

Adomagazine

Focus Psicoterapia sostenibile

N. 8/luglio 2022

Rivista pubblicata da AGIPPsA
Associazione dei Gruppi Italiani di
Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza

Indice

EDITORIALE

di Fabio Vanni

FOCUS

“Psicoterapia sostenibile”

**5 Un’indagine nazionale sulle realtà cliniche
in AGIPPSA**

di C. Curto, A. E. Aloï

**14 Dalla società mondo alla stanza d’analisi:
accessibilità e sostenibilità della cura**

di L. Polito

**21 Sostenibilità e cura nella psicoterapia con
adolescenti e famiglie.**

**Associazionismo, multidisciplinarietà e
lavoro clinico integrato nell’esperienza di GAPP.**

*di M. Angelone, L. Daziano, G. Figini,
E. Mietto, R. Soverino*

**29 Psicoterapia e sostenibilità
dalla parte**

“del sistema clinico”

*di G. Bartolini, E. Ceravolo,
E. Cofano, G. Ferrari,
P. Isabello, R. Michelazzo,
G. Seassaro, E. Scapolla*

**33 Genitori e minori
intersex e gender variant.**

**Accessibilità e sostenibilità
delle cure psicologiche**

assertive

di M. Converti

FORME ESPRESSIVE

42 Maid.

Miniserie, USA 2021.

Ideata da Molly Smith Metzler

Recensione di G. Preziosi

UNA PAROLA PER VOLTA

46 “Adolescenza”

di F. Vanni

Editoriale

Credo che la parola “sostenibilità” sia fra le più utilizzate negli ultimi tempi nei media di ogni genere e, al di là delle mode, questo dato merita di essere preso sul serio e penso valga la pena di interrogarci sul suo significato.

La logica modernista che metteva le parole chiave *progresso, conquista, sviluppo* in cima alle attese sociali, trova da un po' di tempo in altre *key words* simboli di un pensiero diverso. Se il baratro ecologico sull'orlo del quale ci troviamo ha per un momento suscitato scorcamento e disperazione, è sempre più presente un sentire differente che prova a disegnare e a praticare concretamente un orizzonte di senso decisamente meno cupo. In questa direzione le parole *sostenibilità, ecologico, rigenerazione* e altre più specifiche hanno occupato più spazio nell'immaginario collettivo e dunque nella comunicazione mediatica che ne è l'espressione.

Anche nel nostro mondo, quello della cura, dell'educazione, delle relazioni, la sostenibilità è divenuto un concetto significativo. Come una preoccupazione etica che guida le nostre organizzazioni e il nostro operare anche come singoli professionisti, oltre che come cittadini.

È stato un passaggio lento se pensiamo che alcune pratiche quotidiane – la raccolta differenziata, il riuso... – ancora non tanti anni fa erano guardati con fastidio e oggi invece sono entrati con convinzione nella vita di ciascuno. Nelle pratiche professionali questa attenzione è giunta un po' dopo ma l'onda è oramai molto alta e, riteniamo, irreversibile.

Anche qui infatti, nell'operare di ciascuno di noi, le prassi attente all'altro, in senso anche molto ampio, si sono introdotte lentamente ma creativamente, interpretate da ognuno secondo la sua sensibilità ma in modo sempre più unanime.

Si tratta a volte di piccole attenzioni – che carta usi per le fatture? Eviti di stampare ciò che non è necessario? – ma sempre più si va ben oltre, verso un vero e proprio riorientamento delle nostre organizzazioni di *welfare*.

Mi pare che le generazioni più giovani abbiano una parte consistente di responsabilità in questo viraggio e che venga molto da loro questa nuova attenzione etica e politica che poi trascina magari anche i *senior*.

L'attenzione alla sostenibilità, come è ben evidente soprattutto in alcuni dei contributi che pubblichiamo in questo numero, implica un passaggio “forte”: la considerazione di un “noi”. Quando ci si pone nel proprio operare in una logica di profitto individuale come faro principale del lavoro si finisce per vedere l'altro come un concorrente o come un alleato verso la conquista di un risultato. La sostenibilità, la visione ecologica, rendono necessario domandarsi invece se quello che facciamo sia compatibile con l'altro, che effetto sociale produce, e anche se e quanto sia accettabile per noi.

È una parola complessa, “sostenibile”, perché riguarda la sopportabilità sia per il soggetto che la pronuncia sia per il mondo nel quale vive e opera. L'obliterazione di uno di questi due aspetti rende l'azione inopportuna anche se soddisfa pienamente l'altro aspetto.

Stefano Zamagni, economista all'Università di Bologna, uno dei padri della sostenibilità nel nostro paese, dice che la sostenibilità, perché abbia un senso, è da pensare come

integrale ovvero *ecologica, economica e antropologica* e questo sfida il nostro mondo a un'attenzione su più livelli che vanno necessariamente considerati e infine integrati. Ho avuto modo di esplorare negli ultimi tempi numerose esperienze di cura psicologica ispirate alla sostenibilità, all'etica dell'universalità dell'accesso, alla qualità del proprio operare, e di constatare come esista oramai un universo ampio di gruppi, associazioni, reti di professionisti, che hanno pratiche operative che s'ispirano a questi concetti¹. Le associazioni che fanno capo ad AGIPPSA propongono da tempo pratiche cliniche così orientate ed era necessario rendere maggiormente visibile ciò che si fa e come lo si fa perché esso trovi la giusta valorizzazione. Spesso le imprese che operano nel mondo della cura psicologica, dell'educazione, della formazione, risultano poco visibili, note magari agli addetti ai lavori ma non al grande pubblico e dunque rendere noto che, invece, la mole quali-quantitativa di ciò che viene fatto è ingente è assolutamente necessario. Il gruppo di ricerca che fa capo ad AGIPPSA ha avviato un lavoro in questa direzione che trova qui la possibilità di rendere visibile il primo step di un percorso che proseguirà nei prossimi mesi e che auspicabilmente consentirà anche di favorire un confronto interno fra i gruppi e con altre esperienze presenti sul territorio italiano. Il lavoro del gruppo GAPP che pubblichiamo qui è in fondo una focalizzazione, un approfondimento di ciò che la ricerca curata da Cristiano Curto e Alessio Aloï racconta più estesamente.

Ma anche i lavori di Laura Polito, che colloca il tema della psicoterapia sostenibile in un quadro concettuale più ampio, e del gruppo Progetto Sum di Torino, Cuneo e Pavia per quanto riguarda la messa a fuoco del tema sostenibilità sul versante del sistema clinico, propongono materiali che sollecitano un pensiero quantomai necessario in questa fase di crescita di pratiche così eterogenee e in qualche modo spontanee. Questo numero di Adomagazine però non ospita solo contributi interni ma, più di altri, contiene idee e proposte che arrivano da altri gruppi, come Progetto Sum o come Amigay. Siamo molto lieti di questo perché ci sembra un indice del fatto che c'è un numero crescente di colleghi psicoterapeuti ma anche di professionisti del mondo dell'educazione e del welfare in generale che vedono nella nostra rivista un luogo dove è possibile portare le proprie idee sapendo che potranno essere ospitate anche se non sono prodotte all'interno del mondo di AGIPPSA. Crediamo che questa sia un'altra importante opzione etica che cerchiamo di praticare.

Nel focus sulla *psicoterapia sostenibile*, anche se in un'accezione originale, si colloca infatti il contributo di Manlio Converti sulla genitorialità di figli *gender variant* e intersessuali mentre fra le nostre rubriche troviamo il lavoro di Giuseppe Preziosi, oramai un gradito *habitué* per la rivista, che esplora, attraverso il commento di una serie Netflix, il mondo delle ragazze madri nel Nord America e i sistemi di *care* ivi presenti.

Infine ritorna *Una parola per volta* con il lemma "Adolescenza", a cura del sottoscritto, che conclude questo numero che ci auguriamo incontri come al solito il vostro interesse.

Fabio Vanni. Psicologo Dirigente ASL Parma, socio SIPRe, Direttore 'Ricerca Psicoanalitica', Referente Area Adolescenza IFPS. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

¹ Si segnala al proposito la neonata Rete per la psicoterapia sociale www.retepsicoterapiasociale.it che costituisce un network assai ampio di iniziative di questo genere.

A surreal landscape featuring a sand dune in the foreground. In the middle ground, a red bust of Michelangelo's David is positioned on a white, geometric, angular structure. A small green plant grows from the sand near the base of the structure. The background shows a blue sky with scattered white clouds. The entire scene is framed by a thick yellow border.

