiuto.

Olga, giustifica le violenze subite con l'averlo sempre considerato un malato, ma nonostante l'abbia sempre pregato di farsi curare, lui aveva sempre avuto la presunzione di riuscire da solo a cambiare. Mentre Olga sembra un fiume in piena, Enzo, un uomo grande e grosso, è accasciato sulla sedia con la testa nascosta fra le mani. Dice soltanto che i suoi sono raptus in cui perde completamente il controllo senza avere consapevolezza di quello che fa, per poi cadere in periodi

di profonda depressione, ma che ora, dopo il tentato suicidio di Gilda, è cambiato e anche lei glielo ha riconosciuto.

Dalla mia esperienza con pazienti gravi, ho imparato che in tutte le situazioni di *emergenza* bisogna anche saper essere direttivi, assumersi la responsabilità di prendere in pugno il timone; se ritengo di essere riuscita a rendere consapevoli i genitori della gravità del momento e della necessità di mettere in atto dei cambiamenti, stipulo con loro una sorta di "patto" che nel caso dei genitori di Gilda si concretizza nel messaggio che essendo in una fase delicatissima, è assolutamente indispensabile evitare litigi, affinché, ritornando a casa, Gilda possa trovare un clima diverso. Gilda dopo un anno di lontananza sta tornando a quello che sicuramente sarà stato un inferno da cui fuggire. Comprendo il suo stare così bene nel Centro di Riabilitazione da non avere nessuna premura di tornare, anzi la immagino terrorizzata di tornare nella sua famiglia.

Olga ed Enzo provengono entrambi da storie familiari drammatiche: Enzo, rimasto all'età di 5 anni orfano dei genitori, finisce in un orfanotrofio dove subisce violenze fisiche e psicologiche ma cercando, attraverso lo studio, di mantenere viva la fiamma di riuscire a diventare qualcuno per potersi riscattare.

Olga, ultima di tanti figli, sin da piccola subisce abusi sessuali da parte del padre; quando, dopo anni di silenzio, si confida con la madre non solo non viene creduta ma anche odiata per aver svelato un segreto che tale doveva rimanere. Giovanissima, per fuggire dalla sua famiglia, si sposa con Enzo che diventerà il nuovo carnefice attraverso cui "espiare le sue colpe".

Negli ultimi anni l'odio che Gilda manifestava contro il padre si era esteso anche alla madre colpevole di aver sempre subito, di averli fatti crescere nella violenza, ma soprattutto scoprirò poi da Gilda, di essersi sempre appoggiata a lei confidandole anche le proprie cose

più intime, facendone il suo sostegno ed il suo scudo contro il padre. *Emilio*. Ha 15 anni, è il maggiore di 2 figli, bravissimo a scuola, anzi geniale, il figlio ideale di cui i genitori sono sempre stati orgogliosi. Durante il viaggio di ritorno dalle vacanze di Natale che aveva trascorso in viaggio con la propria famiglia, viene duramente rimproverato dai genitori per non aver toccato un libro. Per la prima volta il pensiero di doversi rimettere a studiare, lo angoscia. La paura di non riuscire a ricominciare e un odio nei confronti dei genitori che non aveva mai provato, lo terrorizzano " *Ho avuto un attacco di panico, da quel giorno ho cominciato a piangere senza riuscire a fermarmi e senza sapere perché. Non ero più io, ero un altro che non conoscevo, stavo impazzendo*". Approfittando della loro assenza, ingerisce a casa dei nonni una grossa dose di farmaci. Viene casualmente scoperto e soccorso dopo poche ore per cui, dal punto di vista fisico se la cava con due giorni di ricovero in ospedale, ma il suo stato psicologico è molto grave.

Vengo contattata telefonicamente dalla madre una settimana dopo il tentato suicidio, per un appuntamento per il figlio. I genitori di Emilio, Francesca e Antonio, belli compiti ed estremamente controllati, si mostrano una coppia molto unita, si tengono per mano, lui sembra preoccupato soprattutto per lei. Nei nostri primi incontri, anziché interrogarsi sul figlio, hanno la necessità di rassicurare se stessi cercando di aggrapparsi all'immagine di famiglia perfetta che hanno sempre creduto di essere: " nella loro famiglia non ci sono mai stati problemi, sia il loro legame di coppia che quello con i figli è sempre stato molto forte". Non lasciano trapelare nulla in realtà perché inconsapevoli del loro malessere ma anche di quello del figlio che avevano sempre negato rimproverandolo e ridicolizzandolo anche quando già da tempo, aveva più volte chiesto l'aiuto di uno psicologo. Minimizzare ogni problema colpevolizzando, negare la sofferenza,

evitare ogni scontro, soffocare le emozioni, sono le modalità che caratterizza la coppia.

Francesca, ultima di 3 figli, perde il padre all'età di 4 anni; in seguito a questo lutto, la madre cade in una depressione che si trascinerà per tutta la vita. Francesca la ricorda come una madre fredda e respingente che viveva questa figlia più piccola e molto richiedente come un peso di cui liberarsi lasciandola spesso con i nonni o con qualche zia. Quando ventenne, assetata di amore, incontrerà Antonio, si aggrapperà morbosamente a lui che, a sua volta, per il bisogno di essere l'opposto del proprio padre assente e aggressivo, si annullerà in lei. Emilio, desideratissimo da entrambi, nascerà dopo due anni dal loro matrimonio.

4. "L'Ombra di sé è caduta sul figlio"

È Freud che ci segnala che inevitabilmente i genitori tendono a proiettare sui figli le loro aspettative ideali, ma quando queste proiezioni sono massicce, gli esiti saranno diversi ma comunque patologici perché queste pressioni entrano in conflitto o impediscono l'autentico sviluppo della personalità di un bambino che a quelle proiezioni deve piegarsi. È proprio in adolescenza quando diventa indispensabile potersi individuare, che in genere il malessere esplose. Il lavoro clinico sulla relazione genitori-figlio evidenzia che la proiezione più diffusa da parte del genitore, è la rappresentazione di un'immagine infantile di se stesso vissuta come "abbandonica".

Se sul figlio verrà proiettato il proprio Sé infantile abbandonico, ogni segnale di malessere scatenerà nella madre un'angoscia che le impedisce di coglierne i veri bisogni e di trasmettere contenimento e rassicurazione. Ma soprattutto la separazione è insostenibile.

Francesca, per le sue carenze affettive, si porta dentro angosce abbandoniche che proietta sul figlio e che solo attraverso il lavoro terapeutico potrà riconoscere: *"Sin dalla sua nascita mi alzavo mille volte durante la notte per assicurarmi che respirava, che era vivo...quando piangeva entravo nel caos, se non piangeva mi preoccupavo di non capire cosa avesse. Lasciarlo per andare al lavoro è stata una tragedia che per anni mi ha fatto piangere e sentirmi atrocemente in colpa, ero convinta che senza di me mio figlio stesse malissimo"*.

Francesca non regge le emozioni del figlio, meno che mai il suo malessere, anzi se sta male anche solo fisicamente, si angoscia a tal punto da banalizzare o addirittura colpevolizzarlo di farla volutamente star male. Proietta su di lui i suoi bisogni e se lui non si piega, diventa gelida e sprezzante. L'adolescenza del figlio, la porta, per evitare che lui si allontani da lei, a dipingergli il mondo come pericolosissimo e a demonizzare i suoi coetanei che lo cercano *"solo per usarlo e che non potranno che farlo soffrire!"*.

L'adolescenza dei figli impone ai genitori un rimaneggiamento della distanza psichica, una distanza che consenta di portare avanti il processo di separazione-individuazione, ma la madre simbiotica non può legittimare la crescita che anzi viene in ogni modo colpevolizzata ed ostacolata perché vissuta come abbandono lacerante.

Secondo Ladame (1997) questa labilità dei confini e la paura di uno sconfinamento che invade e che impedisce ogni autonomia, "viene da molto lontano, ha dei precursori infantili che spesso hanno invaso lo spazio psichico interno pretendendo che il figlio facesse da contenitore delle loro problematiche personali o di coppia.

L'atto del suicidio rappresenterebbe allora un estremo tentativo di salvaguardare l'integrità del Sé, di riprendere il controllo sul proprio destino, riappropriandosi della propria vita proprio nell'attimo in cui si

rischia di perderla. (Jeammet 1992)

In una seduta che si colloca dopo più di un anno dall'inizio della nostra terapia, Emilio come spesso ama fare, mi porta una sua poesia e un suo scritto dove ha riportato, dandogli dei titoli, alcuni brani del terzo libro della saga The Twilight, "Eclipse" che lo hanno colpito tanto da farlo star male perché si è rispecchiato nei suoi personaggi, ed una sua riflessione da cui emerge la consapevolezza profonda che ha acquisito di se stesso e dei suoi genitori.

Bella, la protagonista del romanzo, è fidanzata con Edward a cui ha promesso amore eterno. Jacob è invece il suo miglior amico, senonché un giorno:

Brano 1 " Lo stupro"

"Bella sono innamorato di te, disse con tono fermo e sicuro. Bella, ti amo e voglio che tu scelga me e non lui. So che non provi gli stessi sentimenti, ma ho bisogno di dirtelo, così sarai in grado di scegliere. Ho deciso che non desisterò. Le cause perse sono la mia passione"

Bella "Io amo lui. E' tutta la mia vita"

"Ami un po' anche me" aggiunse lui.

D'un tratto vidi nei suoi occhi il riflesso di ciò che stava per accadere. Provai ad oppormi, ma era troppo tardi. Le sue labbra premettero le mie e soffocarono la mia protesta. Mi baciò con rabbia, mentre con la mano mi teneva stretta la nuca, rendendo inutile ogni tentativo di fuga. Provai a spingerlo con tutte le mie forze, ma quasi non se ne accorse. Le sue labbra erano morbide e, malgrado la rabbia, si adattarono subito alle mie. Cercai di nuovo di spingerlo via, ma non ci riuscii neppure stavolta. D'istinto lasciai cadere le braccia lungo i fianchi e restai passiva in attesa che smettesse, mi finì una statua ed attesi.

Alla fine mi lasciò il mento e si allontanò.

Bella: *"Non vedo l'ora di scoprire cosa ti farà Edward! Spero che ti spezzi l'osso del collo. Sei un CANE! Prepotente, disgustoso. Ti odio!"*
"Mi piace, l'odio è un'emozione forte, passionale... Stanotte ci ripenserai. Mentre lui ti crederà addormentata, tu starai ripensando a me. Anche tu mi hai baciato."

Rimasi a bocca aperta: *"Non l'ho fatto. IO non ti ho baciato, ho cercato di respingerti"*.

Rise forte: *"Suscettibile, ma fin troppo sulla difensiva, direi"*.

BRANO 2 Il padre impotente... e la rabbia del fidanzato

Nel secondo brano Bella racconta al padre quello che le è accaduto, ma anziché trovarlo indignato e pronto a difenderla come lei si aspettava, lo trova invece pronto a minimizzare e a giustificare il comportamento di Jacob. Ne rimane profondamente ferita e delusa. E' invece il suo ragazzo che mostra la rabbia e l'indignazione che lei si aspettava affrontando il rivale...

BRANO 3 La resa di Bella

Rimasto solo con Bella, Jacob la bacia nuovamente, lei inizialmente lo respinge tirandogli i capelli e cercando di fargli male, ma lui scambia la sua rabbia per passione e la stringe ancora di più, ma a questo punto qualcosa cambia: " La sua gioia sbriciolò la mia determinazione, la mise fuori uso. Il cervello si scollegò dal corpo e mi ritrovai a baciare Jacob contro ogni logica. Perché non la smettevo? E peggio ancora, perché non sentivo più neppure il desiderio che smettesse? La risposta era chiara : avevo mentito a me stessa. Aveva ragione Jacob : ero innamorata di lui."

Per quanto riguarda il *primo brano*, credo che il titolo che ho scelto, "Lo stupro" sia molto eloquente: il bacio di Jacob è il bacio di mia

madre, non nella violenza con cui si manifesta, quanto nella penetrazione profonda. E' un bacio attraverso cui passa tutta una vita di angosce, paure e insicurezze, attraverso il quale si impongono emozioni. E' un'invasione tanto pericolosa quanto sottile e non immediatamente percepibile: è un insinuarsi nella psiche di un altro individuo con una intensità tale da mettere in crisi convinzioni e far sorgere dubbi su cosa sia realmente giusto...su cosa si desideri...ma soprattutto su cosa si senta...un terremoto in grado di far spaventare di se stessi, di far apparire pericolose ed aberranti alcuni aspetti di se. Forse la cosa più devastante per un altro essere umano: non percepire più nettamente i contorni della propria identità. Durante la lettura del brano, la scena che più mi ha fatto star male è quella in cui incapaci di reagire, ci si lascia plasmare, quando si consente a chi ci sta "baciando" di modellare le sue labbra sulle proprie... quando il desiderio dell'Altro diventa il tuo anche se non lo è, perché l'altro riesce a convincerti che tu "provi quel desiderio".

La scena mi ha toccato profondamente mentre sentivo la rabbia crescere parola dopo parola dentro di me...

Ma nel *secondo brano* la mia rabbia è cresciuta ancora di più perché nel padre di Bella ho rivisto la debolezza di mio padre, il suo non essere mai riuscito ad essere l'uomo da cui avrei avuto bisogno di essere guidato nella vita e difeso dall'invasione di mia madre. Fino a questo punto del romanzo il mio punto di vista è stato quello di Bella: è in lei che mi sono immedesimato.

L'arrivo di Edward ha suscitato in me un senso di giustizia, di forza: da questo momento in poi io sono entrato in Edward, la sua furia era la mia, il suo rivendicare il possesso di Bella era un'unica voce insieme alla mia. D'un tratto ho capito che Edward e Bella sono due parti di me: la parte più forte e la parte più debole; la prima grida si arrabbia quasi impazzisce, scende in campo e si batte per la seconda.

Vuole che si faccia forza ribellandosi : sono io che grido a me stesso.
Il *terzo* ed ultimo brano rappresenta per me la sconfitta, una sconfitta che però ultimamente non mi appartiene più grazie alla mia terapia a cui devo tutto quello che oggi conosco di me, a cui devo la forza con cui ora so lottare per difendere i confini della mia identità.”
Le poesie hanno scandito tappe importanti del nostro percorso e delle sue conquiste alla ricerca di se stesso:

La danza del druido

Seduta con il vestito luccicante
Muta
sul trono che risplende
contempi il paesaggio scintillante.
Regina delle nevi
non riuscirai più a raggelare le mie emozioni
manifestazioni del mio esistere ad di là di te.
Tu mi guardi
ed il tuo sguardo invoca il silenzio.
Ma io invece ora danzo
danzo finchè non scoppia il cuore.
Questa danza è una sfida
Sia il fuoco la mia guida.
Non brucia
non sto più soffrendo.
E' un fuoco che mi accende da dentro
e che mi fa sentire vivo.
Danzo perché non sono te,
sono un principe guerriero
un druido,
presidio il confine.

Capiterà che la musica si inceppi,
 che la danza si fermi
 ma io non ho più paura,
 ho dalla mia parte anche la forza degli elementi.

Rinascere, come scrive Jung (1940) è un archetipo presente nei popoli più diversi che può assumere forme differenti a secondo se il soggetto o il gruppo vuole mantenere e migliorare la propria personalità o se invece invoca una trasformazione totale della propria personalità. Se vuole preservare o disfarsi della propria essenza.

Nel suicidio adolescenziale la Rinascita fantasticata mi sembra assuma proprio questa seconda forma che Jung chiama "trasmutazione".

Ma la Rinascita è anche l'anima della Psicoterapia ed allora con gli adolescenti che mi raccontano di avere cercato nella Morte la loro Rinascita raccolgo questo desiderio, lo faccio diventare il nostro obiettivo condiviso, trasformandolo nella possibilità di lottare insieme per cambiare le proprie relazioni, per riappropriarsi della propria vita, per realizzare i propri sogni ed infine quando la Rinascita è davvero vicina accompagnata dai tanti colori che ne segnalano l'arrivo, insieme la riconosciamo anche dai sogni.

"Entro in una nuova casa dove sto per trasferirmi, vedo la mia camera illuminata, entro trovo una grande tavola bandita piena proprio dei cibi che preferivo da bambina. Mia nonna in piedi mi guarda e mi sorride ed io penso che è lì per darmi il benvenuto e per comunicarmi che è contenta della svolta che io sto dando alla mia nuova vita." (Valentina)

L'alba "Sono su una grande nave con i miei genitori; stiamo andando in Africa, un paese che ho sempre sognato di visitare. Io mi allontano da loro, comincio a girare per tutta la nave scattando foto. Fino a

quel momento il sogno è immerso nella penombra. Mi ritrovo sul ponte più alto della nave, mi affaccio per guardare il mare dall'alto ed ad un tratto un immenso sole rosso fuoco si staglia all'orizzonte." Mi sveglio con una grande sensazione di calore (Marika).

Bibliografia

Carli R., & Paniccia, M. R. (2011). *I servizi di salute mentale in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Ehrenberg, A. (2010). *La fatica di essere sé stessi*. Torino: Einaudi.

Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol. 7.

Jeammet, P. (1992). *Psicopatologia dell'adolescenza*, Roma: Borla.

Jung, C. G. (1920). *Tipi psicologici*. Torino: Bollati Boringhieri.

Jung, C. G. (1940). *Psicologia del rinascere*. Bollati Boringhieri: Torino.

Ladame, F. (1987). *I tentativi di suicidio degli adolescenti*. Roma: Borla.

Le Breton, D. (2016). *Fuggire da sé*. Milano: Raffaello Cortina.

Manzano, J., & Palacio Espasa, F. (2001). *Scenari della genitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.

Morin, E. (2015). *Insegnare a vivere*. Milano: Raffaello Cortina.

Pietropolli Charmet, G. (2004). *Crisis Center. Il tentato suicidio in adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Pietropolli Charmet, G. & Piotti, A. (2009). *Uccidersi*. Milano: Raffaello Cortina.

Pommereau, X (1999). *La tentazione estrema. Gli adolescenti ed il suicidio*. Milano: Nuove Pratiche.

Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre?*. Milano: Raffaello Cortina.

Shneidman, E. (2006). *Autopsia di una mente suicida*. "Roma: Giovanni Fioriti.

Zoia, L. (2001). *Il gesto di Ettore*. Torino: Bollati Boringhieri.

Politiche del desiderio: quale spazio di ascolto nella scuola?

