

Plexus

*Semestrale Scientifico on-line a cura del
Laboratorio di Gruppoanalisi*

Vol. 12 N. 1-2 – Giugno/Novembre 2019

NUMERO MONOGRAFICO:

AI CONFINI DELL'ADOLESCENZA (PRIMA PARTE)

Editoriale

Giuseppe Ruvolo3

Ai confini dell'adolescenza

Massimo Ammaniti5

L'adolescente problematico. Storia di una lacerazione tra famiglia, scuola, società,
clinica

Corrado Pontalti41

Giovani adulti in Comunità doppia diagnosi e nello studio privato

Giovanna Urgo53

RASSEGNA E RECENSIONI

Marinelli, P., & Pezzoli (2019). *Atlante illustrato di gruppoanalisi: Storia ed
evoluzione del pensiero gruppoanalitico*. Roma: Anicia

Recensione a cura di Girolamo Lo Verso76

**NUMERO MONOGRAFICO:
AI CONFINI DELL'ADOLESCENZA
(PRIMA PARTE)**

Editoriale

Giuseppe Ruvolo

Con la pubblicazione di questo doppio numero che copre i due ultimi anni 2019/20, la rivista conclude simbolicamente una fase, per avviare un rinnovamento a partire dal primo numero del 2021 di prossima pubblicazione.

I lavori che sono contenuti in questo doppio numero sono quelli che abbiamo raccolto dalla rielaborazione delle principali relazioni al Convegno del Laboratorio di Gruppoanalisi svoltosi nel 2019 sul tema della comprensione del passaggio travagliato degli adolescenti e dei giovani adulti nel mondo contemporaneo, che aveva titolo: **“Ai confini dell’adolescenza: generazioni liquide e dispositivi di cura”**. La prima parte di questi lavori sono inseriti in questo fascicolo per l’annata 2019, la seconda parte verrà pubblicata tra qualche settimana per l’annata 2020. Chiediamo ai lettori di tenere conto che si tratta di articoli nati come relazioni a convegni sui quali gli Autori hanno fatto il possibile per renderli in una forma scritta accettabile per chi legge.

Nel frattempo, la rivista ha costituito un nuovo Comitato Direttivo che sta lavorando per dare nuovo impulso alla pubblicazione di materiali di ricerca, riflessione e comunicazione di pratiche che sia più vicino ai colleghi del Laboratorio di Gruppoanalisi ed alla rete della C.O.I.R.A.G., affiancando alla pubblicazione di contributi nel tradizionale formato di articoli divisi in due numeri semestrali per anno, anche un luogo di dibattito e interlocuzione più agile e immediato come un **Blog**, un **Archivio** nel quale possano essere messi a disposizione dei lettori utili contributi in formati differenti da quelli della rivista: interviste, contributi storici di interesse, resoconti, materiali video di seminari e convegni, e tutto quanto via via può

servire ad alimentare conoscenza e dialogo tra i colleghi.

Il Blog e l'Archivio avranno a breve uno spazio nel sito web del Laboratorio, attualmente in fase di ristrutturazione.

Plexus Nuova Serie partirà con il primo numero 2021 sul tema "**Dov'è finito il gruppo**" al quale il nuovo Comitato Direttivo ha dedicato una riflessione/provocazione già diffusa nel sito del Laboratorio, mentre il secondo numero sarà dedicato al tema della **formazione e della trasmissione nella professione psicoterapeutica**. Per questo secondo numero, ancora in preparazione, sollecitiamo tutti i colleghi a proporre materiali, articoli e indicazioni di Autori che possono interessare.

Ai confini dell'adolescenza

Massimo Ammaniti

Il presente lavoro affronta i pattern emergenti nella adolescenza nella contemporaneità, sia in termini di sfide evolutive, sia in termini di peculiari questioni che l'adolescente si trova oggi ad affrontare. Nella prima parte di questo contributo, l'autore approfondisce specificamente il tema dell'acquisizione di una identità personale nell'adolescente contemporaneo; nella seconda si affrontano i disturbi di personalità nell'adolescenza e la loro valutazione, facendo riferimento alla Intervista dei Processi Organizzativi della Personalità in Adolescenza (IPOP-A), che valuta tre aree: identità, relazioni interpersonali, regolazione affettiva.

Adolescenza; Identità personale; Disturbi di personalità; Intervista dei Processi Organizzativi della Personalità in Adolescenza

On the edge of adolescence

This work addresses the patterns emerging in adolescence in the contemporary world, both in terms of developmental challenges and in terms of the particular issues that adolescents are faced with today. In the first part of this contribution, the author specifically explores the theme of acquiring a personal identity in the contemporary adolescent; the second part deals with personality disorders in adolescence and their evaluation, referring to the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A), which evaluates three areas: identity, interpersonal relationships, affective regulation.

Adolescence; Personal identity; Personality disorders; Interview of Personality Organization Processes in Adolescence

1. Prima parte

Credo l'interesse che ci unisce derivi dal fatto che gli adolescenti si confrontano continuamente col gruppo, sia nella realtà, ma anche quando sono chiusi nella loro stanza dialogano continuamente con i coetanei: sono la loro "audience" immaginaria.

Mi ha sollecitato quando ha detto "un adolescente sano": forse gli adolescenti non possono essere sani, per lo meno secondo i nostri criteri: gli adolescenti devono inevitabilmente andare incontro ad una

serie di conflitti, di contrapposizioni, di scontri, anche di rischi e così via.

Nell'introduzione di *"Adolescenti senza tempo"* (Ammaniti, 2018) formulo una possibile definizione degli adolescenti, riferendomi al proemio dell'Odissea, dove si parla della figura e delle vicissitudini di Ulisse, trovo ci sia una certa assonanza col mondo degli adolescenti. Si legge: *"Narrami oh musa dell'eroe multiforme [in greco è polytropon] che tanto vagò dopo che distrusse la Rocca sacra di Troia: di molti uomini vide le città e conobbe i pensieri, molti dolori patì sul mare nell'animo suo, per acquistare a sé la vita e il ritorno ai compagni."* Ulisse è un eroe multiforme, *polytropon*, e questo è uno dei temi dell'adolescenza, cioè trovarsi di fronte ad esperienze diverse, dove emergono capacità che vanno in varie direzioni.

In questo senso è, forse, utile ricordare una cosa che ho sempre molto apprezzato di Donald Meltzer, psicoanalista americano vissuto in Inghilterra e di formazione Kleiniana.

Lui diceva che l'adolescente vive in quattro aree mentali:

- a) La prima è quella dell'adolescente in gruppo: vive in gruppo per affrontare il distacco dal mondo infantile, per affrontare la crisi d'identità che caratterizza l'adolescenza. Il gruppo diventa un ombrello importante, sappiamo che significa sperimentare la complicità di gruppo, il voler essere forti a scapito dei deboli, le eventuali dinamiche tra i sessi e così via. È qui, ad esempio, che viene fuori il tema del bullismo: questa è una delle dimensioni dell'adolescente che si vede nel gruppo e l'essere parte del gruppo gli dà forza, l'aiuta ad affrontare la profonda crisi legata al venire meno delle identificazioni infantili.
- b) La seconda area è quella dell'adolescente isolato, che si chiude nella sua stanza: chiude la porta a chiave, non vuole che nessuno entri. Questo è un adolescente preso dai suoi pensieri,

con un aspetto megalomaniaco, che può portarlo a pensare che si è creato da solo e non ha bisogno dei suoi genitori, è una sorta di autopoiesi.

- c) La terza area è quella dell'adolescente che ritorna all'infanzia, come quando gli adolescenti la sera davanti alla televisione si appoggiano alla madre ricercando la tenerezza dell'infanzia, anche se poi sentono la necessità di sfuggire.
- d) Infine, come quarta area, c'è l'adolescente che si proietta nel futuro.

Meltzer afferma che c'è un'oscillazione fra le varie aree e ciò che consente all'adolescente di crescere è proprio questa capacità di alternare i diversi aspetti; io definirei in chiave *polytropon*, la multidimensionalità degli adolescenti.

Altra questione di fronte alla quale ci troviamo oggi è l'asincronia fra pubertà e adolescenza.

La pubertà è legata a vari fattori, ad esempio, le trasformazioni somatiche e sessuali sono connesse sia a fattori genetici sia soprattutto a fattori culturali: alimentazione, ambiente e così via. In passato avveniva intorno ai 14 anni, oggi tende a scendere, maggiormente per le ragazze che per i ragazzi, in essa gli ormoni giocano un ruolo fondamentale, hanno un' influenza sulla maturazione del corpo.

Il tema del corpo è centrale ancor più della mente: è il corpo che rappresenta il soggetto e gli ormoni non solo intervengono a livello somatico ma anche a livello celebrale. Non sappiamo ancora con chiarezza quali siano gli effetti degli ormoni, sappiamo però che attivano fortemente l'area limbica, ossia il cervello emotivo, ed è la ragione per cui gli adolescenti hanno costanti oscillazioni umorali. È comunque bene differenziare la pubertà che si colloca nella prima adolescenza, e che è diversa dall'adolescenza in sé, anche se si

intreccia con essa.

L'adolescenza è soprattutto un processo psicologico e sociale legato all'acquisizione di una identità personale, che implica aspetti affettivi, cognitivi, sessuali, e così via.

La fine dell'adolescenza coincide con il raggiungimento di una identità sufficientemente integrata.

Anche se il termine integrata è un termine un po' complesso; sappiamo che l'identità è costituita da un insieme di sé, di aspetti del sé, che interagiscono e sono in connessione fra loro.

D. Winnicott dice: *"uno dei problemi dell'adolescenza, soprattutto nel mondo occidentale, è che con la pubertà un ragazzo ed una ragazza sono in grado di avere dei rapporti sessuali, di fare figli, fisicamente sono maturi, per cui avrebbero tutte le caratteristiche per essere degli adulti, però continuano a vivere in una situazione di dipendenza"*.

Nei paesi del terzo mondo la situazione è diversa, spesso cominciano a lavorare molto precocemente e questo può sicuramente essere un pericolo in termini di sfruttamento minorile, però è anche un modo di responsabilizzarli. Forse anche la recente riforma scuola-lavoro voleva in qualche modo avvicinare maggiormente gli adolescenti al mondo del lavoro, anche se poi non ha ben funzionato.

Tornando a Winnicott, a parer suo, questa asincronia è un fattore di contrasto nell'adolescenza.

Il tema dell'identità, a cui ho fatto riferimento, è un altro tema importante. E. Erikson negli anni '60 nel famoso libro *"Gioventù e crisi d'identità"* (Erikson, 1968) pone al centro dello scenario il tema delle identità, che è una delle acquisizioni dell'adolescenza. È interessante sul piano teorico perché si muove in una chiave psicosociale e prende un po' le distanze dalla visione pulsionale freudiana, per assumere come tema centrale per gli adolescenti il

processo di sviluppo identitario: all'inizio dell'adolescenza vi è una crisi d'identità seguita da una progressiva sperimentazione che porterà il soggetto ad acquisire una propria identità, che implica la continuità del senso di sé e quella che viene chiamata *self direction*, ossia la direzione del sé.

Si tratta di acquisizioni abbastanza tardive. Inoltre quando parliamo del processo di sviluppo dell'identità, bisogna evidenziare che non è un processo individuale. Negli adolescenti è fondamentale che cosa gli altri pensano di loro, essi mettono a confronto l'immagine di sé con l'immagine che gli viene restituita dai coetanei.

Analizziamo adesso alcuni recenti dati sull'adolescenza e l'età giovanile in Italia. Il 67% degli adolescenti e giovani fra i 18 e i 34 anni vive in famiglia, il che ci dice che l'adolescenza si prolunga. Anche perché rimanere in famiglia non favorisce l'acquisizione di un'identità più matura, come potrebbero farlo un lavoro, un rapporto di coppia, i figli e così via. Tutto questo naturalmente non è legato agli adolescenti ed ai giovani, ma al fatto che la società non investe adeguatamente su di loro.

Nei paesi del nord Europa le percentuali sono significativamente minori; probabilmente gli adolescenti raggiungono un'autonomia personale e sociale più precocemente.

Ricorderete come uno dei più interessanti contributi di Erikson riguarda la sua teoria sul ciclo vitale, per cui ci sono varie fasi di sviluppo nella vita e, nell'adolescenza uno dei temi fondamentali è quello delle identità a cui fa seguito il periodo del giovane adulto. Un'interessante interrogativo che oggi possiamo porci è se l'adolescenza, che veniva definita negli anni '60 da Erikson come fase transitoria, non rischi di diventare una condizione pressoché permanente.

A partire dall'analisi di queste mutazioni credo che sia la psicologia sia

la psicoanalisi continuano a proporci modelli molto antiquati. Alcuni testi degli anni '60 sembrano desueti, non tengono conto di un dato fondamentale, che l'adolescenza non è una condizione stabile, ma viene modificata profondamente dal contesto sociale, culturale, dal modo di vivere, dall'ingresso di internet, dalle tecnologie e così via, per cui, il rischio è di avere un'immagine degli adolescenti non più corrispondente a quelli di oggi.

Se leggete il famoso caso Dora di S. Freud (1905), sembra un'adolescente del periodo quaternario perché andava in un liceo che avviava le ragazze ad una sorta di attività domestica, un liceo che le preparava a diventare mogli e madri di famiglia, mentre il fratello andava al liceo imperiale asburgico mirato alla carriera. Doveva sposarsi e questo era il suo unico destino. In secondo luogo, a 18 anni andava in vacanza con i genitori e la famiglia K.

Tutto questo è lontano mille miglia dai ragazzi di oggi, che viaggiano, fanno l'Interrail e così via. E che succedeva in questa famiglia? Succedeva che il padre aveva una relazione con la signora K ed il signor K si sentiva autorizzato a tentare degli approcci con Dora. Questo, dunque, era lo scenario edipico, legato al fatto che la ragazza, stava diventando una donna, aveva fantasie e dinamiche di questo tipo.

Oggi gli adolescenti vivono questo all'interno del gruppo dei coetanei: la famiglia non è più così centrale. Una cosa che va detta è che mentre la psicoanalisi è stata in grave ritardo a riconoscere queste mutazioni sociali, la psicologia no. Ci sono, per esempio, una serie di studi molto interessanti di psicologia sociale sulla dipendenza da internet, anche se, sul piano clinico c'è poco. Il cinema, invece, che segue molto di più quello che è *emergente*, ha documentato sicuramente in questi anni com'è cambiata l'adolescenza. Il gruppo dei coetanei non esisteva al tempo di Dora, nasce dopo la seconda

guerra mondiale, negli anni '50, soprattutto negli Stati Uniti, e film come "Gioventù bruciata" oppure "Il selvaggio" con Marlon Brando, od ancora "West side story", documentano come cambia la condizione giovanile.

Uno storico importante, E. Hobsbawm, ha scritto un bellissimo libro, "Il secolo breve" (1994), dove parla della cultura giovanile autonoma. Molti di voi forse non lo ricordano perché troppo giovani ma negli anni '60 c'è stata una rivoluzione giovanile, c'è stato Woodstock, dove centinaia di migliaia di giovani si trovavano insieme e rifiutavano il potere degli adulti, esclamando "la fantasia al potere" o "vietato vietare". Nascono così i gruppi dei giovani, i gruppi degli adolescenti, il gruppo dei coetanei.

A questo proposito vi consiglio di vedere su Netflix una serie televisiva speciale, che in America ha avuto un grandissimo seguito e ha provocato grandi dibattiti, "Thirteen Reasons Why", dove c'è una ragazza che si suicida, tutto lo scenario è quello della scuola, del campus, dove lei si trova. La ragazza è stata abusata, i compagni l'hanno presa di mira, la famiglia non si è resa conto, gli insegnanti per acquiescenza; così si suicida e lascia dei dvd in cui lei accusa tutti quelli che hanno contribuito al suo suicidio. Trovo questa narrazione una cosa interessantissima.

In passato, poi, l'adolescenza era ritmata dai riti di passaggio, erano proprio questi, associati alle varie tappe, che sancivano il passaggio dall'infanzia all'età adulta. Queste tappe sancite dalla società servivano alle famiglie, servivano alla scuola, ma servivano anche agli adolescenti che venivano aiutati a elaborare le ansie legate al distacco dall'infanzia e alla crescita.

Anche oggi ci sono dei riti, ma nascono all'interno del gruppo, pensate al tatuaggio, al piercing, a tutta una serie di aspetti che riguardano fundamentalmente il corpo. Questo perché non solo c'è un

corpo individuale, ma c'è un corpo sociale nell'adolescente che si confronta con gli altri, per cui è proprio questo ad essere al centro dei riti.

