

Area 14_22: un servizio di consulenza breve per gli adolescenti nel settore pubblico*

1) *My dilemma is you*

Un pomeriggio di agosto Cristina Chiperi, 16 anni, moldava ma padovana di adozione, studentessa del Liceo classico, si infila le cuffie nelle orecchie e ascolta la canzone *My dilemma* di Selena Gomez, che si tortura nel dubbio del *ti amo ti voglio* però *non ti amo e non ti voglio*. Immagina una storia. Che inizia subito a scrivere sul suo iPhone caricandola online episodio dopo episodio, per mesi, sulla piattaforma online di *self publishing Wattpad*, trascinandosi nella lettura (gratuita) sempre più fan. Il risultato? Tre romanzi, di cui uno in libreria (pubblicato da Fanucci, 30mila copie vendute in cartaceo in due settimane), e sette milioni 340mila visualizzazioni. È *My dilemma is you (MDIY, per gli addicted)*.

Cristina dice di averlo scritto "in genere la sera, distesa sul letto e con la musica nelle cuffie". Scomodo? "Bè ogni tanto scappano degli errori, colpa del correttore automatico". Lo ha ambientato a Miami: "Perché? Ho cercato su Google, è una città che mi piace, l'ho vista in tante foto, ci sono molti ragazzi, gli skater, mi è sembrata un bel posto per la storia di Cris".

Cris è la protagonista dei 118 episodi della prima delle tre *fanfiction* postate su *Wattpad*, sugli amori e le giornate di una studentessa sedicenne che frequenta una *high school* e intreccia avventure e amori.

"Mi sembrava uno schifo di storia all'inizio - scrive Cristina su *Wattpad* - ho pensato che non sarebbe piaciuta a nessuno, ma poi ho cominciato a ricevere commenti e visualizzazioni e ho pensato chisseneffrega, vado avanti. E se piace bene, se non piace non importa. Quindi ho continuato a scrivere perché c'erano ragazze che mi seguivano e apprezzavano la mia storia".

La app di *Wattpad* si scarica sul telefonino (o si accede al sito collegandosi dal computer): è un social network di *self publishing* con oltre 40 milioni di iscritti nel mondo. In Italia i numeri lievitano di settimana in settimana: conta attualmente oltre un milione di user e più di 600mila storie pubblicate.

Sulla app, adolescenti scrivono romanzi a puntate digitando sulla microtastiera di un cellulare o di un portatile. Scrivono in treno, in bus, seduti su una panchina, nei corridoi della scuola. Dieci righe, cinquanta o quante ne

*L'articolo è una rielaborazione della relazione letta al convegno "La famiglia adolescente" - Verona, 07/05/2016 e della relazione "Dilemmi etici nella professione di psicologo con i minori" presentata all'Università di Verona, Dipartimento Scienze Umane - 08/10/2018

vengono. Scrivono e postano in rete di getto, un episodio dopo l'altro, senza avere un *plot* definito in testa. Rileggendo al volo e premendo invio su *Wattpad*, la piattaforma online, fabbrica di scrittori in erba, è diventata un successo globale che ha creato il fenomeno *After* di Anna Todd. Da lì adesso gli editori anche in Italia pescano romanzi e giovanissimi scrittori. Anzi scrittrici, dal momento che all'80 per cento è frequentata da ragazze.

Le storie prendono forma, i personaggi si innamorano, si tradiscono, si lasciano come in una serie, a puntate, e viaggiano in questa social biblioteca di nativi digitali (e non) cresciuta molto anche in Italia. Emergono così, da Bolzano a Palermo, centinaia di nuovi *smart-writer* e si muovono, a caccia di possibili bestseller, grandi e piccoli editori. Rizzoli e Fanucci hanno già mandato nelle librerie i primi romanzi estratti da questo serbatoio letterario popolato di *fantasy* e di *fanfiction*, scritte per lo più da adolescenti per adolescenti.

L'amore è il protagonista di svariate storie, basta scorrere qualche titolo fra quelli in primo piano sulla piattaforma online: *Baciarmi*, *Baci nell'ombra*, *Non tutto è perduto*, *Un semplice bacio*. Non mancano trame hot e quelle che parlano di vampiri e di gnomi. Ma attenzione a non liquidare questo mondo come una letteratura di serie B. Ha confini vasti, è in continua evoluzione. All'interno si trova di tutto anche se la letteratura da smartphone attrae soprattutto un pubblico under 30 che va di fretta e magari legge aspettando il metrò. È una letteratura che nasce dal basso e che vive di un rapporto molto stretto fra chi legge e chi scrive: "A volte capita che cambio il carattere di qualche personaggio accogliendo i suggerimenti dei lettori che commentano in diretta in fondo al capitolo", racconta Cristina.

Lì non ci sono cattedre e tutto può essere messo in discussione.

Lo sa bene Cristina che ha dovuto arginare le proteste di chi sosteneva che il titolo *My dilemma is you* era un inglese sgrammaticato: "Vi voglio tranquillizzare, è giusto così, l'ho chiesto anche alla mia professoressa e poi c'è un verso analogo della canzone *My dilemma* di Selena Gomez". Cioè la canzone da cui prende spunto la storia. Un'altra volta gli utenti si sono arrabbiati perché, prima del debutto in libreria, erano stati messi offline i capitoli del primo dei tre romanzi postati sul social network. È bastato collezionare qualche commento arrabbiato e i capitoli sono riapparsi.

2) Winnicott e il paradosso

Il dilemma di Cristina Chiperi sembra irrisolvibile.

Per venire a noi, Winnicott non parla di dilemma ma di paradosso quando afferma che occuparsi di adolescenti vuol dire cercare di comprendere chi per definizione non vuole essere compreso, e che finisce col mettere i genitori (e gli psicoterapeuti) in una condizione paradossale ma affrontabile, se il paradosso viene considerato. È come se l'adolescente mettesse in scacco chi vuole occuparsi di lui, tanto più se è all'interno di una relazione di aiuto, proprio perché tende a porsi in una posizione di contro-dipendenza, cioè di negazione difensiva di qualsiasi bisogno.

Potremmo dire che come per il terapeuta individuale non tener conto di questo gli impedisce di lavorare, altrettanto nelle istituzioni, il non tener conto di questo, rischia di affrontare le problematiche adolescenziali solo su un versante progettuale, destinato a morire.

Ma affrontare tale questione non può che suscitare un controtransfert di timore (dato che l'oggetto psicologico del quale ci si occupa sollecita ansie e difese correlate, come insegna lo psicologo gruppale argentino Pichon Riviere - 1985), lo stesso che io stesso ho provato in un sogno, quando mi sono immerso nella scrittura di questa relazione, nel quale avrei dovuto tenere una conferenza a Timor Est!

Le associazioni del sogno mi hanno mostrato come il timore riguardi sia il terapeuta che si occupa del campo adolescenziale, sia l'adolescente di fronte al terapeuta, nello specifico il mio Sé adolescenziale intimorito di fronte ai genitori, abili conferenzieri, che incontro qui oggi.