Giovanni Di Benedetto¹

Il lavoro analizza l'istituzione scolastica come dispositivo sociale. Il funzionamento del mondo della scuola è di natura sistemica e si configura come un campo di forze nel quale si scontrano istanze contrapposte, di passivizzazione o di soggettivazione. A partire da questo presupposto si analizzano le attuali forme di disagio adolescenziale, non più edipico ma narcisistico. La scuola italiana, subordinata sempre di più alle istanze dell'economico, non sembra essere in grado di intercettare e fare fronte alla condizione di rinuncia sociale del mondo giovanile. Infine si indica nella consapevolezza che la formazione e la trasmissione dei saperi non è neutra ma è connessa al senso con il quale guardiamo al mondo, una possibile strada per rimediare alla lacerazione dell'identità contemporanea e realizzare nuove forme di emancipazione.

Dispositivo sociale; Economia; Emancipazione; Identità; Istituzione scolastica.

Policies of desire: which listening space in the school?

The essay describes the school institution as a social device. The school works systemically, as a field of strength in which conflicting instances, passivation or subjectivism, are encountered. Beginning from this, the work analyzes the current forms of adolescent discomfort, not from an oedipal point of view but from a narcissistic one. The Italian school is more and more subordinate to the appeals of the economic world and doesn't seem to be able to intercept and to face the condition of social renouncement of the young people. Finally, the formation and transmission of knowledge is not neutral but is linked to the way we look to the world: this awareness is a possible way to remedy the laceration of contemporary identity and to realize a new emancipation.

Social device; Economy; Emancipation; Identity; Educational institution.

1. Questioni preliminari

Scuola e passioni sono inestricabilmente connesse tra di loro, e per di più lo sono con la politica e con il desiderio. L'istituzione scolastica, intesa come mondo della vita, si configura come uno spazio, fisico e

¹ Insegnante di filosofia e storia presso il Liceo Vittorio Emanuele II di Palermo. Autore di saggi e articoli comparsi su riviste e periodici italiani e stranieri, tra i quali si segnalano: *Alternative per il Socialismo*, *Décalages An Althusser Studies Journal*, *Perspektiven Internationale Zeitung*, *Guerra & pace*, *Segno*.

simbolico ad un tempo, nel quale si intrecciano relazioni tra adulti e non adulti, dalle quali possono scaturire passioni tristi quali il disagio, il malcontento, la noia, la mestizia e la tristezza, come, per il verso opposto, più raramente per la verità, passioni gioiose quali la letizia, l'entusiasmo, il coraggio e la generosità. L'universo di comportamenti, condotte e attitudini che ne consegue, ha a che fare, si diceva, con la politica e con il desiderio. Entra in un rapporto controverso con la politica perché si misura con la stabilità e la tenuta della *polis* (e quindi con il sentirsi armonicamente partecipi dei destini di una comunità, il che riempie di senso la vita); e si relaziona al desiderio, ossia alla *cupiditas*, nel senso che Spinoza conferisce a questo termine; può cioè accrescere o mitigare la potenza di esistere degli individui e delle individue, il loro sforzo di perseverare nel proprio essere, insomma la realizzazione del proprio sé.

Prima di procedere nel tentativo di argomentare la tesi, e la domanda, contenuta nel titolo, si esporranno, in via preliminare, alcune premesse relative al sapere, all'istituzione scolastica, intesa come dispositivo sociale funzionale a determinate finalità, e al ruolo dell'insegnante che, indipendentemente dalla propria vocazione individuale, è parte di un ingranaggio complesso il cui funzionamento è di natura sistemica. Come sottolinea Matteo Lancini in *Adolescenti navigati*, "se si pensa ci sia qualche vantaggio nel considerare l'esperienza d'insegnamento un'azione individuale, non c'è via di soluzione" (Lancini, 2015, p. 156). Al contrario, per quanto riguarda la trasmissione del sapere, "è molto importante pensare in termini di dispositivi istituzionali e riconoscere la *cultura effettiva* del gruppo di lavoro e dell'organizzazione in cui agisce" (Lancini, 2015, p. 158).

Chi scrive si è sempre sentito partecipe dell'idea secondo la quale la conoscenza può essere di tutti, seguendo in questo la concezione espressa da Aristotele nel primo libro della *Metafisica* dove si dice che

tutti gli uomini per natura aspirano al sapere. (Aristotele, 1974, II, 980a). Sempre Aristotele, in un altro luogo del testo, nel secondo libro, scrive: "La considerazione della verità è per un aspetto difficile, per un altro aspetto facile. Lo prova il fatto che nessuno può raggiungerla in misura adeguata, ma gli uomini, tutti insieme, non ne sono esclusi e anzi ciascuno può dire qualcosa intorno alla natura delle cose, e se uno per uno non si raggiunge nessun risultato o si raggiungono soltanto piccoli risultati, tuttavia, se ci si mette tutti insieme, si ottiene un risultato apprezzabile". (Aristotele, 1974, II, 992a30 – 993b5). La concezione non elitaria di un sapere, al quale tutti possono aspirare, può rivelarsi centrale nel lavoro di insegnamento, secondo una prospettiva che sia tendenzialmente egualitaria e che metta in primo piano la cooperazione e la collaborazione. Insomma, tutti gli uomini e tutte le donne possono aspirare alla conoscenza perché, *naturalmente*, la loro vita coevolve insieme al loro sapere. In aggiunta, questo processo che si sviluppa coniugando natura e cultura, registra una maggiore efficacia se lo si realizza attraverso meccanismi cooperativi e strategie collaborative, *se ci si mette tutti insieme*, per l'appunto. Certo, Aristotele non è immune da contraddizioni, il suo insegnamento è rivolto essenzialmente all'uomo greco e aristocratico; ne sono escluse le donne, i non greci (barbari) e gli schiavi, anche lui è figlio del suo tempo. Tuttavia, la formula dello stagirita può essere pensata come la matrice a cui fare ricorso anche oggi: in fondo, tale impostazione sembra evocare l'idea che, come sancito dalla Costituzione, il diritto allo studio debba essere garantito e tutti e a tutte. Una tale idea potrebbe essere intesa come se si trattasse, kantianamente, di un ideale regolativo.

Una seconda premessa riguarda il posizionamento di chi scrive relativamente alla scuola, all'insegnamento e al proprio ruolo di

insegnante. La scuola, come ricorda Michel Foucault, è un dispositivo disciplinare di assoggettamento, per dirla con Louis Althusser risponde alla logica degli apparati ideologici di Stato. Una componente forte, anche se non esplicita, del suo mandato, risiede nella funzione di dare forma a individui e individue assoggettati e assoggettate, passivizzati, omologati all'immaginario dominante e funzionali alle logiche di funzionamento dell'economico. Nella scuola italiana questa tendenza si è ulteriormente accentuata, addirittura esasperata, con l'avvio della cosiddetta riforma della *buona scuola*, in realtà una vera e propria controriforma, voluta dalla legge 107 dell'allora primo ministro Renzi.

Nonostante questo aspetto negativo, la scuola italiana è ancora flebilmente vincolata al mandato che fa del diritto allo studio e della libertà di insegnamento dei principi costituzionali fondamentali, in vista della promozione di soggetti critici, liberi e responsabilmente orientati, con il loro agire, verso la conciliazione di benessere individuale e benessere collettivo, libertà e uguaglianza. La realizzazione di questi obiettivi, tuttavia, oggi necessita, per ragioni storiche che in questo breve scritto sarebbe troppo lungo riportare, di una declinazione differente da quella che tradizionalmente si è potuta elaborare. Eleonora De Conciliis, che nel suo *Che cosa significa insegnare?* ha sintetizzato questo cambiamento di prospettiva in maniera rigorosa e esaustiva, scrive: "Se nei programmi ministeriali la costruzione del cittadino viene ancora postulata e perseguita in modo politicamente conformista, la funzione parresistica dell'insegnamento non consiste più nell'educare alla cittadinanza, ma nel costruire quell'intelligenza critica che fornisce al soggetto una nuova capacità di dire no. Il potere politico dell'insegnante emerge quando costui mostra di avere il coraggio della verità, ma il soggetto al quale deve essere detta non è più il popolo riunito in assemblea,

bensì il chiunque, sia esso atomizzato o parte di un gruppo istituzionale di minori (la classe), di cui bisogna combattere rischiosamente l'ignoranza, l'ottenebramento, la minorità." (De Conciliis, 2014, p. 71). Si potrebbe dire che quanto più alto è il livello di sussunzione reale ai dispositivi di funzionamento del capitale, quanto cioè più elevato è l'asservimento dell'istituzione scolastica all'astratta logica disciplinare e di dominio dell'economico, tanto più radicale deve essere, da parte dei docenti, la pratica teorica funzionale al disvelamento dei meccanismi di passivizzazione e di omologazione dei discenti.

Se si volesse dare una visione di insieme, in grado di dare conto delle tendenze e delle tensioni fin qui raffigurate, si potrebbe dire che l'istituzione scolastica si configura come un campo di forze antitetiche nel quale sono compresenti dinamiche contrapposte, rapporti di forza discordanti, linee di fuga contrarie, e nel quale mai nulla si può dare per scontato. Entro questo orizzonte contestuale risulta chiaro che l'insegnante, lo si enuncia quasi icasticamente, può assolvere a una funzione di disciplinamento o di liberazione. È dentro questo ambito che va collocata la tematica relativa al ruolo della scuola di fronte alle nuove forme del disagio degli adolescenti.

Non si può dimenticare, inoltre, un'ulteriore elemento che si aggiunge a complicare la questione, quello relativo al disagio dei docenti. La sindrome del *burnout* e la patologia psichiatrica incidono significativamente tra gli insegnanti e sono spesso causati dalla reiterata percezione di una condizione frustrante dovuta a un frequente insuccesso relativo al proprio mandato e all'inadeguata rappresentazione sociale del ruolo. Il disagio dei docenti è una cosa complicata, riguarda l'impossibilità di potere svolgere adeguatamente il proprio compito sociale. Con l'entrata in vigore della legge 107, sempre più spesso i compiti del docente si riducono a una accentuata

burocratizzazione che comporta una riduzione di tempo da dedicare alla preparazione per l'insegnamento e un aumento di moduli da compilare, pratiche cartacee da stilare e così via; oramai sembra quasi che le sue mansioni si equivalgano a quelle di un intrattenitore o di un accompagnatore costretto a sottrarre il gruppo classe allo spazio della didattica. Un docente che porta con sé un malessere esistenziale o una difficoltà operativa, relativi, per esempio, alla tossicità comunicativa che può assumere la relazione con studenti e genitori, alla disorganizzazione e al malfunzionamento del luogo in cui lavora, alla elevata conflittualità e competitività tra colleghi, come può proporsi come punto di riferimento per gli adolescenti e per il loro eventuale disagio? D'altra parte, esistono contesti scolastici nei quali i margini di intervento nella direzione della soggettivazione, ossia della formazione di soggetti autonomi, sono praticamente assenti. Si tratta, per l'appunto, di un problema di contesti, che determinano relazioni patologiche e non sane. Esistono ambienti scolastici nei quali si rimuovono i problemi, nei quali si sostiene, all'interno degli organi collegiali, che tutto va bene, nei quali ci si autoincensa per ogni questione banale e accessoria della vita scolastica senza avere la capacità di cogliere la sostanza dei problemi e di intercettare le carenze affettive, psicofisiche, comportamentali, ma anche cognitive e di profitto, di studenti e studentesse.

2. L'osservazione del gruppo classe

Dentro l'orizzonte che si è tentato di illustrare, che implica oltre il disagio adolescenziale anche il disagio del docente, l'attività dell'insegnamento non si configura come mera trasmissione di dati, di tecniche o di contenuti. Aristotele, ancora una volta, torna in soccorso

con la concezione dell'èthos tratteggiata nell'*Etica Nicomachea*: "le virtù non sorgono né per natura né contro natura, ma esse s'ingenerano in noi che per natura siamo predisposti a riceverle e grazie all'abitudine le portiamo a compimento. (...) Le virtù invece le conseguiamo dopo averle precedentemente messe in pratica, come nel caso anche delle altre arti; in effetti le cose che bisogna imparare a compiere, le impariamo compiendole. (...) Così è anche per le virtù: compiendo le azioni nei commerci (relazioni ndr) con gli uomini diveniamo gli uni giusti, gli altri ingiusti (...) E detto in una parola, le disposizioni nascono dunque dalle attività a loro simili. Perciò bisogna che le attività che produciamo siano di una certa qualità: è in base alle differenze di quelle che vengono dietro le disposizioni. Non è di poca importanza dunque il contrarre un'abitudine subito, fin da giovani, in un senso o in un altro, ma importa moltissimo; anzi è tutto ciò che conta. (Aristotele, 1996, II, 1103a25 – 1103b25).

Gli adolescenti non sono vuoti contenitori, una *testa ben fatta*, per citare un noto libro di Edgar Morin, si nutre, nella relazione con l'altro, di pratiche comunicative che non si limitano a trasmettere informazioni ma che contribuiscono a ingenerare modi di apprendere che possono, mettendo a valore le nostre disposizioni, renderci giusti con gli altri uomini e le altre donne. Nell'insegnamento si sviluppa un meta livello, esso si accompagna a una sorta di deuterapprendimento relativo alle forme, ai modi di fare, di dire, di pensare; l'insegnamento e l'apprendimento, che nascono e crescono sempre in una relazione biunivoca e ricorsiva, sono, innanzitutto, messa in forma, attraverso l'abitudine, ossia la pratica, di modi di pensare, guardare, dire e fare le cose. Dal processo di formazione e trasmissione dei saperi che, come dice Aristotele, porta a compimento, secondo una certa qualità, le nostre disposizioni, può scaturire una trasformazione del modo di stare al mondo.

Solo in questo modo la costruzione e la trasmissione dei saperi a scuola possono diventare azione di soggettivazione, ossia azione in grado di formare soggetti liberi in grado di pensare con la propria testa. A condizione che si riesca a dare, è il caso di ripeterlo, un senso alle discipline, ai contenuti e al lavoro quotidiano dentro lo spazio dell'aula scolastica e dentro lo spazio mentale della relazione. E il senso, per l'appunto, ha a che fare non solo con il rispetto dell'individualità discente, delle sue vocazioni e della sua libera creatività, ma anche con la scoperta dello studio, della serietà, dell'attenzione per le piccole cose, per le consegne, per le modalità con cui avviene l'apprendimento, per la capacità di fare vedere che attraverso la passione, l'impegno e la forza di volontà ci può essere una prospettiva e un senso da dare all'esistenza.

Chi scrive osserva e vive in mezzo a gruppi di studenti e di studentesse da quasi 25 anni. Per quasi tutto questo quarto di secolo il punto di osservazione, dal quale guardare al mondo adolescenziale, è stato quello dei licei, che è indubbiamente diverso da quello degli istituti tecnici e professionali. All'inizio del percorso professionale di docente era più frequente avere a che fare con problemi di disciplina e di esplicita insubordinazione degli adolescenti. Nel tempo presente, ci si confronta, molto più spesso, con forme molto diffuse di mestizia e malinconia, forme larvate di depressione. Sembra che, oggi, il disagio assuma la forma della noia, dello svuotamento sentimentale e affettivo, della tristezza come diminuzione della propria potenza di esistere.

Pare che questo cambiamento sia legato, lo insegna la clinica, all'emersione di un disagio non più edipico ma narcisistico. Sembra che si tratti della fatica di esistere connessa allo scacco evolutivo di un soggetto che percepisce di non potere realizzarsi per come avrebbe voluto e dovuto. Un male di vivere originato dalla

convinzione di essere inadeguati, innescato dalla fantasia di essere manchevoli di fascino e di attrazione per gli altri. Ecco che allora gli adolescenti pensano che non ce la faranno a realizzare il proprio percorso di crescita come processo di soggettivazione. Pensano di non potere costruire il proprio futuro perché si sentono inadeguati e male attrezzati nei confronti di un percorso che occorre realizzare per soddisfare importanti caratteri del sé. Alcuni adolescenti soffrono perché si ritengono brutti, perché pensano di non avere competenze e fascino per svolgere con soddisfazione il percorso verso il futuro, inadeguati come sono a vivere. Provano vergogna perché non riescono a realizzare alcun progetto di crescita che comprenda un gratificante corso di studi, un lavoro soddisfacente, un'appagante vita di coppia, tutti elementi con una potente ricaduta sociale.

Questa differente declinazione del disagio non richiama più il conflitto edipico, la dimensione agonistica col super io, il conflitto con il sentimento di colpa nei confronti del padre, ma rimanda, nei ragazzi e nelle ragazze, a una lacerazione interiore frutto di un sentimento di inadeguatezza nei confronti di ideali potentissimi rispetto ai quali non ci si sente all'altezza. Questa versione inedita del disagio, questa *fatica di essere se stessi* già preannunciata circa vent'anni fa da Ehremberg nel suo *La fatica di essere se stessi*, apre le porte a quella sensazione di incapacità nel tenere fede ai propri ideali e alle proprie aspettative su se stessi, che rimanda, come inevitabile conseguenza, alla vergogna. Da qui la spinta prepotente alla sparizione, il bisogno di trasformare il corpo rendendolo invisibile, i fenomeni patologici dei disturbi della condotta alimentare e del ritiro sociale.

Se ne possono imparare di cose, a contatto con gli adolescenti. Per esempio si può apprendere, di fronte alle problematiche richiamate dai ragazzi narcisistici e dalle ragazze narcisistiche, che non si può elargire una risposta frustrante di fronte alla fatica della crescita.

Occorre imparare l'arte dell'equilibrio, sapere dosare richiami all'impegno con gratificazioni valorizzanti, la predisposizione all'ascolto con l'appello alla responsabilità personale, la permanente capacità di sapersi mettere in discussione con il vincolo dell'intransigenza. Ben sapendo che il polo polemico, oggetto di contestazione, rimane la caduta della dimensione desiderante del soggetto, quella dimensione spinoziana della *cupiditas*, come si è già detto, che coincide con lo sforzo di vivere e di perseverare nel proprio essere attraverso la compiuta realizzazione di sé, per se stessi e per gli altri.

