

LA PSICOSOCIOANALISI E L'INCONTRO CON GLI ADOLESCENTI*

ASPETTI PSICODINAMICI E RELAZIONALI

INTRODUZIONE

Qual è il periodo della vita che possiamo definire come adolescenza?

Diatkine (1987) risponde che “l'adolescenza è una età della vita, ma è anche una disposizione particolare della psiche umana ed una esperienza i cui effetti si possono osservare al di là della prima giovinezza. In prima approssimazione si può dire che certi pazienti non hanno mai cominciato la loro adolescenza, mentre altri, al di là dell'età reale, non ne sono mai usciti”.

Bergeret (1984) aveva affermato che “l'adolescenza...porterebbe con sé, tra sconvolgimenti considerevoli sui quali tutti sono d'accordo, delle possibilità evolutive ancora molteplici sul piano strutturale. In effetti, tutto può essere messo nuovamente in discussione in questa tappa particolarmente importante dello sviluppo affettivo dell'individuo”.

Gli elementi fin qui riportati sono già sufficienti a dirci della complessità dell'argomento che stiamo trattando: del resto non è possibile definire il profilo di un adolescente ‘normale’ e se ora ci venisse chiesto di definirlo, ciascuno di noi ne elaborerebbe uno diverso.

E' evidente, dunque, la complessità che ci si trova ad affrontare quando si ha a che fare con un adolescente in crisi.

Sia Winnicott che Racamier evocano il senso dell'apparente bonaccia, che nell'adolescente è una posizione instabile e può agitarsi in maniera imprevedibile.

Il lavorare su alcuni elementi di questa complessità non ci permette la stesura di linee guida e protocolli operativi precisi. L'obiettivo di questa relazione è di aprire spazi di riflessione e di maggiore capacità di ascolto delle problematiche di questa età.

Il nostro ragionamento non può procedere per causalità lineari ma attraverso un movimento a spirale, dove continuamente si torna sugli stessi nodi ma con livelli di apprendimenti diversi.

La complessità, del resto, non è riducibile a formule lineari e a processi di semplificazione.

**Relazione letta al seminario di training degli allievi di Ariele Psicoterapia, Brescia - 09/05/2008*

QUANDO SI PARLA DI PSICOPATOLOGIA

La psicopatologia in adolescenza si manifesta con modalità diverse: da problemi di rendimento scolastico alle più varie trasgressioni, e comunque a comportamenti che mettono in crisi gli equilibri precedenti.

Ammaniti (1997) afferma che “la sintomatologia adolescenziale ha un carattere labile...La specificità della psicopatologia adolescenziale trova conferma...nelle caratteristiche comportamentali e psicologiche dell'adolescente, in cui si nota una prevalenza di comportamenti agiti, la tendenza all'esternalizzazione dei conflitti, il valore attribuito al corpo e all'espressione corporea degli stati mentali. A conferma di ciò vi è la notevole prevalenza fra gli adolescenti di condotte patologiche che implicano un passaggio all'atto (come fughe, vagabondaggi, furti, ecc.) oppure centrate sul corpo (alterazione delle condotte alimentari, tentati suicidi, ecc.)”. Ciò perché il “corpo sessuato e generativo” (Pietropolli Charmet 2003) è, da un lato, un significante della crescita ma si presta anche ad essere confuso con un significante del legame con genitori.

Un ulteriore elemento di complessità deriva dal fatto che a un comportamento preoccupante non corrisponde necessariamente un sintomo psicopatologico, né che una psicopatologia importante si esprima sempre attraverso comportamenti che preoccupano l'ambiente.

I Laufer (1986) affermano: “Stiamo scoprendo che molti adolescenti che presentano dei problemi che sembrano transitori o di natura nevrotica rivelano più tardi disturbi ben più gravi. Al contrario un certo numero di adolescenti sembra presentare disturbi seri, ma il loro trattamento rivela che non è così”.

E Winnicott (1974): “La manifestazione clinica spesso è ingannatrice: i disturbi più spettacolari non sono per forza i più gravi”.

L'esperienza clinica ci dice come momenti di disagio anche molto pesanti non si sviluppano necessariamente in forme psicopatologiche o di devianza sociale, e come la normalità nasconda talvolta quadri di sofferenza anche gravi. E parallelamente come in questa età interventi sorretti da grandi sforzi possano produrre risultati insignificanti e piccoli eventi attivare importanti trasformazioni.

In effetti, sono l'esperienza clinica, la valutazione dei casi e la letteratura a orientarci: infatti, non abbiamo un sufficiente controllo delle variabili che ci permetta di fare affermazioni forti con criteri mutuati dall'*evidenced based medicine*.

“Un interrogativo pertinente riguarda il fatto se l'insorgenza della psicopatologia nell'adolescenza sia legata a questa fase di transizione o se non si tratti di una traslocazione adolescenziale di una patologia insorta nel corso dell'infanzia o della fanciullezza” (Ammaniti 1997).

Sicuramente alcuni quadri clinici sono la prosecuzione in adolescenza di uno sviluppo già patologico nell'infanzia, ma “molte manifestazioni nevrotiche o psicotiche, anche se abbiamo conosciuto il bambino prima, ci sorprendono; nulla di manifesto le avrebbe fatte presagire. Ma in altri casi, se il soggetto fosse stato

esaminato approfonditamente (...) avremmo percepito un gran numero di segni premonitori che avrebbero potuto indicare misure talvolta efficaci di azione preventiva...” (Màle 1987).

Ma allora come cogliere i segnali di disagio per una precoce profilassi dei disturbi che compaiono in adolescenza?

“In effetti molto spesso sembra che le tracce emotive primitive sussistano e lascino modelli difficili da cancellare”. Non a caso nel suo libro sull’adolescenza, P. Màle dedica largo spazio alla qualità della relazione precoce del bambino con la madre.

Un elemento peculiare che mette in evidenza Jeammet (1992) è “la relazione speculare tra lo straripamento dei conflitti dell’adolescente sul mondo esterno ed uno sconfinamento, durante l’infanzia, dei conflitti dell’ambiente nello spazio psichico interno del bambino, tale da non permettergli di costituire confini sicuri ed un proprio territorio personale “E’ così che “il peso della storia del soggetto, della sua organizzazione interna così come si è elaborata nell’infanzia, ma anche il peso delle determinanti genetiche, conferiscono alle risposte dell’ambiente tutta la loro importanza” (ibidem).

IL SINTOMO COME COMUNICAZIONE

I sintomi possono avere un aspetto transitorio e un peso diverso a seconda del momento evolutivo in cui compaiono. Prendono significati diversi a seconda della modalità e del contesto relazionale in cui si esprimono; è questo stesso contesto relazionale, a sua volta, che dà ai sintomi un significato specifico, sia a livello di comunicazione, sia a livello del rapporto che disegnano.

Ciò significa che, ad es., fumare hashish può essere portatore di comunicazioni e di significati diversi a seconda della modalità con cui questo comportamento viene messo in atto (in solitudine o con il gruppo dei pari), della risposta che la famiglia dà (tolleranza, ambiguità, forte opposizione, aggressività, paura), e di ciò che l’adolescente si aspetta.

Da questo punto di vista una diagnosi nosografica risulta essere un impoverimento, allo stesso modo in cui “il sintomo diventa (per l’adolescente) un sostituto della relazione e un neo-linguaggio che impoverisce la personalità” (Jeammet 1992).

E’ sempre Jeammet (1992) a metterci in guardia: “E’ particolarmente importante nell’adolescenza, in cui le possibilità di cambiamento e di riorganizzazione restano elevate, non rinchiudere l’adolescente nel suo sintomo” con il rischio di “contribuire...per questa via a dargli una ‘identità negativa’ ” (ibidem). Senza contare che “fare del sintomo l’elemento discriminante a scapito della dinamica soggiacente della personalità, significa rafforzare il sentimento d’incomprensione, di solitudine e di disperazione dell’adolescente” (ibidem).

LA COSTRUZIONE DELL’IDENTITÀ. IL CONFLITTO

D’altra parte la costituzione soggettiva della propria identità è proprio il compito dell’adolescenza, compito che si realizza attraverso il rispecchiamento che

l'adolescente mette in atto nella relazione con gli altri (adulti significativi, gruppo dei pari), attraverso processi di identificazione e controidentificazione*.

“Chi sono io?” è la domanda cui l'adolescente deve rispondere.