FOCUS

**Psicoterapia
sostenibile**

Un'indagine nazionale sulle realtà cliniche in AGIPPsA

di C. Curto, A. E. Aloï

Il rapporto tra la cura e la ricerca in psicoanalisi è stato definito, fin dalle origini, indissolubile (Freud, 1926)¹. Il padre della psicoanalisi ha mantenuto sempre un atteggiamento di ricerca e di apertura verso le nuove scoperte, consapevole della difficoltà che avrebbe dovuto affrontare la scienza da lui fondata, vista la complessità del suo oggetto di studio e le resistenze e i dubbi che avrebbero sollevato molte delle sue ipotesi. Dopo di lui, il legame tra clinica e ricerca ha animato un ampio dibattito e solo in anni più recenti ha visto il superamento delle resistenze espresse dalla prima generazione di psicoanalisti verso la ricerca empirica ritenuta intrusiva rispetto al campo della relazione, anche grazie alla possibilità di utilizzare nuovi metodi come i *clinician report*, meno invadenti e più rispettosi del nostro modello di lavoro (Lingiardi, Del Corno, 2015). Si tratta di un dibattito tutt'ora vivo. Si pensi, ad esempio, alle discussioni sul ruolo da riconoscere ai contributi dell'*infant research* nel definire «quale ricerca per la psicoanalisi?» (Bonaminio, Fabozzi, 2002) o alle

proposte di revisione avanzate dal *Boston Group* su alcuni concetti fondamentali, come il ruolo del bambino nelle precocissime interazioni con l'ambiente o, anche, sui «meccanismi non interpretativi nella terapia psicoanalitica» (1998)².

Anche in Italia, diversi autori hanno riconosciuto l'importanza di validare l'efficacia del nostro modello terapeutico per recuperare terreno all'interno del Servizio sanitario nazionale, per ottenere un maggiore riconoscimento da parte delle compagnie assicurative, in sostanza per avere buone argomentazioni (dati) per sostenere un confronto politico-istituzionale (Marion, 2018). In effetti, già da alcuni anni disponiamo di molti studi empirici che sostengono la validità del nostro approccio terapeutico (Shedler, 2010), anche se vi sono ancora dei limiti e delle difficoltà, in particolare, sono pochi gli studi empirici inerenti la terapia psicodinamica dell'adolescenza. Inoltre, esistono in ambito psicodinamico approcci tra loro molto diversi (scuole) e in ogni caso, al di là dell'orientamento del terapeuta, è difficile capire cosa

¹ «Nella psicoanalisi è esistito fin dall'inizio un legame molto stretto fra la terapia e la ricerca, dalla nostra conoscenza è nato il successo terapeutico e, d'altra parte, ogni trattamento ci ha insegnato qualcosa di nuovo; parimenti ogni nuovo elemento conoscitivo è stato accompagnato dall'esperienza dei benefici effetti che da esso potevano derivare. Il nostro procedimento analitico è l'unico a conservare gelosamente questa preziosa coincidenza» (p. 422).

² Gli autori propongono «nuove» definizioni per segnalare «quel 'qualcosa in più' dell'interpretazione», presente nell'interazione terapeutica: qualcosa di imprevedibile, riconducibile ad uno scambio intersoggettivo carico di affetto e di riconoscimento reciproco, che hanno chiamato: "present moment" o "new moment". Momenti critici della seduta che anticipano l'insight e che sembrerebbero produrre un cambiamento al livello della memoria procedurale.

realmente avviene in seduta. In una recente rassegna presentata nell'ultimo Convegno della SIEFPP sono state citate diverse meta-analisi a sostegno dell'efficacia della psicoterapia psicodinamica a breve e a lungo termine e nel trattamento dei disturbi specifici, che ribadiscono come il nostro modello tenda a produrre nei pazienti trasformazioni profonde e benefiche che permangono nel tempo al di là della remissione dei sintomi (Fenu, Ballarotto, Marzilli, 2020).

C'è di fatto un'idiosincrasia di fondo tra psicoanalisi e ricerca (Aloi, Pandolfo, 2018; Nicolò, 2018). Si tratta di una questione epistemologica riconosciuta anche dallo stesso Freud (1922), che alimenta le nostre resistenze. Non è solo una questione di competenze quanto la difficoltà di molti clinici ad attivare un pensiero diverso, più semplificato, meno simbolico e metaforico e, pur sempre, di introdurre un terzo nella relazione analitica (Ponsi, 2013).

Siamo tutti concordi nel ritenere che lo studio del caso clinico, l'osservazione sul campo, rappresenti ancora oggi «il nucleo centrale della ricerca in psicoanalisi» (Leuzinger-Bohleber, 2018) e che proprio per questo abbiamo bisogno di una maggiore sistematicità metodologica nella produzione di resoconti clinici, per limitare l'autoreferenzialità del singolo terapeuta e per rendere più accessibile – per quanto possibile – anche a terzi ciò che accade nella relazione terapeutica, dentro e fuori la nostra comunità scientifica³. Per concludere questa breve rassegna sulla ricerca in psicoanalisi e tornare all'adolescenza, non possiamo non ricordare anche le possibilità offerte dalle ricerche-intervento, che permettono di raggiungere gli adolescenti nei loro diversi contesti: nelle scuole, nei centri di aggregazione, finanche nei pronto soccorso degli ospedali, all'interno dei quali da molti anni Carbone (2009) porta avanti ricerche-intervento

sul rischio in adolescenza. Un metodo clinico-empirico che consente di studiare fenomeni complessi e allo stesso tempo permette di attivare una pensabilità nei soggetti coinvolti.

L'adolescenza, per sua stessa natura, ci convoca alla ricerca continua di esperienze cliniche e modelli di lavoro sempre nuovi, capaci di intercettare nuove forme di malessere che finiscono per mettere in tensione continua i nostri paradigmi teorico-clinici (Cordiale, Montinari). Anche per questo, riteniamo che la contrapposizione tra ricerca clinica, empirica e concettuale in psicoanalisi rischi di creare scissioni inutili e che, viceversa, sia importante poterci riconoscere nella definizione di ricerca offerta da Nicolò (2018), come «un modello mentale di funzionamento che attiva trasformazioni».

L'incontro con la mente adolescente e le sue trasformazioni necessita di un ambiente transizionale all'interno del quale paziente e terapeuta possano mettere in gioco la loro creatività. Non si tratta solo di imparare ad ascoltare ciò che il paziente ci sta comunicando ma anche di imparare a “non capire”, a contenere le incertezze e a convivere con l'ambiguità e i paradossi per favorire l'emergere di nuovi pensieri e nuove sensazioni. Non dobbiamo avere troppa fretta di uscire da tale condizione (Bion, 1970), di dare forma all'informe, al caos (Winnicott, 1974). Dobbiamo fare molta attenzione e non ricorrere a strumenti di ricerca o a costrutti clinici in modo difensivo e allenare la nostra capacità di restare in contatto con ciò che è incomprensibile, contraddittorio e misterioso proprio per accompagnare l'adolescente attraverso quei cambiamenti puberali che egli sente poco o per niente controllabili.

Il Centro di ricerche AGIPPSA
Pensiamo che la ricerca possa rappresentare un'ulteriore opportunità di

³ Negli ultimi anni sono nati nel mondo molti gruppi di studio che stanno valorizzando l'utilizzo dell'intervisione e della supervisione come strumenti di ricerca clinica e che utilizzano

modelli standardizzati per la stesura di protocolli come, ad esempio, il modello di report clinico su 3 livelli proposto da Bernardi (ora in Leuzinger-Bohleber 2018).



Figura 1

confronto e condivisione tra i gruppi, in particolare per un'associazione nazionale come la nostra, che nasce da una comune passione per la mente adolescente e che, pur richiamandosi al modello evolutivo della psicoanalisi dell'adolescenza proposto in origine in Italia da Novelletto e Senise, al suo interno è ricca di molte realtà metodologiche e differenze concettuali. Un'ulteriore occasione per chiarirci e riordinare le idee, per vitalizzare e dinamizzare il nostro apparato concettuale. Qualcosa che non risulti solo utile per parlare all'esterno ma anche per sostenere il confronto tra linguaggi diversi e la loro integrazione (Riolo, 2018). Un esempio a questo scopo possono essere le ricerche sul metodo, se pensate come qualcosa che non insegue l'obiettivo di uniformare ma, piuttosto, quello di abbattere le barriere e di favorire la circolarità e la pluralità del pensiero tra le diverse scuole psicodinamiche che abitano in AGIPPSA. Non ultimo, la creazione di un Centro di ricerca nazionale segue anche l'obiettivo di dare continuità e coordinare un filone di ricerca sul metodo e la sulla sua efficacia che AGIPPSA ha già avviato da alcuni anni¹.