È, infine, molto interessante che vi siano dei riti che durano un periodo e poi scompaiono. Uno dei temi importanti in adolescenza, che poi è il tema del mio libro "Adolescenti senza tempo", è che gli adolescenti vivono nel "qui ed ora", soprattutto oggi. Quello che diceva Meltzer, che si proiettano nel futuro, è sempre meno vero, se non in una piccola percentuale di adolescenti. Vivono nel presente, nell'immediatezza, vogliono soddisfare i propri desideri e le proprie pulsioni, per cui il tempo tende a perdere la sua dimensione evolutiva portandoli a vivere *un eterno presente*.

Vale la pena precisare che la teoria dell'adolescenza è comunque recente. Prima si parlava di pubertà, nella Roma antica si parlava appunto di riti puberali, mentre dell'adolescenza come trasformazione psicologica e sociale ne ha parlato per la prima volta Stanley Hall nei primi del '900. Il dato interessante è che fu il contesto sociale americano a spingere la psicologia a costruire una teoria sull'adolescenza, proprio perché gli adolescenti, che ancora non venivano chiamati tali, creavano sempre più i problemi sociali di ordine pubblico e questo rendeva necessario capire come affrontare questa fase evolutiva. Fu per questo che vennero istituite le High School e le *Juvenile Court*, cioè il Tribunale dei minori.

Se si legge il caso Dora, Freud non usa mai il termine "adolescenza". Egli definisce Dora "la ragazza", "la giovinetta", ma non usa "adolescenza". Nella psicoanalisi europea esiste il caso Dora, Freud stesso parla nei tre saggi dell'adolescenza come fase conclusiva dello sviluppo pulsionale, ma sarà solo Anna Freud negli anni '30 a parlare un po' più a fondo dell'adolescenza.

In Europa, dunque, il cambiamento nella teoresi psicoanalitica

avviene tardivamente. Probabilmente questo ha a che fare con il fatto che vi era una continuità tra le generazioni ed i giovani si identificavano con i genitori e si muovevano dentro gli stessi schemi teorici.

L'America, in quanto società più giovane senza una lunga tradizione alle spalle, ha saputo proporre qualcosa di nuovo. Successivamente Erikson parlerà di giovane adulto per identificare lo stadio evolutivo in cui si entra dai 20 anni in su. Bisognerebbe chiedersi a questo punto se sia ancora giustificato, nell'ambito del ciclo vitale, parlare di giovane adulto o non sia meglio, come dice J. Arnett nel 2000, professore di psicologia americana, parlare di *emerging adulthood*, per identificare il periodo tra i 20 e i 30 anni. Che cosa vuol dire? Potremmo tradurlo con "*adulità emergente*", per identificare una fase evolutiva dove il soggetto non è entrato nell'universo adulto, ma è ancora alla ricerca della propria identità. Periodo caratterizzato da una stabile instabilità: ci si muove continuamente alla ricerca di una propria identità. Arnett afferma che l'autonomia si raggiunge, e di conseguenza anche l'identità, dopo i 30 anni (Arnett, 2000). Tenete presente che questo succede negli Stati Uniti, che è un paese nel quale i giovani hanno molte più risorse rispetto al mondo europeo e soprattutto al mondo italiano. Sembrerebbe dunque che si cominci a rendere conto che il concetto di adolescenza che era stato proposto, ormai rischia di essere desueto.

Altra questione su cui ragionare è il cambiamento per cui il baricentro della famiglia, il conflitto edipico, quello che Anna Freud chiama "*reviviscenza edipica*", non è più il baricentro degli adolescenti per i quali esso è rappresentato dal gruppo dei coetanei in cui si sviluppano una quantità di conflitti.

Io ho in terapia molti adolescenti e la loro famiglia è in secondo piano, il tema centrale è che cosa succede nel gruppo dei coetanei:

"qual è la mia posizione... sono riconosciuto o non riconosciuto... quell'amico mi ha tradito... non c'è lealtà... gli altri parlano male di me, mi rifiutano".

La *rejection*, il rifiuto, diventa il tema fondamentale; essere all'interno del gruppo o essere emarginati, dove c'è la competizione, c'è l'affermazione di sé, c'è l'invidia, c'è la gelosia, cioè tutta una serie di dinamiche che caratterizzano il gruppo, per cui il gruppo diventa per così dire *"la culla"*.

Uso questo termine riprendendolo da un libro *"The cradle of filth"* (2010) di un autore inglese, che dice che è dalla culla che si sviluppa l'identità e queste dinamiche sono fondamentali: le prime esperienze sessuali, come ci si avvicina all'altro, che sperimentazioni si fanno e così via. Naturalmente, tutto questo è amplificato enormemente dai social network: *"quanti followers ho... chi mi segue... chi cancello..., chi accolgo"*; credo sia fondamentale, per chi si interessa di psicoterapia di gruppo, mettere a fuoco questi aspetti che sono quelli che caratterizzano l'adolescenza di oggi. Ovviamente dentro c'è anche il tema del bullismo e del cyberbullismo.

A questo punto quindi la questione principale non è più tanto il problema edipico, quanto il problema dell'immagine di sé e della posizione narcisistica.

Oggi il tema centrale degli adolescenti è il narcisismo ed in questo anche la teoria psicoanalitica è cambiata: non considera più il narcisismo come un rifiuto del mondo dei genitori bensì come passaggio fondamentale nella costruzione di sé. Una buona base narcisistica, che significa capacità di investire sé stesso, di prendersi cura di sé, è, infatti, fondamentale quando si entra in adolescenza. Questo l'ha messo in evidenza Kohut, se c'è un'insufficienza narcisistica di base dove non si è stati abbastanza confermati, riconosciuti, ammirati dai genitori e dalla madre, si entra in

adolescenza con un bisogno di conferme narcisistiche da parte del gruppo e su questo si giocheranno tutte le dinamiche. Per tutte queste ragioni l'identità negli adolescenti è molto legata al modo in cui sono valutati dall'amico del cuore, dal gruppo dei coetanei, dalla ragazza, molto meno dai genitori e questo, non solo è vero sul piano psicologico, ma anche sul piano neurobiologico.

In una sua ricerca la dott.ssa Pfeiffer (2009), neurobiologa che si è occupata molto di adolescenti, chiede agli ragazzi: *"tu come considereresti te stesso? Come valuteresti? Come ti descriveresti?"* Ecco mentre i ragazzi rispondono all'intervista si attivano alcune aree cerebrali: la zona frontale, che è la zona legata alla mentalizzazione, alla capacità di vedere sé stesso, la zona parietale e quella temporale. Quando gli si chiede: *"e tua madre/padre come ti valuta?"* cambia la zona di attivazione mentre quando invece gli si chiede *"ed il tuo migliore amico come ti considera?"* c'è un'attivazione corrispondente. Che cosa vuol dire tutto questo? Vuol dire che gli adolescenti hanno bisogno, non solo psicologicamente, ma anche a livello cerebrale di avere conferme e riconoscimento da parte degli amici e del gruppo classe.

Tutto ciò riguarda anche l'aspetto dei social network che è fondamentale: essi stanno non solo cambiando enormemente le dinamiche di gruppo ma lo stesso funzionamento degli adolescenti, ed addirittura il loro cervello, come anche il nostro. Per esempio c'è questa interessante ricerca di Jay Giedd (2012), un neurobiologo americano ha scritto un articolo nel quale dice che in media i ragazzi americani sono connessi 8/9 ore al giorno, non distante da quello che succede in Italia dove gli adolescenti passano le notti connessi, chattando, con tutte le conseguenze del caso.

L'ipersocialità digitale, purtroppo però, non corrisponde ad una capacità di relazione e ad una capacità di condivisione emotiva e la

connessione non è uguale alle relazioni. Rispetto alla neurobiologia di come cambia il cervello in adolescenza sembra che, alcune ricerche degli ultimi anni mostrino come soprattutto in giovani che hanno una lunga storia di connessioni a Internet, l'area temporale sia particolarmente attivata così come l'area entorinale; questo è comprensibile perché il cervello è fortemente modulato dalle nostre esperienze. Prima si pensava che una cosa fosse il cervello ed un'altra fosse la mente, invece sono in interazione continua. Naturalmente questo non nega che internet ed i social network siano importanti, e non vadano certo demonizzati, però può servire guidare gli adolescenti ed in qualche modo indirizzarli ad un uso un po' più razionale. A questo proposito in uno scritto di Platone, il "Fedro", del periodo in cui veniva introdotta la scrittura, l'autore si interrogava se questa avrebbe ostacolato la memoria. In realtà la scrittura è diventata parte del funzionamento umano, l'abbiamo integrata ed è verosimile che accadrà la stessa cosa con i social network, sempre che non stia già accadendo, e non riguarda solo gli adolescenti, ma tutti noi.

È chiaro che per i genitori, per gli insegnanti, per gli adulti in genere comprendere gli adolescenti, soprattutto in questo scenario, è molto complesso. Questo spiega le difficoltà dei genitori, in una situazione in cui la famiglia ha perso l'autorità che aveva in passato ed essi stessi sono spesso affetti da "giovanilismo", vogliono essere giovani ed appartengono, a volte, a quella categoria degli "adultescenti", cioè adulti ma ancora con attitudini ed orientamenti adolescenziali.

Cosa succede in questi casi? Provo a concludere con una esperienza: una collega psicologa di cui ho seguito la figlia. Nel caso particolare loro due vivevano insieme e questa ragazzina di 14 anni aveva un ragazzo. La madre le consentiva di dormire col ragazzo durante il fine settimana, poi anche nel corso della settimana, finendo col

condividere tutto essendo la confidente della figlia. È interessante: ad un certo punto la figlia lascia il ragazzo perché questo è diventato una specie di matrimonio familiare, affermando di voler fare le sue esperienze con le amiche o anche con altre storie. La madre rimane ugualmente in contatto col ragazzo cercando di farli rimettere insieme. Evidentemente, una dinamica di questo genere non può funzionare, è deleteria.

Winnicott scrive a questo proposito: "l'adolescenza è una malattia normale, il problema non è degli adolescenti, il problema è della società e se gli adulti sono abbastanza sani da poterla sopportare".

2. Dibattito con il pubblico

Corino – Discussant: Lancio alcuni spunti: Come si può reintrodurre nell'adolescenza il tempo? Cosa vogliamo dagli adolescenti, come società e come terapeuti? Quali strumenti utilizzare, come organizzare e attualizzare la cura?

Intervento: [...] pensavo che non è solo un problema di confronto con i compagni, la classe, il gruppo, il gruppo sportivo ed eccetera, ma a volte diventa anche un problema di confronto tra le famiglie, nel momento in cui ci sono delle famiglie ricomposte. Ad esempio, il confronto tra l'adolescente che è il figlio della compagna e l'adolescente figlio tuo, diventa anche un problema, diventa un confronto, una competizione e c'è un padre, magari ci può essere un compagno, una compagna, ed allora tutto si complica.

Intervento: [...] a proposito della nostra genitorialità, soprattutto in questa fase siamo stati bravissimi a fornirgli le festine, a fornirgli i giocattoli, tutto ciò che volevano, ad accontentare tutti i loro desideri, ma oggi siamo assolutamente incapaci di gestire questa fase di vita,

quindi oggi noi diciamo l'adolescenza è in crisi, ma credo che ciò che è in crisi è la nostra genitorialità.

Intervento: Buongiorno, io ho una richiesta di aiuto in realtà; sono una dirigente scolastica e agganciandomi all'ultimo contributo recupero un po' il concetto di autorità; io mi confronto spesso con i miei docenti, che, giustamente, trovano che la soluzione ai problemi sia la sanzione, cioè la convocazione del consiglio straordinario di disciplina, sanzioniamo il ragazzo così impara. Tuttavia, una volta sanzionato, il ragazzo in realtà non impara mai, per cui sullo stesso soggetto si reiterano e si accavallano numerose richieste di consigli di disciplina, mi chiedo: c'è stato un tempo in cui noi subivamo il "no", almeno parlo della mia esperienza personale; io ho subito dei "no" che non mi sono stati giustificati e li ho accolti, era "no" punto e basta. I ragazzi oggi, invece, forse perché li abbiamo condotti alla problematizzazione, al confronto, alla riflessione, non lo accettano, lo respingono e lo restituiscono in maniera più violenta, e questa violenza si traduce nelle sanzioni che poi, di fatto, non lasciano segno, quindi: dobbiamo ripensare un modello educativo, certamente, che recuperi un "no" non giustificato, quindi un pizzico di autorità perché forse non siamo più credibili?

Ammaniti: In primo luogo, rispetto al quesito posto del come possano rientrare nel ciclo del tempo, sottolineerei che questo è davvero un problema serio.

Che cosa vuol dire? Vuol dire che, se i giovani vivono in una specie di limbo che si protrae, è difficile che riconoscano delle tappe, dei tempi, delle sequenze.

Se osserviamo il processo di scolarizzazione l'età media in cui i giovani si laureano è 27,8 mesi quando dovrebbero laurearsi a 23-24 anni, 27,8 è un tempo infinito. Probabilmente il problema sorge per il fatto che in molti casi le lauree lasciano tutto in sospeso, il futuro è

nebuloso: vivere nel presente è anche un modo per non guardare al futuro, per giovani che non sanno cosa aspettarsi.

Quando mi sono laureato io in medicina il problema del lavoro non me lo ponevo, era scontato. Oggi non è più così. Un terzo dei giovani fa dei lavoretti sottopagati, molto bassi, rispetto al livello di studio, e questa è una problematica che va al di là delle famiglie ma che riguarda una realtà sociale che non agevola.

Pensavo al problema dell'ambiente, dell'economia verde e a certe preoccupazioni per il futuro della terra, anche qui gli adulti sono totalmente ciechi e sordi, mentre trovo particolare che Greta Thunberg sia riuscita a fare quello che ha fatto. Probabilmente ciò ha a che fare con le sue caratteristiche di personalità; per un anno è andata davanti al Parlamento svedese ogni giorno, e questo lo ha fatto perché non è un adolescente, tutto si può dire tranne che sia un adolescente. Un adolescente va 2-3 volte, dopo di che si rompe le scatole e non ci va più, anche perché sente la totale ostilità.

Tra l'altro, è impressionante l'astio nei confronti di questa ragazzina, invece di considerarla come un segnale da prendere in considerazione perché c'è veramente una situazione grave, tutti si chiedono: "ma chi ci sta dietro Greta Thunberg?". Pazzesco! Ciò evidenzia una totale sordità dei governi, della società degli adulti.

Rispetto alla scuola la situazione è molto complicata, perché l'organizzazione didattica, educativa, come la psicoanalisi forse, parla una lingua arcaica dove lo studente sta seduto, fa l'interrogazione o dovrebbe fare i compiti a casa. In realtà, credo che la prima cosa da fare sia lavorare col gruppo classe, anche se non è facile, perché si deve affrontare l'ostilità degli adolescenti, il disinteresse, il modo di svalutare, ma è anche vero che quando gli adolescenti trovano un adulto appassionato a quel punto egli diventa un faro.

Altra complicazione è che purtroppo, molto spesso, gli insegnanti

sono sotto il mirino dei genitori. La maggior parte delle famiglie ha un figlio unico e quello è il capitale familiare, allora se va male a scuola non è il figlio ad avere difficoltà, ma l'insegnante che non lo valorizza. Tuttavia, credo che laddove vi sia un insegnante che si appassiona, questo possa riuscire a trasmettere delle cose ed aiutare i giovani ad amare quello che studiano, ponendosi mille interrogativi. Ad esempio, quando uno legge L'odissea, che per me è il più grande romanzo mai scritto -lo sto rileggendo in questo periodo- il famoso canto 23° dell'Iliade, quando Priamo ha perso il figlio Ettore che è stato ucciso gli dicono "vai negli accampamenti achei da Achille e chiedi il corpo di tuo figlio". Quella è una delle cose più belle da leggere, perché Priamo va, e c'è Achille furente perché Ettore aveva ucciso Patroclo, e gli dice "io mi chiedo in questo momento tuo padre Peleo come sarà preoccupato, come soffrirà perché tu sei lontano e in guerra". Beh, questo è quello che noi chiamiamo mentalizzazione e, senza dover chiamare in causa psicologi, neurobiologi, lo ritroviamo nell'Iliade e nell'Odissea. Queste cose devono essere amate perché i giovani le apprezzino, credo quindi che il consiglio migliore per questi insegnanti è di amare quello che fanno tentando di entrare in relazione con gli alunni.

3. Seconda parte

La seconda parte del mio intervento riguarderà i disturbi di personalità in adolescenza e la loro valutazione in adolescenza.

Per dare una cornice proviamo a riassumere velocemente intanto quali sono i compiti evolutivi fondamentali in adolescenza.

- Il primo ha a che fare con la pubertà e le trasformazioni corporee e, come dicevamo prima, anche con le modificazioni

del cervello.

- Il secondo con i cambiamenti affettivi e identificatori legati al progressivo distacco dalle figure familiari.
- Il terzo con i cambiamenti cognitivi che si verificano in questo periodo, come lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione.
- Il quarto con la regolazione affettiva, in adolescenza avvengono una serie di cambiamenti sul piano affettivo, uno dei temi fondamentali è la vergogna, che è un'emozione tipicamente adolescenziale.
- E infine, la partecipazione al gruppo dei pari, di cui abbiamo parlato molto.