In questo lavoro di ricerca della propria identità anche il conflitto con le figure significative diventa uno strumento e ha un ruolo evolutivo perché “permette all'adolescente di assumere un ruolo attivo; ha il valore di una prova con cui egli si misura; è un'occasione di contatto e di constatare le differenze; testimonia l'interesse che viene accordato all'adolescente e l'importanza che l'adulto attribuisce ai suoi comportamenti; permette l'uso dell'aggressività in un clima che resta globalmente positivo. Il conflitto è quindi un fattore di mediazione tra i protagonisti: autorizza gli scambi, permette la relazione e la soddisfazione dei soggiacenti bisogni di dipendenza, mentre sostiene il sentimento di autonomia e di identità personale dell'adolescente” (Winnicott 1974).

Tutto questo in un periodo dove coesistono momenti di dipendenza regressiva e altri di indipendenza provocatoria (contro dipendenza).

Il rischio è, come afferma Ammaniti (1997), “di cristallizzare ogni devianza dell'adolescente, proprio perché è alla ricerca di un'identità, di una nuova rappresentazione di se stesso e pertanto è estremamente sensibile all'immagine di sé che gli viene inviata dagli altri. Questo effetto di specchio lo rende dipendente dalle categorie nelle quali il suo comportamento, quantunque inizialmente labile, può circoscriverlo”.

IL PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE – SEPARAZIONE

“L'evoluzione dell'adolescente verso la maturità è caratterizzata da processi mentali, tra loro correlati, di individuazione del Sé e di separazione” (Senise 1990).

In questo senso “i problemi che si delineano in pubertà sono identici a quelli dei primi stadi della vita, quando questi stessi bambini erano piccolissimi” (Winnicott 1974).

Su questa via “la progressione è intermittente, le avanzate si alternano alle ritirate, i successi agli insuccessi, gli slanci edificanti alla critica distruttiva, il bisogno di comunicazione alla chiusura, la richiesta di indipendenza ai palesi bisogni di protezione” (Senise 1990).

Instabilità e contraddittorietà che influenzano le relazioni con le persone, “specialmente con coloro che corrispondono agli oggetti interni** più significativi:

* Per **controidentificazione** si intende l'immagine di sé che viene restituita al ragazzo dalla persona con la quale egli si è identificato.

** Per **oggetti interni** si intendono le persone e le cose significative che appartengono alla nostra storia per come noi ce le rappresentiamo nel nostro mondo interno, cioè nella nostra realtà psichica individuale. Per questo l'idea che un bambino o un adolescente hanno dei propri genitori non è detto che corrisponda a come sono loro nella realtà, ma questa idea influenzerà anche le altre relazioni nel mondo reale.

padre, madre, fratelli, nonni e altri. Questi, a loro volta, devono fare i conti con i loro problemi di separazione dal figlio, fratello, nipote...” (ibidem).*

Del resto “al momento dell’adolescenza, l’immaturità è un elemento essenziale di salute. E per l’immaturità non c’è che una cura, lo scorrere del tempo e la crescita verso la maturità, che solo il tempo può favorire” (Winnicott 1974).

“Certo, bisognerebbe poter attendere. Ma il tempo è la cosa più intollerabile per l’adolescente ...perché lo confronta con la separazione, con l’incompiutezza, con la passività delle attese sempre rinviate. Perciò egli tenterà di sostituire uno spazio padroneggiabile alla sfida di un tempo inafferrabile” (Jeammet 1992). Lo spazio, a differenza del tempo, permette un controllo attivo, che può essere fatto sulla definizione di territori e cose che non possono essere invasi dagli altri.

IL BISOGNO DI SEGRETEZZA

Per A. Novelletto (1986) la segretezza ha la funzione di “nuova cornice e custodia del Sé”. E ciò va di pari passo con l’introspezione e l’autosperimentazione. L’adolescente difende il suo spazio con tecniche attive, oppositive o mediante l’evasività, la clandestinità, l’ipocrisia. Il bisogno di segretezza si manifesta attraverso diari, lettere, oggetti di arredamento nella propria stanza ed è espresso in modo ambiguo (ad es. lasciare in giro il diario segreto), esprime il conflitto inconscio tra “il bisogno di esibire la propria nascente intimità ma al tempo stesso di prolungare la comunanza della propria vita intima con quella dei genitori”. Nella prima adolescenza costituisce “il più intimo e insieme il più elementare tra i processi costitutivi del Sé”.

IL FUNZIONAMENTO DEL PENSIERO

Il processo di separazione-individuazione viene vissuto anche attraverso le trasformazioni corporee ben note (che comportano una complessa ridefinizione dell’immagine di Sé), ed è in correlazione con i cambiamenti presenti al livello cognitivo.

“I mutamenti fisiologici e le trasformazioni intrapsichiche che caratterizzano l’adolescenza coinvolgono anche il funzionamento del pensiero, non solo in quanto con la pubertà si apre la strada all’emergere di nuove potenzialità cognitive, ma anche, e soprattutto, la possibilità che tali potenzialità si sviluppino e siano utilizzate in modo funzionale è direttamente connessa con la situazione psicodinamica di ciascun adolescente, situazione che ha le radici nella storia personale, nella qualità delle prime relazioni oggettuali e del processo di separazione/ individuazione e che è espressione della modalità di affrontare i conflitti interni ed esterni. Il funzionamento del pensiero e le dinamiche affettive, infatti, si intrecciano costantemente e hanno un ruolo reciprocamente strutturante. E’ pertanto importante che...l’attenzione...sia rivolta costantemente ad entrambi gli aspetti e alla loro interazione...”

**Ad es. la traslazione del proprio padre interno nel professore di scuola potrebbe determinare comportamenti di opposizione all’autorità, che hanno più a che fare con il proprio oggetto interno che con il professore reale.*

Questa nuova modalità cognitiva è caratterizzata da due proprietà principali: la possibilità di riflettere sul proprio pensiero e il capovolgimento del rapporto tra il reale e il possibile, nel senso che la realtà è subordinata al possibile...consente di superare il concreto, l'attuale per raggiungere l'astratto e il possibile, consente di costruire teorie e di elaborare progetti di vita.". Questo "modifica profondamente la percezione di sé e la visione del mondo, oltre a costituire una nuova potenzialità, può essere anche un elemento destabilizzante" (Pelanda 1990).

L'IMMAGINE DEI GENITORI

"I valori veicolati dalla famiglia...non sono più verità assolute, ma rappresentano solo un punto di vista fra tanti; i genitori diventano persone come tante altre; il modo di vita dell'ambiente abituale diventa uno dei possibili, ma non necessariamente il migliore. Tutto ciò, se da un certo punto di vista favorisce il processo di separazione/individuazione, da un altro, porta con sé una grande incertezza e profondi vissuti di solitudine e di perdita" (ibidem).

I genitori non sono più onnipotenti e infallibili come erano stati immaginati da bambino. L'adolescente attribuisce a queste limitazioni e agli errori dei genitori il suo desiderio di staccarsi da loro, non riconoscendo il proprio ineludibile bisogno di emancipazione. Il ridimensionamento dell'immagine dei genitori se da un lato lo libera dalla soggezione di bambino nei loro confronti, dall'altro può evocare in lui una specie di risentimento, come se si sentisse tradito, e una nostalgia.

LUTTI

"...Uno degli aspetti essenziali del passaggio dell'adolescenza è costituito da un lutto... Solamente l'attraversata di questo lutto... permette all'adolescente di accostarsi all'età adulta" (Racamier 1994). Il suo evitamento può portare invece ad uno sbandamento, che potrebbe manifestarsi anche sotto forma di psicosi.

Tutti i momenti di passaggio, nella vita, sono caratterizzati dalla perdita di un assetto preesistente che consente di passare ad uno successivo più evoluto.

"Non cessiamo di avere dei lutti da fare: lutto dell'onnipotenza originaria*, lutto delle soddisfazioni iniziali della relazione molto intima con la madre nutrice e protettrice, e ancora e infine delle illusioni dell'infanzia...Tutte queste specie di lutti si incrociano in adolescenza" (ibidem).

Il lutto, lungi dall'essere solo un evento subito, è un processo, e un processo attivo. Esso sarà un motore per l'Io" (ibidem).

"Aggiungete un'altra perdita ancora: quella della illusione della bisessualità. Scoprendosi interamente del proprio sesso, l'adolescente accetta di rinunciare all'illusione che è universale di essere dei due sessi. Questa bisessualità persisterà nel limo della vita psichica, ma bisogna rinunciare all'illusione di essere dei due sessi per scegliere il proprio (ibidem).

* Per **onnipotenza originaria** si intende l'esperienza illusoria di controllo magico del mondo da parte del bambino quando è ancora fuso con la madre.

IDENTITA' DI GENERE. IL BISOGNO DI AMICIZIA

La 'scelta' del proprio sesso rimanda alla questione dell'identità di genere, che si costruisce anche attraverso l'appartenenza ad un gruppo di pari e al sentimento di amicizia.