Sharing ado care

In questa direzione abbiamo pensato che la costruzione di un percorso di ricerca del neonato Centro ricerche non potesse che partire da un "censimento" delle realtà cliniche di AGIPPSA presenti sul territorio nazionale. Soggetti tra loro molto diversi, sia nei numeri che nelle organizzazioni, che vanno da Centri clinici del privato sociale a raggruppamenti di soci che compongono le nostre associazioni, ma che tuttavia rappresentano delle realtà cliniche diffuse sul territorio nazionale, in grado di offrire una risposta d'aiuto altamente specializzata agli adolescenti e alle loro famiglie. Come vedremo si tratta di realtà consolidate che spesso collaborano con altre agenzie, pubbliche e private del territorio, in particolare in ausilio ai Servizi pubblici, che sappiamo essere sempre più in difficoltà a offrire risposte adeguate a una domanda crescente e sempre più complessa che arriva loro dal territorio.

La mappatura svolta all'interno del nostro progetto di ricerca ha individuato 13 centri clinici attivi sul territorio nazionale ed afferenti alle associazioni di AGIPPSA (Figura 1).

¹ Si pensi, ad esempio, alle ricerche a cura di Di Lorenzo e Maggiolini e a cura di Aloï, Giannotti,

Gualco e Pandolfo, presentate al XII Convegno Nazionale di AGIPPSA.

Dove siamo

Le realtà cliniche di AGIPPsA sono presenti sul territorio nazionale con una concentrazione su sei aree urbane (Milano, Torino, Parma, Genova, Roma, Napoli) rappresentative di altrettante regioni (figura 1):

- AIPPI, Associazione Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Famiglia. Sedi di Roma, Napoli e Milano;
- Apeiron, Associazione per la Psicoanalisi e lo Psicodramma Analitico, con sede a Roma;
- APPIA, Associazione di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e dell'Adolescenza con sede a Torino;
- AREA G, La dimensione psicologica del giovane. Sedi a Milano e Torino;
- CSTCS, Centro Studi per la Terapia della Coppia e del Singolo con sede a Genova;
- GAPP, Gruppo Associato per la Psicoterapia Psicodinamica con sede ad Alessandria;
- Minotauro, Istituto Analisi dei Codici Affettivi, con sede a Milano;
- RIV, Cooperativa Rifornimento in Volo, con sede a Roma;
- SIPRe, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione, nelle sue sedi di Parma, Milano e Roma;

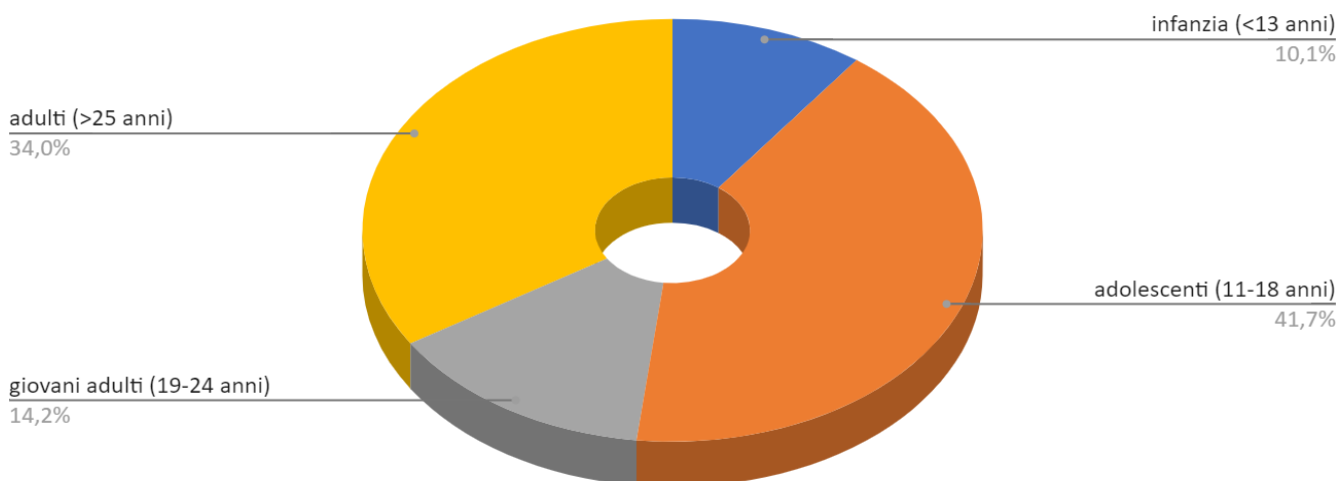
- Tana libera tutti di ASNE-SIPSIA-Istituto Winnicott (Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia dell'Adolescenza e della Coppia) con sede a Roma.

A chi ci rivolgiamo

I pazienti totali in carico ai Centri clinici sono risultati essere 1830, dato che testimonia l'importanza che queste realtà rappresentano per i rispettivi territori e anche, vale la pena ricordarlo e ringraziare tutti i colleghi coinvolti, l'impegno messo in campo dalle associazioni per raccogliere i dati necessari per partecipare a questa ricerca. Osservando la distribuzione delle fasce d'età (Figura 2), si evidenzia la specificità dell'esperienza nel campo della psicoterapia dell'adolescenza, caratteristica comune ai centri clinici AGIPPsA, con circa il 42% di pazienti in carico appartenenti alla fascia 11-18. Inoltre, circa il 14% è rappresentato da pazienti giovani adulti (19-24 anni). Elementi che testimoniano il ricco bagaglio clinico maturato dai terapeuti che lavorano nei centri clinici e la significativa rappresentanza della popolazione che afferisce ai centri rispetto l'attuale panorama degli adolescenti in Italia, delle loro storie e delle loro urgenze sintomatologiche.

Figura 2

Totale dei pazienti in AGIPPsA (N=1830)



Mantenendo il focus della nostra analisi sull'adolescenza, abbiamo osservato una distribuzione sostanzialmente bilanciata rispetto al sesso di appartenenza: il 56% degli adolescenti in carico sono di sesso femminile e il 44% di sesso maschile. Infine, l'età media degli adolescenti in carico è risultata essere di 15 anni e 6 mesi.

Quali sintomi

Abbiamo, inoltre, esplorato i motivi alla base delle richieste di consultazione degli adolescenti seguiti dai terapeuti dei centri clinici (Figura 3). Come si vedrà dalle percentuali, alcuni motivi della consultazione si presentano spesso in comorbidità tra loro, portati da uno stesso adolescente.

Gli adolescenti che si sono rivolti ai nostri centri clinici hanno portato come causa principale delle loro sofferenze problematiche di natura relazionale nel 38% dei casi e la presenza di problematiche-conflittualità familiari (sempre 38%). Altre importanti aree di malessere sono legate a sintomi emotivi/disturbi dell'umore (36%), ritiro sociale (12%) e per insorgenza di sintomi psicotici (11%). Significativa anche la presenza di difficoltà scolastiche (28%), che in una percentuale esita anche in forme di abbandono scolastico (9%). Altrettanto significativa appare la

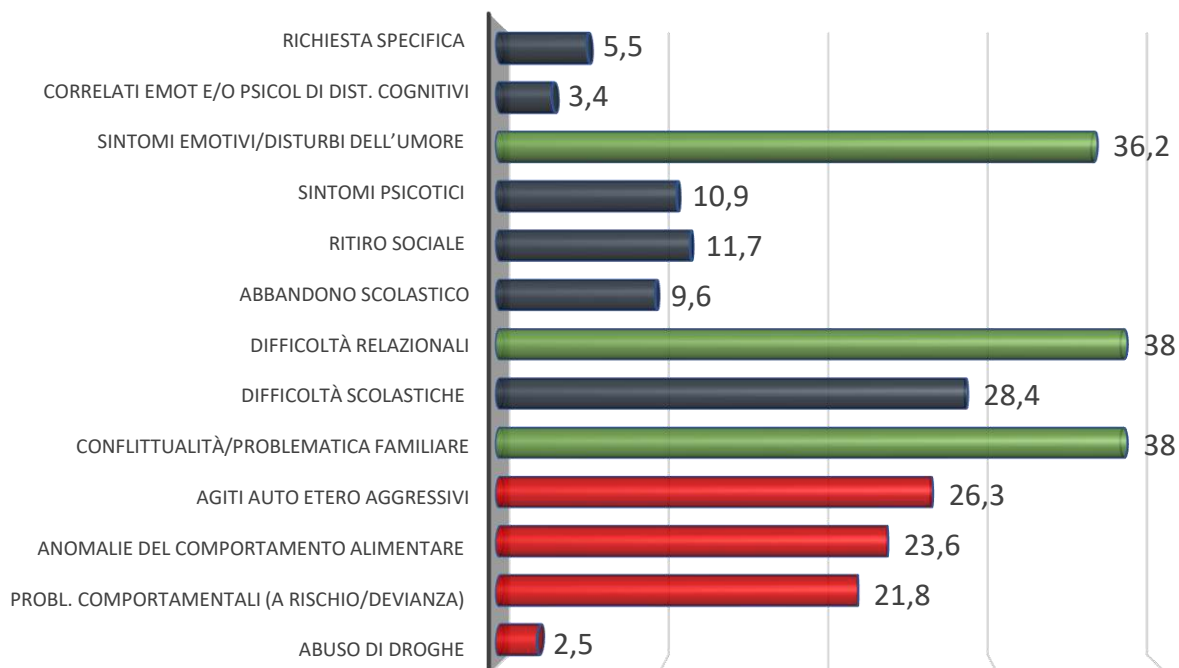
presenza di comportamenti o condotte a rischio: il 26% dei casi agiti auto o etero aggressivi, anomalie del comportamento alimentare (24%), problemi comportamentali a rischio/devianza (22%) e abuso di droghe (2%).