3. Quale spazio di ascolto nella scuola?

Il corto circuito che, nel mondo della scuola, ha determinato il precipitare del desiderio individualizzante e, per corrispondenza, l'invasiva marea dell'omologazione, ha effetti perversi che, negli ultimi anni, si sono, peraltro, fortemente amplificati. Il problema è che, molto spesso, la scuola italiana non è in grado di cogliere il malessere dei giovani. L'istituzione scolastica, peraltro, sembra rispondere a un modello organizzativo predisposto per altri obiettivi e altre finalità. Nonostante l'impegno di tanti professori e tante professoresse, spesso lodevole e elogiabile, la scuola oramai soggiace a una *mission* sovradeterminata dalle istanze totalizzanti dell'economico. Di conseguenza, piuttosto che luogo nel quale fare maturare la personalità del giovane, nel quale creare processi di soggettivazione delle individualità, essa si configura come un luogo nel quale si rimodellano le giovani menti in funzione delle istanze dell'economia (prestazione, competizione, performatività etc.). Da qui un drammatico corto circuito la cui aporeticità rischia di produrre esiti

devastanti per le menti di studenti e studentesse. Le ragioni di questo tracollo risiedono nel fatto che l'istituzione scolastica chiede, nello stesso tempo, la costruzione di competenze e di forme di addestramento in funzione delle logiche del mercato e, almeno a parole, il rispetto del mandato costituzionale che la impegna, ancora oggi, ad essere punto di riferimento per la crescita e la maturazione dell'individuo, in modo tale da farne un cittadino libero e responsabile nei confronti della collettività.

Per di più, le ricadute della recente entrata in vigore della legge 107, la cosiddetta *buona scuola* di Renzi, non si sono fatte attendere. Si pensi al fatto, per esempio, che, da un lato i recenti provvedimenti legislativi determinano una compressione dei tempi di studio e di elaborazione del sapere, (in questa direzione va per esempio il decreto ministeriale che prevede l'accorciamento a quattro anni del percorso liceale); dall'altro lato la pedagogia più colta e avvertita sa che l'apprendimento richiede *tempi lunghi*, per digerire e elaborare contenuti, ma soprattutto per guidare, lungo il contorto percorso di presa di consapevolezza del sé, il formarsi di soggetti dal pensiero critico e autonomo. Per non tacere il fatto che l'istituzione scolastica, nello stesso tempo, per un verso incoraggia il becero nozionismo e ammaestra le giovani menti a diventare obbedienti ingranaggi del modo di produzione, per esempio attraverso la somministrazione dei test e delle prove Invalsi con il loro sistema macchinico di valutazione individuale, mentre per altro verso è responsabile dell'ingiunzione, tutta ideologica e perciò stesso mistificatrice, a diventare se stessi, a realizzare *liberamente* le proprie inclinazioni per risultare vincenti nell'interminabile competizione per il successo che accompagna la carriera scolastica, dalla scuola primaria al sempre più differito e posticipato ingresso nel mondo del lavoro. E che dire, infine, del meccanismo premiale dei crediti scolastici e dei debiti formativi frutto

della scimmiettante recezione del linguaggio della finanza e dell'impresa, o dell'alternanza scuola-lavoro che, sottraendo centinaia di ore scolari, costringe tanti e tante giovani all'addestramento al lavoro gratuito o sottopagato per enti che, peraltro, tramite convenzioni con le camere di commercio, percepiscono anche lauti contributi?

Come effetto di questa drammatica contraddizione sistemica che oppone le istanze qualitative di crescita e di maturazione dell'umano alle ingiunzioni quantitative del profitto, molti adolescenti cedono a una condizione di rinuncia e interdizione sociale, ritraendosi dal contesto nel quale vivono. Il mito del narcisismo e dei vincenti a tutti i costi genera nell'interiorità dell'adolescente mete irreali di bellezza, perfezione e successo e il vissuto di fallimento e di vergogna, per non essere riusciti nella fatica senza fine di realizzare se stessi, risulta amaro e doloroso. Come se non bastasse, la falsa convinzione di potersi fare da sé, e per questa via essere naturalmente se stessi, accresce e dilata la percezione del fiasco e dell'insuccesso. Questa sorta di doppio vincolo, per citare *l'ecologia della mente* di Gregory Bateson, questa condizione nella quale coesistono, all'interno del mondo della scuola, due direzioni incompatibili fra di loro, è, probabilmente, la causa ultima, anche se meno visibile, di quella condizione di spaesamento e disinvestimento emotivo che contraddistingue le giovani generazioni.

Per questo sentiero argomentativo, chi scrive si avvia a concludere ricorrendo a un testo da molti oramai considerato arcaico ma che forse ha ancora alcune cose importanti da dire. Possono tornare utili le riflessioni di un filosofo italiano, Roberto Finelli, che ha, a lungo, meditato, ma questa è un'altra storia, sul rapporto per così dire edipico, tra Marx e Hegel, giungendo a parlare a proposito del vecchio di Treviri di un parricidio compiuto nei confronti del maestro

dell'idealismo tedesco. Roberto Finelli scrive de *Il Capitale* di Marx definendolo per l'appunto uno dei testi più *arcaici* e fondativi della nostra modernità – nel senso di ciò che concerne l'*αρχή*, il principio. Perché questo capolavoro del pensiero umano, questa storia genealogica dell'economico, avrebbe avuto la capacità di descrivere la nostra società come *una immane raccolta di merci*. Una società nella quale tutto è mercificato e reificato è una società nella quale la centralità dell'economico tende a piegare e considerare variabile dipendente l'intera vita sociale. E una società che tende a considerare tutto alla stregua di una merce, è una società nella quale si è persa "la capacità di approfondimento interiore e di autoriflessione." (Finelli, 2013, p. 39).

Di fronte a questa tendenza sempre più generale con la quale, soprattutto le nuove generazioni, si lasciano stordire dall'incanto dell'esteriore e della superficie, viene meno la capacità di calarsi nella profondità del propria interiorità per *pensare* le proprie emozioni. Il mondo nel quale si è immersi, sempre di più plasmato da un appiattimento temporale sul presente, dovuto all'accelerazione impressa dalla tecnica, si configura come una successione di frammenti di istanti nei quali si è smarrita la processualità che lega il passato al futuro. È una identità lacerata nella quale la superficializzazione dell'esperienza rende vano il lavoro su se stessi, inutile la necessità di andare in profondità, superfluo il bisogno di prendere consapevolezza, per lasciarsi, invece, stordire dall'insidia del consumo e dell'evento fugace e transeunte. Come se si fossero create le condizioni, continua ancora il filosofo, per una "catastrofe dell'interiorizzazione", l'atrofia di un "apparato per pensare, per dirla con le parole di W. Bion, che non riesce a pensare le sue più proprie emozioni, perché è invaso e strutturato solo dalla chiacchiera dell'altro". (Finelli, 2013, p. 44).

Al docente, cosa resta da fare? È probabile che gli occorra lavorare, in via preliminare, per prendere consapevolezza dello stato delle cose, continuando, insistentemente, a interrogarsi sul proprio ruolo. Tuttavia, è certo, anche, che questo lavoro di autocoscienza non è sufficiente: il suo sguardo e la torretta di osservazione dal quale è situato, infatti, rimangono decisivi per riconoscere disagi e identificare solitudini tra gli adolescenti. Il fatto è che il lavoro docente, oltre a situarsi all'intersezione fra il suo essere delegato a assegnare compiti e doveri e il suo essere punto di riferimento per i giovani, dovrebbe focalizzare il proprio impegno sulla creazione delle condizioni di un processo di trasformazione in grado di rovesciare le tendenze dominanti nel mondo dell'istruzione e che sempre di più sono diventate oggetto dell'interesse bulimico del mercato: se è vero che la capacità di creare relazioni, la socialità, la comunicazione e il linguaggio sono diventati elementi da sussumere entro la logica dell'accumulazione, ed essi stessi merce da mettere a valore per consentire la riproduzione sistemica del ciclo di valorizzazione del capitale, l'unico lavoro possibile sarà dato dal capovolgimento di segno di questi elementi per restituirli alla connotazione qualitativa della vita, per restituirli cioè a una dimensione processuale che renda l'adolescente protagonista del proprio divenire adulto e non parte inconsapevole di un ingranaggio che si riduce alla valorizzazione quantitativa del sistema economico.

L'istituzione scolastica e, al suo interno, il gruppo classe, possono rappresentare i luoghi in cui far vivere il tentativo di elaborare pensieri, pratiche, valori, antagonistici a quelli dominanti, fondati sull'accoglienza piuttosto che sul rifiuto, sulla cooperazione piuttosto che sulla competizione, sulla gioia del condividere insieme, con il corpo e la mente, uno spazio utopico di riflessione piuttosto che sulla noia della catatonia ipnotica veicolata dai *social network* virtuali.

Tutto questo, in una dimensione nella quale la realizzazione del sé individuale si accompagna alla crescita del benessere collettivo.

Lo svuotamento della concretezza qualitativa, operato dall'astratto divenire sistemico del capitale, è, non c'è dubbio, la prima causa di quella condizione di noia, disaffezione e muta resistenza anaffettiva che i giovani uomini e le giovani donne del nostro tempo riservano al contesto sociale che li attornia, dalla dimensione familiare e domestica a quella scolastica. Alla noia, prodotta da una condizione di passività e di eteronomia, e intesa come disinvestimento emotivo nei confronti degli altri uomini e delle altre donne che ci circondano, è necessario opporre la gioia della condivisione, per provare a costruire la nostra esistenza lottando per tutto ciò che è giusto, bello e vero. Non a caso Aristotele, sì, ancora lui, mette in relazione autosufficienza, oggi diremmo autonomia, felicità e esercizio della ragione: nell'*Etica Nicomachea* scrive che "ciò che è autosufficiente è quello che, anche da solo, rende la vita degna di essere scelta e non mancante di nulla; e una cosa di tal genere crediamo che sia la felicità". E qualche rigo più sopra il maestro del Liceo aveva precisato: "E per *autosufficiente* intendiamo non ciò che lo è per la persona sola che vive una vita solitaria, ma anche per i suoi genitori, i suoi figli, sua moglie, i suoi amici ed i suoi concittadini in generale, perché per natura l'uomo è un essere politico." (Aristotele, 1996, I, 1097b5-1097b15). Per carità, lo svolgimento storico insegna che sarebbe impossibile riproporre acriticamente l'orizzonte di senso trasmessoci da Aristotele. Tuttavia, il messaggio dello stagirita contiene interessanti spunti dai quali ripartire, insegna che coniugare virtuoso esercizio della ragione e del sapere, autonomia, condivisione sociale e felicità, è ancora possibile. Apprendere insieme, insegnanti e studenti, la virtù della conoscenza, e per questa via l'autonomia, il senso critico e la gioiosa condivisione. Per chi guarda in direzione

della trasformazione, cogliendo schegge di futuro nel desolante e funesto paesaggio del contemporaneo, si può dare solo la necessità di un radicale capovolgimento di senso, per imparare a trascendere i limiti della nostra chiusa individualità e esplorare, conoscere e abbracciare il mondo.

Bibliografia

Althusser L. (1981), *Ideologia ed apparati ideologici di Stato. Note per una ricerca* in "Freud e Lacan", Roma, Editori Riuniti, pp.65-123.

Aristotele, (1996), *Etica Nicomachea* in "Etiche", Torino, Utet.

Aristotele, (1974), *La Metafisica*, Torino, Utet.

Bateson G. (1990), *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.

De Conciliis E. (2014), *Che cosa significa insegnare?*, Napoli, Edizioni Cronopio.

Ehremberg A. (1999), *La fatica di essere se stessi*, Torino, Einaudi.

Finelli R. (2013), *Al di là del terrore. Per una nuova antropologia* in "Paure della contemporaneità", *Rivista di Psicologia Analitica*, (a cura di Barbara Massimilla), n. 36, vol. 88/2013, pp. 39-50.

Foucault M. (1993), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

Lancini M. (2015), *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita*

dei nativi digitali, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Marx K. (1973), *Il Capitale, Libro primo*, Roma, Editori Riuniti.

Morin E. (2000), *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Spinoza B. (1988), *Etica dimostrata con metodo geometrico*, Roma, Editori Riuniti.

Ritrovarsi. Storia della relazione clinica con un minore straniero non accompagnato all'interno del carcere per minori

Loredana Sortino¹

L'articolo nasce dalla riflessione clinica avvenuta in occasione del convegno sul "Rischio suicidario in adolescenza" svoltosi a Palermo nel settembre 2017. La scelta di presentare la storia di un giovane adolescente, minore straniero non accompagnato, detenuto presso l'istituto penale per i minorenni per circa tre anni, ha permesso di attraversare le fasi di una relazione terapeutica segnata dal "rischio della morte", dalla solitudine, dal sentirsi vittima di ingiustizia e dal dolore psichico "muto" che gradualmente ha trovato accesso alla possibilità di essere accolto e significato, comunicato e condiviso nell'incontro soggettuale. La riflessione proposta è preceduta da una parte relativa al contesto istituzionale detentivo, fondamentale per l'organizzazione del set/setting in cui è maturata la "relazione di cura". Sullo sfondo, ma non meno importante, la teoria gruppoanalitica che ha permesso di "sostare" nell'incertezza, nello sgomento, nel rischio di non farcela, per riscoprire piano il miracolo della vita che avviene nell'incontro con l'altro, nella riscoperta di sé e nella possibilità di ri-trovarsi senza più perdersi.

Carcere; Equipe multidisciplinare; Ideazione suicidaria; Istituto penale per minori.

Finding themselves. A clinical relationship with an unaccompanied foreign minor inside the juvenile prison.

The article is an excerpt from the clinical reflection at the symposium on "Suicidal Adolescent Risk" held in Palermo in September 2017. The choice to present the story of a young adolescent, unaccompanied minors, detained at the Criminal minors for about three years, has allowed to cross the phases of a therapeutic relationship marked by the "risk of death", by solitude, by feeling victim of injustice and by the "mute" mental pain that gradually gained access to the possibility of being accepted and meaning, communicated and shared in the subject relationship. The proposed reflection is preceded by a part related to the institutional detention context, fundamental to the organization of the set / setting where the "care relationship" has matured. In the background, but not least, group-analytic theory that has allowed "to stand" in uncertainty, in dismay, in the risk of not doing so, to rediscover the miracle of life happening in the meeting with each other in the rediscovery of self and in the possibility of being lost again

Prison; Multidisciplinary team; Suicidal ideation; Penal institution for minors.

Aprire una riflessione su uno degli eventi più sconvolgenti che l'uomo possa accettare qual è il suicidio di un adolescente o il rischio

¹ Psicologa dirigente presso il distretto sanitario 42 Palermo, Psicoterapeuta, gruppoanalista, Socia del Laboratorio di Gruppoanalisi.

suicidario di un ragazzo appena sbocciato alla vita, richiede uno sforzo emotivo non indifferente! Nel nostro immaginario gli adolescenti sono ragazzi belli, sani, sono creativi, aperti, energici...e poi invece a volte provano ad uccidersi e a volte ci riescono, provano a togliersi la vita nei modi più strani, pensano al loro funerale, mettono in scena il dramma della loro esistenza. I pensieri nella nostra mente si accavallano e ci tormenta la ricerca di un perché, il tentativo di trovare un significato. Non riusciamo a capacitarci e soprattutto non possiamo accettare di non comprendere, di non aver colto in tempo i segnali che possono avere spinto un ragazzo a chiudere gli occhi alla vita, ad arrendersi o a desiderare di farlo. Nonostante il fatto che il suicidio sia il secondo fattore di mortalità in età adolescenziale le ricerche dimostrano che, almeno per gli adolescenti, i tentativi di suicidio sono di gran lunga più numerosi dei suicidi riusciti e questo ci porta immediatamente a considerare quanto il "gioco della morte" rappresenti per un ragazzo una vera e propria richiesta di aiuto.

Lavoro all'interno dell'istituzione carceraria minorile da vent'anni (prima come psicologa di ruolo della Giustizia Minorile e, da poco più di un anno, come Dirigente Psicologo dell'ASP di Palermo) e ho seguito decine di ragazzi che hanno messo in atto tentativi di suicidio più o meno gravi e, anche quando è stato necessario il ricovero per la gravità degli agiti, mai nessun adolescente desiderava morire... voleva solo non soffrire più!

Per riuscire a darvi una cornice di riferimento che possa permettere di entrare nella complessità degli elementi istituzionali che incidono nella relazione d'aiuto e nella formazione degli stati mentali, suddividerò quest'intervento in due parti: una relativa al contesto istituzionale nel quale lavoro e l'altra relativa ad un caso clinico di un minore straniero non accompagnato. Istituzione e relazione di cura

che si incontrano e scontrano all'interno di una possibilità di pensiero in cui la teoria e la tecnica gruppoanalitica hanno permesso di "stare" nell'esperienza e di creare nuove possibilità di pensiero.

L'attuale assetto della Giustizia penale minorile è il punto di arrivo di un percorso articolato e complesso ed intorno a cui il dibattito nel nostro paese è ancora vivo ed acceso. Dal 1988, in Italia, il processo penale minorile (D.P.R.448/88) rappresenta un evento delicato ed importante nella vita del minore che commette un reato, una parentesi entro cui avviare percorsi di re/interpretazione della propria storia di crescita e di sviluppo. Un processo penale che, con tutte le garanzie del processo ordinario, tende a limitare, per quanto possibile, gli effetti dannosi che il contatto con la giustizia può provocare, producendo risposte adeguate alla personalità ed alle esigenze educative del minore. L'indicazione del legislatore infatti è quella di non interrompere i processi educativi in atto (per quanto possibile) e di strutturare gli interventi a favore del minore per ridurre al minimo l'offensività del processo penale nello sviluppo del ragazzo. E' proprio per questo che nel caso di un minore che commette un reato e viene arrestato, la legge prevede che un'équipe di esperti si muova con tempestività in suo favore per assicurargli ogni diritto e soprattutto per svolgere un'osservazione che permetta di orientare la Magistratura in sede di Udienza GIP (primo incontro del minore con la Magistratura).

Il processo di cambiamento del quadro normativo avviato nel 1988 ha comportato una ridefinizione dell'assetto organizzativo e gestionale dei servizi dell'amministrazione della Giustizia minorile. L'istituto penale per i minorenni è uno dei servizi periferici del Dipartimento della Giustizia Minorile, insieme all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, al Centro di Prima Accoglienza, ai centri polifunzionali e alle Comunità educative in convenzione.

L'IPM è una struttura carceraria dedicata ai minori tra i 14 e i 17 anni ma anche ai giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni che abbiano commesso un reato entro il compimento del 18° anno di età. Il mandato istituzionale è quello di dare esecuzione ai provvedimenti privativi della libertà emessi da un'autorità giudiziaria del Tribunale per i Minorenni (custodia cautelare, esecuzione pena, semidetenzione, semilibertà) e di realizzare un programma personalizzato di recupero e di risocializzazione, secondo quanto stabilito nell'Ordinamento Penitenziario (Legge 26 luglio n. 354/1975) e nel suo Regolamento di Esecuzione (Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230).