“Il desiderio di amicizia è alimentato dal bisogno di acquisire il segreto della propria identità di genere, e quindi è l'espressione consapevole di un obbligo evolutivo ed in quanto tale è un aspetto strutturale ed invariante di qualsiasi adolescenza” (Pietropoli Charmet 1997).

Con l'amico, l'adolescente crea una 'nuova mente': la mente della coppia amicale, che è molto più coraggiosa delle menti individuali dei due adolescenti diventati amici perché li aiuta nel pensare i pensieri difficili: il legame che si crea potrà essere molto intenso senza per questo avere connotazioni sessuali.

Il bisogno amoroso e quello amicale “hanno la medesima prepotenza ed insorgono più o meno alla stessa età: uno parla col corpo, ma paradossalmente ha anche molte parole per esprimersi, l'altro lavora sotto il pelo della coscienza, è più taciturno, ma ha una straordinaria capacità di governo sulle imprese dell'adolescente, e finirà, nonostante le apparenze, per lavorare molto di più al servizio dell'amicizia che dell'amore...Possiamo... catalogare l'amicizia come un bisogno naturale dell'adolescenza; non ha un corrispettivo somatico, come l'amore, ma ha delle rappresentazione mentali e dei comportamenti sociali molto forti” (ibidem).

Il ragazzo così viene spinto fuori dalla famiglia: “la nuova dotazione sessuale non può certo essere messa alla prova in famiglia e i nuovi bisogni di relazione chiedono a gran voce che compaiano sulla scena giovani guerrieri o giovani amazzoni in compagnia dei quali avviare la ricerca delle nuove identità e dei nuovi valori” (ibidem).

Vi sono sostanziali differenze tra maschi e femmine negli obiettivi impliciti che si prefigge l'amicizia.

Nei maschi l'amico ha la funzione di sostenere e ampliare l'esplorazione dello spazio sociale, progettare e sperimentare avventure in funzione emancipatoria, permettere di pensare il corpo, cercando di fornire un significato affettivo, relazionale ed etico alle proprie trasformazioni sessuali e alla propria nascente forza fisica, che deve essere messa alla prova e che rinvia al tema della propria aggressività.

Nelle femmine, l'amica consente di mettere a fuoco il progetto di femminilità da assumere nel futuro, oltre che permettere di elaborare le tecniche seduttive e acquisire un codice di traduzione del significato del comportamento maschile.

Rispetto ai maschi, il vincolo amicale è più intenso, la dipendenza più profonda, il bisogno reciproco più evidente.

LA DIPENDENZA

Nel gruppo dei pari l'adolescente vive una realtà intermedia tra mondo dei bambini e mondo degli adulti, esprimendo sé stesso attraverso l'azione, il 'fare', sperimentando

così capacità e limiti, assumendo ruoli e funzioni diverse, in condizioni di parità, dove anche la dipendenza (ad es. da un leader) è possibile perché non è dipendenza dagli adulti.

La dipendenza dagli adulti, infatti, può essere particolarmente temuta perché evoca angosce regressive, di ritorno alla posizione infantile, alla quale l'adolescente si oppone con atteggiamenti, anche estremi, di contro-dipendenza, cioè di negazione del bisogno. Tali atteggiamenti sono provocatori e spesso suscitano negli adulti sentimenti di rabbia, ma sono un passaggio necessario perché funzionali all'affermazione della propria separatezza e individualità (analogamente al 'no' del bambino piccolo).

Jeammet (1992) considera "l'adolescente come un rivelatore specifico della problematica della dipendenza".

Il passaggio successivo, verso l'età adulta, sarà sentirsi indipendente riconoscendo la propria dipendenza dall'altro. Come nel bambino piccolo la capacità di restare solo* è legata all'introyezione nel proprio mondo psichico di un oggetto buono, così sarà possibile all'adolescente separarsi dall'oggetto di riferimento, tollerandone la dipendenza, se questo oggetto sarà presente, nel proprio mondo interno, come oggetto buono.

"L'espressione 'verso l'indipendenza' descrive le lotte della vita del bambino piccolo e del ragazzo pubere" (Winnicott 1970).

SEGNALI D'ALLARME

"Eccetto i disturbi gravi dello sviluppo, cioè le psicosi infantili, in adolescenza non ci si scopre improvvisamente malati di mente, ma lo si può diventare, in funzione soprattutto di certe fragilità che renderanno aleatoria la soluzione dei conflitti propri di questa età." (Jeammet 1992).

In effetti la crisi adolescenziale, pur essendo un evento fisiologico, è (come dice Winnicott) simile ad una tempesta, luogo di disagio e di sofferenza che talvolta, anche in assenza di situazioni traumatiche precedenti, può evolvere in una patologia psichica conclamata arrivando ad esiti catastrofici per la persona.

"Tutto cambia nella crisi (adolescenziale): le difese, le identificazioni, l'identità. Tutto si mette in movimento, tutto diventa incerto, tutto è rimesso in questione. Tutto sembra perdersi, prima di trasformarsi. Questo è il vissuto dell'adolescente: questo è proprio ciò che succede" (Racamier 1994).

Abbiamo già visto come può essere fuorviante tenere conto solo del sintomo comportamentale per esprimere un'ipotesi diagnostica.

"Il disturbo psicopatologico fondamentale non è il sintomo... bensì la patologia dell'Io sottostante" (Jeammet 1992).

* "La **capacità di essere soli** è un fenomeno altamente raffinato alla cui formazione concorrono molti fattori...La base della capacità di essere solo... è l'esperienza di essere solo, da infante e da bambino piccolo, in presenza della madre.... La capacità di essere solo dipende dall'esistenza di un oggetto buono nella realtà psichica di un individuo" (Winnicott 1970).

Un atteggiamento diffuso, ma altrettanto rischioso, è quello di banalizzare difensivamente qualsiasi comportamento interpretandolo come una crisi di originalità giovanile.

Vi sono, infatti, trasgressioni che quando sono rigide, continuative e non reversibili devono sempre allertarci.

Vi sono, altresì, comportamenti che di per sé vengono concordemente indicati in letteratura come segnali di un disagio grave che richiede un intervento specialistico:

- uso massivo/ precoce di sostanze (lecite e illecite);
- gravi disturbi del sonno;
- gravi disturbi dell'alimentazione;
- comportamenti sessualmente precoci/promiscui;
- comportamenti di automutilazione;
- ripetuti tentativi di fuga e di furto e altri comportamenti antisociali;
- tentativi di suicidio;
- interruzione improvvisa della capacità di far fronte ai compiti della propria età (crollo scolastico, comparsa di fobie invalidanti...);
- incidenti ripetuti;
- ipermaturità settoriale;
- isolamento.

Di fronte a questi segnali d'allarme è necessario pensare ad un intervento specialistico a carattere psicoterapeutico, il cui obiettivo sia il superamento o la risoluzione del momento critico o dei vecchi nuclei patogeni infantili in funzione di un ripristino verso la "normalità" e una progressione verso la maturità (ci riferiamo a quello che Senise chiama 'individuazione' e Cahn 'soggettivazione').

IL TERAPEUTA DI ADOLESCENTI

PSICONALISI O PSICOTERAPIA PSICOANALITICA?

Intorno alla questione del lavoro clinico con gli adolescenti, il mondo psicoanalitico si è interrogato sull'applicabilità della tecnica classica e se per tale lavoro si dovesse parlare di analisi o di psicoterapia psicanalitica (Màle 1987, Cahn 2000, Senise 2003).

Senza altro lo sviluppo della psicanalisi degli adolescenti negli ultimi decenni ha comportato, nei fatti più che nella teoria, “un cambiamento del paradigma ‘classico’ della psicoanalisi stessa...in maniera analoga a quanto...successo con l'affermarsi della psicoanalisi dei bambini agli inizi degli anni ‘40” (Pellizzari 2003).

La psicoanalisi classica utilizzava un paradigma storico-ricostruttivo basato sulla dialettica nevrosi infantile (collocata nel passato) - nevrosi di transfert (collocata nel presente), tempo dell'Io sufficientemente normale e tempo anacronistico dell'inconscio. Ciò non era applicabile alla psicoanalisi con i bambini, che utilizzava un nuovo paradigma (linguistico – relazionale) “che pone in relazione nell'attualità, nel famoso ‘hic et nunc’ della relazione terapeutica, la fantasia inconscia e l'azione sintomatica che la rende visibile semiologicamente” (ibidem).