Sempre come breve panoramica ricordiamo che nel DSM-5 per fare *diagnosi di disturbo di personalità* vengono presi in considerazione due criteri: uno riguarda un disturbo del "Sé" e il secondo la direzionalità del "Sé".

Quando si presentano disturbi che riguardano queste due dimensioni potremmo trovarci di fronte ad un disturbo di personalità. Bisogna tenere a mente che il DSM-5 si riferisce, però, agli adulti, mentre negli adolescenti la direzionalità del "Sé", l'identità, sono ancora in via di costruzione. Vi possono essere disturbi della personalità anche quando vi sono problematiche inerenti l'area interpersonale: l'empatia, ad esempio, è intaccata in alcuni disturbi di personalità come quello narcisistico o quello borderline. Altri aspetti importanti sono le problematiche in merito all'intimità, ossia la difficoltà ad avere rapporti affettivi ravvicinati, così come alla sessualità, abbastanza tipico del disturbo schizoide o del disturbo evitante.

Per quanto riguarda la diagnosi dei disturbi di personalità in adolescenza, questi possono essere diagnosticati utilizzando i criteri del DSM (anche se la loro validità è abbastanza discutibile) perché sembrano moderatamente stabili nel tempo, vi è una frequente

comorbidità ed in adolescenza si associano a disturbi della condotta o a dipendenza da sostanze.

Il DSM non ha alle spalle né una teoria della personalità né dello sviluppo della personalità. Bisogna, dunque, rifarsi alla ricerca sui disturbi di personalità in adolescenza, la quale ha dimostrato che i tassi di prevalenza sono intorno al 12%, essi hanno le loro radici nell'infanzia e nell'adolescenza. Ci possono essere vulnerabilità genetiche e una certa rilevanza assumono le esperienze di privazione o traumatiche.

Rimane aperta la riflessione su quanto una diagnosi di questo tipo possa avere influenze negative per un adolescente con il rischio di creare in modo permanente un etichettamento.

La ricerca mette in luce, inoltre, che c'è un *impairment*, una compromissione sul piano interpersonale; ci sono elevate conflittualità nelle relazioni sentimentali, difficoltà nei rapporti coi coetanei, difficoltà nel raggiungere degli obiettivi educativi, conflitti familiari e bassa autostima. Tutto questo crea condizioni di vita insoddisfacenti con ovvi problemi di ansia e depressione associati.

Otto e Paulina Kernberg propongono un altro modo di teorizzare e valutare i disturbi di personalità; essi affermano che, al di là dei sintomi, di ciò che osserviamo dei comportamenti, occorre tener presente anche una dimensione soggettiva e bisogna mettere in luce i processi organizzativi della struttura di personalità sottostante i sintomi.

I sintomi possono variare nel corso dello sviluppo e questo spiegherebbe la scarsa stabilità della diagnosi basata sul DSM, mentre il concetto di organizzazione di personalità garantisce una certa stabilità. Kernberg evidenzia l'importanza di studiare l'identità indagando come gli individui sperimentano e percepiscono sé stessi in rapporto agli altri, rispetto ad una continuità temporale ed in

circostanze diverse.

Insieme al suo gruppo della Cornell University Clarkin di New York si occupano esclusivamente di adulti e distinguono *l'identità sufficientemente integrata*, in cui aspetti diversi di sé trovano una sufficiente integrazione e vi è un discreto riconoscimento di questi, e *l'identità non integrata*, dove coesistono aspetti diversi, contrastanti, di cui non si ha consapevolezza, come ad esempio nel disturbo borderline.

Viene messa in luce l'importanza dei meccanismi di difesa, che possono essere più o meno maturi e a partire dalla valutazione dell'esame di realtà, ossia la capacità di distinguere gli stimoli interni, gli input interni da quelli esterni, vengono identificate la *personalità nevrotica*, in cui l'identità è sufficientemente organizzata; la *personalità "al limite"*, che in senso ampio è quella borderline, cioè dove c'è un disturbo importante dell'identità e dei meccanismi difensivi, e poi la *personalità psicotica*.

Se dovessimo, dunque, definire l'identità riprendendo ciò che dice D. Westen (2000), si tratta di un senso di continuità dell'esperienza del sé. E il problema rispetto al vissuto del tempo, non solo un tempo esterno, ma un tempo interno e un investimento sull'insieme delle rappresentazioni del sé.

A partire da questi presupposti teorici proprio in collaborazione con Kernberg et al., abbiamo costruito un'intervista per gli adolescenti, legata all'intervista che Kernberg aveva creato per gli adulti, che si chiama STIPO, *Structured Interview of Personality Organization*, ossia l'intervista strutturale sull'organizzazione della personalità.

L'abbiamo modificata perché troppo lunga e farraginoso per un adolescente; inoltre non affrontava subito il tema dell'identità. Ne è venuta fuori una nuova intervista, che si chiama IPOP-A, ovvero *Intervista dei Processi Organizzativi della Personalità in Adolescenza*

che mette in luce le trasformazioni dell'adolescenza.

Il tempo di somministrazione va dai quarantacinque minuti ad un'ora.

La prima area riguarda il tema dell'identità:

- Affrontarla presuppone esplorare direttamente con l'adolescente l'immagine che egli ha di se stesso. Una delle domande concerne: *"se tu dovessi descriverti, come ti descriveresti? In poche parole quali potrebbero essere gli aggettivi?"*. Ciò stimola l'adolescente ad interrogarsi su sé stesso e permette di osservare la capacità di rappresentarsi, mettendo in luce aspetti positivi ed aspetti negativi; possiamo così valutare se la rappresentazione di sé è sufficientemente articolata, se emergono aspetti contrastanti, un'identità non integrata, una "diffusione d'identità", in cui ci sono aspetti di cui non si è consapevoli.
- Vengono indagati **due livelli rappresentativi**, *uno semantico*: *"come ti descrivi? Simpatico, antipatico, empatico?"*; e uno episodico: *"mi puoi raccontare un episodio che mi faccia capire come tu sei empatico?"*, più vicino all'esperienza. E' importante capire se vi è una corrispondenza tra questi. A seguire troviamo la descrizione attraverso *l'opinione degli altri, ossia come gli altri ci vedono*, che esplora la valutazione e il modo in cui uno attribuisce agli altri certe immagini di sé.
- Un altro aspetto è **la mentalizzazione**, cioè *la capacità di riconoscere aspetti contrastanti di sé*, ad esempio, un ragazzo con un disturbo ossessivo disse *"quello che sono l'ho voluto io e non mi faccio condizionare dagli altri"*, però poi dice *"io sono molto leale con gli altri"* e quando gli si chiede come mette insieme questi due aspetti che sembrano contrastanti, lui chiede *"come li faccio coincidere?"*. Ci fa vedere il suo bisogno

di controllare aspetti diversi nel voler farli coincidere, sovrapporre.

L'intervista non solo valuta la vulnerabilità della personalità, ma anche i punti di forza, fondamentali per un lavoro terapeutico, cosicché quello che emerge può contribuire e agevolare un eventuale trattamento.

Altra componente di quest'area è l'autostima che in adolescenza è legata al modo in cui si viene visti dagli altri, mentre in età adulta è legata al modo in cui uno si rappresenta.

- Viene esplorata *l'accettazione del corpo*, cosa uno vuol cambiare del corpo. Per esempio una ragazza borderline diceva *"io ho l'impressione che la mia pelle, anche se mi rendo conto che è assurdo, sia una pelle stanca che mi scivola sul corpo, mi rendo conto che non è possibile, però io la vedo così"*.
- Bisognerebbe attenzionare anche *il modo in cui l'adolescente entra nella consultazione*: com'è vestito, come si siede, come si muove, qual è la sua motricità, l'intenzione.
- Tutto ciò ha a che fare con quello di cui ci parla D. Stern, ossia il funzionamento, che lui definisce *"la conoscenza relazionale implicita"*, fondamentale negli adolescenti, ma anche in tutti i pazienti.
- Altro aspetto indagato è la *coerenza nel tempo*, *"vedi una differenza rispetto a quando andavi alle elementari? Ti vedi diverso?"*; vi sono soggetti che nel rispondere restano sul concreto ed altri che riconoscono anche i cambiamenti psicologici, ciò ci dà indicazioni sulla presenza o meno di una capacità di connettersi al passato, o di scindere il passato e vivere nel presente.
- Poi si esplora la *capacità di investire negli studi, nel lavoro, negli interessi personali*, negli hobby, nelle attività e così via.

Questo è uno dei punti che sottolinea molto Kernberg, ovvero che l'identità è legata al modo in cui uno si rappresenta in relazione con gli altri, dunque si chiede ad esempio *"qual è la persona a cui sei più legato al di fuori della famiglia? adolescenti, amici"*, e poi dentro la famiglia.

È un'intervista molto definita, di conseguenza se il soggetto risponde poco, in modo scarno, potrebbe essere indice di qualche problematica ossia di stimoli che non vengono codificati. Altra questione rilevante è che a volte gli adolescenti cominciano a parlare troppo, in quel caso è utile riportarli alla cornice per poterli valutare.

Esiste un manuale di codifica 0-1-2, in cui 0 indica una situazione in cui pur se possono esserci delle difficoltà si tratta di conflitti relativamente affrontabili, un'identità relativamente integrata; 1 corrisponde a quello che Kernberg concettualizza come un'organizzazione con dei punti conflittuali consistenti, quindi una crisi d'identità più complessa, e 2 una diffusione dell'identità ci troviamo in questo caso nell'area dei disturbi di personalità.

Il manuale prevede un'altra differenziazione: prima, media e tarda adolescenza (oltre i vent'anni).

I punti nodali che possiamo osservare, nel disturbo d'identità, nel disturbo borderline, sono un senso di incoerenza, che a volte può creare un forte malessere, un'inconsistenza e volatilità nelle convinzioni, un'identificazione nei ruoli, per esempio l'identificarsi con un personaggio, con un leader negativo, una difficoltà a raggiungere dei risultati, cioè ad utilizzare le proprie risorse per conseguire un certo risultato.

L'identità ha radici anche a livello neurobiologico: nella ricerca più recente è stato dimostrato che l'area cingolata ha a che fare con la rappresentazione di sé, mentre, ad esempio, la teoria della mente è legata alla corteccia frontale (quella che aiuta nella mentalizzazione),

per cui negli adolescenti le reti neurali coinvolte nella percezione di sé sono quelle più attive.

Tornando all'intervista, questa è suddivisa in tre aree la prima: l'identità, l'abbiamo appena esplorata.

La seconda area riguarda le *relazioni interpersonali*.

Una tappa evolutiva dell'adolescenza riguarda il distacco dalle figure genitoriali, aspetto abbondantemente sottolineato anche se su questo le posizioni sono diverse.

La psicoanalisi ad esempio, ha molto sottolineato la conflittualità del distacco dai genitori, mentre la teoria dell'attaccamento considera, soprattutto nei soggetti con attaccamento sicuro, una migliore gradualità di distacco. Altro aspetto importante di questo periodo, è che gli adolescenti si rivolgono sempre di più verso gli altri, al di fuori della famiglia, stabiliscono legami affettivi con i pari e iniziano le prime esperienze sentimentali e sessuali che costituiscono un processo organizzativo importante, sono un indice del fatto che l'identità è sufficientemente costituita.

Infatti là dove gli adolescenti non hanno confini definiti, hanno paura dell'intimità, la vivono come un'intrusione, come un pericolo per la propria identità. Spesso nascondono tutto questo con un atteggiamento di distacco e di superiorità, o con un atteggiamento svalutativo.

Quando parliamo delle relazioni interpersonali, intendiamo in primis i legami con le figure familiari. Figure che hanno svolto un ruolo nella regolazione del senso di sicurezza nell'infanzia, e tenendo a mente che in adolescenza questo rapporto con i genitori cambia.

L'adolescente, ad esempio, chiede che i genitori abbiano fiducia nelle sue capacità di sperimentare, è tipico che dica: "*tu non mi fai tornare tardi perché non hai fiducia in me*". Avere fiducia vuol dire sentire che

gli adulti ti considerano capace di fronteggiare le situazioni, sapendo comunque di poter contare su di loro.

L'altro legame che si esplora è quello coi coetanei, il ragazzo o la ragazza con cui c'è un rapporto sentimentale. E' importante esplorare la conoscenza relazionale esplicita ed implicita, così come concettualizzata da Stern: la prima (la conoscenza esplicita) è quella in cui il soggetto è consapevole delle sue caratteristiche, dei suoi atteggiamenti e riesce anche a verbalizzarli. La conoscenza implicita, quella dove il soggetto non è consapevole, va in automatico e si esprime attraverso il corpo. Corpo che va ben osservato perché spesso ci dà le informazioni più importanti. Sarebbe sicuramente interessante se un giorno potessimo codificare le espressioni facciali, il modo di muoversi e così via.

Troppo spesso siamo portati a privilegiare quello che ci dicono, la verbalizzazione, ma è molto più interessante, tutto quello che può essere assimilato dalla "meta comunicazione" rispetto alla verbalizzazione. Andando avanti nell'intervista si parla di amici intimi, della rottura e della riparazione dei rapporti, se un rapporto di amicizia dura nel tempo o no, l'attività nel gruppo dei coetanei e la consapevolezza della propria posizione all'interno del gruppo, le relazioni sentimentali.

Le relazioni con le figure di attaccamento: quella primaria e quella secondaria. Si indaga per ognuna il modo in cui ci si rappresenta la relazione, i rapporti che si hanno, se ci sono discussioni, l'ansia di separazione quando si è lontani dai genitori; questo emergere maggiormente nella prima adolescenza.

C'è poi l'area dei segreti, un punto importante, perché è sano che gli adolescenti abbiano dei segreti, dei loro spazi privati.

Anche qui ci sono i tre livelli: relazioni sufficientemente adeguate, con difficoltà moderate, oppure con difficoltà gravi, tipiche delle relazioni

caotiche e con problemi nel processo di separazione ed individuazione.

Occorre altresì ricordare che ci sono due livelli importanti nel campo relazionale dal punto di vista neurobiologico: l'area dei neuroni specchio che ci ha aiutato a capire la risonanza emotiva; poi c'è un livello cognitivo, quello della mentalizzazione, che ha a che fare con il conoscere l'altro e saperselo rappresentare, con il descrivere l'altro in terza persona.

Altre aree fondamentali sono, sia quelle motorie e premotorie (quelle dei neuroni specchio), sia la corteccia orbito-frontale (quella dell'attaccamento) che si attiva, ad esempio, quando un genitore si prende cura e protegge il figlio e dunque se il figlio costruisce un legame di attaccamento (ciò è riscontrabile anche a livello neurobiologico).

Nel sottolineare l'importanza del substrato cerebrale dovete sapere che nella prima adolescenza, c'è una difficoltà legata a meccanismi cerebrali nel riconoscere le espressioni emotive facciali. L'accuratezza nel riconoscere le espressioni facciali degli altri è ridotta nella prima adolescenza e richiede più tempo per la decodifica, il che spiega certe difficoltà che gli adolescenti possono avere nell'interazione con gli altri.

In questa fase di vita ci sono aspetti neuropsicologici importanti, come il correre dei rischi. Aiuta l'adolescente a ricreare i livelli di dopamina, lo eccita e di conseguenza tende a ricercare queste situazioni. L'altro è la ricerca di sensazioni forti, anch'esso ha una base cerebrale. Ultimo aspetto neuropsicologico è la ricerca di novità, ed anche questo lo eccita ed è legato all'evoluzione, non solo umana, ma anche dei mammiferi. Vi è una spinta interna, anche neurobiologica, verso la ricerca di sensazioni forti, verso le novità, lo sperimentare.

La terza area è quella della *regolazione affettiva*.

Devo dire, Kernberg all'inizio non era d'accordo, ma io ho insistito molto perché credo che la regolazione affettiva sia fondamentale in adolescenza, e non solo, e che vadano attenzionati soprattutto tre aspetti.

- Primo, *la capacità di sperimentare un'ampia gamma di emozioni*. Voi sapete che il disturbo borderline è molto focalizzato sulla rabbia e ci sono una serie di bias, per cui se gli fai vedere delle espressioni facciali tutto è rabbia.
- Secondo è *la capacità di mentalizzare le emozioni, di saperle riconoscere*, non solo sperimentare.
- Il terzo aspetto è la *modulazione*, per cui un'emozione la si prova connessa ad uno stimolo contingente. Come voi sapete nel disturbo borderline continuano ad essere arrabbiati anche oltre lo stimolo e questo incide fortemente sulle relazioni con gli altri.

Come valutiamo questi tre aspetti?

Proponendo delle scene modello che affrontano dipendenza, autonomia, rabbia, colpa, gelosia, tristezza, gioia, vergogna, ansia, impotenza, noia e senso di vuoto, e sono delle scene modello costruite proprio per stimolare le risposte dell'adolescente.