D'altra parte è Bion (1981) che mi ricorda che "nella psicanalisi, quando ci si accosta all'inconscio, cioè ciò che non sappiamo, è inevitabile, sia per il paziente che per analista, essere turbati. In ogni studio di analista dovrebbero esserci due persone piuttosto spaventate: il paziente e lo psicoanalista. Se non sono spaventati, c'è da domandarsi perché si prendano il disturbo di scoprire quello che tutti sanno".

3) Quale istituzione?

La questione del tempo

Oggi si parla molto di adolescenza. Ci si potrebbe chiedere ironicamente se l'adolescenza è diventato una specie di paradigma di riferimento per la società odierna, quella di cui Zagrebelsky parla, nel suo libro *Senza adulti* (2016).

Nell'epoca delle passioni tristi, dominate da impotenza e incertezza, sentimenti che portano a rinchiuderci in noi stessi e vivere il mondo come una

minaccia, nella società liquida descritta da Baumann (2010), anche il tempo dell'adolescenza si è diluito. L'adolescenza (cioè "una moltitudine felice-infelice compresa fra il periodo di latenza e lo stabilirsi dell'età adulta" - Meltzer 1973) se ancora inizia a 14 anni (anche se numerosi segnali fanno pensare che questo inizio si sia anticipato), possiamo pensare che duri fino ai 30. Le tappe che un tempo segnavano il passaggio all'età adulta, non esistono più (si pensi al servizio militare) o sono state delegittimate di significato (si pensi al limite di età di 18 e 25 anni per poter votare alla Camera e al Senato, oggi sostituito dalla tendenza a disinteressarsi alla politica e a non votare). Lo stesso confine che era determinato dal raggiungimento della laurea, è stato sostituito dalle successive specializzazioni e dalla presenza di master, che sostengono i tempi lunghi di attesa per entrare nel mercato del lavoro, dando la speranza di un futuro radioso, che talvolta si trasforma in una illusione o in un non futuro, ma che in ogni caso prolunga il tempo dell'adolescenza negli anni successivi. Ma, da questo punto di vista, il cambiamento del criterio sociologico di definizione dell'adolescenza e il modificarsi delle attuali patologie emergenti, propone ai Servizi di cura di rispondere in modo diverso alla questione dell'adolescenza.

Mi pare inoltre che la questione del tempo non investe solo la definizione di ciò che è adolescenza oggi, ma trasversalmente, investe anche il mondo degli adulti. Dopo gli anni '70, noi siamo la prima generazione di adulti alla quale non è possibile passare la conoscenza dell'esperienza che abbiamo vissuto come adolescenti, alla generazione successiva, che spesso ai nostri occhi risulta come non riconoscibile. Genitori e terapeuti si trovano a doversi confrontare con un tempo generazionale che passa troppo rapidamente e che non consente di veicolare modelli di identificazione alla generazione successiva.

L'adolescenza nei Servizi

Nel Veneto il panorama dei Servizi che si occupano di adolescenza e la caccia agli adolescenti, a capirne e carpirne i problemi avviene in molti luoghi, anche fuori da quelli istituzionalmente dati, come i Servizi dedicati alla Psicologia dell'Età Evolutiva.

In un incontro tenuto al Centro Adolescenti di Bassano del Grappa (VI) del giugno 2015, al quale hanno partecipato i Servizi che si occupano di adolescenti di sette ULSS del Veneto, è emerso come vi sia una grande pluralità dei metodi di intervento sia tra le varie ULSS, sia tra i diversi Servizi all'interno della stessa ULSS. Anche l'assetto organizzativo dei Servizi è risultato molto differente nei vari territori. Ciò concerne sia l'organizzazione dei Servizi specifici per gli adolescenti, sia il lavoro di rete tra i vari Servizi

coinvolti nei singoli casi clinici. Nello specifico, molti Servizi per adolescenti sono spesso ancora in fase sperimentale o non completi e strutturati. Alcune sono strutture e centri indipendenti che collaborano con altri Servizi (fornendo consulenze o interventi specifici), altri sono Servizi attivi all'interno di Unità più complesse, come per esempio i Consultori familiari o i Dipartimenti di Salute Mentale.

Dall'incontro è emerso come i rapporti tra i centri per gli adolescenti e gli altri Servizi siano talvolta difficoltosi, in particolare a causa della diversità nei linguaggi, nei metodi di intervento, negli obiettivi. Emerge dunque una scarsa linearità nell'approccio teorico e nell'intervento pratico tra i Servizi. Le maggiori differenze accertate nel confronto tra i presenti, hanno riguardato la questione degli invii (target di intervento e modalità di invio e/o presa in carico), le deleghe e le responsabilità di ogni attore. La pratica clinica adottata dai centri è risultata ricca e diversificata negli approcci terapeutici utilizzati: dalla peer education ad interventi terapeutici specifici, che spaziano dagli approcci psicodinamici a quelli cognitivo comportamentali.

In relazione agli adolescenti visti, si è condiviso come la motivazione al trattamento sia un fattore cruciale negli esiti e nell'efficacia degli interventi stessi. Questo all'interno di un contesto nel quale ci si trova di fronte a sintomi spesso misti o vaghi, comunque difficilmente inquadrabili diagnosticamente, che possono avere un aspetto transitorio, possono prendere significati diversi a seconda della modalità ed il contesto relazionale in cui si esprimono, essere espressione di disturbi maggiori ancora sotto soglia o non strutturati, nei quali l'intervento precoce si sta dimostrando l'arma più efficace, o dare origine a manifestazioni cliniche spettacolari che non è detto siano per forza gravi: insomma, a questa età, come scrive Winnicott (1974) e i Laufer (1986), non è detto che a un comportamento preoccupante corrisponda una situazione psicopatologica, non è che una psicopatologia importante si esprime sempre attraverso comportamenti che preoccupano l'ambiente.

La transitorietà dei sintomi, la patoplasticità degli stessi, e non da ultimo la reificazione del sintomo e la ricerca in adolescenza di un'identità negativa, sono questioni delle quali non si può non tener conto quando ci si accosta a questi contesti.

Allo stesso modo, è emerso il bisogno di prestare attenzione a quei disturbi, manifestazioni e fenomeni che negli ultimi anni hanno assunto varie forme e significati e a quelli che sono in maggiore diffusione: si pensi all'autolesionismo, ai disturbi del comportamento alimentare, all'assunzione multipla di droghe, ai gruppi di devianza sociale multigenerazionale e multiculturale.

L'impressione complessiva che emerge, se si va al là di ciò che è istituzionalmente presente, è che ci si trovi di fronte a Servizi creativi, dubbiosi, conflittuali, insomma come se gli stessi Servizi stessero attraversando la loro adolescenza!

Le difese

La psicosocioanalisi parla di *ostacolo epistemologico*, cioè di quell'emozione intrinseca al compito che, se non vista, potrebbe diventare una difficoltà per lo svolgimento del compito stesso. L'istituzione di cura rischia sempre di essere colonizzata dall'assetto psichico dei pazienti di cui si occupa: in questo senso, l'assetto interno e le modalità relazionali adolescenziali, risuonano nell'istituzione e negli operatori che di adolescenti si occupano.