Ciò ha comportato:

- un allargamento del concetto di transfert (l'analista non è più solo oggetto di fantasie edipiche parentali ma si offre a proiezioni più vaste che possono cambiare rapidamente: può rappresentare per il paziente un oggetto interno, parziale, inanimato, un ambiente anonimo, una parte del corpo o della mente del paziente stesso);
- una rivalutazione del controtransfert e l'introduzione del concetto di identificazione proiettiva, per cui la fantasia inconscia è conoscibile attraverso la relazione con l'analista;
- il processo di simbolizzazione e funzionamento mentale come oggetto di ricerca, proprio perché l'Io infantile si confronta con la nascita del pensiero, con la capacità di simbolizzare e di accedere alla comunicazione del linguaggio con l'altro.

L'adolescenza, rappresentando un cambiamento di stato e quindi una condizione di instabilità, scioglimento della simbiosi che lega il bambino all'adulto, pone drammaticamente il problema dell'identità e della alterità, cioè il non sapere chi si è e chi è l'altro. In questo senso il lavoro clinico con gli adolescenti “consiste nel riaprire spazi di ignoranza, di dubbio, di incertezza a partire dall'assunzione da parte del terapeuta di tale ignoranza come propria funzione conoscitiva. L'ignoranza dell'altro, espressione dell'ignoranza di sé, determina uno spazio insaturo che può consentire l'esperienza nella dialettica tra identità e alterità” (ibidem). Da questo punto di vista le trasformazioni strutturali che la tecnica dovrebbe attivare hanno delle analogie con i processi di formazione dell'identità in adolescenza.

Diventa centrale, allora, la questione dell'esperienza (peculiare di questa fase) come apertura consapevole verso un ignoto che non si conosce: l'Io adolescente attraverso l'esperienza modifica la percezione della realtà.

Se nell'età infantile il genere letterario era la fiaba e il mito, in adolescenza è il romanzo di formazione (il destino dell'eroe che si allontana dal focolare domestico in cerca di avventure).

L'analista degli adolescenti è spiazzato nel suo ruolo tradizionale: non è chiamato per utilizzare la nevrosi di transfert e nemmeno per offrire un contenimento trasformativo attraverso la 'reverie' che favorisca rappresentazione e elaborazione dei fantasmi. Ha un compito paradossale: da una parte "deve svolgere la funzione di un appoggio narcisistico all'Io in formazione dell'adolescente... dall'altra "deve mantenere la distanza della neutralità e dell'astinenza" (ibidem). Si colloca così sul confine tra tecnica psicoanalitica classica e tecnica psicoterapeutica.

L'analista fornisce un sostegno narcisistico che non è una stampella per un Io deficitario, ma un compagno di viaggio competente che guida e sostiene il giovane paziente nel suo viaggio di formazione, collocandosi a quella giusta distanza che permetta all'adolescente di sentire il suo viaggio come un'avventura protetta e un atto creativo, non come forma di controllo o riabilitazione.

Neutralità ed astinenza non sono semplicemente una tecnica che permette all'inconscio di emergere ma "espressione naturale di un vuoto identitario dell'adulto, complementare rispetto a quello dell'adolescente. Proprio perché non so chi sei non ti giudico. Proprio perché non so chi sei sono curioso di ascoltarti, perché ascoltandoti e conoscendoti nella tua alterità ridefinisco e ritrovo la mia identità" (ibidem). Vuoto complementare, non simmetrico (espressione di rinuncia o abdicazione del ruolo adulto) e nemmeno pieno oppositivo di chi pretende di sapere e di insegnare. "Vuoto complementare è quello di chi...vuole imparare dall'altro e solo imparando da lui potrà insegnargli qualcosa" (ibidem), concetto che rimanda all'apprendimento condiviso di Bleger.

Allora l'appoggio di un interlocutore competente diventa "una funzione capace di attivare la capacità autonoma di fare esperienza" (ibidem), che viene così avviata nell'incontro con l'altro "non attraverso un fare, un dare, un porre ma al contrario attraverso un aspettare, un chiedere, un levare" (ibidem), cioè attraverso neutralità ed astinenza.

Vi è dunque un cambio di paradigma che Pellizzari (2003) chiama "narcisistico - esperienziale".

Il nuovo paradigma comporta innanzitutto un cambio nel concetto di setting, che non può essere un presupposto, stabilito in partenza come le regole del gioco, ma una funzione del pensiero e della relazione da scoprire e creare strada facendo: insomma un setting elastico, nel quale ad es. non è escluso che possano essere portati oggetti, che diventeranno materiale di confronto e non di interpretazione.

I RISCHI

Cercheremo di esplicitare ora, a partire anche della vasta letteratura sull'argomento, quali sono le ragioni per le quali è rischioso pensare di inserire un adolescente in un percorso di psicanalisi classica, che non ha limiti predefiniti di tempo, sdraiarlo sul lettino seguendo le associazioni libere con un analista che si astiene dal dare consigli. Il procedimento analitico induce una relazione di dipendenza dal terapeuta che fa emergere modelli regrediti di funzionamento mentale con paure e aspettative correlate, che si trasformano in resistenza al trattamento da parte dell'adolescente. Questa regressione genera confusione tra presente e passato e più difficilmente può essere messa al servizio del funzionamento dell'Io adolescenziale, che dovrebbe tollerare l'impatto con le angosce infantili e contemporaneamente sostenere l'impegno di entrare in un nuovo ruolo sociale, di relazionarsi con la realtà.

Nel percorso di psicoanalisi classica l'analizzato deve accettare di farsi guardare nella propria mente ed accettare di far posto ad un personaggio che acquista caratteristiche molto intrusive quale è l'analista. La spinta narcisistica dell'adolescente è incompatibile con questa disponibilità a farsi guardare dentro: egli ha paura di essere guardato perché ha paura di essere influenzato a fare delle scelte che senza la presenza di un adulto di riferimento (analista, ma anche un genitore, docente, allenatore) farebbe. Il timore di non pensare i propri pensieri ma quelli degli altri è presente in qualunque adolescente sufficientemente strutturato.

Occorre tener conto, inoltre, che la frustrazione narcisistica, imposta dalla regola analitica, e l'interpretazione che attacca l'onnipotenza e l'illusione autarchica feriscono e rischiano di mettere in crisi un soggetto che è già narcisisticamente carente e deve già fare i conti con la frustrazione provocata dalla disillusione per la perdita dell'onnipotenza infantile. In adolescenza è facile essere investiti da vissuti depressivi e la relazione analitica è quanto di più depressivo si possa immaginare!

L'adolescente tende a pensare, capire e risolvere i conflitti attraverso l'azione e proprio questa tendenza ad agire costituisce uno dei principali fattori di rischio: come potrebbe allora sottoporsi alla regola analitica fondamentale di non agire, non prendere alcuna decisione durante il trattamento?

Nell'adolescenza non è la patologia ad essere una controindicazione al trattamento classico ma la fisiologia stessa dello sviluppo adolescenziale.

LA FIGURA DEL TERAPEUTA

La relazione col terapeuta è "una nuova realtà che nasce nel quadro dell'Ideale dell'Io" (Màle 1987). Non è un'esperienza emotiva correttiva che consisterebbe nella sostituzione di genitori manchevoli ma è una relazione dal carattere attuale, rassicurante nella quale si può dire e affrontare tutto.

Il terapeuta coglie la relazione transferale e la restituisce, ma senza favorire la regressione: insomma non interpreta il transfert in senso classico, ma eventualmente cerca di segnalare la sua estraneità e differenziazione da quell'oggetto. Contrariamente al modello classico, utilizza la gratificazione e prudenti posizioni

direttive, che possono assumere la veste di indicazioni a carattere pedagogico.

L'azione di cura del terapeuta passa attraverso ciò che egli è, così come ciò che egli rappresenta.

I primi contatti sono spesso decisivi. La relazione intuitiva con l'inconscio del soggetto, fin dall'inizio, racchiude frequentemente la riuscita del trattamento. Se l'atteggiamento iniziale è in apparenza di rifiuto o di negazione (pazienti refrattari all'intervento, silenziosi ecc.), questo di per sé non è pregiudizievole, perché non è detto che i bisogni di identificazione (spesso molteplici e mutevoli) non siano comunque incessantemente presenti. In questi casi il terapeuta cercherà di mantenere il contatto contenendo la voglia di fuggire del paziente. Questo presuppone anche una relativa neutralità di fronte ad un'eventuale urgenza della famiglia, alla quale andrà esplicitato con delicatezza che le problematiche poste in essere possono non essere affrontate immediatamente ma evocate come corollari ad una relazione proposta.

Benevolenza, fermezza, disponibilità, solidità sono esigenze del paziente da soddisfare: un'immagine di terapeuta sicuro, autorevole, che non risponde al desiderio di confondersi con l'onnipotenza.