Anche qui le risposte vengono poi classificate in 3 range: sufficiente regolazione, difficoltà moderate e difficoltà gravi.

Altro aspetto interessante di cui ha parlato Ledoux (1986), grande neurobiologo autore de "Il cervello emotivo", sono le due vie: la strada bassa delle emozioni e la strada alta delle emozioni. Quest'ultima è quella che ha a che fare con la mentalizzazione dell'emozione, arriva alla corteccia e aiuta a riconoscere le proprie emozioni. La strada bassa, invece, è legata alla sperimentazione

immediata. Successivamente valutiamo i comportamenti a rischio: abuso di sostanze, alcolismo, *Risk seeking* ossia la ricerca del rischio, scontri fisici, attacchi al sé, autoaccuse, autolesionismo, sappiamo quanto è diffuso il *cutting*, soprattutto tra le ragazze, ed infine attività illegali.

Come già detto l'ambito applicativo sono i disturbi di personalità in adolescenza ed in età giovanile. È un'intervista semi strutturata che tiene presente, oltre al modello di Kernberg, anche gli studi di matrice psicodinamica e poi la ricerca clinica in adolescenza ed ha una doppia finalità: può essere usata sul piano della ricerca (ne stiamo pubblicando la standardizzazione in una rivista, *Journal of personality*), e sul piano clinico.

Io ad esempio la uso in questo modo: in terza seduta di valutazione faccio questa intervista. La prima seduta è totalmente libera, un incontro, la seconda è pure libera, però al termine della seconda consultazione somministro il Million, che dà un profilo della personalità, è un questionario che alla fine dà un grafico e agli adolescenti piace moltissimo. Tutto questo serve a introdurre l'intervista, che è in terza seduta e nella quarta seduta do una restituzione ed è molto utile, perché aiuta l'adolescente a rispecchiarsi ed a trovare un'immagine di sé sufficientemente coerente, dura un'ora e riguarda l'ultimo anno di vita, ed anche se non viene codificata, ma si conosce il manuale (gli aspetti importanti da valutare) può essere molto utile.

Può essere utilizzata anche per valutare gli esiti dell'intervento, ripetendo dopo due anni la somministrazione, i feedback saranno utili anche all'adolescente, perché lo aiutano a riconoscere il percorso e la temporalità del percorso. È un'intervista che aiuta a trovare un rispecchiamento ed è anche uno spazio per riflettere, per aiutare l'adolescente a riconoscere che può esserci uno spazio personale, uno

spazio interno.

Senise sottolineava l'importanza dello strumento psicodiagnostico: può mobilitare la curiosità di un adolescente, lo aiuta ad avere una "graduale comprensione di sé stesso attraverso una più ampia conoscenza di sé, di quello che gli sta capitando, che ancora lo aspetta e che gli è successo, confrontandosi con un sé maturativo e problematico ed in esso si rispecchia."

4. Dibattito con il pubblico

Intervento di Ugo Corino - discussant: Faccio delle considerazioni sparse; lo trovo uno strumento estremamente interessante e anche utile ma ho qualche perplessità. Non sullo strumento in sé, ma sulle situazioni complesse che ci troviamo a fronteggiare oggi, mi riferisco a ragazzi e a situazioni molto problematiche, non solo quelle con disagio medio-lieve.

Per questi casi temo sia un rischio stare dentro la metodologia del vecchio approccio della neuropsichiatria infantile che lavorava con procedure, anche queste, hanno avuto una grande importanza, salvo poi diventare burocratizzate, semplici rituali applicativi che non contemplavano più una reale presa in carico (le 4 sedute di osservazione con la successiva restituzione ai genitori e la dichiarazione per un operatore di sostegno...).

Questo è un grande problema, per cui il rischio che sento è quello di fare delle diagnosi che poi diventano nuove etichettature, nuovi stigmi, senza una reale presa in carico del caso.

Mi chiedo se sia ugualmente utile, per esempio, a molti di quei ragazzi che hanno una lacerazione a livello di rete familiare e di storia della famiglia. Per storia della famiglia intendo una storia narrata, non

una rendicontazione.

Per esempio nei casi difficili lavoriamo prima molto di più con la famiglia e dunque l'intervista la facciamo anche alla famiglia? La facciamo facendoci raccontare, non tanto o solo i problemi del ragazzo e, se loro sono dei buoni o cattivi genitori, che è un altro dramma, ma, più che altro su come hanno pensato il loro figlio e come lo pensano?

Credo, inoltre, che si possano vedere i genitori insieme ma anche separatamente, si potrebbe pensare che poi la restituzione e l'intervento lo moduliamo come dialogo basato su adolescenti e loro famiglie, perché spesso vi sono processi di separazione molto difficili, a volte anche impossibili. È possibile pensare di lavorare contemporaneamente, e non più separatamente, con famiglia e adolescente?

Ammaniti: Rispondo subito, perché gli interrogativi posti sono molti. Quando facciamo la consultazione ad un adolescente i percorsi possono essere molto diversi e con vari setting. In molti casi l'adolescente non viene, vengono i genitori, che sono quelli che esprimono la sofferenza dell'adolescente. Magari l'adolescente non è in grado di riconoscerlo, per cui sono i genitori quelli che presentificano la sua sofferenza, e posso lavorare con i genitori sperando e cercando di mettere in moto un processo per cui, ad un certo punto, si possa accogliere l'adolescente stesso.

Vi racconto un caso che ho seguito: un adolescente, di cui venne il genitore, il padre, perché il ragazzo passava tutto il suo tempo sul cornicione a dire che voleva buttarsi sotto. Era andato da vari psichiatri, gli avevano dato farmaci, ma lui aveva smesso di prenderli e non era più andando. Io ho lavorato un po' col padre e con la madre separatamente ed a un certo punto anche con lui, ho provato ad agganciarlo ma era troppo fissato in una posizione oppositiva, per

cui poi non è più venuto. Lui non andava più a scuola, ma la scuola collaborò molto e facendo un percorso particolare è riuscito a prendere la licenza. Due o tre settimane fa mi ha telefonato, prima era completamente rasato, ora si è presentato con i capelli, si è iscritto all'università e, proprio nell'ultima seduta, mi disse "il mio problema è che vado all'università e non riesco ad avvicinarmi a nessuno, sto solo, in silenzio, e non so come avvicinarmi agli altri". Adesso non so cosa succederà, però in ogni caso è comunque un buon risultato che non si sia buttato dal cornicione, che era una cosa che mi metteva molta ansia e metteva molta ansia ai genitori. Questo è un esempio di percorso. Altre volte, invece, possiamo trovarci di fronte ad un adolescente, soprattutto nella media e tarda adolescenza, che dice "vengo io e non voglio che i miei genitori vengano, quello che ci diciamo rimane fra noi", il che pone dei problemi dato che i genitori in qualche modo devono essere coinvolti soprattutto per autorizzare, per cui in quel caso si prova comunque a discutere di questi elementi.

Esistono situazioni diverse, dunque, però rimane il fatto che, al di là del percorso che si costruirà, il nostro non è sicuramente un approccio assimilabile a quello della neuropsichiatria infantile o di chi vuole fare diagnosi. È una valutazione della personalità, dei punti di forza, di debolezza, delle vulnerabilità e che dà all'adolescente anche la possibilità di immaginare e rappresentarsi che esiste un suo mondo, che lui è aiutato a leggere ed a riconoscere.

Mentre se ci troviamo ad esaminare una adolescente con lievi difficoltà è possibile fare un percorso breve, mirato e non condiviso in toto con genitori, nelle situazioni che lo richiedono al momento della restituzione proviamo a contrattare la possibilità di condividere ciò che è emerso con la famiglia, facendoci comunque autorizzare dal ragazzo e assicurandolo sul fatto che non vi sarà una condivisione

totale ma più generale che apra la possibilità che anche i genitori facciano un loro percorso. Naturalmente non saranno due percorsi paralleli, ma ogni tanto ci saranno delle intersezioni. Per cui è fondamentale saper modulare l'intervento, rispettare i tempi necessari, le dinamiche tra l'adolescente, la famiglia, la scuola e così via. Credo fortemente che nel lavoro con gli adolescenti bisogna essere in grado di modulare l'intervento e a volte, anche, uscire fuori dal setting.

Bibliografia

- Ammaniti, M. (2018). *Adolescenti senza tempo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Erikson, E. (1968). *Gioventù e crisi di identità*, Tr. it. Roma: Armando, 1995.
- Freud, S. (1905). Frammento di un'analisi d'isteria. In OSF, vol. 4. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1977.
- Giedd, J. N. (2012). The digital revolution and adolescent brain evolution. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 101–105.
- Hobsbawm, E. J. *Il secolo breve: 1914-1991*. Trad. it. Milano: BUR, 2006.
- Ledoux, J. (1986). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*.

Trad. it. Milano: Baldini & Castoldi, 2014.

APPENDICE: SCHEDA DI SOMMINISTRAZIONE IPOP-A

© 2015 Ammaniti, Fontana, Kernberg, Clarkin, & Clarkin. Non utilizzare o citare senza il consenso scritto degli autori

Intervista Adolescenti (13-21 anni)

41 domande - 1 h circa - somministrata al 3-4 incontro - riferito all'ultimo anno

3 aree di indagine: Identità – Relazioni oggettuali – Regolazione affettiva

Parlami un po'di te: che tipo di persona sei? (Approfondire con esempi).

Secondo te, come ti vedono i tuoi amici?

E i tuoi genitori?

Secondo te, perché sei " " e " " ?

Come ti spieghi questi aspetti differenti di te?

Sei soddisfatto di te stesso/a?

Ti fai influenzare dal giudizio degli altri? Fammi un esempio.

Quando ti guardi allo specchio, ti piaci?

Ti succede spesso? Fammi un esempio.

Che cosa ti piace /non ti piace del tuo corpo?

Oggi ti vedi uguale o diverso rispetto al passato, ad esempio rispetto a quando andavi alle elementari?

Come vai a scuola/università?

Che media hai?

Ci sono materie che ti piacciono?

Quanto studi a casa?

Hai mai pensato a cosa vuoi fare dopo gli studi?

Se immagini il tuo futuro, come ti vedi?

Durante il fine settimana, o nel tuo tempo libero, che cosa fai?

Quali sono i tuoi interessi?

Ti piace fare ?

Ti piace fare cose rischiose oppure sfidare le regole?

Raccontami.

Chi è attualmente la persona più importante per te, al di fuori della tua famiglia (Approfondire con esempi)?

Parlami di _____: che tipo di persona è?

Secondo te, perché _____ è _____ e _____ " _____ " ?

Come pensi che riesca a far convivere questi aspetti differenti?

Hai un amico/a del cuore?

Se si, parlami del vostro rapporto aiutandoti con qualche esempio.

Con _____ (amico del cuore) ci litighi mai?

Che succede?

Cambi spesso amici? Perché?

Hai uno o più gruppi di amici?

Che fate insieme?

Ti piace?

Se nel tuo gruppo bisogna decidere di fare qualcosa, che ruolo hai?

Fammi un esempio. In caso di conflitto, come ti poni?

Ti capita mai quando sei con i tuoi amici di bere alcolici o di fare uso di sostanze?

Da solo?

Quali hai provato?

Hai avuto un ragazzo/una ragazza nell'ultimo anno?

Se si, parlami della vostra storia.

Se no, ti sei mai "preso/presa una cotta" per qualcuno nell'ultimo anno?

Hai mai avuto rapporti sessuali?

All'interno della tua famiglia chi è la persona che si prende cura di te e che ti rassicura?

Parlami di _____ : che tipo di persona è _____ (Approfondire con esempi)?

Secondo te, perché _____ è " _____ " e " _____ " ?

Come pensi che riesca a far convivere questi aspetti differenti?

Che legame hai con _____ (far riferimento alla figura di attaccamento primaria)? Fammi qualche esempio.

Qual è la seconda persona che si prende cura di te e ti rassicura all'interno della tua famiglia?

Parlami di _____ : che tipo di persona è _____ (Approfondire con esempi)?

Secondo te, perché _____ è " _____ " e _____ " ?

Come pensi che riesca a far convivere questi aspetti differenti?

Che legame hai con _____ (far riferimento alla figura di attaccamento secondaria)? Fammi qualche esempio.

Con loro litighi mai?

Quanto spesso?

Di solito per cosa litigate?

Fammi un esempio.

Sei lontano dai tuoi oppure loro non sono disponibili come al solito, magari perché sono molto impegnati con il lavoro o perché hanno i loro problemi da risolvere, come ti senti? Fammi un esempio.

Parli di tutto con loro o c'è qualcosa di cui non parli?

Hai un problema importante e sei costretto a chiedere aiuto ai tuoi genitori, come ti senti? Fammi un esempio.

I tuoi genitori ti proibiscono di tornare più tardi del solito perché vuoi andare a una festa o uscire con i tuoi amici, come ti senti? Fammi un esempio.

Al di fuori della tua famiglia ti arrabbi mai? Fammi un esempio.

Hai mai fatto a botte o ferito qualcuno?

Quando sei in difficoltà, te la prendi mai con te stesso?

Fisicamente o emotivamente?

Cosa fai/hai fatto? Hai mai fantasticato di farla finita?

Hai mai tentato il suicidio?

Hai detto qualcosa che ha ferito il/la tuo/a migliore amico/a, come ti senti? Fammi un esempio.

Hai mai commesso qualcosa di illegale?

Un tuo amico/una tua amica ti trascura perché ha trovato un nuovo amico, tu come ti senti? Fammi un esempio.

Hai tanto desiderato realizzare un tuo sogno e ci riesci, come ti senti? Fammi un

esempio.

Perdi un amico/una amica, come ti senti? Fammi un esempio.

Ti succede di fare una brutta figura con i tuoi amici perché hai raccontato una balla e loro se ne sono accorti, come ti senti? Fammi un esempio.

Ti trovi in un vicolo cieco e non sai come fare, come ti senti? Fammi un esempio.

E' finito da poco l'anno scolastico e non hai niente da fare, come ti senti? Fammi un esempio.

Supponi che stai tornando da solo/a casa di sera e ti viene incontro qualcuno che ti minaccia perché vuole il tuo cellulare, come ti senti? Fammi un esempio.

Ora che siamo alla fine dell'intervista, cosa cambieresti di te?

L'adolescente problematico. Storia di una lacerazione tra famiglia, scuola, società, clinica

Corrado Pontalti

Viene affrontato il problema della pensabilità dell'adolescente e del giovane adulto entro le aporie socio-antropologiche della nostra epoca, a partire dagli anni '80. Le profonde trasformazioni in atto determinano, da un lato, lo sguardo preoccupato e non competente su questa fascia di età e dall'altro richiedono ripensamenti profondi sia sul senso psicopatologico delle fenomenologie, sia sulle terapeutiche in atto per risultare efficaci.

Pensabilità dell'adolescente; Psicopatologia dell'adolescente; Psicoterapia dell'adolescente.

The problematic adolescent. History of a tear between family, school, society, clinic

The problem of the thinkability of adolescents and young adults is tackled within the socio-anthropological aporias of our time, starting from the 1980s. The profound transformations taking place determine, on the one hand, a worried and non-competent gaze on this age group and on the other require profound rethinking both on the psychopathological sense of the phenomenologies, and on the therapeutics in place to be effective.