L'obiettivo dell'èquipe multidisciplinare che si occupa del minore (educatore, ass. sociale, psicologo, agenti di polizia penitenziaria, mediatore culturale, psichiatra, etc) è quello di progettare un sistema di interventi finalizzati a promuovere processi di responsabilizzazione e di promozione umana del minore attraverso l'ordinato svolgimento della vita comunitaria affinché l'adolescente possa sperimentarsi in esperienze costruttive e alternative al precedente stile di vita, riflettere sulle condotte antiggiuridiche, sulle conseguenze delle stesse e sulle possibili azioni di riparazione.

Nell'immaginario collettivo comunque, nonostante le aperture giuridiche e l'innovazione del pensiero intorno al reato, il carcere per i minori è un luogo per ragazzi per i quali "non si può fare altro", per quelli difficili e pericolosi, per quelli che hanno commesso reati molto gravi.....Tutto ciò corrisponde a verità perché il carcere è una misura "estrema" a cui la Magistratura ricorre se non ci sono altre alternative, ma il pezzo mancante è legato al senso dell'istituzione carceraria per un soggetto in crescita e per la costruzione della sua personalità (questo è un concetto centrale per il caso che vi presenterò).

Per entrare con gli occhi dell'immaginazione all'interno di un istituto detentivo per minori provate a pensare che in IPM sono previste delle azioni standardizzate che permettono di avere in breve tempo un quadro generale della situazione complessiva del ragazzo detenuto. Quest'ultimo viene accolto non solo come "autore di reato" ma come soggetto di diritti e portatore di bisogni cui dare risposte il più possibile concrete e significative. Durante il colloquio psicologico previsto per ciascun minore è prevista: valutazione del rischio autolesivo e suicidario e delle condizioni di disagio psichico generale legate all'ingresso in carcere che in alcuni casi può essere preesistente ma spesso viene slatentizzato dal processo di istituzionalizzazione coatta che presuppone l'allontanamento dai propri affetti e la privazione di libertà. Il mandato istituzionale, legato innanzitutto al principio costituzionale più ampio di tutela della salute di tutti i cittadini, è quello di individuare percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici a favore dei minori detenuti. L'ingresso in Istituto costituisce per un adolescente una fase particolarmente delicata, soprattutto se si tratta della prima esperienza detentiva, ed è per questo motivo che deve configurarsi come momento di ascolto, di sostegno, di chiarificazione per ridurre il rischio di accentuare gli aspetti traumatici legati alla privazione della libertà. In questa fase lo psicologo, effettuata una prima valutazione, può proporre una "Grande Sorveglianza" o una "sorveglianza a vista", mettersi in contatto con il medico psichiatra per una terapia farmacologica di supporto. Prioritario è lo scambio con l'educatore per l'attivazione degli interventi urgenti e per l'individuazione del progetto psicoeducativo più idoneo al soggetto e soprattutto per condividere il peso della responsabilità e provare insieme ad aprire nuove possibilità di senso e di pensiero su quanto accade al minore.

Il minore incontrato all'interno del carcere è un soggetto adolescente,

autore di reati, portatore di una complessa storia di vita. I ragazzi detenuti hanno commesso dei reati più o meno gravi, cresciuti in ambienti devianti o deprivati culturalmente e socialmente ma oggi sono anche ragazzi portatori di un disagio personale e familiare che si inserisce maggiormente in un "mal di vivere" che attraversa la nostra società. Intendo sottolineare che seppure in numero ridotto l'utenza dei minori detenuti non appartiene solo a fasce sociali emarginate e socialmente deboli, ma anche a pezzi di società civile apparentemente rispondenti a criteri di "normalità". Per lo psicologo clinico è importante non dimenticare mai che il soggetto che si sta incontrando è innanzitutto un adolescente! In questo senso è un individuo che sperimenta una condizione totalmente differente dal periodo dell'infanzia: non ha più certezze, mette in crisi ogni sicurezza e per la prima volta deve dimostrare di essere capace di risolvere le proprie questioni....in questo marasma emozionale si formano dentro di lui gli strumenti valutativi della propria identità. La circolarità delle domande sull'identità personale si rincorrono venendo invase ora dall'immagine sociale, ora dalle aspettative genitoriali e dalle sollecitazioni di una comunità che richiede sempre più performance di perfezione e di visibilità. La spinta all'autonomia di per sé fondamentale, si confonde con l'autosufficienza e con l'idea di bastare a se stessi o di non avere alcun bisogno dell'altro.....condizione che implica un diniego del bisogno originario di ciascuno di noi: la relazione con l'Altro! La sfiducia nelle proprie capacità, la visione negativa di quanto ci circonda, il pessimismo dilagante rispetto al presente e al futuro, il fare esperienza di una profonda solitudine, la difficoltà a stabilire dei contatti relazionali rappresentano elementi prognostici da tenere in considerazione per valutare uno stato psichico di un adolescente con un'ideazione suicidaria. Se a questo si aggiungono le problematiche familiari, le

delusioni amorose, gli insuccessi scolastici o lavorativi, gli eventi traumatici, l'uso di alcool e/o droghe, il rischio di essere schiacciati dal peso del dolore diventa una condizione inaccettabile e si aprono scenari psichici di fuga verso altri mondi possibili, desiderati e accarezzati mentalmente in alcune occasioni e sperimentati improvvisamente in altri.

Alcuni parametri di allarme rispetto al rischio suicidario che possono aiutare l'indagine dello psicologo che incontra per la prima volta il minore, sono quelli relativi al trovarsi per la prima volta ad affrontare un'esperienza detentiva, al riconoscimento delle proprie responsabilità, al sentirsi in colpa, all'essere attraversati da sentimenti di vergogna, ad avere un pensiero rigido e fatalista che impedisce spesso di trovare soluzioni alle problematiche, al sentimento di solitudine e/o ad un vero e proprio isolamento, all'ideazione suicidaria, alla bassa autostima e al sentirsi incapace, a tollerare la frustrazione dell'attesa. Per potere progettare degli interventi rieducativi e trattamentali è necessaria un'attività di osservazione che passa dagli incontri in assetto individuale e gruppale, ma anche dall'attenzione ai diversi momenti della vita di un minore in istituto. Gli agenti di pol. Pen., gli insegnanti, gli operatori/animatori delle diverse attività diventano osservatori privilegiati della vita di un minore detenuto e a loro va dato uno spazio di ascolto e di confronto come accade in ambiente libero per i familiari e le altre figure significative. L'occhio psicologico è quello di individuare una linea di unione e di senso tra i comportamenti del ragazzo e la personalità, provando pian piano a ricostruire e a volte a costruire i pezzi di un'identità fragile, devastata e attaccata dall'insicurezza, dalla scarsa autostima e dall'assenza di speranza. Le problematiche di cui il minore autore di reati è portatore sono svariate: a volte predominano quelle psicopatologiche, altre quelle

legate all'uso/abuso di sostanze stupefacenti in un circolo vizioso in cui è difficile individuare una demarcazione che permette di individuare la principale zona di intervento. Le sostanze stupefacenti a volte curano i disturbi psicopatologici, altre volte slatentizzano un potenziale disturbo...e allora vanno pensati interventi complessi e integrati, consapevoli che possiamo fare un pezzo di lavoro significativo ma non esaustivo. *E' importante in un sistema spesso frammentato che riflette la condizione interiore del ragazzo provare a dare una risposta quanto più chiara e coerente non confusiva, iniziare un percorso di costruzione e ristrutturazione e spesso questo il carcere paradossalmente riesce a farlo!* Il lavoro dello psicologo tiene conto del progetto di cura del minore che lo vede stabilire un patto a partire dall'esplicitazione di una domanda di aiuto, non sempre presente all'inizio ma fondamentale per la possibilità di accedere ad una maggiore coscienza di sé. Il lavoro però non trova significato all'interno del setting duale ma si inserisce come un pezzo di un più ampio intervento di équipe che prova ad individuare il percorso individualizzato più idoneo alle problematiche del minore.

1. Caso clinico: La storia di Said

I Per riflettere insieme vi presento una storia clinica di un ragazzo sedicenne, che chiamerò *Said*, minore straniero non accompagnato, che ho scelto per l'intensità della relazione e per i nodi critici emersi lungo il percorso che hanno determinato la necessità di tenere presenti nella mente tutti i livelli del transpersonale della mente umana in un gioco di sovrapposizione e compresenza psichica di personaggi reali e immaginari. E' una scelta ove è possibile cogliere l'incidenza della comunità che pensa i detenuti e poi quelli stranieri, è

un caso dove la cultura altra entra e disorienta la relazione....E' un caso in cui il lavoro psicologico si è svolto per quasi tre anni e ha previsto un passaggio da una fase di sostegno psicologico e di accompagnamento all'esplicitazione di una domanda di aiuto, ad una fase di "cura", di incontro soggettivo, di definizione di un progetto terapeutico e di vita.

I tempi della cura sono due: uno di circa otto mesi l'altro di poco più di due anni. Le due fasi sono individuabili all'interno di una linea di demarcazione chiara tra un prima e un dopo, determinata dal tentativo di suicidio del ragazzo non portato a termine solo per il tempestivo intervento degli agenti di polizia penitenziaria.

Il primo periodo di presa in carico del minore coincide con il suo arrivo a Palermo dopo essere stato arrestato al nord Italia e successivamente trasferito in un istituto del meridione.

Per SAID viene disposto il trasferimento presso l'istituto di Palermo in quanto all'interno della stanza di detenzione un compagno tunisino, suo connazionale, qualche giorno prima si era tolto la vita per impiccamento (impiccagione indica un'esecuzione e non un'autoorganizzazione dell'agito).

Quando un ragazzo arriva presso l'IPM di Palermo da un altro istituto, è importante verificare il motivo per cui il minore si trova in carcere e quale fase processuale sta caratterizzando il suo percorso. Said, infatti, si trovava da due mesi in un istituto penale del sud Italia in custodia cautelare per il reato di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti pur essendo stato arrestato al nord. Tale situazione è comune ai minori stranieri poiché non avendo riferimenti familiari girovagano tra gli istituti d'Italia, soprattutto quando diventa difficile pensare ad un intervento psicoeducativo nei loro confronti o in situazione di sovraffollamento della struttura. Said era alla sua prima esperienza detentiva e non aveva mai avuto problemi con la giustizia,

nonostante fosse giunto in Italia circa un anno prima. Le note educative nel fascicolo che accompagnava il ragazzo lo descrivevano positivamente quale soggetto capace di adattarsi, di rispettare le regole e le norme carcerarie, mentre rispetto alla revisione dell'evento reato (uno dei punti fondamentali del lavoro con i minori all'interno del sistema della Giustizia Minorile) il minore si dichiarava estraneo a quanto accaduto. Anche quest'ultima posizione è presente nella storia di molti ragazzi stranieri che per diversi fattori tendono a *negare* il loro coinvolgimento e/o a non rendersi conto che l'accompagnarsi a soggetti adulti dediti ad atti delinquenti, rappresenta comunque un concorso nel medesimo reato. L'ingresso di Said nel circuito penale avviene a seguito di un arresto in fragranza di reato insieme al cugino adulto che deteneva in casa notevoli dosi di droghe pesanti. Le informazioni appena descritte attraversano la mia mente in un clima caratterizzato da uno stato generale di allerta dell'istituzione, in quanto nella documentazione sanitaria era indicato che il minore aveva difficoltà a mangiare e aveva iniziato una terapia antidepressiva prescritta dallo specialista neuropsichiatra a seguito di una deflessione del tono dell'umore reattiva al trauma vissuto per la morte del compagno. Agli operatori dell'istituto di provenienza aveva chiesto di poter cambiare carcere sostenendo di non riuscire a sopportare il pensiero continuo dell'uccisione del compagno di stanza, suo connazionale e così il Dipartimento Giustizia Minorile aveva disposto il trasferimento a Palermo, dando preciso mandato di supporto medico specialistico e psicologico a tutela della salute del minore.

1.1 Primo incontro con il minore

Era un tardo pomeriggio di agosto quando Said giunge a Palermo. Era sconvolto, non parlava, restava seduto di fronte a me con gli occhi spalancati e fissi, accennando timidamente a qualche cenno del capo affermativo o negativo per rispondere a domande dirette. Inizialmente tendo a riempire il vuoto del silenzio e parlo, provo a porre le domande di routine ma poi, improvvisamente, mi accorgo che conta solo lo sguardo e le parole restano sullo sfondo fino a perdere il loro significato; restiamo così a guardarci negli occhi. Non so quanto tempo sia trascorso ma c'era un contatto e questo mi bastava, oggi direi ci bastava!

Said è un ragazzo minuto e sento che la sua "piccolezza" accentua in me sentimenti di protezione e accudimento con cui devo sempre fare i conti dinanzi ai minori detenuti, soprattutto quelli privi del sostegno e dell'affetto dei propri cari. Said pian piano, prendendo spesso respiro, racconta qualcosa di sé e colgo che parla abbastanza bene l'italiano, perché nonostante la brevità delle sue verbalizzazioni conosce alcuni termini specifici e coniuga i verbi abbastanza bene. Said sottolinea subito di non essere uno spacciatore, rifiuta completamente questa etichetta e si concentra sul reato a lui imputato. Ripete più volte che non era a conoscenza del fatto che il coimputato deteneva una grossa dose di eroina e cocaina in casa, anche se sapeva che di tanto in tanto spacciava per le discoteche della Romagna. Abitava con lui perché non aveva dove andare e cercava un lavoro, ma era riuscito ad ottenere solo piccoli lavoretti a giornata anche a causa della minore età. Temeva inoltre di essere portato in qualche comunità, se qualcuno si fosse accorto della condizione di minore straniero non accompagnato. Lo rassicuro e gli restituisco che non ho motivo di non credere a ciò che lui asserisce

con grande determinazione e accolgo la sua versione dei fatti come importante per lui cercando di lasciare il reato sullo sfondo del nostro incontro. In quel momento ritengo che per lui sia più pesante accettare di essere un detenuto e lui sottolinea che ci sono *tante prigionie nella vita*, ma quando cerchi la libertà e trovi invece le sbarre non riesci a darti pace (questo tema tornerà nella storia clinica). Il ragazzo è molto triste e le condizioni generali mi preoccupano profondamente in termini di impatto con la nuova struttura detentiva. Non riesce a guardare oltre; è tutto fermo intorno e lui è come impantanato dentro i suoi pensieri: più cerca di muoversi più va giù! Concluso l'incontro con il minore, mi attivo, mi confronto con l'educatore con cui seguiremo il caso e contattiamo il neuropsichiatra: scrivo una nota di allarme per le condizioni psichiche del ragazzo e chiedo la "grande Sorveglianza" al sistema carcerario che prevede un controllo costante del detenuto. La prima settimana che precede il periodo di ferie estive incontro quotidianamente il ragazzo che tende a restare a letto, a non avere voglia di prendere parte ad alcuna attività, a non interagire con gli altri. Gli altri ragazzi provano a stimolarlo ma solo uno di loro, anche lui minore straniero non accompagnato proveniente dal nord africa, dopo qualche giorno, riesce a trovare una strada di accesso: mangiano insieme la cipolla cruda e parlano del loro paese... funziona! Li guardo seduti in un angolo del piazzale dei passeggi e finalmente scorgo un sorriso e mi accorgo della bellezza di Said, dei lineamenti delicati e dei solchi di sofferenza sul suo viso. Quel giorno lo incontro e gli comunico quello che avevo notato. Said è sbalordito dell'essere stato oggetto del mio interesse, del mio sguardo fin quando mi dice: "ma lei cosa cerca in me? Non c'è niente di buono, niente di bello!" "Può darsi che non ci sia niente di buono e bello in te, ma ciò che mi piace lo valuto io". Finalmente parla di sé e per me è un successo. Colgo in lui il bisogno

che l'altro si assuma una responsabilità rispetto alla relazione, che rischi per lui e questa condizione genera in lui una reazione, una sorta di sfida che lo *riporta nel "qui ed ora" dell'esperienza*. Mi soffermo a riflettere su questi primi passaggi perché il lavoro di cura all'interno di un'istituzione totale, passa attraverso ciò che accade all'interno del set/setting strutturato all'interno del colloquio formale ma viene attraversato da un lavoro di "senso" che attraversa altri momenti fatti di sguardi, di incontro fortuito, di condivisione di momenti di vita di gruppo, di altri operatori che narrano di lui...*se la mente del terapeuta non tiene conto della complessità del sistema in cui il ragazzo vive e di ciò che fonda la sua esperienza di vita, rischia di perdere elementi importanti di rischio ma anche di prognosi positiva per il presente del ragazzo.*

Il sostegno psicologico al minore durante i primi mesi di detenzione presso l'IPM è stato fortemente caratterizzato dalla fondazione della relazione di fiducia con l'intero sistema, al fine di fornire al ragazzo la sensazione di essere protetto e contenuto rispetto alle quote di angoscia che lo attraversavano: sono stati coinvolti tutti, persino il cuoco della cucina. Said non era un caso particolare ma certamente tutti percepivano la fragilità del suo essere e la tristezza del suo sguardo. L'ascolto costante del minore a prescindere dall'accesso alla storia di vita ha permesso nel giro di qualche mese all'interno del setting psicologico di poter affrontare il ricordo del trauma della morte del compagno aprendo degli scenari legati al senso di impotenza provato da SAID e dal profondo senso di colpa legato al non essersi svegliato in tempo e ancor di più al non avere dato peso al saluto dell'amico la sera precedente; un saluto diverso, preceduto dalla richiesta di impegno ad occuparsi di se stesso e dalla verbalizzazione da parte del ragazzo di aver apprezzato di condividere la stanza di detenzione con un ragazzo in gamba. Troppi complimenti,

troppe raccomandazioni; ma Said non aveva compreso, non si aspettava il gesto del compagno.