Non vi sono regole rispetto al genere sessuale di chi cura. Gli uomini, nelle posizioni direttive di fronte alle ragazze, possono fornire l'immagine compensatrice di un padre mancante con la possibilità di recuperare un'immagine edipica bloccata, ma se per una bambina l'aggressività presunta dell'uomo è troppo angosciante, allora è meglio una terapeuta di sesso femminile. Questa, a sua volta, può costituire un modello per i ragazzi (soprattutto se l'aggressività edipica verso il padre è troppo forte) ma possono anche restituire ad un adolescente maschio l'immagine di una relazione materna particolarmente disturbata. Come è intuibile, non esiste una regola generale cui far riferimento a priori.

Il rapporto col terapeuta è vissuto 'a caldo', sia nel senso dell'affetto dimostrato che dell'aggressività. Occorrono pazienza e disponibilità rilevanti, dato che la relazione terapeutica mette profondamente alla prova il controtransfert del terapeuta.

TRAPPOLE CONTROTRANSFERALI

Il paziente adolescente attiva il controtransfert del terapeuta sollecitandolo spesso a prendere posizione nei suoi confronti, riattivando nella relazione la stessa incertezza e necessità di definirsi che egli sente con urgenza dentro di sé. Questa condizione può mettere in difficoltà il terapeuta e il prosieguo della relazione con lui: cercheremo ora di definire alcune 'trappole controtransferali' alle quali, a nostro avviso, è necessario che il terapeuta presti attenzione.

- Respingere gli atteggiamenti inconsciamente punitivi verso l'adolescente, ma prestare attenzione anche agli atteggiamenti che, mossi dall'impegno positivo verso di lui, lo portano ad un'identificazione massiccia con il paziente, col rischio di perdere la giusta distanza terapeutica, fornendo solo gratificazioni e nutrimento. Segnaliamo, peraltro, che 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.

- La presenza di un sentimento di rivalità nei confronti dei genitori dell'adolescente. E' vero che gli adolescenti devono separarsi dai genitori ma non è utile che questi vengano simbolicamente 'uccisi' dal terapeuta, ad es. 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.
- Il 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.
- La presenza di un'inconscia invidia nei confronti del paziente adolescente.

La comunicazione non verbale, l'atteggiamento tollerante e disponibile del terapeuta, il linguaggio usato sono importanti: l'aver accesso alla cultura giovanile del contesto ove si lavora, l'esserne aggiornati, può risultare utile.

Anche l'utilizzo del 'tu' o del 'lei' non segue una regola generale.

Quanto al contenuto dello scambio, può essere incentrato tanto sulla vita quotidiana che sui conflitti: l'ancoraggio alla quotidianità riempie i vuoti, soprattutto con soggetti piuttosto disturbati.

Rimane da non dimenticare che la terapia non può essere condotta senza una qualche adesione da parte dell'ambiente familiare.

Il rapporto con i genitori è un nodo cruciale nella relazione terapeutica con gli adolescenti. Potrebbe essere utile incontrarli per uno o più colloqui anamnestici prima di iniziare la valutazione del figlio/a: ciò diventa necessario se il nostro paziente è minorenne. Altrettanto importante è la possibilità, concordata con l'adolescente, di restituire anche a loro un'immagine del figlio/a al termine del periodo di valutazione. E' importante che con i genitori il terapeuta abbia un'alleanza di lavoro e una chiarezza nella comunicazione del setting. Il contatto con loro, nel corso della terapia, può essere mantenuto attraverso un colloquio di aggiornamento, comunicato e concordato con l'adolescente, ad es. prima delle interruzioni per le vacanze o al bisogno, soprattutto nelle situazioni più gravi o con pazienti minorenni.

CONCLUSIONE ELABORATA, CONCLUSIONE AGITA, INTERRUZIONE DELLA TERAPIA

I criteri di fine terapia sono diversi da quelli utilizzati per l'adulto.

Ciò ha a che fare con gli scopi stessi della terapia: per l'adulto "la capacità di stare in coppia creativa con l'altro e con sé stessi" (Nicolò 2001), concetto che rimanda alla 'capacità di essere solo' di Winnicott, per l'adolescente rimuovere gli ostacoli che trova nel suo sviluppo.

Si inizia una fase di fine analisi quando "nell'adolescente le forze progressive e di sviluppo siano predominanti, quando...abbia sperimentato una piena fase edipica che come corollario consente la ricontrattazione dell'alleanza terapeutica, l'interiorizzazione dell'analista, lo sviluppo di una capacità autoanalitica" (ibidem).

Nei criteri di terminazione occorre tener conto della diagnosi psicopatologica, ma anche, più in generale, valutare se l'adolescente è in possesso degli strumenti interni che gli consentono di proseguire lo sviluppo e fronteggiare le esperienze traumatiche interne ed esterne successive. A. M. Nicolò (2001), facendo riferimento alla letteratura sull'argomento, suggerisce che vi sono degli indicatori, che possono essere seguiti nel corso della terapia con un adolescente, che indirizzano tale valutazione:

- L'oscillazione tra investimenti narcisistici ed oggettuali;
- La forza dell'Io;
- Il funzionamento del Super Io;
- La rifunzionalizzazione del preconsciousio;
- Il test di realtà;
- La propensione del paziente di fronte all'oscillazione tra sogno e azione.

Gli adolescenti hanno difficoltà a separarsi dai genitori come dal terapeuta e spesso tendono a superare questa difficoltà forzando la conclusione in modo inaspettato.

La letteratura sull'argomento afferma che:

- presentano una maggiore frequenza di interruzioni, il più delle volte con decisione unilaterale del paziente;
- i genitori hanno un peso determinante e una funzione attiva nell'evento di fine analisi;
- le interruzioni avvengono in momenti precisi della vita di questi pazienti (ad es. all'inizio delle vacanze o alla fine dell'anno scolastico, all'inizio o a seguito dell'interruzione di una relazione sentimentale), cioè eventi che causano un aumento della tendenza ad agire: in queste situazioni l'adolescente si ripropone in una posizione attiva autonoma, difendendosi dalla paura della passività (temuta nella relazione analitica) o da ciò che sente come un'eccessiva vicinanza con l'oggetto.

Può essere utile distinguere tra interruzione della terapia e conclusione prematura.

L'interruzione esprime un fallimento del lavoro, dell'impegno di cura: in questo caso il paziente resta in balia dei suoi sintomi e dei suoi conflitti.

Ciò può essere causato:

- da un rifiuto o dal terrore della dipendenza analitica;
- da un funzionamento mentale che si oppone all'analisi perché riduce l'onnipotenza difensiva e la grandiosità narcisistica;
- da una posizione ostile da parte dei genitori;
- da un errore di tecnica del terapeuta.

Analoga è l'interminabilità, più rara, "espressione di una fusione onnipotente con l'analista vissuto come un oggetto idealizzato a cui non si vuol rinunciare" (ibidem) tentando di evitare l'elaborazione di quei lutti dei quali abbiamo precedentemente parlato.

La conclusione prematura (o meglio agita) premette che un lavoro sia stato svolto.

E' da considerare prematura quando è presa unilateralmente, cogliendo di sorpresa l'analista e lasciandolo talvolta preoccupato perché non si ritiene quel paziente ancora in grado di esser solo.

Ha una valenza positiva se:

- non preclude la strada di riaccostarsi alla terapia, quando l'adolescente si sentirà più equipaggiato (questo può accadere anche dopo un solo colloquio di consultazione!);
- se rappresenta (pur attraverso un agito) il come e il quanto l'adolescente ha raggiunto nel suo cammino di sviluppo (cioè se tale conclusione può comunque considerarsi adattiva e appropriata in quella fase di sviluppo per quel paziente).

Riteniamo, ad es., che l'apertura al futuro, la capacità di pensarlo, sia un indice prognostico positivo per una crescita successiva.

Nell'analisi con gli adolescenti utilizzare lo spostamento su un partner o su un evento reale per accelerare la fine della terapia, non ha lo stesso significato negativo come nell'analisi degli adulti.

Nella conclusione agita viene molto impegnato il controtransfert dell'analista, che può sentirsi tradito o abbandonato. "Il terapeuta si trova costretto ad un surplus di *elaborazione vicariante* anche al posto dell'adolescente, che comincia nel momento della conclusione, ma prosegue per molti mesi dopo la conclusione... Resta solo nella mente dell'analista la possibilità di una riorganizzazione e mentalizzazione dell'accaduto" (Nicolò 2001).

Talvolta ci si accorge dell'avvicinarsi dell'evento ma non si è in grado di impedirlo e forse, talvolta, non è nemmeno il caso.