Thinkability of the adolescent; Adolescent psychopathology; Adolescent psychotherapy

Nel 1970, negli anni così lontani dei nostri inizi professionali, mi è capitato di avere sotto le mani il libro di uno psichiatra francese, Roger Gentis, si chiamava "Guarire la vita" (Gentis, 1971), e mi ha aiutato tantissimo a capire che non possiamo rendere tutto patologico, che la vita non è "guaribile". Molto del senso del detto "fatti le ossa" era: "ragazzi, chi di voi si fa le ossa lo ritroveremo ancora qualche generazione dopo, per chi non se le fa mi dispiace tanto!". Non sono cinico, però, credo che si debba sempre avere un confine rispetto all'idea che siamo chiamati, come professione, a togliere il dolore dal mondo. Purtroppo, uno dei problemi attuali della

nostra professione, è come se il sociale ci avesse investito del fatto che siamo guaritori, lenitori della fatica del vivere (Giacomo Di Marco ha studiato a fondo questo aspetto in un'area di ricerca definibile "Psichiatria sine psichiatria"). Rispetto a questo, è importante chiedersi cosa facciamo con i ragazzi di cui ci assumiamo una responsabilità terapeutica. A mio avviso abbiamo due registri: uno, capire la nostra epoca, e l'altro capire il nostro mandato, quando assumiamo un mandato terapeutico. Sappiamo quanto l'adolescenza sia un'invenzione della cultura della nostra epoca, ma non sappiamo nemmeno delimitarla, in realtà non si sa mai quando si è raggiunto il limite; chi va a misurare il fatto che io mi sento un'identità sicura, stabile? D'altra parte, si incontrano cinquantenni che hanno nuclei adolescenziali. Provo a dire che questa è una novità culturale che, almeno fino alla mia generazione, non esisteva per un motivo molto semplice: il sociale, la comunità, la polis, ci attribuivano dei compiti, un mandato molto chiaro, a seconda delle classi sociali, delle storie; rispetto a questa invariante si è venuta a costituire negli ultimi decenni una discontinuità catastrofica con la quale noi stiamo facendo i conti. Con catastrofica non intendo dire drammatica, intendo dire una discontinuità pesante, che ha introdotto un'età, un tempo nuovo. Io ricordo sempre un dato, che, dopo la Seconda guerra mondiale, l'87% della popolazione italiana viveva in campagna, e questo vuol dire che la cultura di riferimento, la comunità di riferimento, la polis, era il paese, con tutta la sua storia. Oggi, il paese si spopola, questo vuol dire che facciamo i conti con migrazioni enormi e uno fa l'astrofisico, però viene dall'Abruzzo e dice "che cosa mi hanno trasmesso dall'Abruzzo all'astrofisica". In altre parole, non è solo una rapidità tecnologica, è una rapidità delle trasformazioni del familiare. Il nostro ritardo epistemologico e procedurale ha a che fare con ciò che si è generato in questa trasformazione sociale, antropologica

totale del mondo occidentale. Quello che è rimasto è che abbiamo trasformato i passaggi tra le generazioni, come mandato di cultura, di codici di riferimento, di compiti, di modo di gestire le emozioni, di modo di gestire le pulsioni: tutte questioni governate da codici fortissimi nei nostri paesi; nessuno si sognava di dire che il problema di un bambino, di un ragazzo, era legato a come era avvenuto l'attaccamento, la *rêverie* con la mamma; questi concetti non esistevano, sono neo costruzioni; ma, se non ne siamo abbastanza consapevoli, quello che noi troviamo è che la colpa, cioè l'origine della patologia, della sofferenza, dall'infanzia all'adolescenza fino alla vecchiaia, viene attribuita ai genitori. E lì c'è uno sbarramento che è dell'nostra epoca: la storia inizia e finisce con i "tuoi" genitori. Allora è doveroso, seguendo Edgar Morin chiedersi: ma questa complessità la possiamo ridurre? (Morin, 2017). No, lui così ci insegna nel suo lungo viaggio attorno al "Metodo". Per inciso sono questi i fondamenti sorgivi della Gruppoanalisi, come paradigma, più che come conduzione di gruppi. *L'accettare l'impossibilità di un riduzionismo*. Questo è il dramma della nostra professione. Questo sta succedendo nella gestione dell'età evolutiva e sta abbracciando l'adolescenza, come tappa intermedia. Rottosi il patto tradizionale ancestrale dei codici della tradizione della comunità, nella povertà, nella miseria, nella migrazione, nella violenza, nell'alcolismo, tutto quello che è stato, tutte le immigrazioni, hanno fatto sì che non ci fossero più codici di riferimento consensualmente condivisi. Da questo punto di vista, riemerge uno stranissimo dilemma, che, in realtà, ha sempre accompagnato sempre la storia dell'umanità, ma in forma diversa: la famiglia costruisce la società o è la società che costruisce la famiglia? Nel sacro, e ci tengo a fare questa distinzione, la famiglia viene prima di tutto e la concettualizzazione di "Famiglia" ha fondazione incommensurabile nelle singole culture; per la dottrina cattolica la

famiglia naturale è quella costituita da uomo, donna e bambino, è la famiglia voluta da Dio, punto. Ma cos'è "naturale"? Allora, quando definiamo la famiglia, se pensiamo di poterla definire, dobbiamo aver chiaro, che inconsapevolmente ci muoviamo "nell'ordine del sacro". Quando diciamo, incontrando un ragazzo, che ha avuto un attaccamento disorganizzato con la madre e non abbiamo vissuto assieme questa storia, noi siamo nell'ordine del sacro. Anticipiamo una colpa senza averne gli elementi. Operiamo un riduzionismo estremo, possibile solo nell'estremo riduzionismo che fonda il Sacro "è il volere di Dio (qualunque sia il dio).

Queste trasformazioni sono avvenute negli ultimi sessant'anni; è l'arco della nostra vita e, inevitabilmente questo è lo scenario del nostro immaginario collettivo, lo scenario di un'epoca, una storia, che ha cambiato radicalmente il rapporto tra codici sociali, codici familiari e codici di personalità. Perché dire che non c'era l'adolescenza, non vuol dire che io non avessi 13-14 anni o non vuol dire che il ragazzo del paese non portava al pascolo le pecore quando aveva 8 anni e la bambina di 4-6 anni non teneva la sorellina di 6 mesi. Tutto questo non accade più, quindi cosa è venuto meno in queste trasformazioni antropologiche così radicali, così rapide? È venuto meno il lavoro domestico, il fatto che, al di là che tu votassi, che partissi militare o non partissi militare, la suddivisione dei compiti della comunità iniziava subito. Io a 6 anni facevo i letti a casa, ma non era un trauma, era un'ovvietà, eravamo alla fine della guerra. Allora provate oggi a chiedere ai vostri adolescenti, a voi stessi, ai vostri figli se sanno farsi i letti, se sanno andarsi a comprare qualcosa, se sanno gestirsi, se hanno l'idea della suddivisione del lavoro, perché nella comunità di cui sto parlando, che ha accompagnato la storia, la suddivisione del lavoro era chiarissima; sapevi che a 4 anni se ti fosse nato una sorellina avresti dovuto badarci tu affinché la mamma

potesse andare nei campi a lavorare. E sapevi benissimo che a 8 anni avresti portato le pecore da casa tua in paese all'alpeggio. E questi non erano i luoghi della miseria, questo era l'Italia fino alla Seconda guerra mondiale ed anche dopo. Voi provate a fare un salto di generazioni; io ho vissuto questa "adolescenza", mio figlio ha vissuto un'adolescenza diversa; un attimo di transito nel tempo, ed i miei nipoti vivono un'altra storia.

Ricordate uno degli episodi del film "Caro Diario" di Nanni Moretti, quello dell'isola di Salina? È un esempio di come i film anticipino la comprensione. Parallelamente al film di Nanni Moretti, è uscito un libro di un autore francese, "Il bambino sovrano" di Daniel Marcelli (Marcelli, 2003), psicoanalista infantile e psichiatra infantile, libro essenziale per l'accuratezza e la completezza con le quali viene analizzata la trasformazione dell'intrapsichico a partire dalle trasformazioni socio-antropologiche dell'immaginario collettivo nella nostra epoca. Quali sono i codici sul mandato genitoriale di fronte ad un bambino che è ritenuto un bene preziosissimo per la società? Perché il punto radicale che provo a riassumere è che in due generazioni è cambiato tantissimo lo scenario: mia nonna aveva otto figli, mia mamma tre, sapevi che di questi otto-dieci, tre morivano di polmonite, 3 morivano in guerra. Quindi capite che il rapporto, rispetto alla continuità generazionale, ovvero alla possibilità di trasmettere i mandati con gli stessi significati di generazione in generazione, è saltato. Ma è saltato perché si è capovolta la piramide, oltre che per tutti i cambiamenti che abbiamo nominato. Gli antropologi e i sociologi che studiano questo tema hanno introdotto il costrutto di "piramide invertita". Si chiedono: quanti adulti gravano sulle spalle di un bambino? Ne consegue che, progressivamente, per tutto il mondo occidentale il bambino è un bene sacro. Infatti, il dramma per l'Italia, è che l'indice di natalità è totalmente inadeguato

a riequilibrare la piramide. *Ogni bambino che nasce è un dono divino.* E questo dono divino non è in mano ai genitori, è in mano alla società, ai suoi codici di significazione sul compito della genitorialità rispetto al bambino divino, che deve essere divino per i genitori, perché è divino per la comunità sociale. Intendo dire che questo cambiamento radicale fa sì che nessuno può sapere come e verso dove accompagnare i suoi figli (una disanima approfondita di queste tematiche è svolta in Pontalti, 2018).

Vi è un indicatore patognomonico che identifica il radicale cambiamento di prospettiva: la famiglia è il luogo-matrice dell'affettività e del mentale, laddove, in altri tempi, come indicato sopra, era il luogo dell'acquisizione di competenze pratico-performative al servizio della famiglia e della comunità. È uscito un libro negli Stati Uniti recentemente, che dice che se non si organizza una competenza di autogestione fin da piccoli, gli adolescenti e gli adulti vivranno sempre il sentimento smarrito di non essere capaci di gestire la vita quotidiana. Tipicamente americano, quindi con indicazioni sui percorsi educativi tramite tabelle per l'esecuzione di alcuni compiti in modo tale da facilitare, con un minimo di orientamento, la possibilità di far loro fare le cose da soli, non facendole al posto loro, ma stando loro accanto. Con questo tipo di gestione, se a un bambino di tre anni che ha sete, dici "vai a prenderti l'acqua", è ovvio che sarebbe capace di farlo. Intendo dire molto semplicemente che la confusione emerge esattamente in questa età di latenza, perché c'è un'adolescenza concepita così, senza compiti o con compiti non gestionali nella manualità pratica. L'adolescenza si configura come una lunghissima età di latenza, non è quella che Freud racchiude dai 6 anni ai 10 anni, ma un'età di latenza spaventosa che può andare dai 12 ai 30 anni, in cui è permesso, in qualche modo, di non sentirsi competenti per l'assunzione di vincoli

sociali.

L'età media delle lauree è 27 anni, ben oltre la durata legale: ma quale altro Stato ti permette di rimanere iscritto all'università se dopo il primo anno non hai acquisito i crediti formativi? Quindi, è il ragazzo che non è all'altezza o il vincolo di sopravvivenza sociale, che non sappiamo gestire? Se non hai fatto gli esami del primo anno, non hai i crediti sufficienti, come in tutti gli Stati del mondo, compresi quelli del quinto mondo, l'università impedisce di continuare, e allora chi ce la fa va avanti, gli altri imparano un altro mestiere. La mancanza di questi vincoli normativi, non l'intervento sulle norme, ma vincoli normativi assunti dal sociale, hanno una storia che va dal sociale verso il familiare e dal familiare verso il sociale; nessuno genera vincoli. Ma qual è il primo vincolo? Non è un vincolo normativo educativo, il primo vincolo è un vincolo funzionale: *"sei hai sete ti alzi e vai a prendere l'acqua, perché nessuno si alza al posto tuo."* Allora fate un esperimento, provate a chiedere agli adolescenti chi faccia il letto la mattina e chi prepari la colazione, cioè esplorate la parte non affettiva della vita familiare, invece di chiedere com'era la mamma, come era il papà, come era la storia, come è la ragazza, e i suoi drammi. La dimensione non affettiva della vita familiare attiene all'area "aziendale": definisce semplicemente quali siano e come si suddividano i compiti. *"Io ho cucinato, tu apparecchi, tua sorella sparecchia. Queste non sono imposizioni, se non lo fai accade semplicemente che non possiamo mangiare"*. Questa dimensione non è comunitariamente trasmessa, non è un codice consensuale e, non essendolo, nessun genitore ha la forza di assumerlo, perché l'autorevolezza è data dalla consensualità della polis, della comunità. I genitori non possono essere autorevoli se non c'è una consensualità sovraordinata e introiettata, nel senso che è necessario un mandato comunitario. Noi incontriamo singole unità familiari con i nostri

pazienti. Nel padre e nella madre è impossibile non trovare difetti, sarà facilissimo trovare le colpe, perché quelli che incontriamo sono esattamente tutti, compresi noi qui presenti, senza una bussola, perché questa assenza di consensualità lascia tutti smarriti. Per tali motivi i sociologi della famiglia affermano che la famiglia attuale è autopoietica. Pierpaolo Donati (2001), che ha scritto molto sulla sociologia della famiglia, ci ha mostrato che "famiglia autopoietica" significa che ogni raggruppamento familiare deve arrangiarsi a inventarsi codici propri. Si può ben comprendere come sia un compito impossibile. Fino a pochi secondi fa (nel senso del tempo di un'epoca) i codici venivano trasmessi, li recuperavi, magari potevano anche non piacere, vedendoli dal punto di vista oggi, però non ponevano problemi; il rito di passaggio era la festa della comunità e quando era il rito di passaggio per i giovani che però già portavano a 8 anni le pecore in giro? Era quando arrivava la cartolina del servizio militare. Tutto il paese faceva festa, partivano e quando tornavano potevano far parte del consesso con il diritto di parola sul destino della comunità.

Allora, il punto è che se non comprendiamo come il sociale si sia trasformato strutturalmente rispetto alla semplificazione estrema del familiare, rispetto alla sacralità dei pochi bambini che abbiamo, non ci rendiamo conto della fatica enorme di essere in qualche modo normativi. E la mancanza di normatività è un problema gravissimo, perché trasforma, e poi noi lo chiamiamo traumatico, la normatività in parola, trasforma la normatività in litigi furibondi e sterili o, alternativamente in supplenza totale dei compiti, in evitamento cieco ("pensavo di potermi fidare; mai avrei immaginato che..."), in passività impotente.

Dunque, quello che vorrei suggerire, è che, nel lavoro con queste fasce d'età, l'80% della fatica è lavorare con i genitori perché

riescano ad assumere la capacità di rendere "aziendale" la vita della casa. Tuttavia, è fuori dall'immaginario collettivo che un terapeuta possa chiedere se la figlia o il figlio mettano o meno i calzini sporchi nel cesto dei panni, e soprattutto se loro riuscirebbero a non far nulla finché lui stesso non senta la necessità di farlo, anche se dovessero volerci sei mesi. Ed è inimmaginabile questo "lavoro terapeutico", perché è il mandato collettivo che lo impedisce: è così prezioso quel bambino che non devi farlo soffrire, non devi coartarlo. Siamo diventati, sull'interfaccia tra il familiare "affettivo" e il familiare "aziendale di una sensibilità terribile di fronte all'emotività dei figli, siano essi bambini che adolescenti o giovani adulti. Un genitore che possa dire "non hai fatto gli esami all'università, benissimo, non te la pago più" non esiste, si sentirebbe un miserabile colpevole. Il nostro lavoro clinico è coinvolto con numerosi pazienti che a 26 anni, hanno fatto due esami di medicina e continuano a stare lì; ma stanno lì, in primo luogo, perché l'università non li ha buttati fuori, e, in secondo luogo, perché i genitori dovrebbero da soli assumersi le responsabilità che il sociale non si assume; quindi, il registro del tempo, rispetto all'età, è un tipo di organizzatore biologico (il tempo biologico dell'età), sempre più dissociato dal tempo sociale. Più tale dissociazione si allarga e si cronicizza più complessi divengono disagio e psicopatologia.

Anche la costruzione della dimensione mentale dei ragazzi è come se non avesse un confine, ma questo viene sempre giocato su ricatti e giochi affettivi; quindi, i giovani imparano prestissimo, bambini e adolescenti, ad usare anche le emozioni come potere. Non è solo disperazione! Queste manifestazioni emotive hanno molto potere, perché basta che un adolescente dica "ti odio" perché i genitori siano messi al tappeto.

Poi, ovviamente, ci sono anche gli adolescenti patologici; per

patologico intendo non tanto un disagio, ma la psicopatologia vera e propria, che nell'adolescenza non è sempre facilmente identificabile.

Vi è categoria diagnostica che pone inquietanti interrogativi: i DSA (disturbo specifico dell'apprendimento). In Italia le diagnosi di DSA sono il 40% di più che nel resto del mondo occidentale, vuol dire che qualunque problema, qualunque abilità diversa rispetto all'aspettativa, viene, spesso, diagnosticata come DSA (Novara, 2017). Quindi, proviamo anche ad assumerci la responsabilità del nostro lavoro; noi che "etichettiamo" pazienti, ed in questo non stupiamoci se i genitori hanno l'idea che qualcuno glieli deve aggiustare, perché siamo sempre noi che offriamo loro psicomotricità, logopedia, ma mai psicoterapia, totalmente scomparsa nei Servizi per l'Età Evolutiva. Non deve suscitare equivoci questa mia radicalità epistemologica. I DSA esistono e molto viene fatto per aiutare. Come sempre interrogo gli automatismi riduzionistici che possono distorcere, con pericoli notevoli, il nostro lavoro.

Ulteriore problema. Durante l'ultimo congresso mondiale di psichiatria, a Lisbona, mentre dentro erano tutti a raccontarsi cose interessanti sui neurotrasmettitori, fuori si svolgeva una manifestazione durata quattro giorni: c'erano striscioni che dicevano "per favore non date farmaci ai bambini". L'uso di farmaci dall'infanzia alla prima adolescenza, è salito in maniera vertiginosa, e gli psicologi appena si imbattono in problematiche complesse sono i primi a inviare i bambini e gli adolescenti dagli psichiatri.