Come funzioniamo

Ci siamo anche interrogati su *come funzionano i diversi centri clinici*, attraverso l'esplorazione dei diversi canali di invio dei pazienti, sulle modalità di accoglimento, la durata media delle psicoterapie e la frequenza delle sedute e, infine, circa la presenza di dispositivi di supervisione e/o intervizione.

Le modalità di invio/accesso ai centri clinici (Figura 4) si suddividono in due macro aree: *autoriferimento* (inteso come ricerca autonoma da parte del paziente del centro clinico attraverso canali informativi) per circa il 14% dei pazienti, ed *invio* per circa l'86%. Nello specifico, l'esplosione dei dati sugli invii hanno evidenziato che circa un terzo dei pazienti ha ricevuto l'indicazione dalla rete dei colleghi (32%); un altro terzo circa dalla rete dei Servizi (servizi per la salute mentale 15%, medici di base 4%, servizi sociali 12%); poi dalle altre agenzie del territorio, come il privato sociale, nel 9% dei casi e dalle scuole (6%).

Figura 3



MODALITÀ DI INVIO AL CENTRO CLINICO (N=386)

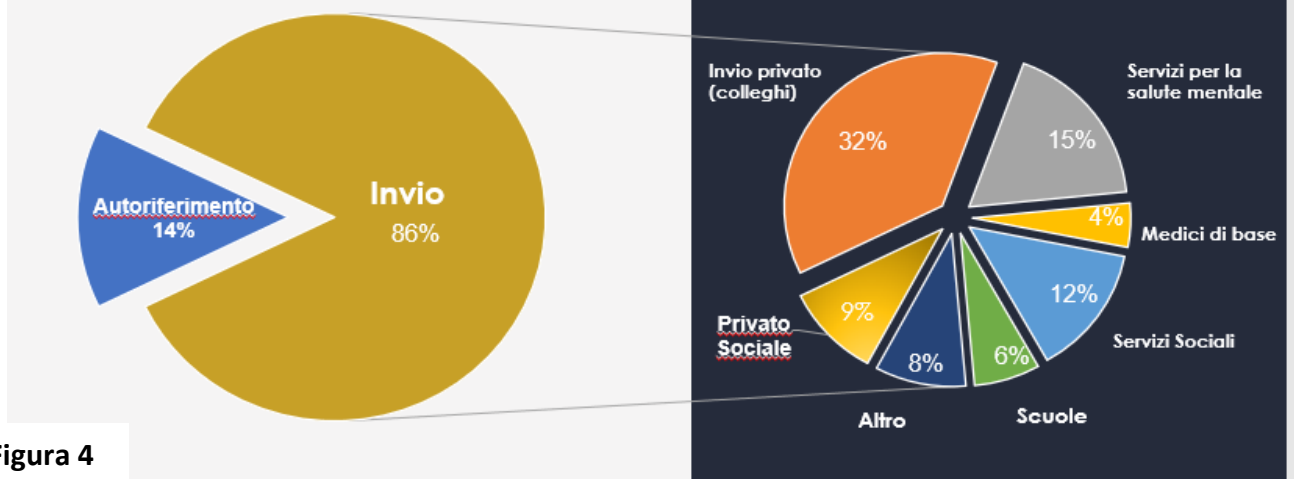


Figura 4

I criteri di assegnazione dei casi all'interno di ogni centro clinico possono essere raggruppati in due macro categorie, secondo esigenze di tipo organizzativo e logistico (turnazione/disponibilità dei terapeuti nel 25,7%, in base alla residenza del paziente nel 14,1%) o in funzione delle caratteristiche del caso (assegnazioni all'interno di piccolo gruppo per il 5,8%, da parte del responsabile del centro clinico nel 16,6%, in base alle caratteristiche del caso nel 26,3%, dopo un breve triage nel 2% dei casi). Solo nel 7,7% dei casi non è stata segnalata una modalità strutturata di assegnazione dei casi.

In linea con il presupposto che l'incontro con la sofferenza adolescente imponga al clinico una scelta tra diversi possibili assetti attraverso i quali effettuare i primi colloqui – commisurati anche all'età, al livello di funzionamento dell'adolescente e della sua famiglia, al contesto in cui l'incontro ha luogo – le modalità di accoglimento al primo colloquio sono risultate essere un argomento interessante. Nella quasi totalità dei centri vi è una modalità di accoglienza flessibile. Nello specifico, indagando in modo cumulato i dati raccolti tra tutte le realtà coinvolte, abbiamo osservato come circa il 36% dei casi è stato accolto secondo la modalità *setting genitoriale*: uno o più incontri preliminari con i genitori dell'adolescente e solo

successivamente si è incontrato l'adolescente. Un numero corrispondente al 30% degli adolescenti, d'altra parte, è stato accolto al primo colloquio con la modalità *solo adolescente*: al primo colloquio è stato quindi incontrato dal terapeuta solo il ragazzo o la ragazza oggetto della richiesta di consultazione. Circa il 21% dei casi è stato invece accolto con un *setting familiare*: un primo incontro del terapeuta con l'adolescente e il/i genitore/i. Infine l'utilizzo del *setting parallelo*, modalità che prevede primi colloqui svolti separatamente da due psicoterapeuti con l'adolescente e con i genitori, è stato riscontrato nel 13% delle situazioni.

La durata media delle psicoterapie (nel presente studio sono stati raccolti i dati riferiti alle psicoterapie ancora in corso) è risultata essere di 23,2 mesi, oscillando tra un minimo di 9 mesi (psicoterapie iniziate quindi a cavallo tra 2020 e 2021) e un massimo di 36 mesi (avviate dunque ben prima dell'inizio dell'epidemia da Covid 19). La frequenza media delle sedute è risultata essere prevalentemente mono-settimanale (85%); circa il 13% delle terapie è risultata avere frequenza bisettimanale e solo il 2% ha mostrato frequenza differenti, sia in termini di maggiore che di minore frequenza settimanale. In più dell'80% delle situazioni in carico è emersa una discreta collaboratività genitoriale: alta

nel 39%, intermedia nel 45%, scarsa nel 12% e nulla nel 4%.

Abbiamo esplorato anche l'organizzazione dei Centri clinici in relazione alla presenza di dispositivi di supervisione e/o intervizione. Nella quasi totalità dei centri clinici che hanno partecipato allo studio sono presenti dispositivi di supervisione/intervisione che prediligono criteri diversi per la scelta dei casi da discutere: il 36% *in funzione delle urgenze e della complessità dei casi*; il 28% segue una *rotazione fatta all'interno di piccoli gruppi di supervisione*, dando così la possibilità anche ai colleghi più esperiti di dare il loro contributo. In una percentuale dei casi (15%) si dà *precedenza ai terapeuti più giovani* nella presentazione dei loro casi in carico (15%); una quota dei centri clinici, invece, è organizzata attraverso l'offerta di supervisioni individuali sui casi e una riunione mensile alla quale partecipa un gruppo di lavoro allargato (12,5%). Solo nel 8,5% dei casi la scelta sul caso da presentare viene fatta liberamente.

Infine, abbiamo provato a costruire una panoramica del numero di *professionisti* impegnati all'interno dei nostri centri clinici. Complessivamente nei 13 centri clinici sono impegnati 302 professionisti e che in larga parte si tratta di professionisti che hanno completato il ciclo formativo e che hanno mediamente diversi anni di esperienza². Il 76% sono psicoterapeuti; il 5% psichiatri e neuropsichiatri infantili, solo il 5% psicologi. È presente anche un numero significativo di tirocinanti delle scuole di specializzazione (13%), a riprova dello stretto legame tra la clinica e la formazione all'interno delle associazioni di psicoterapia psicoanalitica dell'adolescenza.