Se il paziente non ritiene utile proseguire ma vi è stata una buona relazione, se la sintomatologia si è considerevolmente ridotta, se nell'adolescente è presente un'apertura verso il futuro, compito del terapeuta rimane il mostrare le criticità ancora esistenti o le domande che non hanno avuto ancora risposta, ma anche lasciare libero il paziente stesso di chiudere quella trance di lavoro, dando disponibilità a riprendere un cammino che, riattivandosi, ripartirà proprio da dove è stato interrotto. Insomma sorvegliare ogni forma di accanimento, che si manifesta nel desiderio di "guarire un paziente al di là del suo bisogno e delle sue risorse psichiche" (Khan 1990).

LA RELAZIONE ADOLESCENTI-ISTITUZIONI

ASPETTI LATENTI

Abbiamo guardato il mondo interno dell'adolescente e le modalità con cui esso si manifesta nei comportamenti e nelle relazioni, comprendendo tra queste anche la relazione terapeutica. Cerchiamo ora di analizzare quali dinamiche si mettano in gioco nell'incontro fra gli adolescenti e le istituzioni o, meglio, se e come sia possibile l'incontro fra gli adolescenti e l'istituzione che di adolescenti intenda occuparsi.

Cercheremo di farne una lettura a partire dal dato che l'oggetto di lavoro risuona nell'istituzione e negli operatori che se ne occupano.

In alcune situazioni, specialmente nei reparti psichiatrici o comunque nelle istituzioni che si occupano di pazienti gravi, questo è particolarmente evidente: alcune difese primitive, o modalità di funzionamento psichico che caratterizzano i pazienti, vengono proiettate sugli operatori e persino sulle modalità organizzative. L'istituzione di cura rischia sempre di essere colonizzata dall'assetto psichico dei pazienti di cui si occupa.

Allo stesso modo l'assetto interno e le modalità relazionali adolescenziali, risuonano nelle istituzioni e negli operatori che degli adolescenti si occupano: la relazione che si instaura è costituita anche da questa parte latente, fatta delle ansie e delle difese specifiche sollecitate dalla particolarità di questo incontro.

Questa parte inconscia della relazione, comunque presente, se non vista può costituire un ostacolo al lavoro: *l'ostacolo epistemologico* intrinseco al compito, che genera *emozioni istituzionali* che, se non riconosciute, possono produrre degli acting.

Le istituzioni che vogliono occuparsi di adolescenti non possono non tener conto delle loro modalità relazionali e affettive e della qualità particolare della relazione che si instaura fra istituzione e adolescente. Ciò è possibile attraverso una lettura clinica delle dinamiche che all'interno di questa relazione si attivano, che, se non viste, possono mettere a rischio la sopravvivenza della relazione stessa o la sua qualità, rendendola inefficace o addirittura perversa o paradossale.

La riflessione che proponiamo è maturata all'interno di una lunga esperienza di lavoro con gli adolescenti all'interno del Servizio pubblico, ed è stata sollecitata dalla constatazione di quanto i Servizi nel loro insieme facessero fatica a occuparsene: come se si creasse, nei fatti, al di là degli intenti dichiarati, una distonia nell'incontro fra adolescenti e istituzione.

Era visibile l'incapacità di dare una risposta soprattutto a quell'area grigia di disagio indefinibile da un punto di vista nosologico, perché né identificabile con una psicopatologia schietta, né caratterizzata da sintomi riconducibili all'organizzazione e alla divisione delle competenze tra Servizi (psichiatrici, per le tossicodipendenze, per disabilità psichiche o fisiche). Tale area di disagio sembrava essere piuttosto l'espressione di un malessere, di una sofferenza indifferenziata rispetto cui i Servizi

nel loro insieme parevano non essere attrezzati.

Né erano attrezzati in particolare per la fascia d'età che si collocava tra i 17 e i 20 anni: età anagrafica troppo avanzata per i Servizi per l'infanzia e troppo precoce per quelli degli adulti: intorno al confine anagrafico dei 18 anni si determinava una zona di vuoto. La necessità di pagare un ticket di accesso, l'autorizzazione dei genitori richiesta per i minorenni, le modalità di accesso ai Servizi e l'insieme del loro assetto organizzativo, risultavano espulsivi più che accoglienti.

NUOVI SETTING

Nei primi anni novanta l'apertura dei C.I.C. (Centri di Informazione e Consulenza) all'interno delle Scuole superiori, è stata l'occasione di un profondo cambio di prospettiva: ha avuto contemporaneamente una funzione di sonda per conoscere e far emergere i bisogni dei ragazzi e di laboratorio per sperimentarci come psicoterapeuti in un setting totalmente nuovo.

Questa necessità-possibilità, introdotta da una legge dello Stato (Legge n° 309/90), ci ha sollecitati a sperimentare una modalità nuova di incontro, uscendo dalla situazione nota e rassicurante del proprio studio o del proprio Servizio, per proiettarci fuori, per incontrare gli adolescenti sul campo, nel loro contesto: questo movimento verso l'esterno, incontrando la complessità della domanda posta dai ragazzi, ha prodotto una fertile linea di ricerca. Si coglieva la potenzialità di un'operazione che poteva essere realizzata senza perdere le proprie competenze cliniche, purché si mantenesse "un setting interno flessibile, ma psicoanaliticamente orientato, vale a dire un assetto mentale che antepone il comprendere e il pensare all'agire, anche se lo strumento tecnico non è certo l'interpretazione ma l'ascolto, il fare assieme, talvolta l'azione, cioè quegli strumenti di comunicazione che i ragazzi fanno e tollerano di usare. In questa ottica l'azione concreta e l'oggetto esterno, possono assumere il ruolo di azione- oggetto che limita la coazione a ripetere, che rifornisce e che, quindi, ha un effetto trasformativo- evolutivo" (Pelanda 1998).

Proprio la bassa soglia dell'intervento (uno sportello del tutto accessibile aperto all'interno di ciascuna Scuola superiore) richiedeva una competenza elevata. I ragazzi si rivolgevano al C.I.C. spontaneamente, non su invio dell'adulto. L'accesso era estremamente facilitato: la possibilità di utilizzare lo sportello all'interno dell'orario scolastico, senza pagamento di ticket e senza coinvolgimento dei genitori, valorizzava l'aspetto dell'autonomia e metteva in gioco la loro parte più adulta.

Il setting prevedeva un numero limitato e definito di incontri: non più di tre o quattro, a seconda dei casi. Più che di scelta si era trattato, all'inizio, di una necessità legata al rapporto negativo tra numero dei terapeuti e numero degli studenti che avrebbero potuto accedere allo sportello.

Questa limitazione a priori del numero dei colloqui, se all'inizio era stata vissuta da noi più come un limite subìto e frustrante, si è rivelata in seguito una risorsa importante nel rapporto con gli adolescenti: l'intervento a termine veniva vissuto, infatti, come rassicurante per i ragazzi rispetto al timore che potesse in qualche modo

instaurarsi un rapporto di dipendenza dall'adulto o che lo 'psi' intrudesse nel loro pensiero per modificarlo, ignorando così la loro parte adulta e rimettendoli nella posizione di bambino dipendente. La trasparenza del contratto con gli studenti, l'accessibilità e la totale riservatezza sul contenuto dei colloqui, rendevano lo sportello un dispositivo fruibile e molto utilizzato.

Di anno in anno tale dispositivo veniva rinegoziato e ridefinito sulla scorta dell'esperienza precedente, delle richieste dei ragazzi e delle necessità che, in corso d'opera, il gruppo di psicoterapeuti coinvolti individuava.

NODI CRITICI NELLE ISTITUZIONI DI CURA

Il secondo percorso esperienziale, molto importante rispetto al tema dell'incontro tra adolescenti e istituzione, è avvenuto all'interno di un progetto di ricerca-intervento, denominato Hamelin, che ha coinvolto tutta la rete dei Servizi del territorio. Il progetto è stato un laboratorio multiforme e un contenitore complesso di vari sottoprogetti ed iniziative ad alta integrazione tra loro. L'obiettivo era una ricerca e una riflessione, in funzione di un possibile cambiamento, sulle modalità con le quali i Servizi pubblici e del Privato Sociale si occupavano di adolescenti.

Da questa ricerca, portata avanti a lungo, emergevano alcuni nodi critici che finivano per attraversare tutti i Servizi. E' stato possibile individuare anche quali elementi potessero invece essere facilitanti.