Mi scuso per la grossolanità con la quale tratto tematiche molto complesse. Desidero solamente delineare la scenografia entro la quale si muove il bambino e l'adolescente problematico. La configurazione è data dall'intrecciarsi di numerose istituzioni, sia organizzative che "epistemologico-paradigmatiche": la Famiglia, la Scuola, la Psicologia Clinica, la Psichiatria. In questa territorialità è la

Famiglia l'anello debole simbolico e, spesso, quindi, diviene il capro espiatorio delle aporie costituenti la nostra epoca, come sopra ho argomentato. Nella territorialità descritta, alto è il rischio di parcellizzazione della problematica, di lacerazioni nella matrice costituente l'identità dell'adolescente e della sua famiglia. Per questo mi piace parlare di coevoluzione, di continuità del lavoro anche con i genitori, non sulla genitorialità, parlo della possibilità che questi possano sentirsi interpellati in quanto persone umane, per questo non tollero il termine "figura materna" e "figura paterna". I genitori sono *persone* non *figure*! Mi è capitato di leggere la relazione di un lavoro domiciliare, trovo scritto: "*abbiamo fatto in modo che questo bambino potesse incontrare la figura materna*", ma dico, incontrerà sua madre, non la figura materna! La depersonalizzazione nei nostri paradigmi sui genitori, ridotti a rêverie o ridotti ad attaccamento o ridotti a padri assenti o madri simbiotiche, in questa epoca, non ci aiuta. Abbiamo bisogno che i genitori si sentano interpellati e dialoghino con noi, assunti nella loro totale carnalità, nella loro storia, perché solo loro possono raccontarci la storia. E questi adolescenti, a cui sembra non interessare niente, se non il tempo presente, hanno un disperato bisogno di sapere a quali storie appartengono, come tutti noi. Che abbiamo bisogno di sapere a quale strada apparteniamo lo vediamo con il dramma dei figli adottati; metà dei pazienti giovani adulti nelle comunità terapeutiche sono ragazzi adottati. I tribunali dei minori sono sovraffollati continuamente perché le famiglie adottive, che noi abbiamo dichiarato idonee all'adozione, vogliono darli indietro. Vuol dire che sperare che si rinasca da capo o che ci si possa "autogenerare" in una storia è veramente un'illusione, e lo vediamo, come fenomeno clinico, nella massa enorme di patologie dei figli adottati. I bambini e gli adolescenti hanno un disperato bisogno della storia, però non la narra più nessuno, dobbiamo chiederlo noi chi

possa narrare la storia di quel ragazzo o bambino. Dunque, un lavoro terapeutico fondamentale, in queste situazioni, anche con ragazzi psicopatologicamente gravi, è avere un rapporto con i genitori o con chi ci può aiutare a condividere i percorsi generazionali, quindi le storie. Questo aiuta tantissimo in questo smarrimento radicale, dove i sintomi potrebbero essere molto meno gravi di quelli che fenomenologicamente sembrano, però vengono trattati come gravi, come strutturalmente gravi, e questo è pericolosissimo.

Bibliografia

Donati, P. (2001). *Identità e varietà dell'essere famiglia: Il fenomeno della pluralizzazione*. Cinisello Balsamo (MI): Edizioni San Paolo.

Gentis, R. (1971). *Guarire la vita*. Trad. it. Torino: Einaudi, 1972.

Marcelli, D. (2003). *Il bambino sovrano, un nuovo capo in famiglia*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2004.

Morin, E. (2017). *Conoscenza, ignoranza, mistero*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.

Novara, D. (2017). *Non è colpa dei bambini*, Milano: BUR.

Pontalti, C. (2018). Esplorare un costrutto semantico inafferrabile: la Famiglia. *Gruppi*, 19(1), 37-58.

Giovani adulti in Comunità doppia diagnosi e nello studio privato

Giovanna Urgo

Nel testo si traccia una ricostruzione dello sviluppo della tossicomania in Italia dagli anni '70 ad oggi, con uno sguardo ancorato a quanto nello stesso periodo andava accadendo a livello politico e sociale. Lungo questo percorso, l'attenzione viene posta in modo specifico sulla fascia giovanile in doppia diagnosi, ossia quei soggetti che presentano al contempo quadri psicopatologici e tossicodipendenza, per illustrarne un possibile metodo di trattamento che ha luogo in comunità residenziale e che fortemente si avvale della psicoterapia. Si prende infine in esame anche il contesto dello studio privato in cui, allo stesso modo, si propone un intervento psicoterapico che si avvale di setting variabili e multi personali.

Tossicomania; Giovani adulti; Doppia diagnosi

Young adults in dual diagnosis Community and in private practice

The article traces a reconstruction of the development of drug addiction in Italy from the 1970s to today, with a look anchored to what was happening at the political and social level in the same period. Along this path, the attention is placed specifically on the youth group in double diagnosis, i.e. those subjects who present psychopathological and drug addiction at the same time, to illustrate a possible method of treatment that takes place in the residential community and which strongly makes use of psychotherapy. Finally, the context of private practice is also examined in which, in the same way, a psychotherapeutic intervention is proposed that makes use of variable and multi-personal settings.

Addiction; Young adults; Dual diagnosis

1. Prima parte

Per affrontare il tema dei giovani adulti che incontro nella comunità terapeutica in cui lavoro da oltre 20 anni, sento l'esigenza di allargare in prima battuta il campo dalla *doppia diagnosi* alla *tossicomania* e a come questa sia mutata nel tempo in un intreccio costante con fattori politici, economici e sociali.

Il concetto di doppia diagnosi è stato introdotto nelle dipendenze intorno agli anni '90 per definire quei soggetti in cui l'abuso di sostanze psicoattive è associato ad una qualche forma di psicopatologia; la tossicomania è però molto più antica, quindi vale la pena ripercorrere brevemente alcuni passaggi. Partirei proprio da qui perché mi sembra un interessante spaccato che può essere integrato a quanto Pontalti ci ha illustrato in questo numero in merito alle trasformazioni del familiare e che trova ampia e puntuale ricostruzione in Pontalti (2018). Mi riferisco in particolar modo al fatto di rintracciare nei movimenti del '68 la partenza di un'inarrestabile trasformazione del sociale, una trasformazione che ha impattato anche sul mondo tossicomano.

Fino a quel momento l'utilizzo di sostanze psicoattive era da sempre stata una pratica del genere umano: la droga esiste da quando esiste l'uomo e da sempre ha trovato utilizzo in diverse culture con fini medici, spirituali, religiosi, edonistici. Lo stesso Freud all'inizio del '900 scrisse sulla cocaina e per questo fu criticato come se ne incitasse l'uso dopo averla sperimentata. Il problema è che da un certo punto in poi l'utilizzo è diventato un utilizzo di massa e questo accade in seno ai movimenti del '68. All'interno di questo fenomeno sociale, le popolazioni giovanili sono state protagoniste di movimenti di protesta politica contro lo Stato e le sue Istituzioni; la forza del movimento stava nell'unirsi in gruppo per ottenere diritti e libertà da un sistema considerato sbagliato e coercitivo, una protesta che presto si è espressa anche attraverso il diffuso utilizzo di sostanze psicotrope che a quel momento si trovavano a disposizione sul mercato: hashish e marijuana che portavano con sé una sfrontata cultura del "vivi e lascia vivere". Si trattava di un uso che potremmo anche definire sociale, agito prevalentemente in gruppo e non c'era categoria di intellettuali che in qualche modo non ne facesse una

sperimentazione. Quando però i movimenti di protesta virarono verso un'estremizzazione della dialettica politica diventando lotta armata e terrorismo, dando avvio a quelli che sono passati alla storia come "anni di piombo", si registrò un'improvvisa invasione del mercato da parte dell'eroina ed una quasi totale inaccessibilità ai cannabinoidi. Ci sono molte teorie su questo fenomeno ma quella che ha ottenuto maggiori consensi ritiene che gli organi governativi e le organizzazioni di narcotraffico abbiano colluso con reciproco vantaggio: immettere sul mercato una sostanza come l'eroina, un oppiaceo che per effetto della tolleranza e dell'assuefazione produce in breve tempo grave dipendenza, avrebbe garantito enormi vantaggi economici al narcotraffico ed avrebbe al contempo "sedato" la generazione che stava operando una così violenta messa in discussione dello Stato.

Delle cose tornano anche se si guarda il film "Il traditore" di Marco Bellocchio. Dalle ricostruzioni delle deposizioni di Tommaso Buscetta, si capisce molto chiaramente cosa accadde in quegli anni, gli anni '80, e quello che era accaduto negli anni precedenti. Il controllo dell'eroina in Italia, da parte di Cosa Nostra, è ciò che porta l'organizzazione mafiosa ad una spaccatura interna: una delle motivazioni per cui Buscetta decide di collaborare con la giustizia è perché non riconosce più in Cosa Nostra i valori fondativi che avevano governato, nel bene e nel male, la cultura mafiosa fino a quel momento. I Corleonesi iniziano infatti da lì a scrivere un nuovo capitolo della storia della mafia dando avvio ad una guerra violenta che attacca dall'interno Cosa Nostra e induce al pentitismo chi, a quel punto, non si riconosce più e si dissocia collaborando con magistrati impegnati nella lotta alla mafia e all'intreccio mafia-politica.

Tornando alle nostre piazze, non si trovavano più né hashish né marijuana oppure erano molto costose e chi ne andava alla ricerca si vedeva offrire in cambio eroina a buon mercato: una sostanza di gran

lunga più potente, dall'effetto avvolgente in cui ciascuno si ritrovava in un caldo utero senza più bisogno di niente e di nessuno. Non ci volle molto tempo per lo scioglimento dei gruppi che fino a quel momento erano stati in cerchio a passarsi uno spinello per essere sostituiti da solitarie anime in pena in cerca di una dose. Sulla scena tossicomana si affaccia anche un altro nuovo fenomeno, la crisi d'astinenza, di fronte a cui il sistema legislativo e giudiziario non poté che operare una depenalizzazione della detenzione e dell'uso di eroina in virtù della "modica quantità ad uso personale" per la necessità farmacologica di contrastare i sintomi astinenziali.

La facilità nel reperirla, il basso costo e la depenalizzazione furono fattori che la resero accessibile a qualsiasi classe sociale; si cominciarono a contare migliaia di morti d'overdose e ci si rese conto di essere di fronte all'emergenza sociale di un flagello della popolazione giovanile, quella che venne poi definita "generazione scomparsa".

Come risposta a tale emergenza, negli anni '80 cominciarono a proliferare le comunità terapeutiche mentre, a livello territoriale, una legge del '75 introdusse centri di cura e di assistenza per i tossicodipendenti vietandone il ricovero in ospedale psichiatrico; bisognerà attendere il 1990 per la costituzione dei Ser.t, ora SerD, così come li conosciamo oggi.

La prima interpretazione della tossicodipendenza aveva come bersaglio dell'intervento la disintossicazione fisica e la rieducazione del soggetto deviante rispetto ad un sociale in cui andava aiutato a reinserirsi. Negli stessi anni, tuttavia, Claude Olievenstein, uno psichiatra francese, aprì a Parigi l'ospedale Marmottan dove accolse migliaia di eroinomani approcciando il problema della tossicomania come questione clinica che sfuggiva alle consuete categorie nosografiche. A partire da quest'esperienza, scrisse due testi, ossia,

"*Non esistono drogati felici*" e "*Il destino del tossicomane*" (Olievenstein, 1977, 1982). Egli è il primo psichiatra, credo in quegli anni anche l'unico, che si pose il problema del trattamento clinico del tossicomane arrivando a delineare quello che è, dal suo punto di vista, la costituzione ed il funzionamento di una personalità tossicomana. Forse i suoi insegnamenti non sono più attuali e al passo con gli inevitabili e veloci mutamenti delle "stagioni" delle tossicomanie; nel suo approccio però c'è un grande insegnamento intramontabile, cioè l'idea che per poter trattare un tossicomane sia importante tenere a mente l'intreccio di almeno tre fattori: la personalità alla base del soggetto come frutto della sua storia, il tipo di sostanza a cui si lega e lo stile di abuso, la dimensione socioculturale e storica in cui si sviluppa quella vita tossicomana. L'indicazione a muoversi in un campo compreso tra questi tre vertici è, a mio avviso, ancora oggi imprescindibile: è come se avesse tracciato una mappa utile per orientarsi nei mutevoli territori tossicomani in cui ci si addentra come curanti.

Io mi occupo di tossicomani, oggi pazienti in doppia diagnosi, dal '95. Ho iniziato con un tirocinio post-laurea e sono stata molto fortunata nel ritrovarmi a svolgerlo in una comunità, dell'hinterland Torinese, nata nell'83 da un gruppo di psicoterapeuti che, sin dalla fondazione, si era attrezzato con una regolare supervisione di Olievenstein. Sotto il suo sguardo avevano cercato di unire l'approccio comportamentista, che la fondatrice Raffaella Bortino aveva appreso lavorando a New York nella comunità Areba di Daniel Casriel, con l'approccio psicoanalitico che costituiva la formazione di base della maggior parte dei membri del gruppo fondativo; per chi fosse interessato, tracce di questa storia sono contenute in Bonetti e Bortino (2005).

L'avvio del tirocinio mi mise, fin da subito, nelle condizioni di dover assumere uno sguardo clinico, attraverso lenti psicodinamiche, nel

declinare qualsiasi azione terapeutica, concreta o simbolica che fosse. Dal mio punto di vista, la tossicomania o la detesti o, in qualche modo, ti appassiona; a me ha appassionato e in quella comunità, per una parte della mia attività professionale, continuo a lavorarci ancora oggi. Continua ad appassionarmi perché mi offre la possibilità di trattare quadri psicopatologici complessi attraverso un lavoro di squadra con équipes orientate a chiedersi su quale sia la migliore mossa terapeutica in quel momento e per quel paziente, senza mai avere un programma di trattamento preconfezionato, un modello o tecniche ma un metodo. Spesso abbiamo lavorato ai limiti, in cordata negli attraversamenti delicati, in prima linea o nelle retrovie, a seconda delle situazioni, ma comunque sempre tutti presenti a interrogarsi sul senso di ciò che andava accadendo.

Quando iniziai, c'era l'ultima coda degli eroinomani che tanto avevano fatto riflettere, discutere, sperimentare e rivedere la direzione terapeutica ma, non appena la comunità aveva consolidato un buon metodo di trattamento con questi pazienti, questi andarono gradualmente diminuendo e, per la prima volta, cominciarono ad affacciarsi sulla soglia della comunità pazienti cocainomani.

Cosa era accaduto? Fino agli anni '90 la cocaina era stata un prodotto d'élite, la si trovava solo in certi ambienti e non in piazza ed era accessibile prevalentemente alle persone di un certo ceto sociale perché aveva un costo decisamente più elevato rispetto all'eroina. Per quanto fosse una "droga antica", per molto tempo era rimasta la "droga dei ricchi". In quel momento storico, però, a livello internazionale non è più solo il Medio Oriente, grande produttore di oppiacei, ad essere il fornitore dell'Europa; i capi dei Cartelli del centro e sud America, produttori prevalentemente di cocaina, iniziarono non solo ad espandersi verso il nord America ma a stabilire rapporti con le organizzazioni criminali d'oltreoceano per la diffusione

del loro prodotto in Europa. Cocaina ed eroina poterono così competere sul mercato e contendersi i clienti ma quel che in realtà accadde fu una drastica diminuzione della richiesta di eroina con un avanzamento della diffusione di cocaina.

Nella percezione sociale, l'eroinomane era diventato il tossicomane ormai del degrado, cioè il ragazzo del buco e della strada, il soggetto ai margini della società ed il corpo emaciato, ritrovato spesso privo di vita in qualche bagno o strada della città. Per i giovani divenne un'immagine negativa che certo non invitava a processi identificatori, mentre il cocainomane proponeva un modello identificatorio brillante, prestante e di successo, perfettamente integrato nel tessuto sociale. Per molti anni, anche tra i giovani consumatori di sostanze, si riservò, in accezione dispregiativa, il termine "tossico" ai soli consumatori di eroina mentre ci volle tempo per considerare, chi abusava di cocaina, un tossicodipendente. Non comportando seria dipendenza fisica, chi abusava di cocaina tardò anche ad arrivare all'attenzione dei centri di cura territoriali che, come le Comunità, si trovarono impreparati al trattamento di questa nuova utenza.