Conclusioni

² L'anzianità professionale dei terapeuti va da un minimo di 4 anni (successivi alla specializzazione) fino ad un massimo di 28 anni. La media ponderata generale, calcolata su tutti i professionisti, si assesta su 13 anni di esperienza.

I dati raccolti non ci consentono un'analisi comparativa riguardo agli effetti della pandemia da Covid 19 sui nostri giovani pazienti, visto che la maggior parte dei pazienti coinvolti era già in carico da prima, tuttavia ci consentono alcune considerazioni sulla capacità di tenuta dei nostri dispositivi e sulla nostra capacità di gestione della crisi, forse, proprio in quanto esperti di adolescenza, allenati a gestire le urgenze. Allo stesso tempo, i dati emersi ci invitano a una riflessione sulle psicopatologie emergenti e a una ricerca continua sui dispositivi più adatti a raccogliere queste "nuove" forme di malessere che affliggono gli adolescenti contemporanei. La presenza significativa di comportamenti e condotte a rischio, delle problematiche familiari e delle difficoltà relazionali, che ci invitano a riprendere una riflessione su questioni centrali legate al rapporto tra adolescenti e adulti, in linea anche con quanto hanno evidenziato Lancini e Zanella nella loro ricerca. Un tema che AGIPPsA ha da tempo riconosciuto e studiato, dedicando a esso anche un Convegno che ha avuto luogo proprio a Torino, curato nel 2012 da Montinari e Pelanda.

Riteniamo, per concludere, che questa indagine abbia rappresentato una buona occasione per guardarci "da dentro" e che abbia contribuito a mettere a fuoco almeno 4 evidenze su di noi:

1. AGIPPsA non è più soltanto, in linea alle sue origini e con il pensiero di Novelletto, un'associazione nazionale di gruppi che attraverso l'organizzazione di Convegni nazionali anima la ricerca clinica e concettuale sulla psicodinamica dell'adolescenza³;
2. È anche un'importante realtà clinica nazionale, con i suoi circa 1800 pazienti, dei quali quasi 800 adolescenti, in grado di intercettare una domanda di aiuto significativa alla

³ Alcuni ricorderanno la Segreteria Nazionale dei Gruppi (SNG) precursore "informale" di AGIPPsA prima della sua costituzione.

quale i Servizi pubblici drammaticamente non sono più in grado di rispondere;

3. Rappresenta anche una possibilità di grande interesse per la ricerca empirica sulla clinica psicodinamica dell'adolescenza;
4. Infine, ma non ultimo, AGIPPSA è un luogo per crescere, nel confronto e nello scambio con i colleghi più esperti ma anche un luogo di lavoro per molti professionisti.

Lo sforzo a confrontarci e a essere coerenti – e non fedeli – verso la psicoanalisi non si esaurisce all'interno di un percorso formativo, per quanto impegnativo, ma permane nel tempo grazie al confronto con i colleghi, nei

gruppi e tra i gruppi, che ci aiutano a mantenere una posizione di terzietà e che amplificano le nostre capacità di contenimento e di trasformazione.

Come i nostri pazienti adolescenti, anche noi per guardare al futuro abbiamo bisogno di mantenere un equilibrio tra la nostra identità culturale e le esigenze di apertura e rinnovamento legate alla contemporaneità e al dialogo con le altre scienze. Una sfida da accogliere anche nell'ambito della ricerca (clinica, teorica ed empirica), che ci impegna a trovare soluzioni sempre nuove e creative, senza paura, ma rimanendo coerenti alla nostra identità analitica.

Riproduzione riservata

PER APPROFONDIRE

BION W. (1970), *Attenzione e Interpretazione*, Armando, Roma 1973.

BONAMINIO V., FABOZZI P. (2002) (a cura di), *Quale ricerca per la psicoanalisi?*, FrancoAngeli, Milano.

BOSTON GROUP FOR THE STUDY OF CHANGE PROCESS (1998), *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation*, in "The International Journal of Psychoanalysis", 79(5), pp. 903-21.

CARBONE P. (2009), *Le ali di Icaro*, Bollati Boringhieri, Torino.

CORDIALE S., MONTINARI G. (2012), *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*, FrancoAngeli, Milano.

CURTO C. (2022), *Quale ricerca per la psicoterapia psicodinamica dell'adolescenza?*, in Atti del XIII Convegno Nazionale AGIPPSA.

CURTO C., ALOI A. E. (2022), *SHARING THE ADO CARE. Adolescenti in psicoterapia: un'indagine nazionale*, in Atti del XIII Convegno Nazionale AGIPPSA.

FENU M.A., BALLAROTTO G., MARZILLI E. (2020), *Sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica e il senso dell'ascolto*, Relazione Convegno SIEFPP, Roma 2019.

FREUD S. (1922), *Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido"*, in Opere di Sigmund Freud, 9 (1217.1923), Bollati Boringhieri, Torino 1987.

ID. (1926), *Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione condotta con un interlocutore imparziale. Poscritto del 1927*, in Opere di Sigmund Freud, 10 (1924.1929). Torino, Bollati Boringhieri, 1987.

LEUZINGER-BOHLEBER M. (2018), *La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea*, in "Rivista di Psicoanalisi", LXIV.

LINGIARDI V., DEL CORNO F. (2015), *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*, Cortina, Milano.

MARION P. (2018), *Editoriale*, in "Rivista di Psicoanalisi", LXIV.

NICOLÒ A.M. (2018), *La ricerca come sfida per lo psicoanalista*, in "Rivista di Psicoanalisi", LXIV.

PONSI M. (2013), *Quale ricerca per la psicoanalisi? Una breve panoramica su un tema controverso*, Relazione presentata al Seminario Nazionale SPI, Roma: <https://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ponsi-m-2013-quale-ricerca-per-la-psicoanalisi-una-breve-panoramica-su-un-tema-controverso-relazione-presentata-al-seminario-nazionale-di-inizio-danno-dellist-di-training-soc-psicoanalitica/>.

RIOLO F. (2018), *Metodologia della ricerca*, in "Rivista di Psicoanalisi", LXIV.

SHEDLER J. (2010), *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*, in "The American Psychologist", 65(2), pp. 98-109, trad.it. in "Psicoterapia e Scienze Umane", 1/2010 (pp. 9-34). Consultabile anche online, in <http://www.spiweb.it>.

WINNICOTT D. W. (1974), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1996.

SUGLI AUTORI

Cristiano Curto. Psicologo, psicoterapeuta. Presidente della Cooperativa "Rifornimento in volo"
Alessio E. Aloï. Psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica, Socio Rifornimento in Volo, responsabile area epidemiologia Rifornimento in Volo. Email: alessio.aloi@gmail.com



Dalla società-mondo alla stanza d'analisi: accessibilità e sostenibilità della cura

di L. Polito

La parola *sostenibilità* ci rimanda, nel suo uso abituale, a diversi significati che hanno a che fare con l'appoggio, la protezione, l'affermazione, ma che se guardata nella sua etimologia, (dal lat. *sustīnēre*, *sub-* «sotto», e *tenere* «tenere»), nasce da un'immagine suggestiva di rara forza e bellezza: *tenere dal di sotto*. Un'immagine che sembra evocare la ricerca di *radici*, di fondamenta solide con cui reggere un peso sopportandone la fatica.

Non è, forse, un caso che oggi questo termine ricorra costantemente e che alberghi in un pensiero collettivo che si tramuta in un fare orientato dalla scelta ma anche dalla necessità di rivedere lo sviluppo sociale alla luce di nuove premesse e traiettorie di senso, in risposta a una crisi di proporzioni globali che ci parla di un'importante discontinuità rispetto al passato.

D'altronde, come ci ricorda Manghi (2020, p. 34), «la pandemia da Covid-19 è il primo *evento* di portata planetaria della storia umana vissuto come tale da *tutti* gli uomini *nel tempo stesso del suo accadere*. Esperienza emozionale di simultaneità planetaria ormai incorporata nella memoria collettiva della specie», che è divenuta consapevolezza di una complessità intrinseca nell'ordine naturale delle cose, di cui ogni individuo è spettatore e soggetto partecipe.

Verrebbe da chiedersi: è la prima volta che il genere umano si trova a fare i conti con una realtà che gli racconta, attraverso accadimenti di vario genere, la sua condizione esistenziale portatrice di una funzionalità che è al tempo stesso individuale e collettiva?