La preoccupazione di occuparsi di adolescenza è legata all'essere un'emergenza sociale, per i sintomi che porta. Contemporaneamente gli adolescenti sono di per sé portatori di problematicità: non vi è il rischio che aprire maggiormente le porte dei Servizi a loro, produrrebbe un intasamento insostenibile?

Inoltre occuparsi di adolescenti, vuol dire occuparsi del futuro cioè di contemplare la propria morte, e questo può costituire un aspetto di quell'ostacolo epistemologico di cui parlavo, da parte del Servizio che se ne deve occupare.

Infine l'adolescenza, con ciò che porta con sé emotivamente (creatività, libertà, onnipotenza, imprevedibilità, sfida alle regole), sollecita invidia e/o timori tali che si possono trasformare, difensivamente, in ostacoli oggettivi all'operatività. Così accade che i Servizi che, al loro interno, si occupano di prevenzione in adolescenza (al di là dei Servizi istituzionalmente dedicati quali ad es. il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dell'Età Evolutiva), abbiano la caratteristica di costruire progetti a termine, come se l'istituzione facesse fatica a pensare di mantenere nel tempo, al proprio interno, uno spazio sia fisico che mentale per gli adolescenti. L'alternativa, talvolta, sembra essere il pensare a una prevenzione caratterizzata da un attivismo pedagogico, basato sul dare informazioni, intervenire, fare, far fare, in un rincorrersi che fa pensare più a un bisogno difensivo degli adulti di rispondere alle proprie ansie, piuttosto che ai bisogni dei ragazzi.

Tutto questo sembra rimandare ad adulti affascinati e spaventati, che hanno bisogno di conoscere per controllare, e che quando si attivano tendono a farlo con modalità agite, che ricordano proprio quelle degli adolescenti, caratterizzati dalla tendenza all'acting e a trasferire nell'ambiente i propri conflitti interni.

Elementi facilitanti l'incontro

Le considerazioni sopra riportate, fanno pensare che ci possono essere di conseguenza degli elementi che facilitano l'incontro con gli adolescenti e che debbono essere tenuti presenti nel momento in cui un Servizio di prevenzione primaria e secondaria con questo target di età, viene posto in essere.

In particolare:

- la necessità di lavorare su e con l'Istituzione di riferimento.
- La necessità di creare una rete tra i Servizi a cui il target considerato fa riferimento, contemporaneamente cercare di favorire la creazione di un gruppo di operatori che abbia una formazione specifica e condivisa sul tema.
- La necessità che vi sia una procedura definita, sia pur con un ambito di discrezionalità interno.
- La necessità di creare uno spazio dedicato e condizioni che permettano un incontro facilitato con l'adolescente.

4) Quale terapeuta?

G. Pietropolli Charmet in *La vocazione psicoterapeutica* (2012) riporta l'esito di una ricerca, rivolta a un gruppo di specializzandi della scuola di psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente del Minotauro di Milano, nella quale veniva chiesto loro a che età avevano iniziato a pensare alle prospettive di imparare questo mestiere, da quali esperienze provenivano gli stimoli che l'avevano attivato, quali potevano essere le origini remote. Dai risultati emerge che, oltre uno stile relazionale che predispone all'incontro e all'ascolto, è "il proprio dolore e la propria sofferenza individuale, più o meno consapevole, più o meno esplicita e più o meno urgente che sembra essere per alcuni il motore immobile della professione nel senso aristotelico del termine, cioè la decisione coraggiosa e solo in parte consapevole, di entrare in contatto con il proprio dolore per poi farne uno strumento di lavoro". Cioè sono quelle persone "che non solo decidono di entrare in contatto e conoscere come gestire il proprio dolore, ma sono coloro che autorizzano questo dolore a prendere il sopravvento tanto da farne strumento di lavoro" (ibidem).

Ma perché psicoterapeuta di adolescenti? "Immergersi nella speciale e specifica qualità del dolore e nel sentire adolescente, costringe a confrontarsi con la propria esperienza...Attingere alla propria adolescenza significa, spesso far riemergere vissuti, episodi e profonde inquietudini da cui si è imparato o per le quali si sente forte bisogno di riscatto...Nel corso della formazione si avrà il tempo e lo spazio, mentale, per approfondire di rileggere il proprio personale legame con l'adolescenza. Ma all'inizio questa consapevolezza sembra mancare" (ibidem).

La ricerca fa emergere che vi sono motivazioni diverse attraverso le quali ci si accosta a questa professione.

- La prima è una sensazione di assonanza che fa nascere il *desiderio di stare dalla parte degli adolescenti* spesso poco amati e rispettati dagli adulti, nel far assumere una strana posizione mentale che potrebbe essere assunta nel mito affettivo: "hanno ragione!", alla base del quale c'è un'esigenza di verità.
- Talvolta, *la passione nasce attraverso gli occhi di altri adulti competenti*, spesso professionisti maestri del mestiere: è attraverso di loro che sboccia il desiderio di conoscere, imparare a guardare in quel modo, quel pezzo di mondo e di esperienza. Altre volte, invece è *l'esperienza diretta*, risalente ai tempi in cui si è stati in prima persona adolescenti, *dello stare in una relazione speciale con un adulto competente* (allenatori, parenti, educatori), e conoscere da vicino le potenzialità che questa funzione di rispecchiamento valorizzante e di sostegno, può avere nel sostenere la crescita. Persone in grado di fornire modelli di identificazione oltre che esempi di possibili vie percorribili verso la crescita e l'età adulta.
- C'è infine una terza posizione mentale che ruota attorno al costrutto di adulto competente. Spesso, infatti, nelle storie è frequente la diretta esperienza di aver provato la soddisfazione frammista a narcisistico piacere, *dell'essere o essere stati adulti competenti in relazione ad un altro*, seppure in contesti di tipo educativo, scolastico, volontariato. La sensazione cioè di essere in grado di sentire, condividere e contenere sofferenza di un altro sostenendolo nella crescita, un'esperienza che produce effetti potenti al livello di autostima e di rappresentazione di sé.

Mi pare che ciò che la ricerca evidenzia è che è opportuno per il terapeuta di adolescenti, poter ricostruire il suo passato adolescente, accedere a quel fondo di memoria (Aulagnier 1999) per poter lavorare in questo ambito, col rischio di confrontarsi con parti di sé stessi, che anche a noi stessi possono essere sconosciute.

Le modalità di comportamento adolescenziali e le trappole controtransferali

Accade, infatti, che chi si occupa degli adolescenti tende a mettere in atto, vistosamente talvolta, modalità di comportamento propriamente adolescenziali: oppositività, tendenza all'ideologizzazione, all'acting, alla scissione, sentimenti di onnipotenza, bisogni di riconoscimento, atteggiamenti di contro-dipendenza. Scissione, contro-dipendenza e difficoltà a fidarsi, proprie dell'età, sollecitano nell'adulto una tendenza a prendere posizione, a schierarsi, come se l'adolescente volesse una risposta alla sua domanda, talvolta esplicita: *ma tu da che parte stai?* Se l'adulto accetta *l'out out*, se si

lascia catturare da questa richiesta, rischia la collusione con l'adolescente, identificandosi con lui e in qualche modo tornando ad essere adolescente egli stesso, o, in alternativa, difensivamente irrigidendosi, e prendendone le distanze. Entrambe le possibilità, se restano scisse, rendono impossibile una relazione operativa, cioè una relazione funzionale all'obiettivo che è quello di essere utili al percorso di emancipazione e di autonomia degli adolescenti.