Si apre così una nuova stagione delle droghe, quella delle cosiddette sostanze stimolanti, prima naturali e poi, verso gli anni 2000, anche sintetiche. Alla cocaina inalata si sostituisce la sua versione modificata in crack. Ai prodotti allucinogeni, come l'LSD conosciuta fin dagli anni '70, vanno ad aggiungersi numerosi preparati chimici a base di MDMA tra cui sicuramente primeggia l'ecstasy, indiscussa protagonista delle scene dei rave party che, dalla fine degli anni '90, diventano luogo di ritrovo di migliaia di giovani. Su questa scia, oggi la situazione è decisamente peggiorata per la dilagante produzione e diffusione dei prodotti di sintesi. Sono stata qualche anno fa ad un convegno in cui relazionava il dott. Fabrizio Schifano, un italiano che lavora nel Regno Unito e che si occupa della tabellazione delle

sostanze illegali in circolazione in Europa. Raccontava di come si trovasse a combattere una guerra persa perché, disse, "mentre io vi parlo, in questo momento ci sono laboratori artigianali che prendono una sostanza tabellata come illegale, cambiano due molecole e quella sostanza esce dalla tabellazione diventando legale e acquistabile tramite web".

Provate ad immaginare in quanto poco tempo riesce ad essere accessibile a migliaia di persone, di cui molte sempre più giovani, i cosiddetti nativi digitali, o generazione Z, che sanno muoversi su internet quasi meglio che nei quartieri della propria città. L'era digitale, con lo sviluppo di strumenti e competenze che veicola nel sociale, il minor costo dei prodotti sintetici e l'aumentato effetto stimolante introducono nuovi mutamenti nel mondo tossicomane e una nuova sfida alla clinica del tossicomane.

Il primo problema di queste sostanze è che, appunto, arrivano ad una popolazione di età notevolmente inferiore rispetto a quella di un tempo. Prima, per poter andare in piazza, trovare un pusher, stabilire un rapporto di reciproca fiducia e così via, dovevi avere una certa età, un certo tipo di conoscenze, dovevi investire un certo tempo e avere una certa quantità di denaro: erano necessarie tutta una serie di competenze e risorse che adesso non servono più.

Un secondo problema riguarda l'effetto neurofisiologico delle sostanze stimolanti attualmente in circolazione. Da immagini tomografiche si rende evidente che la zona cerebrale particolarmente interessata sia il sistema limbico, ossia la parte più antica del nostro cervello e sede delle emozioni primarie che vengono poi regolate dalla corteccia prefrontale. Con l'assunzione di queste droghe, la prima viene potenziata ricevendo una sorta di turbo dall'esterno e la seconda non riesce a gestire, controllare e contenere la quantità di stimoli che riceve; le conseguenze di tutto ciò sono gravi ripercussioni sul

comportamento dell'individuo connesse soprattutto al discontrollo degli impulsi. Si tratta di un'esperienza sensoriale intensissima, quindi avere oggi a che fare con le tossicomanie dei giovani vuol dire rapportarsi con quell'esperienza di sensorialità.

Non è difficile immaginare il disastro psichico che la combinazione di questi fattori può produrre in una generazione già, a monte, caratterizzata da significative difficoltà nell'affrontare i passaggi evolutivi. L'assunzione di droga svolge una sorta di funzione ortopedica rispetto a movimenti evolutivi che, a quel punto, vengono "mimati" ma non compiuti in un processo che va sempre più a ledere la possibilità di compierli. Curare questi giovani significa, dal mio punto di vista, introdursi in questo circolo vizioso per tentare di introdurre un cambio di rotta, un movimento virtuoso, in direzione di un'evoluzione psichica ed esistenziale.

Il primo scoglio che incontriamo è il dover in qualche modo, come curanti, attraversare l'involucro creato dalla sostanza, una sorta di seconda pelle, per arrivare alla persona. Affrontare un primo passaggio che Gilberto Di Petta, psichiatra e fenomenologo che si occupa da tempo di doppia diagnosi, ha ben descritto con la definizione di dover "*bucare lo schermo*", quello costituito dalla sostanza, per raggiungere l'altro.

A questo proposito mi viene in mente un altro intramontabile insegnamento di Olievenstein che, nell'incontro con il paziente, invitava a tener conto della cinetica della sostanza scelta dalla persona che avevamo davanti. Con l'eroinomane dovevi creare una sorta di utero terapeutico nella relazione "calda" col terapeuta, con il cocainomane dovevi giocare di velocità e di contrattazione continua per poter iniziare il lavoro; una "clinica dell'intensità con l'uno", una "clinica della velocità" con l'altro, per dirla con le sue parole. Con l'utenza attuale sembra invece necessaria una "clinica della

sensorialità”.

Questi pazienti presentano una condizione psichica, che Gilberto Di Petta chiama *mineralizzazione*, in cui tutto ciò che noi possiamo immaginare essere la parte vitale, che mette un individuo in contatto con sé stesso e con gli altri, non esiste o è comunque notevolmente ridotta. Il sentirsi esistenti è stato per loro mediato dalle percezioni sensoriali che le sostanze stimolanti hanno indotto; è quindi sulla sensorialità ancora possibile che possiamo cercare di incontrarli per cominciare un percorso di cura con loro.

Si parla spesso, nelle classificazioni dei sintomi, di comportamenti definiti “atti autolesivi”; dopo l’esperienza con questi ragazzi, ho maturato la convinzione che per loro si tratti perlopiù di un tentativo di ricerca di sensorialità che, come invece in altri casi, di atti autopunitivi o tentativi di espiazione. Tali comportamenti vengono spesso agiti durante il trattamento quando, in assenza della sostanza, incontrano all’inizio, o nei momenti di crisi, la necessità di doversi “sentire”; lontani però ancora dalla possibilità di incontrare e reggere emozioni a cui noi siamo abituati, provano un insostenibile vuoto che tentano di arginare agendo la ricerca di forte sensorialità nel corpo, nella pelle, nella carne attraverso tagli e bruciature.

Sono questi i pazienti che, negli ultimi vent’anni, sono andati a costituire la categoria della doppia diagnosi. La precoce assunzione di sostanze, dalle caratteristiche che ho prima messo in evidenza, probabilmente fa da detonatore su fragilità personologiche e psichiche che, a quel punto, evolvono in sindromi psicopatologiche che, molto presto, li conducono all’osservazione di pronto soccorso, reparti ospedalieri e ambulatori psichiatrici; tali osservazioni, che prendono prevalentemente in esame il quadro sintomatologico, si traducono in diagnosi nosografiche che, insieme al quadro tossicomano, vanno a definire la condizione di doppia diagnosi. Le

diagnosi psichiatriche, con cui i pazienti arrivano in comunità, sono spesso psicosi N.A.S., schizofrenia, disturbo bipolare e, nella maggioranza dei casi, disturbi di personalità tra cui, in prevalenza, di tipo borderline e antisociale.

La definizione di "doppia diagnosi" che, così come stabilito dall'organizzazione mondiale della sanità, si riferisce alla condizione di chi soffre di un disturbo mentale in comorbidità con l'abuso di sostanze, risponde alla necessità di inquadramento di queste situazioni cliniche e consente al servizio inviante di operare scelte che altrimenti non potrebbe sostenere: in primo luogo, la prescrizione di una terapia farmacologica, per esempio neurolettica, che altrimenti non potrebbe essere né prescritta né somministrata; in secondo luogo, la suddivisione, a livello economico-amministrativo, del costo di un inserimento in una comunità doppia diagnosi tra il servizio delle dipendenze e il servizio psichiatrico.

Sarebbe però utile aprire una questione riguardo a come rapportarsi a diagnosi nate da esigenze classificatorie e formulate in età evolutiva, ossia in una fase di vita in cui l'organizzazione mentale non è ancora definita una volta per tutte. In più, quando incontriamo il paziente nei servizi di cura, comunità compresa, a 18-20 anni, stiamo incontrando un soggetto che ha iniziato ad usare le droghe in adolescenza o pre-adolescenza, quindi in un'età in cui il suo cervello era in evoluzione e la sostanza psicotropa che ha assunto si è meticcata al suo sviluppo psichico.

Per cui, considerare la diagnosi, formulata sull'osservazione fenomenica dei sintomi, come una diagnosi strutturale del paziente, dal mio punto di vista, è un errore clinico. Sul piano del trattamento, poi, diventa ad alto rischio perché sappiamo come le diagnosi pesanti agiscano su noi curanti, sul paziente e sulla famiglia, come possano minare la fiducia e la speranza in un'efficacia della cura, come

possano sollecitare, in modo più o meno consapevole, scenari di inevitabile cronicità.

Ci sarebbe da fare anche una riflessione sulla questione, per nulla scontata, della riduzione dei farmaci.

A livello istituzionale non è un'operazione semplice perché, quando si vede star bene i pazienti, si tende a non problematizzare il fatto che un ragazzo, a 24 anni, continui a prendere un neurolettico, un equilibratore dell'umore, un antidepressivo e un ansiolitico. Io credo che l'intervento farmacologico vada notevolmente ridotto durante il tempo di permanenza in comunità perché, proprio lì, abbiamo la possibilità di operare, a mio avviso, in sicurezza tenendo a bada il rischio di scompenso. A volte è molto difficile concordare questa scelta con i servizi invianti o con lo psichiatra della struttura; io invece penso sia un obiettivo da perseguire proprio in virtù del fatto che, trattandosi di una dimensione protetta, in comunità c'è qualcuno, ventiquattro ore su ventiquattro, che vive col paziente potendone vedere tutte le modificazioni nel quotidiano: se mangia, se dorme, se si agita più la sera, se si sveglia troppo presto la mattina, se quando si sveglia di notte è angosciato e così via. Inoltre, in comunità, il paziente vive in gruppo e, quello che non viene colto dagli operatori, spesso viene riportato dagli altri pazienti.

Personalmente penso sia più utile considerare la o le diagnosi – talvolta il singolo paziente ne porta con sé più di una e non sempre tra loro compatibili – come il punto di partenza di un percorso aperto a nuove comprensioni lungo la via del trattamento; in sintesi, sento l'esigenza di conoscere i sintomi su cui sono state formulate le diagnosi, di tenerne conto ma di metterne in sospensione l'inquadramento.

Lavorare con questi pazienti vuol dire, in primis, andarli "a cercare" là dove loro si sono persi.

Nel setting della psicoterapia individuale, vuol dire centrare il dialogo sull'esperienza vissuta, sia quella che ha condotto il paziente fin da noi, sia quella che sta facendo nel qui ed ora della comunità di cui il nostro incontro fa parte. Nel chiedergli "cosa provi", spesso non sanno descriverlo in termini di emozioni, allora bisogna aiutarli a individuarle nel corpo; spesso rispondono "mi trema qui, sento un vuoto nello stomaco, mi si stringe la gola, ho brividi di freddo, ho caldo nella testa...". Questo, è ciò che crea un contatto, che lascia il segno di un incontro e consente di trovare la via per risvegliarli dal torpore psichico. Solo a quel punto, e insieme a tutto l'organico dell'equipe curante, si può cominciare a pensare di raccogliere la narrazione di una storia di vita personale e familiare.

Già Olienvestein ci invitava ad una raccolta minuziosa e questo si è sposato bene con la mia formazione gruppoanalitica e, ancora di più, con gli intensi dialoghi clinici che, negli anni successivi, ho avuto modo di avviare con Corrado Pontalti. Spendendo nella pratica clinica il frutto di questi dialoghi, mi si è reso sempre più chiaro perché, con pazienti giovani e psicopatologicamente complessi, non fosse sufficiente avere come unico narratore il singolo paziente ma fosse necessario avere, dentro il campo terapeutico, la voce diretta di altri interlocutori da andare a cercare nel campo familiare.

Anche le attività proposte dal dispositivo comunitario sono cambiate per adattarsi alle esigenze di questa utenza; da un tempo in cui erano prevalentemente occupazionali, perché si riteneva che il tossicomane dovesse essere occupato sul piano di realtà per tenere lontano il pensiero della sostanza, si è passati ad attività che fossero maggiormente efficaci da un punto di vista espressivo.

Altro elemento importante con questo tipo di utenza è che il confine tra il dentro e fuori della comunità debba essere concepito come molto permeabile. Un tempo i tossicomani venivano inseriti in

comunità ubicate il più lontano possibile dalle città con il presupposto che lì si dovesse tenere lontani dalla tentazione della sostanza. Si trattava di pazienti prevalentemente adulti, con una lunga carriera tossicomane alle spalle, scaltri nel muoversi nel mondo tossicomane e capaci di una progettualità trasgressiva.

Dal momento che il problema di questa nuova fascia di utenti, invece, è proprio quello di non essere riusciti a compiere passaggi evolutivi di integrazione tra un dentro e un fuori dalla famiglia, non si può concepire la comunità come un luogo di isolamento. Certo, la comunità continua ad essere luogo di protezione e di tutela, ma il cancello non può essere così chiuso perché, altrimenti, rischieremo non solo di riproporre il problema, ma di favorire anche una cronicizzazione dello stesso. Lavorare con un confine permeabile comporta però fatiche e rischi che l'intero staff della comunità deve assumere collettivamente. Gli operatori svolgono un ruolo fondamentale in tutto questo; proprio perché sono quotidianamente in prima linea, possono raccogliere materiale importante di cui forse non verremmo mai a conoscenza con i soli dialoghi con paziente, famiglia e invidanti. Per cui l'operatore esce molto dalla comunità col paziente e, per esempio, il fatto di poter andare a casa del paziente, di poterlo accompagnare in luoghi per lui significativi, offre proprio la possibilità di fare ricerca diretta sul territorio, di reperire quell'essenziale materiale grezzo.

Vi è stato un caso in cui, anche come terapeuta, ho sentito l'esigenza di accompagnare un paziente durante un rientro a casa in Salento. Questo ragazzo faceva continua richiesta di farmaci sperando di controllare tutta una serie di tic che aveva fin da bambino, in più riferiva una prepotente presenza dell'immagine paterna nei suoi pensieri e nei suoi sogni. Il padre, deceduto qualche anno prima, era descritto, con grande fascinazione, come un mafioso rispettato da

tutti che, poi, il figlio aveva visto arrestare e degradarsi in casa per alcolismo quando fu messo agli arresti domiciliari. Il paziente dall'imbrunire andava sempre in agitazione, solo i farmaci riuscivano a placarlo ed eravamo al punto in cui la scelta si poneva tra il renderlo farmacologicamente uno zombie o tentare altre strade. Decisi di parlare telefonicamente con il fratello maggiore dal quale appresi che il mio paziente aveva un'immagine molto idealizzata del loro padre e che, in realtà, per la distanza anagrafica tra lui e gli altri fratelli - lui era l'ultimo di cinque figli - non avrebbe potuto assistere a quanto raccontava. La famiglia non si spiegava questa rappresentazione del padre se non per il fatto che, con gli arresti domiciliari, il padre, essendo rimasto molto incasa con lui bambino, lo "avesse riempito" di racconti romanzati. Si trattava delle gesta di un mafioso che, nella mente di un bambino, tanto potevano essere risultate affascinanti quanto spaventose. A quel punto parlai con la responsabile - altra mia fortuna è sempre stata quella di avere un confronto aperto con colleghi molto orientati alla sperimentazione - e le dissi che volevo andare in Salento con questo paziente perché credevo utile andare nei luoghi in cui il padre aveva vissuto, poterci tornare con lui, parlare con l'intera famiglia per far sì che egli potesse costruire una narrazione più integrata di questa figura. Andammo in Salento e nella cucina di casa di questa famiglia, con la madre e gli altri figli - per l'occasione vennero anche la sorella che viveva a Bologna e un altro fratello che viveva in Germania - ricostruimmo la storia; non tutti i fratelli pensavano la stessa cosa di questo padre perché avevano vissuto momenti differenti e quindi il mio paziente ebbe l'occasione di confrontarsi con tutte le altre immagini e non solo con la propria. Durante la trasferta colsi l'occasione per andare a parlare con gli operatori del precedente servizio e, nel tragitto, ci fermammo in tre bar incontrando i compaesani che non lo vedevano

tornare da più da cinque anni e, essendo figlio di..., fratello di..., anche attraverso questi incontri, si recuperarono altri pezzi. Era stato praticamente esiliato dai servizi che lo avevano adottato all'età di dodici anni quando fu trovato in coma etilico, lo avevano tenuto il più distante possibile dai luoghi di origine facendolo peregrinare tra diverse comunità terapeutiche per 10 anni. Quello che venne fuori su questo padre fu che era stato sicuramente una figura a cui veniva portato rispetto dai compaesani, soprattutto per la storia che aveva avuto e per quello che aveva affettivamente rappresentato per molti di loro, ma che era anche noto per essere un grande affabulatore. Per il mio paziente fu possibile, in qualche modo, ricollocarlo in un tempo che non fosse più il suo solitario presente e veder diminuire il suo terrore notturno.