Certamente no, basti pensare ai tanti cambiamenti economici e tecnoscientifici che sono andati nella direzione di una unificazione dei mercati a livello mondiale e all'adeguamento a modelli di consumo e produzione più uniformi e convergenti, con il conseguente incremento della libera circolazione di merci e capitali da un capo all'altro del globo. Improvvisamente il mondo è diventato un unico villaggio, fenomeno reso ancora più evidente e marcato dal rapido diffondersi delle tecnologie che oggi ci permettono di azzerare le distanze e di sentirci virtualmente sempre presenti in uno spazio in cui tempo e luoghi non conoscono limiti e confini. L'accesso diffuso alle informazioni tramite *web* ha messo in moto un possente processo di riequilibrio di forze, di articolazioni, e rimescolamento di un ordine che fino a qualche tempo fa sembrava conferire una pienezza di senso a un sistema che oggi è alla ricerca di una nuova coerenza.

Tuttavia, a fronte di questi eventi di portata macroscopica, che sono una



dell'azione individuale, dell'accentramento su di sé, riducendo le logiche dell'integrazione e dell'inclusione con importanti ripercussioni sul piano sociale; il mondo che abitiamo ci offre ampi sguardi, una vorticoso accelerazione di possibilità d'espressione e di incontro con realtà distanti e profondamente diverse ma sembra destare anche «forti sentimenti di insicurezza derivanti dalla perdita di riferimenti etici tradizionali, di autorità di riferimento, di appartenenze religiose e politiche» (Ingrosso, 2018, p. 38).

Assistiamo, dunque, a un movimento globale di spinta e contrazione: fenomeni di ibridazione, connessione, ricerca di contatto, che si legano inevitabilmente a reazioni antagoniste e di chiusura, una danza incessante che non può mai dirsi conclusa bensì prerogativa necessaria per un sistema vivente che trova nell'interdipendenza dei

chiara raffigurazione di un mondo governato da logiche di connessione e interdipendenza, si assiste, in modo quasi paradossale, a una potente spinta verso *l'individualizzazione* ovvero a una deriva del soggetto che, ripiegandosi su sé stesso, diviene totalmente autoreferenziale, con la conseguenza di un affievolimento dei legami di appartenenza e condivisione pre-esistenti (Ingrosso, 2003).

Nell'era del capitalismo tecno-nichilista, il potere della tecnica amplia gli spazi

suoi elementi e nei compromessi creativi la sua forza ri-generativa, ma che adesso, per il convulso succedersi di eventi fortemente sollecitanti, rischia di esacerbare sterili polarizzazioni.

Si tratta di forze che intessono in modo congiunto le trame di un tessuto sociale chiamato, oggi, sotto la spinta di eventi macroscopici, a ridisegnare un assetto messo in crisi da conflitti identitari e da profonde fratture sociali sui temi della vita, della cultura e della cura, che si traducono in individualismi

ipercompetitivi, in gregarismi ostili, in istanze egualitarie che tutelano gruppi sociali già privilegiati senza fornire mezzi di accessibilità a chi dispone di meno risorse.

Si assiste a *slogan* inneggianti ai *diritti e all'uguaglianza* che diventano motivo di difesa della propria etnia, nazionalità, categoria e, dunque, di discriminazione verso l'Altro percepito come minaccia e come partner sociale di una forzosa convivenza.

Siamo, quindi, in una fase di stallo ma anche potenzialmente creativa, alle prese con un lutto culturale rappresentato dalla caduta di quell'ideale messianico fondato sulla convinzione che la storia dell'umanità fosse *inevitabilmente* una storia di progresso, e dunque sostando in una dimensione del "non ancora" in cui risuonava la speranza e la promessa di un avvenire carico di risposte ai bisogni della collettività (Benasayag e Schmit, 2013).

La cultura occidentale si è costituita a partire da questo "non ancora" legandosi implicitamente all'idea di un *tempo sacro* (nel senso etimologico del termine di origine indoeuropea: separato) da attendere e a cui guardare con la certezza di un "dono promesso".

Un atto di fede che però ha lasciato il posto gradualmente all'amara constatazione di una realtà molto più complessa che si dispiega su vari livelli che si intersecano, si mescolano, si intrecciano e che il pensiero umano non può né governare né porre in una logica lineare e parcellizzante. Si tratta di una rottura culturale rispetto al passato che ci parla di una crisi inevitabilmente perturbante e dalle conseguenze imprevedibili.

I giovani di oggi hanno ricevuto in eredità una visione del mondo che, come dicevamo, ha avuto fede in un avvenire sentito come progresso, in un domani che era certezza e promessa al tempo stesso, per poi scoprire che "i conti non tornano", che il domani è parecchio nebuloso, che non è garantito, che

bisogna costruirselo fra tante incertezze, in un mondo liberamente circolante e connesso ma anche privo di confini e in cerca di nuovi equilibri.

In un tempo, quello attuale, fatto di incertezze e smarrimento, in cui non è possibile prefigurare il futuro e gli adulti mancano degli strumenti per generare nuovi percorsi, i giovani sono chiamati alla ricerca di un *tempo sacro nuovo*, che non è più attesa di un domani provvidenziale ma costruzione di logiche comunitarie nel *presente*, che diventino *premesse e radici* per nuovi paesaggi culturali.

Le nuove generazioni possono farsi promotrici di una postura che inviti gli uomini, a percepirsi non più come fruitori di beni, servizi, diritti ma come soggetti attivi che si situano nel senso della fraternità, *morenariamente*¹ intesa (Morin, 2020), l'idea di una comunità che è al tempo stesso del singolo e del tutto. Una comunità non più «[...] illusa di planare sulle vicende mondane, specie se disastrose (e dunque "bisognose"), dall'esterno e dall'alto» (Manghi, 2020, p. 7), concezione figlia di un riduzionismo positivista, ma che riconosca nel legame con l'Altro e nella compassione (*συμπάθεια*= provare con, insieme) il seme generativo di una nuova identità.

In quest'ottica alberga un'idea di *sostenibilità* che trova le sue fondamenta nella solidarietà e nella corresponsabilità, adesso declinate non più secondo una logica verticale ma seguendo un'idea di relazioni orizzontali tra pari differenti.

Tutto questo non deve essere confuso con un senso generico e fuorviante di generosità che non ha nulla a che vedere con l'idea di un sistema sociale universale, accessibile e sostenibile.

La solidarietà, tradizionalmente intesa secondo una dinamica verticale (dall'alto verso il basso), è solo una concessione, un temporaneo sguardo sull'altro al quale viene transitoriamente permesso di

¹ Fraternità intesa come relazione di riconoscimento e accoglienza fra alterità.

accedere a risorse e possibilità prima negate, per poi ripristinare un assetto sociale in cui vige la separazione e la parcellizzazione; in cui c'è chi può curarsi e chi no.

L'emergenza, che stiamo faticosamente vivendo, ci mostra che senza un'idea di relazione quale principio costitutivo e vitale della comunità, l'esistenza di tutti è molto più complicata e a rischio.

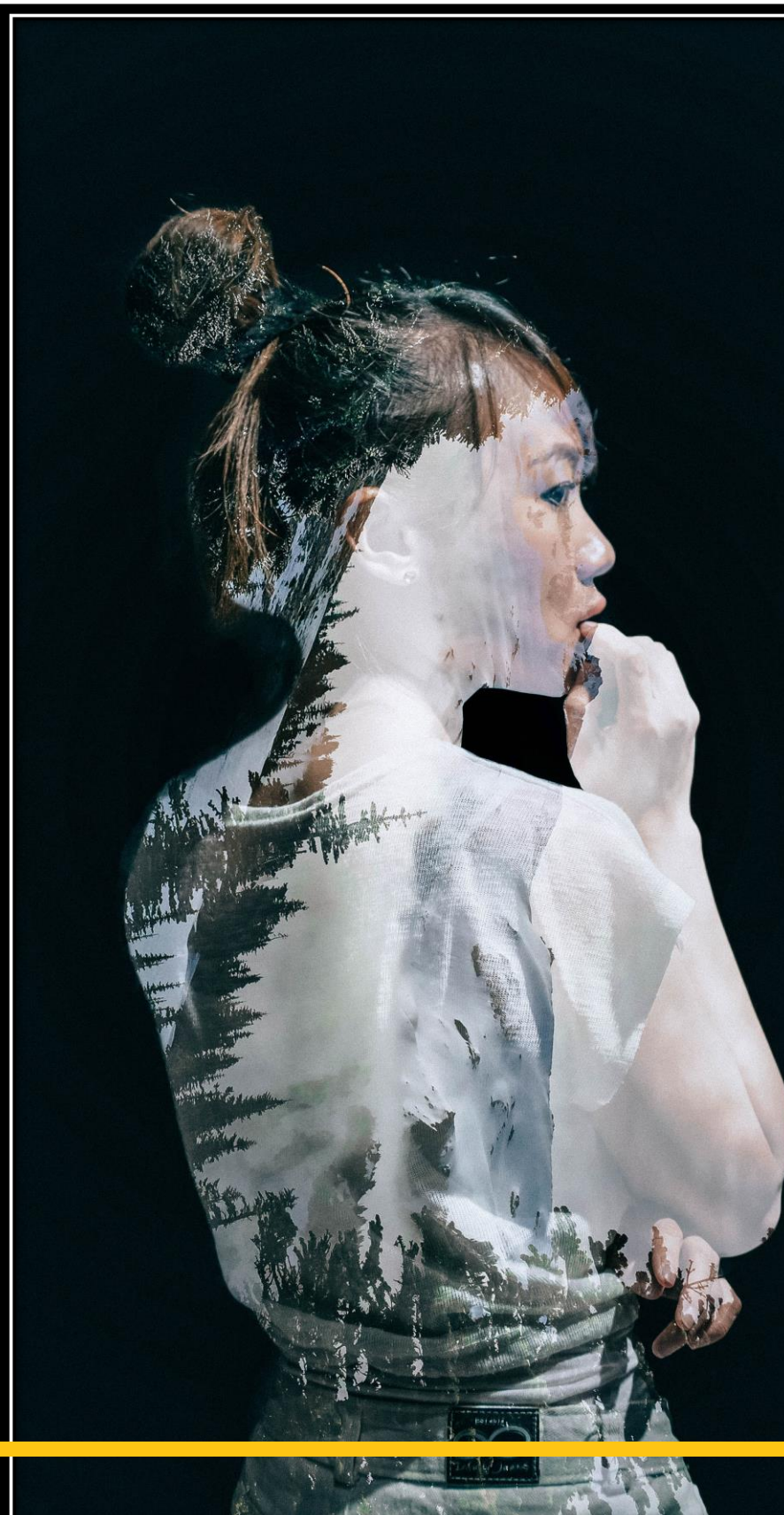
Siamo cittadini di una comunità-mondo in cui la dimensione del *noi* sembra cadere sotto il peso di forze che spingono alla separazione e alla frammentazione in mondi stentatamente coesistenti; un *noi* reso quasi impronunciabile in un contesto che oscilla tra la paura dell'Altro e il bisogno di vicinanza.