Questa sollecitazione a prendere posizione nei confronti dell'adolescente, riattivando nella relazione la stessa incertezza e necessità di definirsi che egli sente con urgenza dentro di sé, può attivare nel terapeuta delle trappole controtransferali che cercherò di mostrare.

- Prestare attenzione sia a respingere gli atteggiamenti inconsciamente punitivi verso l'adolescente, sia agli atteggiamenti che, mossi dall'impegno positivo verso di lui, portano il terapeuta a una identificazione massiccia con il ragazzo, con il rischio di perdere la giusta distanza, fornendo solo gratificazioni e nutrimento. (Peraltro, il problema della giusta distanza rimane comunque un nodo critico, anche per la frequenza, da parte dell'adolescente, di irruzioni improvvise nella sfera privata del terapeuta).
- Prestare attenzione alla presenza di un sentimento di rivalità nei confronti dei genitori dell'adolescente. È vero che gli adolescenti devono separarsi dai genitori ma non è utile che questi vengano simbolicamente uccisi dal terapeuta, ad esempio colludendo con il figlio contro di loro. Ciò che aiuta il giovane paziente è riuscire a capire il vissuto che ha nei confronti dei genitori, affinché sia consapevole di quanto amore vi può essere nell'aggressività che rivolge verso di loro.
- Prestare attenzione al compiacersi di fronte alla fisiologica tendenza dell'adolescente a idealizzare l'adulto, senza tener conto che l'idealizzazione nasconde la paura, la rivalità, l'aggressività, cioè fattori affettivi inquinanti la relazione, che necessitano di essere disoccultati, svelandone l'ambivalenza.
- Prestare attenzione alla presenza di una inconscia invidia nei confronti del paziente adolescente. L'adolescenza rappresenta il cambio della guardia fra generazioni e Gibran (2003) scrive che "gli adolescenti appartengono alla casa del futuro, che tu non potrai visitare nemmeno un sogno". Allo stesso tempo ciò che l'adolescenza porta con sé (la libertà, la creatività, la sensazione di onnipotenza, imprevedibilità, la sfida alle regole) sollecita una fascinazione che attiva, come abbiamo già visto, invidia.

5) L'esperienza dell'Area14_22

Il contesto istituzionale

L'Area 14_22 è uno spazio dedicato agli adolescenti, inserito all'interno della UOC Infanzia Adolescenza Famiglia dell'ULSS 20 di Verona*, cioè il Servizio che, prima della aziendalizzazione della ULSS, si chiamava Consultori Familiari. Inizialmente l'Area 14_22 si configurava come un progetto, nel quale non erano presenti operatori dipendenti di ruolo. Grazie ad una Responsabile lungimirante, che nel 2011 ha ritenuto necessario l'ingresso di uno psicologo dipendente di ruolo in qualità di coordinatore delle equipe di lavoro, il contesto istituzionale è cambiato. L'Area 14_22 veniva ad essere maggiormente definita, perché il servizio per gli adolescenti ora si collocava come uno degli interventi sovra distrettuali operanti nell'ambito dei Consultori Familiari, con un collegamento (e un portavoce) all'interno dello Staff di coordinamento dei Consultori stessi.

Ciò nel tempo ha permesso una maggiore individuazione della mission operativa (prevenzione primaria e secondaria), una teoria di riferimento e una teoria della tecnica, i ruoli e i compiti degli operatori dell'equipe, una formazione dedicata legata agli emergenti clinici e sociali dell'adolescenza, una supervisione di casi, incontri di equipe allargata trimestrali con compiti organizzativi, incontri mensili di equipe di sede per confronto sui casi, una raccolta dati, un logo, un sito internet, una pagina Facebook.

Cos'è l'Area 14_22

L'Area 14_22 oggi è un Servizio di prevenzione primaria e secondaria dedicato agli adolescenti dai 14 ai 22 anni di età, che offre uno spazio libero di accesso, aperto un pomeriggio alla settimana nelle sedi di Verona e provincia dove opera**, al quale possono accedere senza necessità di autorizzazione genitoriale, ticket o impegnativa, gli adolescenti che fanno richiesta di una consulenza ginecologica, psicologica e, per un certo periodo, anche andrologica.

Il Servizio si caratterizza per la *bassa soglia e l'alta cultura*, cioè alla facilità di accesso corrisponde un'alta professionalità degli operatori, che in questo modo sono in grado di offrire agli adolescenti un intervento prezioso perché competente e efficace, come mostrano i dati di seguito riportati.

*Successivamente UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori della AULSS 9 Scaligera.

**Nel 2016 il Servizio era aperto in due sedi, Verona e San Bonifacio; con il 2020 sono state aperte le sedi di Domegliara, Porto di Legnago e Villafranca, in provincia di Verona.

Dal punto di vista procedurale, l'adolescente, infatti, può arrivare da solo o accompagnato, dai genitori, dal partner, da amici. In questa configurazione viene accolto da un servizio di accoglienza, gestito da un educatore e, in talune sedi, da un'ostetrica, che raccoglie i dati anamnestici, e il motivo della richiesta, indirizzandolo all'operatore di competenza richiesto.

La consulenza ginecologica si configura come un intervento a carattere contraccettivo, anche d'urgenza, fornisce una visita specialistica, verifica l'ipotesi di gravidanza in atto.

La richiesta psicologica si configura come un intervento breve di consulenza a carattere psicodinamico (circa cinque incontri), che ha il valore di un intervento a valenza psicoterapeutica. Da una parte permette all'adolescente di sperimentare un momento di accoglienza e ascolto dei suoi problemi, permettendogli di fare una esperienza "buona" di intervento psicologico, che può essere ripresa anche in un secondo tempo, quando si creeranno le condizioni interne per un intervento psicoterapeutico più strutturato. Dall'altra, la tecnica usata ha l'obiettivo di permettergli una ripresa del suo sviluppo evolutivo o, nei casi più problematici, creare le condizioni per iniziare un percorso psicoterapeutico successivo attraverso un invio.

Questa impostazione ha permesso di incontrare annualmente, in modo costante dal 2013, circa 500 adolescenti, effettuando un volume complessivo di oltre 1000 prestazioni, con un trend in aumento nel corso degli anni.