Nel lavoro con questi ragazzi cambia anche il modo di concepire i tempi della cura. Nel momento in cui approdano in comunità questi pazienti tendono a rimanere, non scappano e raramente chiedono di abbandonare il percorso di cura. Differentemente dai pazienti di un tempo, che avevano fretta di concludere il programma, un po' perché richiamati dalla sostanza, un po' perché richiamati dalla vita che, tra periodi di abuso e periodi di astinenza, erano riusciti perlomeno ad assaporare, questi pazienti facilmente si adattano al contesto comunitario e tendono a permanervi con scarse spinte verso una progettualità esterna che, di fatto, suscita angoscia e senso di inadeguatezza. Credo che le ragioni risiedano nel fatto di trovare, in comunità, un contesto all'interno del quale è più facile vivere la dimensione sociale. La comunità, gestita secondo codici sociali e non familiari, è di per sé comunque un microcosmo semplice, dai codici chiari, dalle regole esplicite e condivise. I pazienti riescono ad orientarsi e a muoversi molto bene mentre le angosce sono legate più alla ripresa di una propria progettualità. Le fallite esperienze passate,

di fronte alle quali hanno abdicato in favore della sostanza, sono fantasmi che li perseguitano. Il desiderio di andare verso il mondo è presente in una dimensione ideale ma crolla miseramente nel tentativo di un ancoraggio al reale. Diventa, dunque, fondamentale affiancarli e sostenerli nella costruzione di possibili progettualità attraverso l'apprendimento di codici che, a quel punto, non sono più del campo comunitario ma del sociale. Quello orientato all'esterno diventa, di fatto, il compito più importante della comunità e la fatica più grande per i pazienti. Il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico non consiste nell'emancipazione dalla dipendenza da sostanze, questo diventa un effetto secondario dell'essere riusciti a ripristinare una stabilità psichica da investire in un progetto esistenziale integrato nel mondo esterno.

Il coinvolgimento della famiglia, con incontri regolari, è diventata risorsa irrinunciabile. Un tempo c'erano i terapeuti della famiglia, che vedevano la famiglia, e i terapeuti individuali che vedevano il paziente; gli operatori di riferimento, che si occupavano del paziente nella quotidianità, partecipavano agli incontri familiari in cui, però, la famiglia era in qualche modo solo un interlocutore da tenere al corrente di quel che accadeva affinché non si creasse una lacerazione del rapporto.

Con l'attuale utenza, l'obiettivo è quello di riprendere un percorso di crescita, un percorso evolutivo, un percorso trasformativo e questo non può avvenire che in coevoluzione con il campo familiare.

Nel mio modo di lavorare, sono i familiari, chiamati a contribuire alla cura, ad essere coinvolti nel campo terapeutico del ragazzo, non è il ragazzo ad andare in un campo diverso da quello della propria terapia. All'interno degli incontri familiari, con me e il paziente, è sempre presente anche l'operatore che segue, in prima persona, il progetto terapeutico predisposto dall'equipe. Prendere delle scelte in

un campo familiare, e non nel dialogo individuale con il singolo paziente, con queste fasce di età penso sia fondamentale per una maggior efficacia della strategia terapeutica e per un'assunzione condivisa dei rischi con cui spesso dobbiamo fare i conti. Io uso spesso il termine "squadra", ma la squadra a cui mi riferisco non è quella della comunità, la squadra è per me lo specifico gruppo di persone maggiormente coinvolte nel trattamento della situazione clinica e della squadra, insieme ai curanti, fanno parte paziente e famiglia.

Quando i familiari vengono coinvolti, sicuramente i percorsi di cura evolvono molto più velocemente perché, oltre ad aver una maggior ricchezza nel campo terapeutico, anche la famiglia impara a dare senso a fenomeni ed accadimenti per molto tempo rimasti incomprensibili e, per questo inquietanti.

Questo modo di procedere lo adotto, non solo in comunità, ma anche nello studio privato quando avvio una terapia con un adolescente o un giovane adulto, soprattutto se si tratta di un caso complesso. Mi è utile conoscere i genitori fin dall'inizio, per primi se la domanda arriva da loro. Quando è direttamente il paziente, giovane adulto, a contattarmi, lo incontro e fin da subito esplicito il mio modo di lavorare. Di fronte a questo, non ho mai trovato un paziente che si sia rifiutato; piuttosto, con tempi differenti, ciascuno ha avuto bisogno di misurarsi con la prospettiva che andavo proponendo, un tempo in cui introdurre, prima nella mente e poi nella realtà, il familiare in terapia. In alcune fasi del trattamento di situazioni più complesse, il lavoro con la famiglia e col paziente è molto più cadenzato, molto più serrato; a volte, addirittura, sta in primo piano rispetto allo spazio individuale che, temporaneamente, diventa il luogo in cui riprendere le fila e riflettere insieme su quello che abbiamo ricostruito e vissuto nel campo familiare. Successivamente

le cose vanno invertendosi, quindi diventa lo spazio individuale stabile e frequente e quello familiare più dilazionato. Un ulteriore passaggio che, nella terapia con i pazienti di questa fascia di età, rilevo essere opportuno, consiste nel transito dal setting duale a quello grupppale; di tale cambiamento di strategia terapeutica ne ragiono tanto con il paziente quanto con la famiglia. Parlo di transito in gruppo perché, per un certo lasso di tempo, oltre alla seduta di gruppo, mantengo la seduta individuale che, a seconda delle situazioni, utilizzo con dosaggio differente; in alcuni casi può essere settimanale e andare a diluirsi nel tempo, in altri quindicinale o mensile. Con l'avvio della terapia di gruppo, la seduta individuale ha prevalentemente funzione di tutela e garanzia circa la tenuta del paziente in gruppo; un passaggio diretto dallo spazio individuale a quello grupppale, con buone probabilità, non sarebbe sostenibile per i giovani che in questo momento vengono in terapia. Al di là delle specifiche storie e delle soggettive forme di disagio, tutti hanno in comune la difficoltà nel transitare dal mondo familiare a quello sociale e il gruppo terapeutico si pone come spazio intermedio tra questi due mondi. Per loro, lasciare la rassicurante seduta individuale per affrontare l'estraneità e l'ignoto del gruppo terapeutico, è fonte di angoscia e per questo, in gruppo, tendono a familiarizzare e patiscono l'inserimento di nuovi pazienti che aggiungono quote di estraneità e cambiano la configurazione del campo e delle dinamiche che si in esso si sviluppano. Per questi pazienti però, se la terapia ha il compito di promuovere percorsi evolutivi e non cronicizzanti, il gruppo terapeutico diventa, a mio avviso, lo strumento elettivo di trattamento.

2. Dibattito con il pubblico

Intervento: [...] la comunità di cui ci parlavi è una comunità per giovani adulti, quindi maggiorenni o ci sono anche minori che vengono coinvolti in questo tipo di progetto terapeutico?

Urgo: No, non ci sono minori, è una comunità doppia diagnosi per adulti in cui, negli anni, la fascia 18- 25 è diventata il 70% dell'utenza.

Pontalti: Intanto ti ringrazio per come lo hai reso, perché uno ha veramente visto esistere queste dimensioni, ma cosa ce ne facciamo di adolescenti che si strafanno di hashish e non hanno la più pallida idea che gli brucia il cervello? Perché lo fumano con i genitori. Vista dal tuo osservatorio, rispetto all'hashish, che ormai ha una concentrazione di cannabinoidi molto alta, cosa succede nella loro storia prima di arrivare a te? Passano attraverso un uso importante di hashish? C'è questa sottovalutazione? Qual è il problema della propedeutica della droga per cui poi arrivano in comunità?

Dott.ssa Urgo: Il problema dei pazienti di oggi è che non fanno più il percorso che facevano gli altri, ovvero un approccio graduale all'utilizzo con la ricerca di qualcosa che sia sempre più intenso; hanno immediatamente un mercato molto ampio e non sviluppano competenze per sapersi muovere. Il tossicomane di una volta imparava a farsi, questi ragazzi non hanno alcuna competenza nel sapersi fare. Per questa ragione ci siamo inventati i camper e gli interventi di bassa soglia. Vuol dire che quando ci sono i rave adesso ci sono anche gli operatori del camper da cui puoi andare, consegnargli la sostanza che hai intenzione di assumere, te la analizzano e ti dicono "sì puoi", "no, non puoi". Ovviamente questa è stata una risposta all'emergenza delle morti da intossicazioni irreversibili che ci sono state nel tempo; una soluzione che però rischia di demandare ancora meno alla responsabilità personale del

chiederti cosa stai assumendo, dove lo prendi, quanto ne prendi, come ti gestirai la serata, alimentando una già ridotta propensione a sviluppare la competenza da parte del soggetto. Diverso è il problema della marijuana: io credo che vada sempre collocata rispetto alla quantità, alla modalità d'uso e al contesto più generale di vita complessiva. In merito alla tolleranza da parte della famiglia, penso si debba ragionare con la famiglia e con il ragazzo perché c'è differenza tra i genitori che si facevano le canne a 25 anni all'università e il figlio di 13 anni che si fa 10 canne al giorno in casa e non ha altri interessi. Perché comprendano, vanno aiutati a guardare che tipo di qualità della vita e di relazione ha il figlio e non solo l'oggetto canna che, se fanno riferimento alla loro personale esperienza, non può che uscirne banalizzato. Tra l'altro, adesso, a complicare le cose, ci sono gli usi terapeutici di prodotti che hanno scritto la storia delle tossicomanie. A parte l'uso della cannabis a fini terapeutici, qualche tempo fa mi è capitato di leggere un articolo su un progetto sperimentale americano in cui si indicava l'MDMA, l'ecstasy, come coadiuvante della psicoterapia nel trattamento post traumatico da stress. Allora il messaggio sociale qual è? Come facciamo a dire di quel tipo di sostanza, che è la sostanza della "socializzazione" perché se ti fai di ecstasy puoi stare con 150 sconosciuti sentendoti in un gruppo di fratelli, di non farne uso se, nel frattempo, quella stessa sostanza ha assunto valore terapeutico per il trattamento post traumatico da stress? Questa mi pare una questione aperta.

Corino: Giovanna, se ci fai due precisazioni: qualcuno chiedeva se quando tu parli di interventi nello studio lo fai a livello individuale o hai un'equipe, una struttura. La seconda era se questo metodo tu lo usi anche per i pazienti non in doppia diagnosi, ma molto gravi.

Urigo: il lavoro che ho descritto nel setting dello studio privato lo faccio con tutti i miei pazienti giovani dei quali la maggior parte non

sono doppie diagnosi. Quando accetto di seguire nel privato pazienti in doppia diagnosi, il dispositivo è più complesso: chiedo che ci siano servizi territoriali con cui interfacciarmi oltre che uno psichiatra che intervenga. Non ho un'equipe strutturata, si costituisce al momento in relazione alla situazione del paziente; quindi più complesse sono le situazioni, più strutturato è il setting terapeutico e le figure che coinvolgo. Ad esempio, mi è capitato di andare col paziente da un avvocato o di chiamare nel mio studio un'ostetrica in un caso di gravidanza di una paziente in doppia diagnosi.

Bibliografia

- Bonetti, A., & Bortino, R. (2005). *Tossicodipendenza e doppia diagnosi: La relazione d'aiuto in Comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Olievenstein, C. (1977). *Non esistono drogati felici*. Trad. it. Torino: ElleDiCi, 1987.
- Olievenstein, C. (1982). *Il destino del tossicomane*. Trad. it. Roma: Borla, 1984.
- Pontalti, C. (2018). Esplorare un costrutto semantico inafferrabile: la Famiglia. *Gruppi*, 19(1), 37-58.

RASSEGNA E RECENSIONI

Marinelli, P., & Pezzoli (2019). *Atlante illustrato di gruppoanalisi: Storia ed evoluzione del pensiero gruppoanalitico*. Roma: Anicia

Recensione a cura di Girolamo Lo Verso

Il libro "Atlante di gruppoanalisi" di Paola Marinelli e Fiora Pezzoli si rivolge agli studenti di Psicologia, Scienze Umane e Specializzandi in Psicoterapia. Si tratta di un testo semplice ed accessibile a tutti, che mi ha entusiasmato (al 95%) perché piacevole, utile e direi fondamentale. Vi spiego perché.

Con grande sapienza e rigore storico, il libro traccia il filo rosso del percorso che conduce ad enfatizzare la radicalità dei cambiamenti introdotti dalla sfida della gruppoanalisi.

Una testimonianza di anni di lavoro comune che ripercorre, sintetizzandola, la narrazione del pensiero gruppoanalitico, partendo dalla Teoria Psicoanalitica classica, per giungere a come sia stato possibile, nel corso degli anni, modificarla.

Dal Paradigma della Complessità, (p. 36) al percorso evolutivo dello studio delle dinamiche di gruppo e al loro utilizzo nell'area psicoterapeutica; la concezione foulkesiana dell'uomo come "anello di una catena" (p. 78); dalle numerose ricerche sui gruppi in Italia, (p.97) che hanno consentito di stabilire una centralità del mondo familiare reale, effettuando un passaggio tra individuo, intrapsichico e sociale, fino ad arrivare alle più recenti elaborazioni della gruppoanalisi soggettuale e alla proposta delle psicoterapie multi personali (p. 183).

Quella sostenuta dalle autrici è dunque una prospettiva che ci appare non solo totalmente condivisibile ma anche estensibile al di là dei confini della gruppoanalisi, utile a delineare riflessioni sulla

psicoterapia nel suo complesso.

“Non è consueto trovare analisi sulla clinica del mentale, che sappiano rendere il senso della complessità di queste variabili interagenti in campo. Eppure, occupandoci di formazione alla psicoterapia, abbiamo da più parti segnali che uno sguardo grandangolare sui temi della cura psichica sia con urgenza da riconvocare sulla scena della riflessione, elaborazione e trasmissione del nostro sapere. L’atlante del titolo, del testo, ci sembra infatti possa rimandare alla necessità di maturare, in questa epoca storica caratterizzata dalla tendenza in molti ambiti all’utilizzo di violenti riduzionismi, una visione storica e di insieme che sappia essere realmente orientativa per il clinico che si inoltra sui territori molteplici della cura. Privarsi di questo sguardo ampio, può comportare il rischio di collocare il professionista “psi” sull’altro polo simbolico evocato dall’immagine del titolo, quello del titano costretto e tenere sulle sue spalle l’intera volta celeste. Ci riferiamo con ciò, alla fatica schiacciante e troppe volte improduttiva, di ritrovarsi tra le mani, nel quotidiano svolgersi della propria attività clinica, in diversi contesti e ambiti di intervento” (p. 203).

L’Atlante di gruppoanalisi aiuta dunque a contestualizzare la gruppoanalisi, all’interno di un’evoluzione storica della stessa. Non si tratta certo di un testo esaustivo, può definirsi quasi un “Sillabario”, una sintesi topologica per chi sa e vuole riattraversare la storia di cui è stato anche artefice e per chi invece vi si accosta per la prima volta e necessita di una cornice di riferimento. Un viaggio a ritroso che rapisce leggendo le pagine dell’Atlante in un “soffio”, evocando alla memoria testi, autori, periodi e situazioni familiari per i professionisti senior. Rappresenta di contro la scoperta delle proprie radici culturali per i più giovani che, come sfogliando un album di famiglia, fanno la loro conoscenza. Conoscenza che dovrà necessariamente essere

approfondita con il supporto dell'ampia e robusta bibliografia di riferimento.

I temi sono stati suddivisi in sei sezioni, introdotte da presentazioni curate da autori, alcuni citati nel libro che, nel tempo, hanno contribuito allo studio e all'approfondimento dell'epistemologia gruppoanalitica: Corrado Pontalti, Raffaele Menarini, Giuseppe Ruvolo... solo per citarne alcuni.

Un Atlante dunque perché le immagini, più potenti delle parole, possono contribuire a fissare con delle suggestioni, i concetti complessi di cui è intessuta la trama del pensiero gruppoanalitico.

Originale la scelta di far precedere ogni sezione dalla suggestione di quadri afferenti alla corrente artistica impressionista e postimpressionista. Le autrici infatti hanno rintracciato, nell'esordio di questo movimento artistico, alcune assonanze con l'esordio del pensiero gruppoanalitico foulkesiano.

L'opposizione dei pittori impressionisti all'istituzione accademica, ricorda quella di coloro i quali, formati all'interno della Società Psicoanalitica, se ne discostarono proponendone una loro elaborazione.

Ma come ogni nuovo evento, per repentino che appaia, affonda le radici nel passato, così, anche la nascita dell'impressionismo, come quella dell'epistemologia gruppoanalitica, fu preparata dagli avvenimenti precedenti caratterizzati dall'evoluzione del pensiero psicoanalitico classico. Anche la teoria delle relazioni soggettuali propose una frattura epistemologica e clinica dai modelli individualistici, intendendo il rapporto del soggetto con il mondo esterno, della relazione terapeutica stessa, come un fenomeno "complesso". Tale complessità pose fine a una serie di dicotomie e aprì la strada ad un nuovo linguaggio, precursore di un'epoca feconda dal punto di vista speculativo.

Un Glossario sarebbe stato molto utile ai neofiti e ai non addetti ai lavori che pur potrebbero fruire piacevolmente della consultazione dell'Atlante, prezioso compendio allo studio dell'epistemologia della matrice scientifica della Gruppoanalisi.