Oggi occorre, forse, reinterpretare il rapporto con gli altri e il senso di comunità, assumendo una prospettiva ecologica, cioè una visione del mondo che punta sulla relazione tra gli individui e il loro ambiente di vita, e sulla compartecipazione sul piano delle risorse e degli interventi.

Si pone, dunque, la necessità di ripensare alla *cura di sé* come complementare rispetto alla *cura degli altri e con gli altri*, in un legame indissolubile in cui ogni azione del singolo concorre a rigenerare tanto la sua individualità quanto le sue appartenenze ecologiche e sociali – di specie, di coppia, di famiglia, di gruppo, di popolazione – facendo appello a una logica di *universalità* che non si sposa con l'idea di una generica *uguaglianza* bensì con il riconoscimento delle diversità e, nelle differenze, costruire connessioni dialogiche e partecipazione, tutti corresponsabili e attivi

nell'immaginare un nuovo ordine sociale, culturale e di cura.

L'appello a una nuova soggettività umana che punti alla produzione di *beni relazionali*: alla reciprocità, al legame in tutte le sue sfumature di antagonismo e cooperazione, di riconoscimento di sé e dell'Altro come soggetti inevitabilmente interdipendenti e reciprocamente incidenti, trova risposte in quella *psicologia* che si muove nel tessuto



sociale, capace di declinarsi nelle forme utili all'individuo e alla collettività.

Una *psicologia* che assume i soggetti come *partecipanti attivi*, interessati a fornire punti di vista sull'esistente e sul cambiamento possibile: una partecipazione che è al tempo stesso pensiero e azione e che, se sviluppata in comune, diventa uno spazio di incontro fra alterità, condivisione di prospettive e proiezioni verso il futuro. In quest'ottica si situano per esempio gli interventi in campo giovanile, per una *psicologia* che guarda ai nuovi cittadini come attori legittimamente capaci di co-costruire, co-governare e al tempo stesso co-curare le sofferenze di un tessuto sociale sfibrato, disperso e frammentato; una *psicologia* capace di insinuarsi nei «punti in cui le *cerniere* tra *la dimensione privata del singolo*¹ e il mondo sociale si mostrano suscettibili di incidere sul funzionamento e sullo sviluppo della vita collettiva» (Amerio, 2000, p. 214).

Si tratta, quindi, di declinare le diverse forme della *psicologia* affinché essa possa favorire un nuovo movimento culturale, sociale e politico che *si prenda cura dell'accessibilità dei giovani* a spazi di pensiero, di espressione e di progettazione di scenari ancora impensati, dove l'elemento chiave è rappresentato dalla *relazione come terapia e cura* di un disagio giovanile a cui il mondo adulto assiste impotente, o a cui risponde proponendo soluzioni anacronistiche, figlie di una culturale verticale e normativa. L'esito di questo *gap* tra vecchie e nuove generazioni è un vuoto che rischia di silenziare risorse potenzialmente utili per l'individuo e la collettività. La condivisione, il riconoscere che «nulla è più utile all'uomo dell'altro uomo» (Natoli, 2020, p. 32), riappropriarsi di una condizione esistenziale che è imprescindibilmente *legame* sono le fondamenta di una *sostenibilità sociale* che parla di una *fraternità in movimento* capace di generare risposte creative e solidali.

Questa spinta culturale, che vuole dare forma a un nuovo *macrosistema* comunitario, si ritrova anche nel *micro-spazio* del contesto terapeutico in cui, ancora una volta, il rapporto di reciprocità fra gli attori in campo rappresenta l'elemento cardine per accedere a sistemi di significato e risorse creative. La psicoanalisi ha faticosamente imparato a riconoscere nel soggetto e, dunque, anche nell'*adolescente*, la sua implicita postura incline alla partecipazione e alla mutualità, rinunciando a posizioni monadiche e prescrittive originate da un paradigma positivista che collocava il rapporto analista-paziente in una sorta di situazione sperimentale oggettiva, o che considerava l'essere umano un recettore passivo di cure parentali inadeguate o di interpretazioni psicologiche.

L'accessibilità allo spazio analitico equivaleva, quindi, a un'adesione incondizionata e silenziosa a una prospettiva individualista in cui il terapeuta offriva una realtà pre-pensata e anonima. Oggi, la matrice relazionale – la relazione tra sé e l'altro – rappresenta la cornice di riferimento in cui ospitare la narrazione di un soggetto la cui esistenza si nutre di una dialettica fra la propria individualità e il suo radicamento nel tessuto comunitario.

«Uno spazio psichico dove comincia l'incontro *tra*² due menti» (Aron, 2004, p. 76) e un'esperienza dinamica intersoggettiva, che diventano espressione di un'orizzontalità in cui, nel reciproco riconoscimento delle differenze, nessuno degli attori in campo può dirsi estraneo alla *patologia e alla salute*.

È da questa premessa che la stanza d'analisi diventa luogo di «apprendimento di sé» (Vanni, 2018) e, dunque, di *accessibilità* a un mondo interno che necessita di cure e sguardi reciproci per promuovere la nascita sociale dei nuovi cittadini; un luogo in cui l'accesso alla

¹ Corsivo dell'Autore

² Corsivo dell'Autore

simbolizzazione del sintomo è reso possibile e dolorosamente *sostenibile* dalla condivisione di un percorso che diventa *legame* tra analista e paziente, capace di accogliere bisogni espressi in modo incomprensibile e a volte prepotente, che nella relazione possono trovare parole per dirsi.

Ora ci sarebbe da chiedersi: chi più dei giovani può interpretare al meglio il senso di corresponsabilità, condivisione, partecipazione: elementi imprescindibili per una comunità che voglia costruire logiche di accessibilità e sostenibilità? Ragazzi nati e cresciuti in un mondo iperconnesso, in alcuni frangenti entusiasticamente cooperante, in altri drammaticamente avversante ma sempre frutto di opere comuni; giovani ai quali affidare la *cura* di una società rimasta orfana di un vecchio ordine simbolico, ma in cui le nuove generazioni, se interpellate, sono potenzialmente capaci di tracciare traiettorie ecologiche che percorrano trasversalmente gli spazi relazionali – dal contesto pubblico più ampio ai ristretti e intimi luoghi di interazione – coltivando una *responsabilità fraterna*, unico seme generativo per un'esistenza sostenibile. Un movimento culturale che fa dell'interdipendenza la chiave di volta per accedere a possibilità di conoscenza e sviluppo in un tempo impreveduto e inatteso che è il *tempo dell'incertezza, dei giorni senza nome*, del presente che si articola ma che sembra sfuggire alla comprensione, del domani che tace. Si tratta, a ben vedere, dello stesso tempo che entra nella stanza d'analisi chiedendo al paziente e al terapeuta di essere prima tollerato, poi guardato e infine sentito come un aspetto essenziale di un percorso in cui si dispiega il faticoso processo di conoscenza e scoperta di sé. È questo il tempo – *terapeutico e sociale* – del disequilibrio, del *non sapere*, del legame che fluttua tra tensioni e risoluzioni, dell'indeterminatezza, che, tuttavia, trova nella sua trama caotica il significato di un'attesa che può preludere a un nuovo ordine di senso.