Riferimenti teorici e esperienziali

Il lavoro che viene svolto oggi nell'Area 14_22, ha le sue radici teoriche nel modello di consultazione breve in adolescenza proposto dalla Tavistock Clinic di Londra (Adamo, 1990), integrato con il modello di intervento proposto da Tommaso Senise (1990). Dal punto di vista delle prassi, origina in due importanti esperienze avvenute nell'ambito della ULSS veronese negli anni scorsi. In particolare, l'esperienza dei CIC, i centri di informazione e consulenza che sono stati attivati dalla legge 309/1990, e il progetto Hamelin, che negli anni 1999/2001 aveva costituito un laboratorio multiforme e un contenitore complesso di vari sotto progetti ed iniziative ad alta integrazione tra loro, in funzione di una ricerca e una riflessione, per un possibile cambiamento, sulle modalità con la quale i Servizi pubblici e del privato sociale si occupavano di adolescenti. La ricerca aveva evidenziato alcuni nodi critici che attraversavano tutti i Servizi che si occupavano di adolescenza, ma anche alcuni elementi che avrebbero potuto facilitare l'accesso degli adolescenti a una istituzione.

Riferimenti giuridici e legislativi

La cornice legislativa di riferimento, nella quale si incardina l'attività del

Servizio, è data dalle leggi 405/1975 (istitutiva dei Consulenti Familiari) e 194/1978, sulle scelte in merito alla procreazione responsabile, che prevede la possibilità di interventi a carattere contraccettivo anche a minori di età superiore ai 14 anni, anche in assenza di autorizzazione genitoriale.

Peraltro, in senso ampio, la possibilità di operare interventi psicologici che abbiano una valenza preventiva nei confronti dei minorenni è una questione complessa perché la legislazione vigente presenta aspetti di ambiguità.

Per alcuni specifici atti sanitari, il medico su richiesta del minorenne, può procedere a prescindere dal consenso o dissenso, o anche a insaputa dei genitori. Ad es. la legge 837/1956 (regolamentata dal DPR 2056/1962), sugli accertamenti e cure in relazione a malattie trasmesse sessualmente, il DPR 309/1990, che prevede l'istituzione dei CIC nelle scuole medie superiori.

Norme di diritto internazionale affermano che il minore ha diritto di essere ascoltato, esprimere la propria opinione, ed essere coinvolto in tutte le situazioni che lo riguardano. Si pensi alla:

- *Omnibus Resolution*, adottata dall'ONU nel 1989;
- *Convenzione europea di Strasburgo (1996)* per l'esercizio dei diritti del minore;
- *Convenzione di Oviedo (1997)*;
- *Carta fondamentale dei diritti dell'Unione Europea*, proclamata a Nizza nel 2000;
- *Convenzione di New York sui diritti del Fanciullo* del 1989 (esecutiva in Italia con legge 176/1991), che prevede, nell'art. 3, che l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

Contemporaneamente alcuni articoli della Costituzione Italiana (artt. 2 - 3 - 13 - 32) e l'art. 31 del Codice Deontologico dello Psicologo prevede che le prestazioni professionali a soggetti minori siano subordinate al consenso di chi esercita o tutela la patria potestà (successivamente definita dal DL 154/2013 responsabilità genitoriale).

Nel 2000, l'ambiguità della legislazione è diventata l'occasione per organizzare il convegno *Ai margini della legge*, promosso all'interno del citato *Progetto Hamelin*, che indagò sulla posizione giuridica dell'adolescente in relazione agli operatori socio-sanitari. Nel suo intervento al convegno, la Giudice Silvestri affermò, citando il *Manuale di Diritto Minorile* di A. Moro (1998), che "in mancanza di disciplina univoca, c'è però un autore che dice che possiamo avere un'unica certezza: sicuramente può essere effettuato un trattamento sanitario su un minore quando questo trattamento sanitario non solo non comporti una lesione, un sacrificio del minore ma comporti la realizzazione di un interesse del minore, della sua crescita psicofisica" (Atti del Convegno, 2000).

Dunque, nei casi dubbi non esiste una normativa generale. Sostare nell'incertezza e prendersi la responsabilità di come e quando fare un intervento, è un lavoro complesso, che necessita di un lavoro interpretativo, a carico dell'operatore, tenendo conto della tendenza (a livello dottrinale) a

riconoscere il *minore grande* (cioè all'adolescente che ha, per sua età, una capacità naturale di comprendere, intendere e volere e dunque di decidere) un'autonomia decisionale (principio garantito dalla Convenzione di NY sui diritti del Fanciullo).

E' all'interno di tale contesto che il Servizio offre una consulenza psicologica breve a carattere preventivo, senza una presa in carico sanitaria, a tutti gli adolescenti del target che ne fanno richiesta, raccogliendo di default, all'interno del triage iniziale, il numero telefonico degli adulti di riferimento dei minorenni. Nel contratto iniziale con lo psicologo, secondo il principio che *nulla venga fatto alle spalle di nessuno* (Bleger 2011), il contenuto della consulenza portato dal minore resta riservato a meno che non emergano condizioni di pericolo per l'adolescente stesso o per altri, per le quali il contatto con le figure genitoriali si configura come necessario.

La questione dell'età

Abbiamo visto come il problema dell'età non è una questione di poco conto, non solo perché i confini legislativi sono labili (come la definizione del periodo adolescenziale), ma anche perché il target di riferimento comprende pazienti sia minorenni che maggiorenni, comportando da una parte la questione della complessità della rete di Servizi, pubblici e privati, da coinvolgere per un eventuale invio, successivo alla consulenza, dall'altra andando a intervenire su un'età che costituisce un'area grigia, di confine, negli interventi istituzionali, tra l'area minori e l'area adulta, con tutte le problematiche di competenza che si possono immaginare quando si tratta di operare una presa in carico.

In questo senso l'Area 14_22 sembra intervenire in quello spazio di disagio, espressione di un malessere e di una sofferenza più o meno fisiologici, rispetto ai quali i Servizi presenti, divisi per una competenza riconducibile al sintomo presentato, talvolta non sembrano in grado di essere sufficientemente attrezzati. Infatti, altrove la necessità di pagare un ticket di accesso, di essere autorizzati e accompagnati dai genitori per i soggetti minorenni, l'assetto organizzativo dei servizi stessi (che accolgono nella stessa sala d'attesa bambini e ragazzi), a volte risultano, agli occhi degli adolescenti, elementi espulsivi più che accoglienti.

La questione dello spazio

Le sedi, nelle quali l'Area 14_22 è aperta, sono spazi utilizzati dai Consultori Familiari negli altri giorni della settimana: i locali che vengono utilizzati per gli adolescenti sono in qualche modo evidenziati da targhe sulle porte o da percorsi che ne segnalino la presenza.

É da Winnicott (1974) che desumiamo che la presenza di uno spazio fisico

concreto è assunto a simbolo di uno spazio mentale disponibile (rappresentato in quel momento dall'operatore che sta lavorando) e rimanda all'esperienza dell'*oggetto transizionale*, cioè uno spazio definito, ma non troppo definito, disponibile e a disposizione, capace di dare all'adolescente l'impressione di esserci nel momento in cui lui se ne appropria. È ciò che nell'infanzia è dato da quell'*oggetto soggettivo* che deve essere lì, a disposizione, in modo che il bambino, quando è il momento, se ne possa appropriare ed avere l'illusione di averlo creato lui, rendendolo proprio e dandogli un valore che questo oggetto di per sé non possiede, ma che assume, una volta investito affettivamente, una funzione evolutiva molto importante.