In un gioco di rispecchiamenti, riattraversando il dolore di non aver potuto salvare l'amico che egli definiva vittima di un "black out" del cuore e della mente, Said riprende quota e comincia a lasciare che le ferite prendano aria e possano pian piano cicatrizzarsi. Chiede aiuto, accetta l'aiuto e prova a costruire un progetto di vita a partire dalle risorse interne al carcere ma non riesce ad accedere alle questioni più intime, ai suoi stati d'animo, alla rabbia e alla tristezza che leggo spesso nei suoi occhi. Si impegna, studia e migliora le capacità di utilizzo della lingua italiana e sostiene gli esami di scuola media con ottimi voti. Inizia a lavorare come apprendista edile e si distingue per l'impegno e la dedizione, oltre che per l'interesse verso le tecniche del lavoro. Spera di essere "perdonato" in sede di udienza Preliminare e di potere avere la possibilità di riparare. In quel periodo SAID non accede al racconto della sua storia familiare se non per brevi cenni; fa riferimento alla madre come punto di riferimento affettivo, ed esprime il desiderio di occuparsi di lei appena uscirà dal carcere; del padre invece mette in evidenza solo i difetti, sottolineando che non è un uomo affidabile e che non ha contatti con lui già da qualche anno a seguito della separazione dei genitori. Solo dietro richiesta esplicita Said racconta, con estrema vergogna, che la separazione era la conseguenza di un tradimento da parte del padre con un'altra donna. Ricordo di aver notato il senso di smarrimento legato alla vergogna familiare e di aver cercato di capire se il sentimento espresso era legato ad un fattore socioculturale o se invece avesse a che fare con una dimensione emozionale che ha determinato il vissuto catastrofico dell'evento stesso. Ma in quella fase l'accesso alla storia familiare era veramente difficile e poco significativo, divenendo parte importante degli obiettivi di cura del minore.

Durante i mesi che precedono l'Udienza GUP (seconda fase processuale in cui si valuta la crescita del minore, la consapevolezza del reato commesso, etc) Said, rispetto alla storia familiare che si può raccontare, comunica di avere dei parenti in Sicilia (che successivamente riusciremo a coinvolgere e diventeranno una risorsa): sono fratelli della madre, sono zii che lo hanno accolto nel momento in cui è giunto in Italia ma sono anche stati coloro che lo hanno messo con le spalle al muro rispetto alla possibilità di badare al suo mantenimento. Ma ciò che colpisce maggiormente è il racconto di alcuni anni della prima infanzia vissuti con i genitori presso il paesino della provincia di Ragusa dove ancora oggi vivono gli zii. In quel periodo i genitori lavoravano ed erano felici insieme, ma la malattia del nonno paterno porta il padre a decidere di fare rientro in Tunisia insieme al proprio nucleo. SAID ha pochi ricordi, era molto piccolo, ma la sua mente è intrisa dei ricordi della mamma, dei racconti di una vita diversa, piena di speranze e di possibili cambiamenti! La madre non ha condiviso la scelta del marito, subendone soltanto le conseguenze. La sua vita di donna lavoratrice e in quanto tale di donna autonoma si era interrotta per tornare tra le mura di una casa non sua, lontana dalla propria famiglia di origine e dal sogno di un'emancipazione! Ecco svelato il mistero della buona conoscenza della lingua italiana che mi aveva colpita sin dal primo colloquio; inoltre la mamma durante la crescita ha sempre cercato di trasmettergli amore per l'Italia preparandolo al viaggio verso l'Italia volto al riscatto sociale. L'Italia è così un luogo ambivalente nel mondo interno del ragazzo: desiderato e odiato quale motivo di frattura genitoriale, è il luogo del riscatto sociale trasformatosi in prigione, in un luogo di diseguaglianze sociali e di esaltazione del proprio dolore.

La relazione psicoterapeutica cresce e Said comincia ad esprimere

quanto l'incontro con l'altro sia per lui pericoloso: si sente permeabile alla sofferenza altrui e comincia a parlarne sottolineando quanto ciò che di brutto accade ai compagni di detenzione lui lo avverta dentro di sé, quasi amplificato e carico di tanti interrogativi.

In questo clima psichico, sostenuto da un percorso educativo splendido sul piano dei risultati scolastici e formativi, Said parte per essere presente all'udienza GUP presso la città del nord ove era stato arrestato, venendo aggregato per una settimana in un istituto nelle vicinanze. Ci riuniamo in équipe e all'unanimità sosteniamo il ragazzo. Il giorno dell'Udienza GUP ci giunge notizia di una condanna alla pena di quattro anni motivata dal non riconoscimento del fatto reato da parte del minore e dalla mancanza di un percorso di rivisitazione della gravità del reato stesso. Quattro anni sono lunghi....Said ha scontato solo qualche mese. So che sarà dura e mi preparo al suo rientro, turbata ma determinata a sostenerlo in questa difficile prova della vita. Ma tutto cambia; il Direttore dell'IPM mi comunica che Said si trova in ospedale, in quanto la sera stessa dell'udienza aveva cercato di impiccarsi all'interno della stanza di detenzione. Ho un vuoto allo stomaco, sono profondamente dispiaciuta e un senso di sgomento attraversa il mio essere. Tutta l'équipe è attonita e speriamo solo che superi il momento critico, ma ci riuniamo per condividere il disorientamento, il senso di impotenza e pian piano riusciamo ad avere un pensiero su quanto accaduto.

1.2. La seconda fase della cura

Dovevamo prevederlo? Era possibile guardare oltre l'apparente serenità raggiunta dal ragazzo e prendere in considerazione gli effetti di una sconfitta della speranza? Probabilmente sì...ma ciascuno di noi

non voleva neanche accedere al pensiero della possibilità che la morte fosse contemplata da Said come una chance, come una fuga da se stesso. La riunione d'équipe è emotivamente impegnativa e mi vengono poste domande molto precise. Ognuno vuole sapere "cosa fare" al rientro del ragazzo. Si pretendono indicazioni precise e rassicurazioni sul fatto che non deve più accadere una cosa del genere. In quel momento sento fondamentale il bisogno di dare voce alla MORTE, alla condizione di fatica per poterne parlare, di condividere quanto questo aspetto sia devastante in operatori che per mandato istituzionale devono lavorare per "risollevarlo" i ragazzi, per indurre stili comportamentali orientati alla vita e alla curiosità, per promuovere cambiamenti relazionali e speranza nel futuro. Il gesto di Said era una rottura del patto tra noi, un vero e proprio scacco matto del narcisismo del gruppo di lavoro!

Said dopo circa venti giorni rientra a Palermo. Si ripete la scena del primo colloquio. Sembra che i mesi passati insieme non esistano nella sua memoria; nessun investimento nelle relazioni, tanto silenzio e rabbia verso le istituzioni, verso una condanna a cui continua a pensare di non potere far fronte. Dentro di lui non riesce ad accettare la disuguaglianza con il coimputato maggiorenni che per lo stesso reato stava scontando tre anni e non quattro come lui. Su questo argomento Said non dà spazio. Si incupisce, non sopporta l'ingiustizia e si costruisce un pensiero magico legato all'essere uno strumento di espiazione dei peccati familiari. La sua pena non è quindi solo una pena personale legata alla commissione di un reato ma uno strumento di purificazione familiare.

Mi preoccupa molto la sua condizione perché Said non smette di avere pensieri di morte, di sconfitta e il senso di delusione pervade ogni incontro. E' pieno di rabbia ma non è consapevole e rimuove la sofferenza inondando i colloqui di ringraziamenti per gli sforzi

compiuti da tutti gli operatori: il pensiero è ridondante, bloccato intorno ad una condanna che lui sostiene di non potere affrontare. E' a quel punto che lascio ai colleghi il compito di supportarlo nel ripristino della sua partecipazione alle attività, prevedendo anche la presenza di un operatore all'interno di quest'ultime; io invece inizio un lavoro di ricostruzione delle trame di significato della vita del minore. Glielo propongo a partire dalla condivisione per lo sgomento di quanto accaduto e Said inizia il percorso con molto timore sostenendo di fidarsi di me, ma di essere motivato dal mio desiderio di aiutarlo e di non avvertirne uno personale. E' infatti presente in lui in quel momento il rifiuto per ogni desiderio personale: va bene tutto ma non sollecita in lui alcun investimento emotivo. Calma piatta..."sono come tu mi vuoi" fin quando ce la faccio! Mi aggancio all'unico elemento di realtà che posso utilizzare: la relazione terapeutica! E mi affido ad un altro elemento di realtà che è il dolore del ragazzo che non può essere quello di adesso, deve avere una storia e provo ad esplorarla. Ho paura...anche Said ne ha....ma per guardare la morte mentre si vive, mi torna in mente V. Woolf e una sua frase "per guardare simili cose in faccia è necessario avere il coraggio di un domatore di leoni" e quello non manca a nessuno dei due.

E così ci avventuriamo nella ricostruzione della storia di vita che inizialmente decido di accogliere senza troppe interpretazioni, provando a stimolare i processi associativi e a valorizzare gli atti mancati, i frammenti di sogni, le dimenticanze, etc... Nel racconto della storia familiare dove è possibile rintracciare gli elementi destabilizzanti la personalità del ragazzo e la difficoltà a costruire dentro di sé quel senso di sicurezza e continuità importante per la formazione dell'identità di ciascun adolescente. Said ha una sorella di 4 anni più giovane di lui che frequentava la scuola dell'obbligo. Il

padre 42enne lavorava in una fabbrica, mentre la madre 38enne svolgeva lavori saltuari. Entrambi i genitori hanno concluso la scuola dell'obbligo acquisendo una buona preparazione di base e mostrando interesse verso l'approfondimento scolastico dei figli. La situazione familiare di Said cambia profondamente nel momento in cui il padre tradisce la moglie con una ragazza molto più giovane e viene picchiato quasi a morte dal padre di quest'ultima nel bar del paese davanti a tutti. Subisce un lungo ricovero a seguito del quale perderà anche il lavoro e Said è l'unico a prendersi cura di lui. Va in ospedale, lo aiuta a lavarsi, porta il cibo preparato dalla madre che si rifiuta di incontrarlo e non riesce a perdonarlo. La vergogna, in quel periodo è il sentimento principale che attraversa il minore che ricorda il suo cammino con il viso rivolto sempre a terra: il tradimento del padre poteva anche essere preso in considerazione, ma non con una ragazzina minorenni, figlia di una coppia di amici. L'uomo chiede costantemente a Said di insistere al fine di ottenere il perdono della moglie e piange e si dispera per tutto il tempo che trascorre insieme al figlio che non riesce a consolarlo, vivendo un profondo senso di impotenza sia con lui sia a casa dinanzi al netto rifiuto della madre di prendere in considerazione il perdono del coniuge. Quest'ultimo giunge nel momento in cui la famiglia paterna (nonna e zii) che durante la degenza in ospedale non si erano mai occupati del congiunto, implorano alla madre di Said il perdono per il figlio/fratello, impegnandosi ad aiutare il nucleo familiare in difficoltà economica a seguito della perdita del lavoro del capofamiglia. Il padre di Said torna a casa, claudicante e con alcuni problemi agli organi interni non ben specificati; nel ragazzo si riaccende la speranza di poter ricostituire il proprio nucleo e vivere serenamente in famiglia superando il periodo appena passato. Ma non è così. Tra i genitori c'è molta freddezza, non si parlano e si accusano a vicenda per quanto

accade o rispetto alla responsabilità di alcune trasgressioni dei figli. È cambiato tutto: entrambi vivono la vergogna sociale. La signora è costretta a lavorare e a camminare pensando che la gente la consideri una donna senza dignità che ha accettato un uomo traditore. Il padre di Said si sente sempre più impotente, non esce di casa, non cerca lavoro e pare essere ossessionato dal ricordo dell'amore perduto. Un giorno Said, undicenne, torna a casa e trova tutto organizzato per mettere in atto un suicidio per impiccamento e solo l'intervento del figlio impedisce al padre di portare a termine il proposito di mettere fine al suo dolore. Gradualmente però, emergono i sintomi di una psicopatologia ossessiva passando dalla pretesa di avere un ordine perfetto in casa, non tollerando alcuno spostamento, all'attenzione maniacale verso il rispetto scrupoloso degli orari dei pasti e/o dell'igiene personale per sconfinare nella pretesa assoluta di avere da parte del figlio un rendimento scolastico perfetto con il massimo dei voti. Said singhiozzando come un bambino piccolo racconta di un episodio dove rientrando a casa venne picchiato con un cinturone appeso alla porta d'ingresso, solo per aver mancato di mezzo punto il punteggio massimo al compito a scuola, colpevole di non essersi impegnato abbastanza per far felice il proprio papà. Oggi tutto questo può sembrarci superato ma credo che, seppure siano superati i tempi dell'uso del cinturone, non è stato superato il senso di insuccesso e di colpa per non essere capaci di soddisfare le aspettative genitoriali e questo elemento ha inciso fortemente nella storia del minore. Ciò che a quel tempo mi colpiva è il fatto che Said non esprimeva rabbia nei confronti del padre ma era attraversato da uno sentimento ambiguo dove il non essere riuscito ad avere il massimo dei voti in fondo era una sua responsabilità, perché lui sapeva che il padre avrebbe reagito in maniera esagerata e nel suo vissuto toccava a lui prevenire le reazioni violente. Un

pensiero perverso che pian piano ha minato le basi della formazione di personalità del ragazzo che viveva pensando costantemente di non "essere abbastanza", di non "fare abbastanza".

La madre, di contro, trascorre sempre più tempo fuori casa accettando vari lavori e manda la figlia a studiare in un'altra città dove viveva la famiglia d'origine. La figlia viene messa in salvo da un pensiero ossessivo e dall'instabilità emotiva del padre che, pian piano, inizia a bere e a utilizzare l'alcool come unico calmante, oltre che come liberatore delle idee ossessive comprese quelle relative all'amore per la giovane ragazzina con cui aveva tentato di fuggire l'anno prima. L'alcolismo e la violenza del padre di Said portano alla separazione dei genitori, fortemente connotata dalla conflittualità e da un legame ambiguo e violento tra i genitori. In mezzo c'è sempre Said che tenta di mediare, di confortare una volta un genitore una volta l'altro perché anche la madre pian piano "spegne il suo cuore" (frase che il minore ripeteva sempre) concentrandosi solo sull'ottenere dei beni o meglio sul trattenere dei beni come la casa in cui abitavano e continua a risiedere la madre, pretendendo che venga intestata al figlio. Il padre va via di casa e dopo aver vissuto qualche mese con la famiglia d'origine avvia una convivenza con una giovane cugina, andando a vivere in una casa limitrofa separata da un piccolo appezzamento di terreno.

Nel corso del tempo, in un costante impegno a condividere gli spazi del dolore all'interno della relazione terapeutica, si è assistito ad un graduale aumento del tono dell'umore e con sorpresa Said ha ricominciato ad aprire spazi di accoglienza dell'altro, aprendo varchi di confronto senza trincerarsi nel suo mondo. In questa fase abbiamo provato a costruire nuovi nessi, coniugando gli aspetti emotivi presenti all'interno del vissuto nel qui ed ora della relazione con la propria storia. Ed ecco come la rabbia e il risentimento denegati e

rivolti contro se stesso hanno cominciato a prendere forma, ad apparire meno pericolosi perché più gestibili. E' Said a dare voce al ragazzino arrabbiato con il padre suicida e a quanto ha influito il desiderio di azzerare la sofferenza come il padre quando anche lui si è sentito schiacciato dal peso della condanna e impotente dinanzi alla decisione del Giudice.

Uno dei temi fondanti il percorso di cura del ragazzo è stato quello relativo all'*eredità* e al sentirsi lacerato dentro tra presente e passato, tra ragione e sentimento, tra pensiero fatalistico e progettualità, tra giustizia e ingiustizia, tra cultura italiana e tunisina, etc. Il transgenerazionale entra a gamba tesa nello spazio dei colloqui ed emerge sempre più la scissione presente dentro di lui tra gli elementi fondanti la cultura paterna e materna e con fatica si è riusciti ad identificare alcuni punti di contatto come quelli fondati sull'affetto, sul valore dei sentimenti che permette di accedere al per-dono dell'altro. Essere un ragazzo in piena formazione della propria identità e pensare di avere ereditato il disagio del padre, la psicopatologia familiare che ha determinato la frantumazione dei sogni familiari, ha portato Said a sentirsi profondamente solo, senza riferimenti interni e a poter chiedere aiuto; non so quante volte mi ha chiesto "chi sono io? A chi appartengo?" Domande fondamentali unite alla ricerca di sé, al comprendere quanto i valori scelti, la religione professata lo avvicinavano alla vita, gli permettevano di oltrepassare il dolore per riscoprire la bellezza del "poter guardare oltre e sapere che passerà". La religione ad esempio, nei primi periodi vissuta con estrema rigidità nel seguirne i precetti, si è trasformata in un rapporto con il divino capace di favorire la riflessione e il coraggio di affrontare le avversità quotidiane.

In carcere la vita di un ragazzo si svolge in un continuo gioco di rispecchiamenti nell'altro; sono le relazioni spesso ad essere falsate

perché non si scelgono, spesso si subiscono e suscitano emozioni profonde di rabbia, rifiuto o di sostegno e identificazione.

Il percorso che porterà Said fuori dal carcere, curato nei minimi dettagli, lo vedrà vivere l'ultima fase della sua pena all'interno di una comunità educativa, svolgendo il mestiere di giardiniere e prendendo parte a tutte le iniziative della comunità. L'affidamento in prova al servizio sociale di Said si svolge senza difficoltà e si assiste ad un'apertura alla vita del ragazzo: si innamora, cura ogni elemento intorno a sé e aiuta gli operatori nella gestione del gruppo. Lui conosce le problematiche ed è una risorsa. Una sera decide anche di invitare tutte le persone che lo hanno aiutato, cucinando per noi il couscous tunisino, come a sottolineare il bisogno simbolico di prendersi cura anche di noi, di donare qualcosa di profondamente suo.

Conclusa la pena Said vive per un periodo in Sicilia poi si trasferisce al nord dove trova lavoro. In questi anni ho ricevuto notizie attraverso qualche lettera o tramite altri operatori; sta bene, vive la sua vita non replicando la storia familiare né vivendo i sogni altrui, ma costruendo il suo personale ed autentico "essere nel mondo".

CLINICA E PSICOTERAPIA

So-stare sulla soglia. Il lutto anticipato nel gruppo di familiari di persone inguaribili.

Andrea Intilla¹

Il contributo presenta un modello di gruppo di sostegno psicologico per i familiari di pazienti inguaribili all'interno di un Hospice, con specifici riferimenti ad un'esperienza clinica effettuata dall'autore. L'accento all'attuale concezione della morte in Occidente e alle forme culturali in cui si può esprimere il lutto, prepara ad affrontare i temi che emergono maggiormente nel gruppo di familiari: il lutto anticipato e le dinamiche familiari legate al cambiamento per l'imminente morte di un membro della famiglia. L'analisi dell'esperienza del gruppo di familiari fa emergere che la flessibilità del setting, l'espressione catartica di potenti e ambivalenti emozioni, gli intrecci di transfert multipli e la conduzione "palliativa", permettono ai familiari di so-stare con più serenità sulla soglia tra la vita e la morte.