Fra i nodi critici era emerso che non c'era conoscenza reciproca fra i diversi Servizi sulle diverse modalità di lavoro con gli adolescenti, con conseguente estrema difficoltà a collaborare se non, anche, la tentazione di palleggiarsi il paziente da un Servizio all'altro. Peraltro nessun Servizio aveva previsto procedure specifiche rispetto a questa fascia d'età, né spazi e orari dedicati.

La sala d'aspetto di uno dei Servizi di Psicologia per l'Età Evolutiva (quindi con una fascia di intervento compresa tra 0 e 18 anni), osservata all'interno di questa riflessione, era paradigmatica di quanto, persino all'interno di un Servizio di Psicologia, l'Istituzione non tenesse conto di alcuni aspetti caratterizzanti la dinamica interna degli adolescenti. La sala d'attesa, infatti, era condivisa fra mamme con bambini molto piccoli, bambini di scuola elementare, ragazzini di età diverse con handicap fisici: per un adolescente, che è nel momento della massima onnipotenza rispetto a sé e al proprio corpo, può essere intollerabile la vicinanza sia con gli uni che con gli altri. L'adolescente non può identificarsi con i bambini che trova, come lui, nella stessa sala d'aspetto e che potrebbero aver bisogno dello stesso operatore, perchè teme la regressione da cui è attratto. Teme la vicinanza con coetanei con problemi psichici o fisici evidenti, perchè mettono a repentaglio la propria illusione di onnipotenza: onnipotenza per la quale, spesso, egli mette talvolta in gioco la propria salute, se non la vita stessa, sfidando persino la morte nel tentativo estremo di negare i propri limiti. Il ticket e la prescrizione, poi, rendevano inverosimile che un ragazzo potesse rivolgersi a uno psicoterapeuta, se non spinto o costretto dai genitori, premessa certo non favorevole all'avvio di una relazione d'aiuto.

Quindi nei fatti c'era una scarsissima attrattività dei Servizi. Mentre quello che in parallelo si verificava all'interno delle scuole negli sportelli di consulenza era che centinaia di ragazzi chiedevano una consultazione psicologica.

Tutte queste osservazioni costituivano materiale prezioso di apprendimento su come orientare gli interventi in funzione di un incontro significativo col mondo degli adolescenti che permettesse sia una lettura dei loro bisogni, sia una risposta più adeguata.

LO SPAZIO COME EMERGENTE

L'attenzione agli spazi per gli adolescenti, alla loro importanza anche simbolica, è diventata una chiave di lettura all'interno del rapporto tra adulti (laddove essi rappresentano l'Istituzione) e adolescenti, l'emergente di un'ambivalenza che pervadeva la possibilità di realizzare nel concreto le iniziative progettate. Accadeva, infatti, che, a fronte di intenzioni proclamate di avvio di attività mirate, di progetti già scritti, di previsioni di spesa in bilancio per l'apertura di sportelli accessibili ai ragazzi... era poi la stanza introvabile, la chiave di volta in assenza della quale nulla poteva avviarsi davvero: così lo spazio fisico mancante era assunto a simbolo di uno spazio altro, uno spazio mentale, che pareva non potersi trovare.

L'esperienza dei C.I.C. aveva dato la misura dell'importanza che uno spazio dedicato a questa fascia d'età avesse anche caratteristiche particolari: uno spazio transizionale nel senso che a questo termine aveva dato Winnicott* quando aveva descritto l'esperienza dell'oggetto transizionale: uno spazio definito, ma non troppo definito, uno spazio disponibile, capace di dare all'adolescente l'impressione di esserci nel momento in cui lui se ne appropria, uno spazio a disposizione. L'*oggetto soggettivo* di Winnicott, che deve essere lì, a disposizione in modo che il bambino, quando è il momento, se ne possa appropriare, possa 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 dal bambino, con una funzione evolutiva molto importante.

Lo spazio degli sportelli all'interno delle scuole aveva questa caratteristica, perché oscillante tra una situazione istituzionale (in quanto all'interno della scuola) per definizione controllata e protettiva, ma nello stesso tempo abbastanza libera perché accessibile, autorizzata ma del tutto riservata, uno spazio con un adulto interno-esterno alla scuola, uno spazio riservato al mondo interno dell'adolescente, a disposizione di chi volesse utilizzarlo.

* "Io ho introdotto i termini **oggetti transizionali** e **fenomeni transizionali** per designare l'area intermedia di esperienza, tra il dito e l'orsacchiotto, tra l'erotismo orale e il vero rapporto oggettuale, tra l'attività creativa primaria (cioè l'illusione che non esistano oggetti - ndt) e la proiezione di ciò che è stato precedentemente introiettato, tra l'inconsapevolezza primaria di un debito e il riconoscimento di un debito ("Di: 'Grazie' ") (Winnicott 1974).

LE DIFESE

Accanto all'intervento di consulenza a orientamento psicodinamico, basato sull'ascolto, era diffuso e in qualche modo si contrapponeva, come modalità di prevenzione all'interno delle scuole, un attivismo pedagogico basato sul dare informazioni, intervenire, fare, far fare... in un rincorrersi che faceva pensare più a un bisogno difensivo degli adulti di rispondere alle proprie ansie, piuttosto che ai bisogni dei ragazzi.

Alla difficoltà di porsi in posizione di ricerca, di incontro e di ascolto, faceva da contraltare una proliferazione di iniziative, di attività, di dibattiti e di articoli sugli adolescenti: adolescenti da difendere o da cui difendersi?

La caratteristica di queste iniziative è di essere spesso estemporanee, e altrettanto spesso determinate da allarmi sociali o da bisogni urgenti, come se il loro obiettivo reale fosse quello di sedare l'ansia degli adulti, più che quello di fare un intervento utile per gli adolescenti. Si tratta di iniziative che spesso hanno la caratteristica di essere a termine, come se l'Istituzione non potesse pensare di mantenere nel tempo al proprio interno uno spazio né fisico, né mentale, per gli adolescenti.

Tutto questo fa pensare 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.

L'adolescenza rappresenta il cambio della guardia fra generazioni e Gibran (2003) ci dice: "gli adolescenti appartengono alla casa del futuro, che tu non potrai visitare nemmeno in sogno": occuparsi di adolescenti, che crescendo sono destinati a prendere il nostro posto, comporta il contemplare emozionalmente la propria morte, con la paura che ne deriva, e la negazione difensiva che ne consegue. Allo stesso tempo ciò che l'adolescenza porta con sé (la libertà, la creatività, la sensazione di onnipotenza, l'imprevedibilità, la sfida alle regole) sollecita una fascinazione che attiva un'emozione inconscia potente: l'invidia.

Paura e invidia attivano difese che, se non riconosciute, possono trasformarsi in un vero e proprio ostacolo all'operatività: un ostacolo epistemologico con cui qualsiasi Istituzione che voglia lavorare con gli adolescenti, e i suoi operatori, devono assolutamente fare i conti.

Senza contare un altro ostacolo specifico, intrinseco al compito di occuparsi di adolescenti, segnalato da Winnicott e costituito dal paradosso di voler comprendere chi per definizione non vuole essere compreso!

E' come se l'adolescente mettesse in scacco chi vuole occuparsi di lui, tanto più se si 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.

“DA CHE PARTE STAI?”

Chi si occupa di 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, propri 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'aut aut, se si lascia catturare da questa richiesta, rischia la collusione con l'adolescente, o 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, che sono alla ricerca di persone, di spazi di incontro, di situazioni che servano loro da sostegno nel proprio lavoro di individuazione

E' importante tuttavia che ci sia, in chi incontra adolescenti, una capacità interna di oscillare fra le loro sollecitazioni e il loro mondo interno, il proprio compito e il proprio ruolo istituzionale: pena il fallimento della relazione.

Jeammet (1992) sottolinea un'altra specificità del funzionamento adolescenziale. Gli adolescenti sono portati a cedere all'esterno una parte delle funzioni del proprio apparato psichico: quindi, non si può fare a meno di prendersi cura di questo esterno se si vuole attivare una relazione di aiuto o un progetto di cura per loro. L'attenzione e la cura del contesto relazionale dell'adolescente permette di trattare indirettamente l'adolescente stesso, per quegli aspetti del sé che egli ha spostato sulle figure significative che vi operano. Tale spostamento avviene, non soltanto attraverso le diverse forme di transfert che egli opera sugli adulti che si occupano di lui, ma anche attraverso quei ruoli supplementari che egli attribuisce agli operatori, di io ausiliario, di ideale dell'io, di super io ausiliario.

Quindi un lavoro sul contesto relazionale dell'adolescente diventa indirettamente un lavoro di cura su di lui.