Lo spazio dell'Area 14_22 ha questa caratteristica, perché è uno spazio di confine, tra il Consultorio Familiare, per definizione controllato e protettivo, e un'area sufficientemente libera perché accessibile, autorizzata, ma del tutto riservata, uno spazio adulto interno/esterno all'istituzione stessa, dedicato al mondo interno dell'adolescente, a disposizione di chi volesse utilizzarlo.

Il limite dei colloqui

La limitazione a priori del numero dei colloqui di consulenza psicologica disponibili (pur con una certa flessibilità), è un confine di cui gli psicologi dell'equipe hanno piena consapevolezza: ciò non impedisce che venga vissuto talvolta come un limite subìto e frustrante. In realtà, si rivela spesso una risorsa importante nel rapporto con gli adolescenti. L'intervento a termine viene sentito, infatti, come rassicurante dai ragazzi rispetto al timore che possa in qualche modo instaurarsi un rapporto di dipendenza dall'adulto o che lo psicologo possa intrudere nel loro pensiero per modificarlo, ignorando così la loro parte adulta e rimettendoli nella posizione di bambino dipendente. Il tempo limitato della consulenza acquista anche un altro significato che riprende la questione del tempo, prima accennata. Mi sembra, cioè che la consulenza breve possa avere il valore di un piccolo rito di passaggio, come se il messaggio latente che viene inviato all'adolescente, sia quello di essere stato in grado di accedere a una conoscenza di sé, attraverso una richiesta di aiuto, che è biglietto di ingresso per entrare nel mondo degli adulti. La consulenza diventa un tempo di appuntamenti, scandito da un inizio e una fine, in cui è possibile elaborare delle paure vivendole nell'*hic et nunc*, per poi separarsi dall'adulto, avendo acquisito una conoscenza maggiore di sé da utilizzare.

La questione dell'invio

Se si evidenzia (di solito già nel secondo/terzo incontro) che lo spazio dedicato alla consulenza non è sufficiente per rispondere alle necessità poste

dalla domanda adolescenziale, l'obiettivo prioritario della consulenza stessa diventa l'invio ad altro Servizio, che operi una presa in carico psicoterapeutica, in continuità con il lavoro a carattere preventivo iniziato.

L'invio ad un altro Servizio (ma anche ad un altro operatore) costituisce, come tutti i momenti di passaggio, un'area di rischio per l'adolescente. Un invio non riuscito potrebbe essere legato ad una interpretazione che l'adolescente dà del passaggio verso un percorso psicoterapeutico più strutturato, vissuto come un tentativo di dare una maggiore definizione di sé, che, in alcune situazioni, può spaventare e conseguentemente far fallire il transito.

Per questo l'invio viene particolarmente curato, all'interno della consultazione, appena se ne intravede l'opportunità, lavorando con l'adolescente sul significato che ha per lui, e sull'ambivalenza che può generare, determinata dal sentirsi abbandonato da colui al quale aveva confidato le sue difficoltà, costretto in qualche modo a ricominciare daccapo con un professionista diverso. Curare l'invio, significa anche attivarsi come equipe di lavoro, cercando di mettersi in rete con tutte le risorse presenti sul territorio, pubbliche, private e convenzionate, che possano così garantire una presa in carico successiva sufficientemente stabile. In particolare, per una parte del territorio dell'Unità Sanitaria, è stato possibile attivare un protocollo d'intesa con un Consultorio Familiare privato convenzionato, al quale possono essere inviati in un anno solare un certo numero di adolescenti maggiorenni, ai quali viene garantito una trincea di psicoterapia gratuita, con sedute a cadenza quindicinale.

Un dato qualitativo

Agli adolescenti che si presentano al servizio e concludono la consulenza, sia ginecologica che psicologica, viene chiesto di compilare anonimamente una *customer satisfaction*. Nelle risposte raccolte nel 2015, emerge che:

- il 94% afferma che accedere allo spazio giovani senza appuntamento è sembrata una buona opportunità;
- il 99% ritiene che durante il colloquio con gli operatori si è sentito libero di esprimersi;
- il 99% consiglierebbe ad un amico di venire qui;
- il 74% ritiene che il proprio atteggiamento si sia modificato rispetto alla richiesta che ha portato (la domanda è relativa alla consulenza psicologica).

In particolare, le risposte alla domanda:

Ritieni che il tuo atteggiamento si sia modificato rispetto alle richieste che hai portato? Se sì, ti chiediamo di specificare meglio.

sono stata sottoposte ad una ulteriore tecnica di indagine qualitativa, chiamata *text mining* (o analisi del testo).

La *text mining* da un lato misura la frequenza con cui le parole si ripetono nel testo, dall'altro la specificità con cui si presentano nelle risposte dei ragazzi. L'elaborazione genera un *cloud* (vedi tab. 1), nel quale la grandezza del

carattere è determinata dalla maggiore frequenza con cui le parole compaiono in tutte le risposte date dai ragazzi, la disposizione nello spazio evidenzia come vengono associate tra loro.

Attraverso l'immagine, quindi, è possibile capire quale è stato l'ordine del discorso creato dai ragazzi, in relazione alla soddisfazione per come hanno modificato il loro atteggiamento attraverso il percorso psicologico svolto.

Come vediamo le parole chiave sono:

PROBLEMI - RIUSCITA - AFFRONTARE - MIGLIORARE - SENTO MEGLIO.



Tab. 1

6) I genitori: rischio vs risorsa

Gli adolescenti si presentano all'Area 14_22 da soli o accompagnati da terze persone (genitori, amici, partner). Il Servizio non fornisce alcuna consulenza ai genitori che si presentano da soli per problematiche relative al loro rapporto con i figli di questa fascia di età*.

In ogni caso, il genitore che accompagna viene accolto assieme al figlio nel primo incontro con l'educatore dell'accoglienza, e entrambi vengono ascoltati nella loro richiesta, con la possibilità di porre in essere percorsi separati per

*Recentemente si sta valutando in alcune equipe di lavoro la possibilità di fornire una consulenza educativa breve ai genitori che ne fanno richiesta.

entrambi, in Servizi diversi (nel caso degli adulti, di solito, è il Consultorio Familiare di competenza territoriale per residenza).

La presenza del genitore che accompagna il figlio, talvolta diventa un elemento di difficoltà per lo svolgimento della consulenza. Per es. l'adolescente può lamentare di essere stato costretto dal genitore a presentarsi, o restare in silenzio, delegando all'adulto la spiegazione dei motivi per cui è lì. Queste condizioni, che non garantiscono l'arrivo spontaneo dell'adolescente, costituiscono un elemento di rischio perché non favoriscono l'alleanza terapeutica con il Servizio.