Famiglia; Hospice; Lutto anticipato.

Support on the threshold: early mourning in the group of relatives of incurable people

The paper presents a model of psychological support group for the family of patients who are incurable within a Hospice, with specific references to a clinical experience carried out by the author. The reference to the current conception of death in the Western world and to the cultural forms in which mourning can be expressed, prepares to face the most common issues that emerge in the group of family members: anticipated mourning and family dynamics linked to the change due for the imminent death of a family member. The analysis of the experience of the group of family members shows that the flexibility of the setting, the cathartic expression of powerful and ambivalent emotions, the intertwining of multiple transference and the "palliative" management, allow family members to "stand" more calmly on the threshold between life and death.

Family; Hospice; Anticipated mourning.

1. La morte nell'immaginario collettivo

Quando Ade, su ordine del fratello Zeus, venne a prendere Sisifo,

¹ Psicologo, psicoterapeuta, psicodrammatista, socio del Laboratorio di Gruppoanalisi (sede di Catania), libero professionista presso l'ASP di Messina, Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Catania.

colpevole di aver rivelato ad Asopo il rapimento di Egina ad opera dello stesso Zeus, per portarlo nel Tartaro, tra i morti, venne fatto ubriacare e poi legare con un sotterfugio dallo stesso Sisifo, considerato il peggior furfante della terra. Così in quel momento la morte scomparve dal mondo, finchè Ares non giunse a liberare Ade consegnandogli Sisifo prigioniero per portarlo nel Tartaro, secondo il volere di Zeus (Graves, 1963).

Nella moderna cultura occidentale, la morte e il morire rappresentano un tabù, hanno preso il posto del sesso come nuovo demone: oggetto di vergogna e divieto la morte è divenuta l'innominabile (Costantini et Al., 2001). Ormai tutto avviene come se noi non fossimo più mortali: negandola, crediamo illusoriamente di aver furbescamente sconfitto la morte, come nel mito in cui Sisifo imprigionò temporaneamente Ade.

Tutto quello che riguarda la morte ed i suoi rituali assume un aspetto vergognoso, quasi ripugnante e pregno di terrore. Il lutto, con i suoi rituali e i suoi codici di comportamento, che nascono dalla necessità di dare un senso all'esperienza di perdita e di separazione, subisce lo stesso destino di ciò che attiene alla morte sia come evento che come discorso, come "logos", venendo così a perdere il suo spessore psicologico (Costantini et al., 2001).

Considero la morte un grande mistero dinanzi al quale sostare sulla soglia in un denso e lirico silenzio: questa è l'esperienza che, insieme ai colleghi operatori di un Hospice siciliano in cui ho prestato servizio, abbiamo fatto più volte andando in camera mortuaria per l'ultimo saluto alle persone morte nel corpo, sentendo ancora intenso l'eco del soffio della loro anima e congedando i familiari nel saluto finale.

Come osserva Gorer, "portare il lutto viene considerato quasi fosse una debolezza, una autocommiserazione, una cattiva abitudine anziché una necessità psicologica" (Gorer, 1965, in Costantini et al., 2001). In questo modo il lutto, e in particolare il lutto come manifestazione pubblica e collettiva, viene ad essere *privato*, nel

senso di intimo e aggiungerei in quello di *privo* di riti in cui poter esprimere il proprio dolore, anche in modo non prefissato, limitandosi piuttosto ad uno schema funerario in cui poter dare spazio solo a lacrime e frasi di circostanza. Così accade che chi perde una persona amata possa contare unicamente sulle proprie capacità psicologiche e risorse personali. La responsabilità nella gestione e nella elaborazione del lutto, viene a gravare completamente sul singolo che, già sovraccarico di aspettative, compiti e responsabilità, è costretto a farsi totalmente carico del proprio dolore (Costantini, 2001).

Invece nella storia dell'umanità il lutto è un dolore individuale e collettivo e il bisogno di soffermarsi su tale sofferenza ed esprimerla in forme precise e contesti congeniali trascende le culture, declinandosi in modi diversi: la tribù dei Banande del Nord Kivu, Repubblica Democratica del Congo, bloccava tutte le attività dopo la morte di un membro del villaggio (Remotti, 2006), anche la coltivazione dei campi, necessaria alla sopravvivenza. Per i Banande il lutto era un dolore che riguardava il singolo individuo, la sua comunità d'appartenenza così come anche la natura, e per questo il corpo del defunto veniva restituito al ciclo vitale della terra, sepolto nel bananeto adiacente al villaggio. Il bananeto rimaneva incoltivato durante il "Kiriro", periodo di lutto, terminato il quale si tornava a intervenire nella foresta di banani con un'azione simbolica, quella dell'"Eritw'emihiti", che significa "tagliare i tronchi dei banani", ma anche "togliere il lutto".

Fino a qualche tempo fa, in varie parti d'Italia una forma comune di vivere il lutto era quella delle *lamentatrici*, presente con forme simili nella tradizione lucana, sarda, napoletana, siciliana, persino in Valtellina e in Brianza, seppur con sfumature diverse. Particolare importanza acquista, nella tradizione lucana, la mimica del cordoglio, l'oscillazione corporea, perfettamente integrata al suono, come in

moltissime tradizioni sciamaniche afro-amerinde, con una funzione quasi ipnogenica (De Martino, 1959), molto simile anche a quella delle lamentatrici palestinesi o arabe.

Oggi nella società occidentale si osservano dei tentativi di istituire dei modi di vivere il lutto sotto forma di riti laici, come, ad esempio, sta succedendo in Olanda con "la scala della vita", brevi orazioni su infanzia e adolescenza del defunto o con il rito della "chanuka", candelabro a sette braccia, probabilmente ispirato alla cultura ebraica, in cui sette persone, tra parenti e amici del defunto, accendono ognuno una candela e parlano di lui.

L'attesa della morte, invece, è un'esperienza generalmente non connotata da modalità strutturate: "sostare sulla soglia" tra la vita e la morte è un momento critico per il morente e per i suoi cari, in cui si oscilla tra il tentativo di "evadere" per non pensarci e la possibilità di vivere ciò che sta accadendo, condividendo le soverchianti emozioni connesse. Le urgenti cure mediche e faccende da sbrigare sono una diga per forti emozioni che possono esondare?

Fino a poco tempo fa nelle comunità rurali l'approssimarsi della morte era vissuta come un processo naturale: nella mia memoria rimane indelebile il ricordo, risalente agli anni '80, del letto in cui giaceva, forte e fiero, il fratello di mio nonno, un contadino minuto di una campagna del nisseno, che fece chiamare tutti noi, parenti vicini e lontani, a turno al suo capezzale per l'ultimo saluto, quasi a renderci testimoni e invitarci a tramandare i modi genuini della sapiente vita contadina, tra cui il modo in cui morire in pace.

2. Un reparto "tristezza"?

Giunto nel Tartaro, Sisifo riuscì, con la sua proverbiale astuzia, a convincere Persefone a farlo ritornare nel mondo dei vivi, dalla moglie

Merope, per provvedere lui stesso al suo funerale. Disse a Persefone che nessuno aveva provveduto a celebrare i riti funebri per lui, mentre, in realtà, era stato lui stesso a impartire a Merope l'ordine di non seppellirlo, proprio per avere poi un motivo valido per chiedere di tornare nel mondo dei vivi. Sisifo promise a Persefone che sarebbe tornato nel Tartaro entro tre giorni, ma, naturalmente, non mantenne la promessa! Così Ade fu costretto ad andare di nuovo a riprenderlo a ricondurlo nel Tartaro con la forza.

Spesso arrivano in Hospice persone molto provate dal dolore dovuto all'evolversi della malattia oncologica e alle conseguenze delle terapie finalizzate alla guarigione, ormai inefficaci, pazienti che sperano in una tregua da questo dolore insopportabile e di poter ritornare ad acquisire un minimo di autonomia nel movimento, ambiscono a tornare a sedersi su una sedia a rotelle e magari uscire dalla stanza che li ospita, aspettative che in non pochi casi vengono soddisfatte, seppur per un breve periodo.

Ideato in Inghilterra nel 1967 da Cicely Saunders e poi esportato in molti paesi del mondo, l'Hospice è un tentativo di far vivere l'attesa della morte di persone con malattie inguaribili, per la maggior parte tumori, in modo sereno e con minor dolore possibile, grazie all'uso degli oppiacei. Un'opportunità di vivere il *so-stare sulla soglia* tra la vita e la morte circondati dall'affetto delle persone care, all'interno di un contesto che si propone come una sintesi tra la cura sanitaria e il clima domestico.

L'Hospice è dunque un servizio socio-sanitario gratuito dedicato a persone con malattie inguaribili con *giudizio di terminalità*, all'interno del quale si offrono Cure Palliative e Terapia del Dolore. Nasce come *struttura sanitaria e assistenziale*, può aver sede all'interno dell'ospedale o nel territorio, la gestione può essere pubblica, privata o mista e la capienza media è tra 5 e 20 posti letto; si configura come un'alternativa al domicilio, nel caso in cui la famiglia non sia nelle condizioni di assistere la persona malata. E' inserito all'interno della

Rete di Cure Palliative dal 2010 con la legge n°38, che permette alla persona malata e alla sua famiglia di scegliere tra le cure palliative domiciliari e il ricovero in Hospice, contemplando anche la possibilità, in base all'evolversi del quadro clinico, di trasferirsi da casa all'Hospice e viceversa, con la garanzia di una continuità delle cure.

Dato il carattere fortemente assistenziale, in Hospice il personale infermieristico riveste un ruolo cruciale, infatti la loro presenza è garantita h24 insieme agli OSS e/o agli OSA, mentre medici, assistenti sociali e psicologi, in genere, prestano servizio in orario diurno durante la settimana a seconda del monte ore settimanale e dei turni stabiliti.

In Hospice si effettuano cure mirate ad alleviare il dolore, fisico e psichico, e si presta assistenza per tutti i bisogni della persona malata, siano essi di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale; nel caso in cui le condizioni di salute del paziente precipitino, non vengono effettuati trattamenti intensivi tesi a rianimarlo, a volte si preferisce optare per una sedazione palliativa, se il paziente o i familiari sono d'accordo. L'obiettivo generale è puntare sulla qualità piuttosto che sulla quantità di vita, per questo durante il giorno familiari, amici, volontari, sacerdoti, possono liberamente accedere ai locali dell'Hospice e stare vicino alla persona giunta al termine della sua vita.

In quest'ottica, particolare rilievo riveste la figura del caregiver: in Hospice sono presenti camere singole e in ogni stanza generalmente c'è la possibilità per una persona di pernottare con il proprio congiunto malato, per fornirgli conforto in questo delicato momento della vita.

Il marito di una paziente definiva l'Hospice come il "reparto tristezza", per altri era "il posto in cui si va a morire"; l'Hospice è però anche un *luogo sociale*, ci sono spazi comuni cui paziente e familiari possono

accedere, ad esempio una o più sale per sedersi, vedere la TV, leggere un libro, prepararsi un the, cucinare, perfino (cosa che accade non di rado) festeggiare compleanni e ricorrenze. In questi spazi capita che pazienti e familiari delle varie stanze si incontrino e condividano cibo, bevande, idee, sofferenze, emozioni...

3. I bisogni della famiglia del morente

Il tempo trascorso in Hospice per la famiglia del morente rappresenta una preziosa possibilità per rivedere i rapporti con la persona al termine del suo percorso di vita e per prepararsi a fronteggiare la realtà del distacco da questa, per quanto doloroso possa essere.

Nel lutto anticipato si attende la morte del proprio congiunto, ma non è detto che vivere questa attesa faciliti l'elaborazione del lutto vero e proprio: nel lutto anticipato i sentimenti di depressione sono meno intensi rispetto al lutto propriamente detto, ma l'ansia e l'angoscia sono maggiormente presenti (Grassi et al., 2003). Come vedremo in seguito dalle esemplificazioni cliniche, raramente si presentano sentimenti di piena accettazione dell'inesorabile.

Come ci si prepara alla morte del proprio congiunto? Il lavoro psicologico può rendere più tollerabili i sentimenti di angoscia che accompagnano il lutto anticipato? Un elemento che rende complesso il lavoro dello psicologo con gli ospiti degli Hospice e le loro famiglie ha a che fare con la dimensione del tempo e della terminalità. Negli Hospice la degenza media di un paziente è di circa 21 giorni: questo impone di sapere lavorare in un tempo breve, definendo obiettivi e percorsi coerenti con il tempo che si ha a disposizione. E' proprio durante il tempo della degenza che si lavora per integrare il complesso processo del morire con la vita di chi rimane (Azzeta et al.,

2001).

Compito dello psicologo è ascoltare una storia dando nuove punteggiature, individuando cioè nuovi significati che emergono dal racconto di ciò che stanno vivendo pazienti e familiari, e co-costruendo con loro i significati della malattia (Azzetta et al., 2001).

Con l'avvicinarsi della morte di un familiare cambiano i "giochi" e le posizioni relazionali dei diversi componenti, facendo emergere fragilità o punti di forza fino a quel momento rimasti silenti o inimmaginabili: spesso si osservano familiari sbigottiti che si ritrovano a rivestire nuovi ruoli sociali in famiglia; l'approssimarsi della morte può far emergere nel familiare *ruoli interni* (Gasca, 2003) latenti mai sperimentati, indipendentemente dalla reale presenza fisica accanto al familiare morente: ruoli di chi accudisce, evita, soccombe, fugge, resiste stoicamente o, paradossalmente, si alleggerisce.

In Hospice la stanza di degenza può diventare luogo di nuove vicinanze familiari, ma allo stesso tempo anche profonde solitudini e dolorose assenze che segnano la fine della vita e della storia (Costantini et al., 2001).

La malattia può far vivere nel paziente e nei caregiver un grande senso di esclusione dalla vita familiare stessa; l'Hospice può diventare per loro il contesto per una nuova appartenenza, seppur temporanea: a volte tra operatori, familiari e pazienti si instaura spontaneamente, nel tempo, una confidenza e una compassione che travalicano i ruoli. In questo caso il compito degli operatori è saper mantenere la giusta distanza, muovendosi in modo flessibile e con accortezza tra accoglienza e professionalità.

Alcuni familiari, invece, dirigono la propria rabbia, derivante dalla profonda frustrazione e senso di impotenza provati, contro l'équipe dell'Hospice, accusando gli operatori di non garantire le cure adeguate al proprio congiunto.

Tale frustrazione è dovuta al fatto che i familiari, come anche gli operatori, sono costretti, loro malgrado, a sperimentare il limite estremo, a pensare costantemente alla morte, alla morte di chi sta morendo e alla propria morte. Kubler Ross (1976) sostiene che per stare o lavorare con i malati inguaribili bisogna accettare la propria morte, ma anche che è impossibile pensare sempre alla morte.

Una delle chiavi di volta di questo difficilissimo lavoro per lo psicologo è muoversi in modo attento e fluido nel triangolo *operatori-familiari-ospiti*: cosa fare, come stare, cosa dire, come dirlo, in una fase così delicata come l'avvicinarsi alla morte?

Il fulcro di questo lavoro "estremo" per uno psicologo, in base alla mia esperienza, penso sia *saper stare* accanto a chi muore e ai suoi familiari, sostenere emotivamente l'oneroso compito di *so-stare disarmati sulla soglia* della morte, o della vita, se volete.

4. Il lutto anticipato in un gruppo per familiari

Secondo Grassi, Biondi e Costantini (2003), le emozioni dei familiari nel lutto anticipato variano dall'intensa paura, in particolare di non essere in grado di fronteggiare i momenti critici o il momento del trapasso, ai sentimenti di colpa, come reazione al pensiero di non essere stati molto presenti nelle situazioni di maggior bisogno, sentimenti di tristezza, legati alla perdita, graduale e inesorabile, dell'identità familiare e la rabbia, che può essere indirizzata verso Dio, i medici, altri familiari e amici assenti o verso il paziente stesso che sta per abbandonare la famiglia.

La rabbia è un modo di reagire ad un vissuto che definirei di *impotenza integrale* con cui la morte ci mette a confronto. Possiamo immaginare dei contesti "contenitivo-espressivi" che permettano a

queste condizioni emotive “batteriche”, difficili da tollerare, di poter *spurgare*?

Il gruppo di familiari in un Hospice siciliano di cui ho fatto esperienza per circa un anno è frutto di una proposta di una psicologa al responsabile della struttura e all'équipe curante, con cui si sono condivisi obiettivi e modalità di svolgimento. Tale gruppo è stato concepito dentro e con l'istituzione pubblica, per offrire una proposta terapeutica coerente con la cura progettata e fornita ai pazienti e i loro familiari, collegata all'idea del morire come complicato e delicato momento da vivere con più dignità, serenità e amore possibile.

L'esperienza di ideazione e conduzione di un gruppo per familiari in Hospice da me effettuata insieme ad altre due psicologhe, può fornire degli spunti per la definizione di un modello e un dispositivo in tale contesto. Il gruppo di sostegno psicologico per familiari in Hospice può essere uno spazio in cui far emergere i bisogni dei caregiver nel qui e ora, a partire dal bisogno di *so-stare ubiquamente* in due stanze, la stanza della seduta di gruppo e quella del familiare, dal bisogno impellente di alzarsi, ad un certo punto della seduta, per andare a sincerarsi delle condizioni del proprio congiunto, qualora sia rimasto da solo in stanza.

Come le cure mediche per i malati, anche la conduzione del gruppo si può definire “palliativa”, nel senso che il conduttore cerca di *avvolgere in un manto caloroso* i familiari con le loro fragilità, con interventi contenitivi ed empatici e una restituzione finale dei temi emersi. Il conduttore facilita la circolazione fluida di pensieri e sentimenti e promuove, senza forzature, la partecipazione attiva da parte di tutti.

Per favorire una partecipazione serena e favorire un clima di sicurezza e discrezione, abbiamo stabilito le classiche regole dei gruppi di sostegno psicologico, quali la riservatezza, l'atteggiamento

non giudicante, il parlare a titolo personale.

Lo staff di conduzione si è posto i seguenti obiettivi:

- stimolare i familiari a prendersi degli spazi per sé durante il periodo in cui assistono il proprio congiunto;
- offrire uno spazio in cui ogni partecipante è libero di condividere la storia del proprio dolore e delle proprie difficoltà personali e familiari;
- garantire un clima accogliente in cui ognuno può esprimere emozioni intense e ambivalenti nei confronti del proprio congiunto e della malattia (amore, rabbia, tristezza, compassione, disgusto, imbarazzo, paura...);

P., in gruppo, è riuscita ad esprimere i sentimenti ambivalenti provati verso il figlio: ha ammesso di aver desiderato che le sofferenze di suo figlio cessassero prima possibile e confessato di essere in difficoltà nel gestire le sue crisi di aggressività.