Le proiezioni degli adolescenti sugli adulti più significativi del loro contesto necessitano di essere riconosciute e monitorate. Perché questo sia possibile è necessario che gli operatori si dotino di uno spazio per pensare alla qualità dell'incontro con gli adolescenti, uno spazio possibilmente gruppale, che possa funzionare da terzo nella relazione, che li garantisca rispetto al rischio dell'accoppiamento e della collusione regressiva o del ritiro difensivo.

IL LIVELLO ISTITUZIONALE

La presenza di un formatore esterno può aiutare ad analizzare e integrare livelli diversi: quello che riguarda la dinamica interna dell'adolescente, quello che riguarda la relazione tra l'adolescente e chi si occupa di lui, quello che riguarda l'istituzione all'interno della quale tutto questo avviene.

Una lettura quindi che tenga conto anche delle emozioni istituzionali al cui interno si collocano gli obiettivi di cura o di prevenzione.

Il monitoraggio e l'accudimento di questo livello è determinante per la qualità dell'intervento ma talvolta può esserlo persino per la sua sopravvivenza.

L'esperienza del C.I.C. di Verona cui abbiamo fatto riferimento, è esemplare da questo punto di vista.

Questo dispositivo, che su iniziativa di un dirigente illuminato era stato costruito in maniera così accurata, pensata, di anno in anno rivisitata, che aveva coinvolto un numero importante di psicoterapeuti appartenenti a Servizi diversi del territorio, non aveva tenuto sufficientemente conto dell'Istituzione nel suo insieme. Era stata operata in qualche modo una scissione rispetto al contesto e contemporaneamente una negazione del potere istituzionale ai suoi livelli più alti, con un atteggiamento un po' onnipotente e un po' narcisista (così vicino al funzionamento adolescenziale!). All'Istituzione questo intervento, proprio per le sue caratteristiche di flessibilità, di novità, di appetibilità, di richiamo di tanti adolescenti, che costituiva un cambiamento di paradigma nell'organizzazione e nel tipo di approccio, avrebbe potuto fare paura: un livello di complessità di cui non era stato tenuto conto. Il cambiamento genera angoscia persecutoria che, se non elaborata, dà origine a comportamenti difensivi. L'attività è stata interrotta con una modalità traumatica e autoritaria. L'argomentazione utilizzata aveva a che fare con l'accessibilità anche per i minorenni agli sportelli: una questione delicata che, pur prevista dalla legge istitutiva dei C.I.C., richiedeva anche un consenso protettivo da parte dell'istituzione, che invece improvvisamente veniva messo in discussione. L'effetto è stato che questo oggetto, buono e scisso, è stato espulso.

Gli adolescenti non hanno bisogno che noi adulti diventiamo come loro, che è uno dei pericoli più insidiosi che corriamo lavorando con loro, piuttosto hanno bisogno di confrontarsi con noi, adulti, diversi da loro.

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*, Feltrinelli ed. Milano 1990;
- Ammaniti M., Laganopoulos R., Marmo P., Valutazione e diagnosi nell'adolescenza in Telleschi R., Torre G. (a cura di) *Il primo colloquio con l'adolescente*, R. Cortina ed. Milano 1997;
- Bergeret J. *La personalità normale e patologica*, R. Cortina ed. Milano 1984;
- Berto F. Sculari P. *Divieto di transito. Adolescenti da rimettere in corsa*. La Meridiana ed. Molfetta (BA) 2002;
- Blos P. *L'adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*, F. Angeli ed. Milano 1987;
- Burlini A., Galletti A. *Psicoterapia "attuale"*, F. Angeli ed. Milano 2000;
- Cahn R. *L'adolescente nella psicanalisi*, Borla ed. Roma 2000;
- Casoni A. L'adolescente "post moderno": nuove identità e nuove forme di psicopatologia. Le modificazioni dello scenario psicoanalitico, relazione presentata al XII Congresso della Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI) nel Simposio *Diagnosi in psicanalisi: modelli e clinica al confronto*, Roma 23/02/2008;
- Diatkine R. Diventare adolescenti, restare adolescenti in AA.VV. *Adolescenza terminata adolescenza interminabile*, Borla ed. Roma 1987;
- Fabrizi D., Mari R., Valentini A. (a cura di) *La paura di capire*, F. Angeli ed. Milano 1992;
- Gibran K. *Il profeta*, Feltrinelli ed. Milano 2003;
- Jacobson E. Cambiamenti nella pubertà e loro influenza sulla esperienza dell'identità e delle relazioni con l'altro sesso in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno III, n° 3 /2003;
- Jeammet P. *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla ed. Roma 1992;
- Kestemberg E. Noterella sulla crisi adolescenziale. Dalla delusione alla conquista in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno I, n° 3 /2001;
- Khan M. *I Sé nascosti. Teoria e pratica psicoanalitica*, Boringhieri ed. Torino 1990;
- Laufer M. e M. E. *Adolescenza e breakdown evolutivo*, B. Boringhieri ed. Torino '86;
- Laniso P.G. Le indicazioni alla cura psicoanalitica dell'adolescente secondo P. Jeammet in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno I, n° 3 /2001;
- Laniso P.G. Dialogo con Raymond Cahn intorno alla presentazione del suo libro "La fin du divan?" in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno III, n° 3 /2003;
- Màle P. *Psicoterapia dell'adolescente*, R. Cortina ed. Milano 1987;
- Meltzer D., Harris M. *Psicopatologia dell'adolescenza*, in Quaderni di Psicoterapia infantile, n.1/1981 Borla ed. Roma;
- Nicolò A.M. *Analisi terminabile e interminabile in adolescenza*, Angeli ed. Milano 2001;
- Novelletto A. *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla ed. Roma 1986;
- Novelletto A. La conclusione dell'analisi e della psicoterapia in adolescenza, in *Adolescenza e psicanalisi*, anno II, n°1/2002;

- Novick J. Alcune considerazioni sulla fine del trattamento nel bambino, nell'adolescente, nell'adulto, in *Adolescenza*, 1, 1, 1990
- Pandolfi A.M., Ferraresi T. Peculiarità dell'adolescenza attuale e dei suoi contesti, in *Adolescenza e psicanalisi*, anno II, n° 1/2002;
- Panti M. Aspetti di una 'professione impossibile': la supervisione agli operatori dei Centri di ascolto per adolescenti, in *Tra noi e loro tra me e te: sul percorso dell'individuazione*, Atti della giornata di studio e formazione sull'esperienza dei C.I.C. a Verona, 07/11/1998;
- Pelanda E. Qualche riflessione sul rapporto tra il funzionamento del pensiero e la costruzione dell'identità nell'adolescente, in Aliprandi M., Pelanda E., Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli ed. Milano 1990;
- Pellizzari G. La psicoanalisi degli adolescenti ha cambiato la tecnica psicoanalitica?, in *Adolescenza e psicoanalisi*, anno III, n° 1 /2003;
- Pietropolli Charmet G. *Amici, compagni complici*, F. Angeli ed. Milano 1997;
- Pietropolli Charmet G. *I nuovi adolescenti*, R. Cortina ed. Milano 2000;
- Pietropolli Charmet G. L'intervento clinico in adolescenza fra crisi evolutiva e psicopatologia, in *Adolescenza e psicanalisi*, anno III, n°1/2003;
- Quagliata E. Uno sguardo introduttivo sulla valutazione in AA.VV. Un buon incontro Astrolabio ed. Roma 1994;
- Racamier P.C. *Adolescence et Psycanalyse*, Atti della giornata di studio CMPP di Besançon, 09/04/1994;
- Resta D. La consultazione psicologica breve dell'adolescente, in *Tra noi e loro tra me e te: sul percorso dell'individuazione*, Atti della giornata di studio e formazione sull'esperienza dei C.I.C. a Verona, 07/11/1998;
- Ronchi E. Ghilardi A. *Professione psicoterapeuta*, Angeli ed. Milano 2003;
- Sandomenico C. Adolescenti e istituzioni in trasformazione, relazione presentata al Convegno *L'adolescenza "liquida" – Nuove identità e nuove forme di cura*, Roma 28/05/2007;
- Senise T. La rappresentazione del Sé e i processi di separazione/individuazione nell'adolescente, in Aliprandi M., Pelanda E., Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli ed. Milano 1990;
- Senise T. Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del sé? in *Adolescenza e psicanalisi*, anno III, n°2/2003;
- Tsiantis J., Sandler A.M., Anastasopoulos D., Martindale B. (a cura di) *Il controtransfert con i bambini e gli adolescenti*, F. Angeli ed. Milano 1999;
- Winnicott D. W. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed. Roma 1970;
- Winnicott D. W. *Gioco e realtà*, Armando ed. Roma 1974;
- Winnicott D. W. *Dalla pediatria alla psicanalisi* Martinelli ed. Firenze 1975.