In altri casi, la presenza del genitore o di un fratello o sorella maggiore, costituisce una risorsa. Per es. può essere il ragazzo stesso che chiede espressamente che nella consultazione sia presente un adulto, per poter avere il sostegno dell'operatore mentre esprime i suoi bisogni di fronte a loro (magari per la prima volta!). In ogni caso, i genitori dei minorenni vengono coinvolti, al termine della consultazione, quando si ravvede la necessità, concordata con l'adolescente, di un invio successivo alla consulenza stessa, in altro ambito psicoterapeutico. Analogamente il coinvolgimento dei genitori viene attivato nel momento in cui emergono evidenze che mettono in luce la possibilità da parte dell'adolescente stesso di mettersi in una condizione di rischio oggettivo per sé o per gli altri, o quando compare sulla scena un reato (es. abuso, molestie).

Si potrebbe dividere sommariamente i genitori in due categorie.

Coloro che tollerano di non esserci, e suggeriscono al proprio figlio di parlare con un professionista dei suoi problemi, restando nel backstage, o chiedendo per sé una richiesta di consulto.

Coloro che non tollerano di esserci, che faticano a cogliere i segnali di disagio e a prendersi carico dei problemi del figlio, faticano a raccogliere le indicazioni del terapeuta che suggerisce l'invio. Un esempio eclatante sono i coniugi che fondano il loro legame su un conflitto senza fine, il cui figlio, spesso invischiato nella lotta parentale e non visto da loro in funzione delle sue necessità, si trova costretto a schierarsi o occuparsi del genitore che sta più male, rischiando di bloccare il suo percorso evolutivo.

7) Internet

In questa ultima parte della relazione cercherò di evidenziare alcune modalità nella quali in futuro potrebbe declinarsi lo strumento della consulenza con gli adolescenti, intesa come opportunità di avvio per una relazione di cura: queste modalità non possono non tener conto delle potenzialità che Internet offre.

La consulenza da remoto

Il primo scenario fa riferimento alla consulenza da remoto. Si parla di *telepsicologia*, che include sia gli interventi online sia quelli svolti telefonicamente. Può essere definita come “la fornitura di servizi psicologici non vis-à-vis, tramite l'utilizzo di tecnologie di comunicazione a distanza, come telefono, email, chat e videoconferenza” (Gabri et al., 2015).

Nel 2013 il Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi ha pubblicato le *Raccomandazioni sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza* e ha commissionato una ricerca tra ottobre 2012 e maggio 2013 nella quale sono emersi in sintesi i seguenti risultati.

- Su 10.260 link (richiamati attraverso la check list delle parole chiave a contenuto psicologico), circa la metà indirizzano a siti che forniscono servizi psicologici on line.
- Su 1.947 siti analizzati, quelli che forniscono effettivamente servizi psicologici on line sono risultati 270: 134 gestiti da professionisti autonomi, 47 da professionisti associati, 93 da network/ associazioni.
- La tipologia prevalente di prestazione è quella della consulenza: consulenza psicologica via e-mail con livelli diversificati di risposta (dall'informazione gratuita alla risposta 'personalizzata', con possibilità di usufruire di ulteriori scambi e-mail);
consulenza psicologica tramite videoconferenza o audio conferenza (via Skype o Messenger);
consulenza psicologica tramite telefono;
consulenza psicologica via chat (strumento ibrido che permette di utilizzare o meno la webcam, ma di comunicare per iscritto in tempo reale);
consulenza psicologica per “pacchetti preconfezionati” (video, audio o libri, su aspetti specifici, offerti a pagamento).
- In circa la metà dei casi di siti che promuovono servizi psicologici, le prestazioni sono offerte a titolo gratuito.
- Tra i servizi a pagamento, estratti dai siti in cui sono indicate le tariffe, lo strumento più utilizzato in assoluto è Skype.

Il Consiglio solleva numerosi interrogativi di natura metodologica e deontologica, che è opportuno raccogliere e valutare perché interessano la psicologia e le ricadute professionali che ne derivano. Contemporaneamente la consulenza psicologica a distanza sta diventando un fenomeno sempre più rilevante e utilizzato, soprattutto in relazione al target più giovane.

Tra i pochi studi empirici a riguardo, Il *Servizio Italiano di Psicologia On-line (SIPO)* pubblica una ricerca (Gabri et al. 2015) nella quale si analizza

l'utenza che utilizza gli sportelli, che il Servizio offre attraverso internet. Il Servizio utilizza Facebook per offrire una prima accoglienza e un orientamento verso il professionista, Skype per offrire una breve consulenza utilizzando una webcam.

I dati relativi agli accessi del 2013 attraverso i due canali, mostrano come i due strumenti raggiungono target di età diversi, ma contigui.

Sui 38 pazienti, che hanno partecipato alla ricerca utilizzando la chat di Facebook, è emerso che la maggiore partecipazione è avvenuta tra i 18 e i 25 anni. Dei 45 soggetti, che hanno partecipato alla ricerca utilizzando il sistema di videoconferenza, è emerso che una maggiore partecipazione è avvenuta nelle età comprese tra i 18 e i 26 anni e tra i 32 e i 41 anni.

Il motivo della consultazione è legato al non sapere a chi rivolgersi in un momento di necessità, alla comodità del servizio, al bisogno di avere un supporto immediato. La maggior parte ha affermato di essere stata propensa a proseguire dopo questo primo contatto.

Questi dati, sia pur assolutamente parziali, fanno pensare che se da una parte non è possibile ritenere che la consulenza via web possa sostituire la consulenza vis a vis, dall'altra è uno strumento che per diffusione, possibilità di utilizzo da parte di un target più giovane, possibilità di essere uno strumento di primo e facile accesso, rappresenti un'opportunità che andrebbe approfondita.

Il progetto Youngle

Il secondo scenario fa riferimento alla realtà concreta di un progetto attivato dal Comune di Firenze che si chiama *Youngle*.

Youngle è il primo network pubblico nazionale di ascolto e counseling su Facebook rivolto agli adolescenti e gestito da operatori adolescenti, formati attraverso la *peer education*, con il supporto di psicologi esperti di comunicazione. Il Servizio è presente in tredici centri, sparsi in nove regioni italiane (Veneto compreso). Tecnicamente, gli operatori adolescenti del Servizio rispondono in una chat su Facebook, alla quale occorre iscriversi, alle domande dei ragazzi che si collegano. La chat è aperta per due ore, una o due volte alla settimana (a seconda della sede locale) ed è supervisionata in diretta, al bisogno, da psicologi esperti, collegati tramite WhatsApp all'operatore in chiamata. I dati forniti nel convegno *Rotte digitali* (Firenze, 2016) parlano di 5000 amici, circa 5700 *like* alla pagina FB, 1200 chat attivate, 97 *peer* online attivi, 30 psicologi coinvolti.

Nella stessa realtà fiorentina sono presenti anche altri servizi di ascolto e *webcounseling* per adolescenti: *sostanze.info*, *Sesso & altro*, *genitori in corso* (consulenza online per genitori di adolescenti), e *my blue box.it*, blog, quest'ultimo, dedicato ai figli di genitori che presentano un problema psichiatrico.