È importante svolgere la seduta in una stanza riservata, come la stanza degli psicologi, se presente, con una frequenza di 15 giorni, per dare modo ai familiari degli ospiti che sono ricoverati per poche settimane o pochi giorni, di partecipare al gruppo almeno una volta e a chi, invece, permane per più tempo, di usufruire di uno spazio di condivisione con una cadenza tollerabile. La durata è di un'ora e mezza, sufficiente a creare un clima di fiducia per promuovere lo scambio di pensieri ed emozioni; un tempo caratterizzato da una forte densità emotiva, che compare immediatamente già all'inizio del gruppo.

Per far sì che partecipino almeno la metà del numero totale dei familiari degli ospiti, considerando un rapporto paziente/familiare di 1:1, è fondamentale motivarli, nei giorni precedenti, a partecipare al gruppo, presentandolo, ad esempio, come un'occasione di scambio di

esperienze e punti di vista diversi, che può dare sollievo ed essere loro utile e, di rimando, avere benefiche ricadute indirette sui loro congiunti malati.

Coinvolgere i familiari degli ospiti di un Hospice, fare *oltrepassare la soglia* della stanza del gruppo è un compito ostico, bisogna fare i conti con la loro sensazione di angoscia relativa all'idea di soffermarsi sulle intense emozioni che li attraversano.

Un'altra difficoltà, come accennavo prima, è quella di lasciare nella stanza di degenza il proprio congiunto da solo: nel gruppo che abbiamo condotto in Hospice, *P., la mamma di F., ha posto come condizione per partecipare alle sedute, la possibilità di tanto in tanto di allontanarsi per sincerarsi delle condizioni del figlio*. Come P. anche altri familiari hanno manifestato questa esigenza, così, di concerto con le altre due colleghe, abbiamo stabilito che i partecipanti avrebbero potuto, nel corso della seduta, lasciare momentaneamente il gruppo per poi rientrare e continuare la seduta: ciò ha permesso a molti familiari di partecipare, seppur a *intermittenza*. Forse questa discontinuità rimanda al gruppo un senso di instabilità, a sua volta eco dell'angosciosa sensazione di precarietà della vita.

Per favorire la partecipazione dei familiari al gruppo, abbiamo messo a punto alcuni accorgimenti pratici per contenere l'angoscia che si prova nel lasciare sola la persona con malattia inguaribile, come suggerire agli infermieri di passare con più frequenza dalle stanze degli ospiti, oppure far sì che uno dei tre psicologi, a turno, si occupasse di far visita ai degenti, lasciando agli altri due la conduzione del gruppo.

Il setting diventava allora molto elastico, si permetteva ai familiari che volevano andare via prima, di farlo e se erano in ritardo, di entrare: ciò ha condotto a volte a disperdersi, altre ad allentare una tensione troppo intensa, spesso ha permesso al gruppo di

movimentarsi, di restringersi e dilatarsi:

«Nel frattempo entrano in gruppo anche V.. e poi N. e questo genera un maggior flusso di pensieri, circolazione di idee ed emozioni e giochi di risonanze e rispecchiamenti reciproci: P. ammette di sentirsi logorata dalla stanchezza in questo momento, anche se non può permettersi di farsi sopraffare dalla fatica, così come R. che, come le rimanda il conduttore, non può mai fermarsi, deve stare sempre vicino alla mamma.

V. cerca di interagire con i membri del gruppo, chiede a P. quanto il figlio F. è consapevole della propria malattia e prova a mettersi nei suoi panni, ipotizzando che lui si senta tradito.

Il conduttore sottolinea che il tema delle verità dette e non dette è delicato e comune a molte famiglie.

P. ammette di vergognarsi a volte per l'atteggiamento del figlio, che, in alcune circostanze, si altera e grida, non ha cura del suo aspetto fisico, rifiuta i farmaci, mentre prima di ammalarsi era molto preciso e puntiglioso in tutto ciò che lo riguardava, aggiunge di preoccuparsi di ciò che possono pensare gli altri, "che siamo una cattiva famiglia"!.
A questo punto V. dichiara che lei soggiorna nella stanza accanto alla loro, ma non ha mai pensato una cosa del genere, prevale piuttosto la comprensione per la rabbia che può scaturire dallo stato di grave malattia che rende impotenti.

La stessa V. chiede a O. e R. se studiano o lavorano e se riescono, nonostante tutto, a condurre anche una vita "normale"».

Abbiamo cercato di predisporre un setting elastico ma solido, che potesse contenere emozioni prorompenti, legate a tematiche importanti, quali:

- l'elaborazione del lutto anticipato;
- le dinamiche relazionali all'interno della famiglia.

I familiari quasi subito, in ogni seduta, hanno espresso il coacervo di emozioni legate all'epilogo della vita del proprio congiunto: angoscia, speranza, ansia, serenità, rabbia, tristezza, malinconia, disperazione e gioia. In effetti, quanto meno per qualche minuto in ogni seduta, i partecipanti hanno riso, così come, in ogni seduta, c'è sempre stato almeno un partecipante che si è lasciato andare ad un pianto liberatorio.

La difficoltà ad accettare la morte della persona cara, la tendenza a mantenere un atteggiamento di speranza talvolta eccessivo, ostacolavano nel familiare il confronto con sentimenti e pensieri di anticipazione del lutto che accompagnavano questa fase: *B.*, ad esempio, dice di non volersi rassegnare all'idea che per sua moglie non ci sia più nulla da fare, vuole sperare ancora, nel gruppo sta "al di qua" della soglia.

I temi del lutto anticipato e delle dinamiche relazionali della famiglia sono tra loro correlati: il gruppo può riuscire a rappresentare, per molti partecipanti, un luogo in cui poter esprimere liberamente le proprie emozioni rispetto alla malattia e la morte del proprio congiunto, dato che questi argomenti non sono facilmente affrontati in famiglia, specialmente con il diretto interessato, per "proteggerlo" dall'angoscia. A volte può essere il familiare ad avere difficoltà a riconoscere ed accettare ciò che sta avvenendo, pieno d'angoscia ha paura a parlare con il proprio congiunto di ciò che sta accadendo; il paziente quasi sempre ha piena coscienza di ciò che sta avvenendo, ma non sempre ne vuole parlare, o non si sente incoraggiato a farlo, per cui si forma un tabù che paralizza.

La difficoltà di comunicazione tra i familiari ed il malato, a volte non a conoscenza della natura della sua malattia e/o non informato delle sue reali condizioni cliniche, rende oltremodo difficile l'esperienza di lutto anticipato. La necessità di dissimulare al malato i reali

sentimenti, di evitare ogni comunicazione intima nel tentativo di non far comprendere al malato la propria condizione, porta il familiare ad attivare meccanismi di difesa come la negazione e la rimozione (Costantini et Al.). Tale evitamento è frutto della difficoltà ad accettare la morte del proprio congiunto ma anche la propria; ma se i familiari trovano il coraggio di affrontare il problema ed esprimono le emozioni correlate al morire, prima che il proprio congiunto muoia realmente, ne trarranno giovamento e saranno più sereni dopo, il familiare morente sentirà di poter parlare di ciò che gli sta accadendo e potrà vivere con più tranquillità il trapasso (Kubler Ross, 1976), dato che le parole possono dare un senso alle sofferenze e perfino alla morte.

Come abbiamo detto, nel gruppo spesso possono emergere sentimenti ambivalenti nei confronti del proprio congiunto, ma anche verso il resto della famiglia: i caregiver a volte hanno espresso il bisogno della vicinanza affettiva degli altri membri della famiglia, altre li hanno accusati di essere poco presenti o di non cogliere le reali necessità loro e del loro congiunto.

5. Metodo ed effetti terapeutici del gruppo

L'orientamento del gruppo era *psicodinamico*, cioè teso a fare emergere i contenuti profondi di ognuno legati ad una comune esperienza, allentando le difese rispetto ai potenti e minacciosi sentimenti presenti "sotto-soglia". Ogni incontro ha previsto la partecipazione di componenti sempre diversi, per cui la matrice dinamica del gruppo si è rifondata, ogni volta, a partire dal filo rosso del dolore per l'imminente perdita del familiare, e quasi sempre si è sviluppata, in ogni seduta, con una narrazione di storie di vita a più

linguaggi, per *affacciarsi sulla soglia delle emozioni* legate al lutto anticipato.

Le volte in cui nel gruppo hanno partecipato alcuni membri dell'équipe curante, andando al di là del loro ruolo professionale, questi hanno mostrato al gruppo come mettersi in gioco in prima persona, offrendo il loro punto di vista, ma anche raccontando storie di sofferenza personale: questa stimolante presenza attiva ha dato ulteriore olio al motore della dinamica di gruppo, favorendo ancor di più un clima di fiducia e di scambio.

Prendendo in considerazione i fattori terapeutici di gruppo elaborati da Yalom (1970), nel gruppo osserviamo la presenza della *catarsi*, dell'*apprendimento interpersonale* e dei *fattori esistenziali*, che in questa esperienza si intersecano, sfumando i propri contorni l'uno nell'altro.

La *catarsi*, cioè la libera espressione di emozioni, giova a chi inizialmente nega o minimizza ciò che sta accadendo o, come abbiamo detto prima, deve dissimulare ogni sentimento davanti al congiunto che sta male. *E' ciò che è accaduto a I., che prima di partecipare al gruppo si era chiusa a riccio, gli psicologi riuscivano solo a "strapparle" qualche conversazione nel corridoio o nella stanza della sorella, in quanto lei dichiarava perentoriamente di non avere bisogno di parlare. Nel gruppo ha trovato un clima accogliente e contenitivo che le ha consentito di esprimere la sua profonda tristezza finalmente piangendo e questa possibilità le ha dato sollievo.*

L'*apprendimento interpersonale* è un altro fattore terapeutico che ha caratterizzato il gruppo, nella misura in cui alcuni partecipanti sono riusciti a riflettere sul proprio atteggiamento di non accettazione dello stadio di malattia del proprio congiunto, attraverso i contributi degli altri partecipanti. Tale fattore ha permesso, ad esempio, ad alcuni

familiari, di lenire l'angoscia legata alla minaccia di perdita del proprio congiunto, grazie alla serenità "contagiosa" mostrata da altri partecipanti. In particolar modo capitava che quest'atteggiamento sereno appartenesse a persone che abitavano nel nord Europa, contesto in cui la comunicazione della malattia a partire dalla comunicazione della diagnosi è più aperta e veritiera (Grassi et Al, 2003) e che, magari, vivendo altrove, approcciavano il dolore con più distacco. *E' il caso di V., che viveva in una città del nord Europa e ha sospeso la sua quotidianità per stare vicino alla madre e di L., che considera la malattia e la morte degli eventi naturali da vivere con serenità. L., in particolare, racconta dell'esempio dato dal padre che ha accettato la malattia e poco prima di morire, un giorno in cui si sentiva più in forma, ha riunito gli amici a casa e bevuto con loro un bicchiere di vino per godere della loro presenza un'ultima volta e salutarli. Forse anche grazie a questa esperienza, L. ci racconta della decisione presa con la sorella di non trasferire la mamma in rianimazione e della scelta dell'Hospice: così la signora, per il tempo che ancora vissuto, ha potuto aspettare ogni giorno la piccola nipotina adorata con un orsetto sul letto e godere, rinfrancata, della sua presenza per molte ore al giorno.* Dopo racconti come questo, il clima del gruppo diventava più disteso e fiducioso e questo facilitava l'espressione di vissuti emotivi (catarsi) e permetteva di potersi concentrare con meno ansia sui *fattori esistenziali*, altro fattore terapeutico individuato da Yalom, relativo alla presa di coscienza della comune condizione di precarietà e a riconoscere la presenza, e in questo caso l'incombente, della morte, cercando le implicazioni che questa presa di coscienza ha sul senso della vita.

La *risonanza* e il *rispecchiamento*, tipici "ingredienti" del gruppo orientato gruppoanaliticamente, sono il sale del gruppo e in particolare incoraggiano chi non vuole prendere la parola, a farlo,

perché ognuno riconosce nell'altro il proprio dolore, le paure, le speranze.

I sentimenti transferali e controtransferali tra i partecipanti, quando sono stati riconosciuti e condivisi, sono stati dei semi fecondi per sé e per il gruppo, come nel caso di una seduta in cui I., sorella di C., una paziente ricoverata, elogia O. e R., si entusiasma per la benevolenza da loro mostrata nei confronti della loro mamma e le esorta a farsi forza a vicenda. Si nota un profondo trasporto di I. nei loro confronti, mentre lei si sente sola, lontano da sua figlia, cui è molto legata e che in questo momento si trova in una città del nord. I., invece, non ha un buon rapporto con i familiari e i conflitti si sono acuiti con la malattia di C.

Nel condurre questo tipo di gruppo mi sono sentito attraversato da onde emotive, a volte piccole e calme, altre volte gigantesche e agitate: sentimenti *controtransferali* e *co-transferali* di ansia, angoscia, pace, tristezza, gioia, impotenza mi hanno accompagnato nel corso delle sedute.

Nella conduzione ho cercato di potenziare la funzione "fluidificante" che lo stesso gruppo penso abbia acquisito in ogni seduta, funzione che ha permesso spesso di sfilare la matassa emotiva creatasi, di far *fluire il logos* e di uscire dalla seduta tutti un po' più sollevati, rinfrancati, più aperti e pronti per varcare nuovamente la soglia, quella della stanza del familiare malato. Molti familiari, a distanza di tempo, hanno ricordato il gruppo come un'esperienza importante e positiva.

La morte toglie tutto e libera dal dolore. Nel corso del fine vita, al culmine di una malattia inguaribile, ci si sente imprigionati nel proprio corpo e poco alla volta ci si ritira dalle relazioni, le parole

diminuiscono, piuttosto c'è spazio per sguardi malinconici, pianti, sorrisi, contatti, strette di mano, abbracci, carezze.

Nell'incontro tra operatori, pazienti e familiari, ognuno, a suo modo, sfiora il *fuoco sacro* di quell'immenso, meraviglioso e assurdo mistero che è la vita.

Bibliografia

Azzetta, F., Caimi, A., Chieppa, F., Macchi, A. V., Porta, A., Sempreboni, A., Soldi, S., & Toietta, P. (2013). Lo psicologo in hospice: il gruppo Geode tra riflessioni e lavoro in reparto. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 15(4), 29-34.

Costantini, B., Caro, M., Corbelli, G., Crescini, M T., Creton, G., De Benedetto, D. [...] & Vinci, F. (2001). Il sostegno al lutto in una unità di cure palliative: Un modello di intervento. *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 43, 32-39.

De Martino, E. (1959). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.

Gasca, G. (2003). *Psicodramma analitico*. Miano: Franco Angeli.

Grassi, L., Biondi, M. E., & Costantini, A. (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Graves, R. (1963). *I miti greci*. Trad. it. Milano: Longanesi.

Kubler, R. E. (1976). *La morte e il morire*. Assisi (PG): Cittadella.

Remotti, F. (Ed.) (2006). *Morte e trasformazione dei corpi: Interventi di tanatometamorfosi*. Milano: Mondadori.

Yalom, I. D. (1970). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Trad. it. Torino: Boringhieri.

La diagnosi nell'incontro fra pazienti famigliari e curanti. Uno strumento di rilevazione

Nadia Tagliaferri¹

A partire dall'esperienza professionale in una struttura pubblica di salute mentale, l'autrice presenta lo strumento Griglia, utile al procedere del lavoro clinico nell'ambito della cura di giovani pazienti ad alto rischio psicopatologico, e spiega attraverso quali riflessioni è arrivata a costruirlo. L'articolo valorizza l'importanza dell'incontro fra pazienti, famigliari e clinici; fa soffermare sulla potenziale utilità del fare diagnosi in una prospettiva relazionale; presenta uno strumento di facile utilizzo. Attraverso l'esposizione di un caso clinico mostra l'applicazione della Griglia, valorizzando come questa possa essere utile nel valutare le caratteristiche di complessità e convergenza/divergenza dell'incontro fra gli attori presenti nel campo della cura e, di conseguenza, nel focalizzare i nodi rilevanti in base ai quali sarà formulato il progetto terapeutico.

Famigliari; Diagnosi; Strumento; Griglia.

The diagnosis in the family and caregivers encounters. A tool.

Thanks to the professional experience in a public mental health structure, the author presents the Grid tool which is useful for the developments of the clinical work in the scope of the care of young patients with high psychopathological risk, and explains through what reflections she has come to build it.

The article enhances the importance of the meeting between patients, relatives and clinicians; it highlights the potential usefulness of making a diagnosis in a rational prospective; it presents an easy-to-use tool.

Through the exposition of a clinical case it shows the application of the Grid, giving value to how it can be useful to evaluate the characteristics of complexity and convergence/divergence in the meeting between the actors in the care field and, consequently, focusing on the relevant nodes on the basis of which the therapeutic project will be formulated.

Relatives; Diagnosis; Tool; Grid.

1. Introduzione

Collaboro da anni, con particolare attenzione al tema del familiare,

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, socia Laboratorio di Gruppoanalisi, consulente ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate.

con un servizio pubblico di salute mentale dove è stato avviato un *Programma di intervento precoce nell'esordio psicotico* rivolto a situazioni complesse di giovani pazienti a rischio di gravi psicopatologie. Il programma fa parte di una rete di servizi collocati su territorio nazionale e internazionale (Birchwood, Fowler, & Jackson, 2000; Cocchi & Meneghelli, 2004; Edwards & McGorry, 2004; McGorry & Jackson, 2001). Uno dei suoi obiettivi principali è rendere il paziente, e le persone del suo ambiente di vita, consapevoli della presenza di un disturbo mentale. Per affrontare l'argomento della diagnosi, fa uso del modello dell'*intervento psicoeducativo integrato in psichiatria* (Fallon, 1992) il cui aspetto centrale è il coinvolgimento attivo dei famigliari nel progetto riabilitativo. L'assunto è che una chiara e argomentata informazione sulla psicopatologia, e una buona gestione dei problemi di relazione ad essa collegati, producono maggiore compliance e risultati terapeutici in pazienti e famigliari.

Credo che il modello psicoeducativo abbia il grande pregio di mettere tutti i soggetti coinvolti intorno a un tavolo per discutere insieme di ciò che sta accadendo. Credo che il *prendersi cura* possa essere arricchito creando un incontro fra persone che superi la classica *comunicazione unidirezionale* in cui il curante, detentore del sapere clinico, forma chi viene curato, il quale rischia di finire nel ruolo di soggetto passivo.

Rimando alla letteratura di riferimento sul citato programma per dare spazio in questo lavoro alla presentazione dello strumento Griglia e alla sua applicazione concreta, con particolare riferimento al tema della diagnosi.

2. Argomentazione

Propongo di elaborare il modello psicoeducativo aggiungendo alcune riflessioni.

I *famigliari* che si trovano confrontati con un fenomeno psicopatologico di carattere abnorme, che prevede significative alterazioni del pensiero, della percezione, dell'emotività e del comportamento, sono profondamente *destabilizzati* da questa esperienza; sono terribilmente *bisognosi di aiuto*, si trovano confrontati con l'impotenza e il fallimento: malgrado le loro risorse "non sono riusciti a impedire l'emergenza di una crisi". Essi vivono una condizione di colpa e, malgrado le apparenze, i famigliari si trovano in uno stato di enorme *passività*. In questa situazione l'incontro con i clinici diventa un modo per cercare una via d'uscita, facendo ricorso anche a risorse esterne al proprio contesto mentale e di vita.

In merito alla diagnosi ricordo che i famigliari fanno loro stessi delle diagnosi e soprattutto *la diagnosi dei famigliari ha un potere semantico nel campo mentale familiare che va ben al di là di qualsiasi nosografia condivisa in una comunità scientifica.*

Quando un papà dice...

"...sono convinto che mio figlio non abbia nulla, gli manca solo la forza di volontà, perché sua madre, contro il mio parere ed escludendomi, l'ha sempre protetto e reso debole; ...tutto passerà facilmente quando troverà un lavoro e si inserirà nel mondo come tutti i ragazzi della sua età"

...non sta altro che snocciolando eziologia, diagnosi, prognosi e linee di trattamento, esattamente come farebbe un clinico esperto.

È fondamentale lavorare in modo da prendere *contatto* (Pontalti, 2003) con la realtà delle persone. Informare partendo unicamente dal nostro punto di vista (nosografico² medico o profondamente psicologico e complesso che sia), non è sufficiente.

Ora parliamo dei *curanti*: non solo i famigliari fanno diagnosi, ma *tutti e contemporaneamente facciamo diagnosi*. Se si intende realizzare un incontro bisogna avere chiaro tutti i punti di vista; troppo spesso non si dà sufficiente peso alla presenza fra i curanti di formazioni/ruoli diversi, oppure si spiega ciò che avviene facendo riferimento alla nozione che nei gruppi di lavoro si ripetono le dinamiche psichiche e relazionali dei pazienti. Quando i punti di vista vengono chiarificati vanno reciprocamente riconosciuti; questo prevede condivisione, scambio. Solo a questo punto può nascere un contatto più profondo, una vera *connessione* (Pontalti, 2003). Questo vale tanto per i pazienti e i loro famigliari, quanto per noi curanti.

Queste considerazioni fanno riferimento a un'idea dell'identità intesa in senso gruppoanaliticamente orientato (Lo Verso 1994; Di Maria & Lo Verso, 1995; Lo Verso & Di Blasi, 2011).

3. Strumento

Presento ora (Figura 1. Griglia, N. Tagliaferri) un semplice strumento orientato a favorire questi passaggi, che è stato applicato pensando all'argomento specifico della diagnosi.

² Per gli aspetti nosografici cui si fa riferimento nell'articolo si rimanda ai testi ufficiali (DSM *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* V e precedenti, ICD 10 *International Classification of Diseases*) e più in generale si rimanda ad alcune egregie riflessioni sul tema complesso del fare diagnosi (Lo Coco & Lo Verso, 2005; Stanghellini & Rossi Monti, 2009).

	EZIOLOGIA PAZIENTE	DIAGNOSI PAZIENTE	DIAGNOSI FAMIGLIARE	ASPETTATIVE VERSO IL TRATTAMENTO
PAZIENTE				
FAMIGLIARE				
CURANTE				

Figura 1. Griglia, N. Tagliaferri.

Come si nota nella figura, in *colonna* sono rappresentate le principali componenti della diagnosi, la colonna diagnosi familiare è stata inserita in virtù del fatto che i curanti fanno diagnosi anche ai familiari dei propri pazienti e questo dato entra pienamente a far parte del campo terapeutico.

In *riga* sono indicati i vari attori della cura. Si citano anche coloro che ci hanno preceduto per non cadere nell'illusione che la cura del paziente inizia solo quando lo incontriamo noi (*diagnosi di ingresso*); le valutazioni fatte in precedenza (*diagnosi pregressa*) avranno lasciato traccia nella storia del paziente, entrano dunque a far parte del campo terapeutico. Nello spazio in riga al fattore "curante" possono essere associati più soggetti. Lo stesso discorso vale per il familiare. Ogni casella viene riempita inserendo il contenuto dato dall'incrocio fra il fattore presente in riga e quello rappresentato in colonna.

Questo strumento può essere modificato e adattato in base alle

esigenze.

Il rilievo mediante la Griglia genera:

- una *fotografia della situazione di partenza* che mette in evidenza la *diagnosi pregressa* e la *diagnosi di ingresso*; creando un confronto fra le fasi precedenti, attuali e successive della cura. La compilazione della Griglia potrà essere ripetuta nel tempo fino alla conclusione del trattamento;
- un *riscontro visivo* che riassume nello spazio di un foglio le molteplici e particolari visioni presenti nel campo terapeutico; l'impatto visivo unitario può rendere subito leggibile la complessità della situazione;
- uno *strumento di valutazione* che: evidenzia le convergenze/divergenze fra i vari punti di vista, visualizza se i campi mentali in gioco sono o non sono isomorfi, mostra a che punto le persone coinvolte si trovano rispetto al passaggio contatto-connesione (Pontalti, 2003), dà indicazioni chiave rispetto a quali punti è necessario dibattere fra clinici, pazienti e familiari per favorire convergenza nelle costruzioni patogenetiche e nell'elaborazione del progetto terapeutico.

4. Applicazione

Presento ora a titolo esemplificativo una possibile applicazione della Griglia considerando il tema oggetto di questo articolo.

Conosciamo Mario in una comunità riabilitativa psichiatrica quando ha 24 anni. I genitori si incontrano molto giovani, per un anno si frequentano, poi si sposano e concepiscono M. La madre non si sente fino in fondo pronta a dedicarsi alla vita di moglie e di madre, per lei

è molto dura abbandonare i suoi impegni sportivi che svolge con grande passione e per i quali aveva immaginato una carriera nell'agonismo; il padre di M ricorda "l'ho chiusa in una cassaforte". La coppia si ingaggia negli impegni lavorativi, necessari per sostenere il progetto familiare. Il padre, nell'azienda in cui lavora, vive anni intensi di impegno nell'ambito sindacale portando avanti lotte per lui importanti; la maggior parte delle sue energie sono rivolte a questo. Viene tentata una seconda gravidanza che non prosegue; vengono riscontrati dei seri fattori di rischio per la salute della madre e sconsigliato un secondo tentativo. La madre vorrebbe riprovare ma il padre non è d'accordo, il discorso si chiude. Nel frattempo M è accudito dai nonni materni e anche paterni. I contatti con i genitori appaiono meno significativi. Le loro attenzioni sono espresse sotto forma di doni e concessioni, compensatori della loro scarsa presenza. Frequenta le scuole materne ed elementari con discreti profitti; non vengono segnalate particolari problematiche; la socialità appare buona. I primi segnali di disagio (importante dimagrimento e deperimento fisico) di M si presentano a 14 anni, epoca in cui viene a mancare il nonno materno e la nonna materna entra in uno stato depressivo; anche la madre di M affronta con grosse difficoltà questo lutto, di cui fatica a parlare ancora oggi. M viene ricoverato in pediatria e poi seguito da una psicologa dell'età evolutiva. Dalla terza media inizia a fumare cannabis e marijuana in modo sempre più massiccio, dai 17 anni consuma anfetamine, cocaina e varie altre sostanze. A 22, in concomitanza con la malattia e il decesso della nonna materna, esordisce un quadro caratterizzato da bizzarre comportamentali, ritiro, chiusura, episodi di fuga su presumibile base persecutoria, stati confusionali, mancanza di cura di sé, forte angoscia e dissociazione. A 23 sulla base di prevalenti sintomi disorganizzati e dissociativi viene disposto un trattamento sanitario

obbligatorio, da cui M scappa commettendo alcuni reati (furto e aggressione a pubblico ufficiale) per cui viene arrestato. Inizialmente internato in ospedale psichiatrico giudiziario, la misura di sicurezza viene poi trasformata in libertà vigilata. La Griglia in Figura 2 viene applicata nel momento in cui M entra in comunità e della presa in carico presso il servizio di intervento precoce.

Procediamo ora accennando ad alcuni aspetti che possono essere rilevati da uno primo sguardo della Griglia di M; si lascia al lettore spazio per possibili ulteriori considerazioni.

Notiamo come *non* ci sia accordo riguardo alla diagnosi di M: si oscilla fra il disturbo di personalità e una condizione di maggiore gravità (spettro schizofrenico), i genitori si esprimono poco, accennano a una vulnerabilità individuale del figlio. Anche rispetto al trattamento *non* c'è convergenza: una parte dei curanti sostiene l'idea che il paziente non abbia le risorse per tentare un percorso di reinserimento sociale, un'altra parte ripone maggiori speranze rispetto all'esito del percorso, i genitori restano muti e bisognosi di affidarsi totalmente alla gestione dei curanti. Riguardo all'eziologia viene segnalato il problema dello stile educativo genitoriale e, solo da una parte dei curanti, viene messa in evidenza la possibile origine traumatica (lutti) del malessere di M. È invece forte l'accordo rispetto alla fatica delle figure genitoriali ad ingaggiarsi su M.

Nei mesi successivi i problemi di assenza di accordo fra curanti rilevabili attraverso la Griglia sono stati gestiti attraverso una serie di incontri di verifica orientati a favorire l'espressione e la condivisione dei diversi punti di vista, cercando di garantire sempre una mediazione; è stato possibile dibattere riguardo alle diverse posizioni in merito a diagnosi e aspettative verso il trattamento argomentando i rispettivi pareri in un clima di ascolto reciproco. Sono state avviate

sedute mensili presso il domicilio (luogo di difficile pensabilità di un incontro familiare) in cui M ha trovato uno spazio per esprimere – e i genitori per riuscire maggiormente a cogliere – alcune sue fragilità e preoccupazioni rispetto al futuro. Si consideri l'importanza del lavoro di convergenza affrontato dai curanti in relazione alla grossa necessità dei genitori, lontani e bloccati nell'accusa reciproca, di avere una guida rispetto alla costruzione di un rapporto diverso con M.

M verrà successivamente dimesso dalla comunità in favore di un rientro a casa, come lui stesso, seppur con timore, prospettava. Verrà posta molta attenzione a questo passaggio strutturando una fitta collaborazione fra curanti della struttura dimissionaria e del nuovo servizio (centro diurno) che lo accoglierà. Le sedute familiari a casa sono state e continuano a essere un ulteriore elemento di continuità, favorente questo transito. I suoi vissuti sono ancora abitati dal timore di non essere adeguato alle richieste dell'ambiente, ma si possono osservare buoni risultati riguardo a socializzazione e coinvolgimento nelle attività; i genitori, prossimi al pensionamento, stanno programmando maggiormente la loro vita in relazione ai bisogni di M.

Concludo invitando i lettori ad immaginare come potrebbe essere applicata la Griglia nel loro campo professionale. Sono convinta che la stessa logica della Griglia potrebbe essere trasferita in altri contesti. Per esempio immaginando cosa possono pensare professionisti, pazienti/utenti/clienti e familiari, di come viene affrontata una separazione, un lutto, un'adozione, una migrazione... oppure una diagnosi medica, la vendita di una casa, un'eredità...

Figura 2. Griglia, caso di Mario, N. Tagliaferri

	EZIOLOGIA DI M	DIAGNOSI DI M	DIAGNOSI dei GENITORI	ASPETTATIVE VERSO IL TRATTAMENTO
PAZIENTE M	Uso massiccio di sostanze. Stile educativo genitoriale che non prepara alla vita adulta, "me la devono sempre vinta". Genitori poco presenti.	Periodo di forti angosce in cui si è "distruito" con le sostanze e si è trovato in situazioni di pericolo. Non ama ricordarsi in questa veste. Ora sta meglio ma ha ancora molte difficoltà da affrontare. Non sa se è pronto a riprendere contatto con la società.	Tende a giustificare i genitori. Il padre talvolta è troppo permissivo per poi essere autoritario. L'alternanza fra queste due modalità lo destabilizza. La madre a volte è ansiosa, la vede debole e distante.	Veede utile un percorso di riabilitazione che lo aiuti a riprendere lentamente contatto con il mondo.
FAMIGLIARE 1 MADRE	Non è stato sufficientemente seguito da loro genitori che, occupati con il lavoro, hanno trascurato alcuni segnali di malessere che si sono presentati in adolescenza. Vulnerabilità caratteriale.	Fatica nel dare un nome al malessere del figlio, tende ad affidarsi ai clinici per la diagnosi. Pensa che forse M non sia riuscito a evolvere nel suo processo di crescita e per questo sia entrato in uno stato di crisi.	Non approva alcune modalità autoritarie del marito che avrebbero agito in modo traumatico su un carattere già vulnerabile di M. Si colpevolizza per essere stata sempre troppo ansiosa.	Non sa indicare cosa potrebbe essere utile al figlio. Si affida ai clinici che valuta competenti. Vorrebbe aiutarlo ma fatica a capire come.
FAMIGLIARE 2 PADRE	Fatica nel fare delle riflessioni sul figlio, appare evanescente nel tentativo di dare spiegazioni "intelligenti" che mettono in discussione il ruolo genitoriale, ma che riescono solo a minare le considerazioni espresse dai clinici.	Accenna vagamente a un momento di fragilità, mancanza di sicurezza in sé di M.	Trova la moglie troppo orientata alla preoccupazione e all'auto-colpevolizzazione, emozioni poco utili nell'aiutare M a rinforsarsi.	Non sa indicare cosa potrebbe essere utile al figlio. Si affida ai clinici che valuta competenti. Tenta di fare delle ipotesi su cosa cambiare del proprio atteggiamento per favorire il miglioramento di M.
CURANTE 1 PSICOTERAPEUTA PAZIENTE Servizio Intervento Precoce	Clima familiare non stabile e non rassicurante: i genitori non sono stati in grado di sostenere e di cogliere le sue fragilità e i suoi segnali di disagio. Uso di sostanze. Stili di personalità appresi dai genitori.	Disturbo di personalità. Assenti sintomi positivi. Pensiero che deraglia rispetto alla realtà legato alla tendenza a sottovalutarsi e sentirsi valutato negativamente dall'altro. Ansie ipocondriache, tendenza a ingigantire le difficoltà.	Difficoltà nel prendersi cura realmente di M. Non aderiscono alle richieste della comunità relative a orari o semplici necessità pratiche. Non attenti nella cura pur nello sforzo di esserci.	Conoscendo, creare relazione e fiducia per sostenere rispetto al timore che manifesta verso i curanti. Ricostruzione delle fasi della sua storia: cosa lo faceva star bene e lo faceva preoccupare da bambino. Riflessione sulle questioni del presente: come affrontare quelli problematiche.
CURANTE 2 PSICOTERAPEUTA GENITORI Servizio Intervento Precoce	Perdita traumatica di alcune figure fondamentali di accudimento compensatore rispetto all'inconsistenza di quelle genitoriali. Madre: mancata elaborazione di tali perdite; mancata realizzazione dei sogni giovanili e conseguente ripiegamento su di sé (sofferenza somatica).	Reazione a una condizione traumatica di perdita di punti di riferimento con disagio della personalità a strutturarsi in senso stabile e integrato.	Forte senso di colpa che impedisce una riflessione riguardo ai problemi del figlio. Angoscia traumatica quando ai momenti di maggior malessere di M che impedisce di accedere a una diversa rappresentazione del presente-futuro. Padre fatica a rapportarsi con l'autorità.	Ricostruzione della storia personale e familiare: creare la possibilità di ricollocarsi all'interno di questa dando un senso più articolato al malessere di M. Costruzione di nuovi punti di repere per M.
CURANTE 3 EQUIPE COMUNITA'	Parte A dell'équipe: storia traumatica di lutti e perdita di punti di riferimento compensatori rispetto all'assenza delle figure genitoriali. Abuso di sostanze. Parte B dell'équipe: predisposizione biologica al disturbo mentale.	Parte A dell'équipe: disturbo di personalità. Parte B dell'équipe: disturbo dello spettro schizofrenico; disturbo antisociale.	Genitori inconsistenti che non riescono ad avere in mente il percorso di cura, sfuggono ai contatti con gli operatori, non aiutano M a rispettare gli orari imposti dalla misura di sicurezza.	Parte A dell'équipe: lento e progressivo percorso di riabilitazione, dimissione dalla comunità e posizionamento sul servizio territoriale. Parte B dell'équipe: prosecuzione del ricovero presso altra struttura residenziale di tipo assistenziale e non più riabilitativo, più chiusa che tenga il paziente al riparo dai commettere gravi gesti lesivi.
CURANTE 4 SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE Inviante alla comunità	Predisposizione biologica al disturbo, uso di sostanze, genitori inconsistenti e permissivi.	Disturbo dello spettro schizofrenico.	Genitori assenti e permissivi che non hanno saputo educare e dare delle regole.	Non prende posizione. In ascolto verso le diverse opzioni espresse dai colleghi.

Bibliografia

- Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson, C. (Eds.) (2000). *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cocchi, A., Meneghelli, A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Di Maria, F., Lo Verso, G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Edwards, J., & McGorry, P. D. (2004). *Intervento precoce nelle psicosi: Guida per l'organizzazione dei Servizi efficaci e tempestivi*. Torino: Centro Scientifico.
- Falloon, I. et al. (1992). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson.
- Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2005). *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lo Verso, G., & Di Blasi, M. (2011). *Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2001). *Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico.

Pontalti, C. (2003). Persone e gruppi: Il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica. *Gruppi*, 4(3), 31-50.

Pontalti, C. (2011). Trasformazioni e invarianti del familiare in epoca postmoderna. Quale pensiero per la clinica? *Rivista Plexus*, 7.

Stanghellini, G., & Rossi Monti, M. (2009). *Psicologia del patologico: Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Raffaello Cortina.