La consulenza a domicilio

Un terzo scenario è costituito dagli interventi a domicilio, attivati a Milano dal *Minotauro*, per gli adolescenti ritirati sociali (*Convegno internazionale sul ritiro sociale in adolescenza* - Milano, 2016). Sono gli *hikikomori* giapponesi degli anni '70, che si sono diffusi progressivamente in USA, in Francia e nel resto dell'Europa, fino all'Italia. Per definizione, adolescenti nei quali è presente un'inibizione del pensiero e una difficoltà a rappresentare, che si traduce in una difficoltà di accesso alla psicoterapia. L'intervento a domicilio dell'adolescente ritirato sociale costituisce un primo passo per contattare chi non accedrebbe diversamente ai servizi, pur restando in una condizione di malessere profondo.

Questa possibilità di intervento privilegia lo stare in una situazione di stallo, cercando di capire le rappresentazioni del ragazzo sulla situazione che sta vivendo. Il mito che sostiene il ritiro come unico suo modo di uscire dalla situazione di malessere, presenta un aspetto innovativo: è l'attenzione che viene posta all'uso di Internet, che il ragazzo fa nella situazione di ritiro. Diverso è, infatti, l'uso che può essere fatto della Rete: utilizzare i videogiochi, (da soli o online in gruppo), navigare tra i siti, modalità più legate al mondo maschile, usare i tutorial o i canali *YouTube*, creare dei *profili fake*, per presentarsi nella realtà dei social (confrontandosi con i valori narcisistici di popolarità, bellezza, successo), più legato al mondo femminile.

Un interesse specifico al videogioco che quell'adolescente utilizza, da parte dell'operatore terapeuta, rafforza da una parte l'alleanza di lavoro e talvolta rappresenta l'unico canale di accesso alle sue rappresentazioni profonde; analizzare il modo in cui un adolescente gioca (da solo o in chat), il gioco che sceglie, l'avatar che sceglie, permette di avere un accesso privilegiato alle rappresentazioni inconsce relative al Sé e alla sua crescita. L'avatar scelto, infatti, possiede caratteristiche che permettono al soggetto di sperimentare parti di sé, costitutive della sua identità maschile (efficacia, forza, potenza, aggressività, competizione), che gli offrono un rispecchiamento per costruire rappresentazioni di sé più nitide.

Il videogioco diventa una incubatrice psichica, perché garantisce la sopravvivenza di una funzione di simbolizzazione, della possibilità di avere una relazione proteggendosi dal rischio suicidario. Il gioco viene così ad avere una funzione anestetica, sia rispetto alla tristezza che l'adolescente sperimenta quando incontra errori e critiche, sia rispetto all'assenza di speranza verso il futuro, che egli non riesce a costruire.

8) Nuovi territori

La psicoanalisi oggi, quando guarda ai suoi pazienti, si trova di fronte a un nuovo ordine, non quello del Super Io ma quello del dominio dell'Ideale dell'Io, dove la vergogna prende il posto della colpa. È il territorio di Narciso, che ha preso il posto di Edipo.

Lo sviluppo della psicoanalisi degli adolescenti negli ultimi decenni ha comportato, nei fatti più che nella teoria, come scrive Pellizzari, "un cambiamento del paradigma classico della psicanalisi stessa... in maniera analoga a quanto... è successo con l'affermarsi della psicanalisi dei bambini agli inizi degli anni '40". Da questo punto di vista le trasformazioni strutturali che la tecnica potrebbe attivare, hanno delle analogie con i processi di formazione delle identità in adolescenza.

Ma non è solo un cambiamento dell'orizzonte di senso che l'adolescenza, in quanto emergente sociale, suggerisce. Non è solo una maggiore flessibilità della tecnica che oggi può rendersi necessaria, integrando ciò che l'era tecnologica e i suoi figli, i nativi digitali, impongono. Mi pare sia possibile pensare a un Servizio/Istituzione che, attraverso lo strumento della consulenza, possa far dialogare efficacemente il mondo degli adulti con gli adolescenti. Offrire loro uno spazio, un tempo, una modalità di approccio che possa far vivere un'esperienza psicologica "buona", diventa presupposto sia per una ripresa del percorso evolutivo, sia per una cura psicoterapeutica che, se necessaria, potrà essere affrontata in futuro con maggior consapevolezza perché, in qualche modo, già sperimentata.

Benasayag e Schmit (2005) scrivono: "Questo è lo sfasamento nel quale viviamo tutti i giorni: da una parte sogniamo una "grande scienza" perché ci offre le tecniche, fonte di comodità. Ma, dall'altra parte, soffriamo della nostra ignoranza, di non sapere minimamente come funzioni e come possa essere orientato e dominato quel *favoloso mondo della luce* che genera costantemente oscurità e incertezza".

Bibliografia

- Adamo S. (a cura di) *Un breve viaggio nella propria mente*, Liguori ed. Napoli 1990;
- Aliprandi M., Pelanda E, Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione*, Mimesis ed. Milano 1990;
- Atti del convegno *Ai margini della legge*, Verona - 06/2000;
- Aulagnier P. Se construire un passé, in *Le bulletin freudien* n.33 /1999;
- Baumann Z. *Amore liquido*, Laterza ed. Bari Roma 2010;
- Benasayag M. Schmit G. *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli ed. Milano 2005;
- Bion W. R. *Il cambiamento catastrofico*, Loescher ed. Torino 1981;
- Bleger J. *Psicoigiene e Psicologia istituzionale*, La Meridiana ed. Molfetta (BA) 2011;
- Burlini A. Galletti A. *Psicoterapia attuale*, F. Angeli ed. Milano 1999;
- Chiperi C. *My dilemma is you*, Fanucci ed. Roma 2016;
- *Convegno internazionale sul ritiro sociale in adolescenza*, organizzato da Il Minotauro, Milano 29-30 gennaio 2016;
- *Convegno Rotte digitali - salute, benessere mentale e adolescenza 2.0*, organizzato dall'Istituto degli Innocenti, Firenze 16 febbraio 2016;
- Gabri S. Mazzucchelli S. Algeri D. La richiesta di aiuto psicologico nell'era digitale: fare consulenza via chat e tramite video consulenza in E-Journal of Psychotherapy Research pubblicato online il 22/11/2015;
- Gibran K. *Il profeta*, Feltrinelli ed. Milano 2003;
- Lancini M. *Sempre in contatto. Relazioni virtuali in adolescenza*, F. Angeli ed. Milano 2009;
- Lancini M. *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Erickson ed. Trento 2015;
- Laufer M. e E. *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati Boringhieri ed. Torino 1986;
- Meltzer D. *Stati sessuali della mente* Armando ed. Roma 1973;
- Moro A., *Manuale di Diritto Minorile*, Zanichelli ed. Bologna 1998;
- Pellizzari G. La psicoanalisi degli adolescenti ha cambiato la tecnica psicoanalitica? in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno III, n° 1 /2003;
- Pichon Riviere E. *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia gruppale*, Libreria Lauretana ed. Loreto (AN) 1985;
- Pietropolli Charmet G. *La vocazione psicoterapeutica*, F. Angeli ed. Milano 2012;
- Vanni F. *La consultazione psicologica con l'adolescente*, F. Angeli ed. Milano 2015;
- Winnicott D. W. *Gioco e realtà*, Armando ed. Roma 1974;

- Zagrebeky G. *Senza adulti*, Einaudi ed. Torino 2016;