Se guardiamo il lungo percorso della psicoanalisi, dalle sue origini a oggi, possiamo scorgere il valore espressivo e culturale di un pensiero che non è solo teoria, metodo e tecnica di una pratica clinica ma è anche *narrazione di un uomo e del suo tempo*, e del modo in cui, di volta in volta, ha potuto declinare la cura, con i suoi impliciti significati sul piano comunitario.

La psicoanalisi classica ha costruito i suoi criteri di accessibilità sociale in linea con le premesse epistemologiche da cui è nata, trovando nel duale la sua «unità significativa» per lavorare (Altman, 2010, p. 28) e nella dimensione intrapsichica l'origine e la cura della sofferenza dell'uomo; nella pratica si è, quindi, espressa in modo “privatistico”, e la *stanza* d'analisi è divenuta la soglia da varcare per accedere a uno spazio intimo e privato in cui svelare la natura solipsistica dell'essere umano, natura governata da forze esclusivamente endogene; si trattava di un approccio riservato al mondo della borghesia medio alta, un mondo adulto che disponeva di risorse economiche importanti per frequentare assiduamente lo studio professionale, e a questa tipologia di soggetto la psicoanalisi si rivolgeva parlando di manifestazioni sintomatiche coerenti con il livello economico e culturale dei pazienti.

Una *narrazione* generata da un complesso intreccio storico, scientifico, filosofico, sociale, che ha costruito la sua trama attraverso concezioni riduzioniste, di separazione e parcellizzazione sia per quanto riguarda l'idea di individuo sia per quanto concerne la collocazione della *cura* sul piano sociale.

Da allora, la psicoanalisi è andata incontro a diversi cambiamenti paradigmatici che hanno portato a nuovi sviluppi e, dunque, a nuove *narrazioni*; attingendo a una serie di enunciati teorico-epistemici derivati dal modello dei Sistemi complessi e sotto la spinta di svariati intrecci globali, la psicoanalisi porta, oggi, in grembo *l'epistemologia*

della relazione come origine, sviluppo e generatività del soggetto, dell'inevitabilità del legame, dell'intreccio inestricabile fra le parti e il tutto. Si tratta di una nuova *narrazione* che ci racconta di *un'altra idea di uomo* che può prendersi cura di sé attraverso l'Altro e, dunque, sentendosi parte di una comunità con cui costruire un fare pensante, in un processo circolare che nutre la specificità del singolo individuo e le sue radici sociali.

PER APPROFONDIRE

ALTMAN N. (2010), *Superare la frattura tra psichico e sociale: l'intervento sulla comunità attraverso il lavoro analitico*, in "Ricerca Psicoanalitica", 2, pp. 15-29.

AMERIO P. (2000), *Psicologia di Comunità*, il Mulino, Bologna.

ARON L. (2004), *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano.

BENASAYAG M., SCHMIT G. (2013), *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano.

INGROSSO M. (2003), *Senza benessere sociale: nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, FrancoAngeli, Milano.

ID. (2021), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Aracne, Roma.

MORIN E. (2020), *La fraternità perché? Resistere alla crudeltà del mondo*, AVE, Roma.

MANGHI S. (2020a), *Mille e più Case della Comunità, occasione irripetibile. Sette domande, sette risposte*, <http://sergiomanghi.altervista.org> (consultato il 14.05.22).

ID. (2020b), *La Terra è comunità di destino. È il momento di una fraternità generativa*, in "Animazione sociale", 336, pp. 35-9.

NATOLI S. (2020), *Rigenerare solidarietà nei territori. Nulla è più utile all'uomo dell'altro uomo*, in "Animazione sociale", 336, pp. 32-4.

VANNI F. (2018), *Adolescenti nelle relazioni. Adolescenti che co-costruiscono la società-mondo*, FrancoAngeli, Milano.

SULL'AUTRICE

Laura Polito. Psicologa psicoterapeuta, socia SIPRE e Progetto Sum ETS. Email: laurapolito.psicologa@gmail.com

A questo radicale cambiamento, che non abita solo il pensiero psicoanalitico ma che si colloca nell'alveo di una profonda sollecitazione culturale, occorre rispondere con un atto politico e sociale: ampliare le possibilità di accesso alla cura psicologica significa situare l'idea di cura nel seno della collettività, facendo della *relazione* origine, strumento e declinazione del benessere comune.

Riproduzione riservata

Sostenibilità e cura nella psicoterapia con adolescenti e famiglie.

Associazionismo, multidisciplinarietà e lavoro clinico integrato nell'esperienza di GAPP

di M. Angelone, L. Daziano, G. Figini, E. Mietto, R. Soverino

Stando alla definizione, “sostenibilità” è *la condizione di uno sviluppo in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri.* Ne consegue che qualcosa si può ritenere sostenibile a condizione di utilizzare in modo oculato le risorse, e di renderle disponibili a quanti più soggetti possibile. Nell'ambito della cura della sofferenza psicologica la definizione citata sembra essere, al contempo, un riflesso di ciò che osserviamo come professionisti, e un monito rispetto al rischio a esso connesso. Sembra evidente, infatti, come l'adulto – assorbito e autocentrato sul soddisfacimento dei propri bisogni psicologici – stia compromettendo la possibilità, per le generazioni a venire, di poter soddisfare le proprie necessità, attuali e urgenti quali sono quelle di una persona in crescita, essendo peraltro autentiche premesse di uno sviluppo psichico sano ed equilibrato. Oltrepassando i confini dell'ambito meramente economico, in quanto professionisti della salute psicologica ci

troviamo quotidianamente a riflettere sulle modalità attraverso cui rendere possibili, e accessibili, modelli di cura simultaneamente complessi, eticamente rigorosi e dinamici come la psicoanalisi. La psicoterapia psicoanalitica è stata storicamente appannaggio dell'ambito privato e generalmente intesa come metodo di cura elitario. Per far sì che questa visione si trasformi e possa realmente rispondere ai nuovi bisogni che vengono portati negli ambiti di cura, appaiono fondamentali i contributi che la lettura e la comprensione della psicoterapia psicoanalitica possono portare alla riflessione sull'attuale società e su ciò che manifesta. Da qui potrà essere utile porsi in una situazione di ascolto per adattare i progetti, i piani locali e nazionali a ciò che si riesce a captare e non viceversa: pena lo scollamento dalla realtà della cura, sempre per antonomasia individuale e sociale al tempo stesso.

A partire da queste considerazioni, come gruppo clinico, crediamo importante riflettere anche sul senso della sostenibilità clinica della psicoterapia

attraverso la sinergia di diversi strumenti di cura. Il lavoro psicoterapeutico individuale con gli adolescenti, in particolare per alcune sintomatologie agite, non può non essere sostenuto da interventi paralleli nell'ottica di un'integrazione multidisciplinare a più livelli. Tra questi, consideriamo di fondamentale importanza il coinvolgimento attivo dei genitori nella terapia, attraverso uno spazio a loro dedicato, che può trasformarsi, per potenziare il lavoro clinico ed economizzare le risorse, in un gruppo terapeutico.

Grazie all'équipe multidisciplinare, è altresì possibile pensare all'integrazione del lavoro psicologico sia con l'intervento medico psichiatrico, che permette il monitoraggio della salute fisica e il contenimento dei vissuti più angoscianti, sia con percorsi laboratoriali che, con dispositivi terapeutici più vicini al linguaggio degli adolescenti, riescono ad aprire spazi di riflessione e condivisione emotiva.

Il disagio psicologico dell'adolescente nell'era Covid: l'aumento e la complessità della domanda di cura

Riflettendo sul concetto di sostenibilità e accessibilità alla psicoterapia, e al lavoro integrato per adolescenti e famiglie, non possiamo non considerare anche gli effetti della pandemia da Covid-19 che, dallo scorso marzo 2020, ci hanno toccati

nei diversi ambiti di vita. L'emergenza sanitaria si è amplificata nel suo corrispettivo mediatico, tanto che anche i bisogni e le richieste d'aiuto hanno rapidamente modificato il proprio andamento. È lecito domandarsi se la pandemia abbia di per sé causato un aumento esponenziale delle forme di disagio adolescenziale o, piuttosto, non lo abbia reso manifesto, amplificando, da

un lato, un malessere finora rimasto sottotraccia e, dall'altro, come afferma Lancini (2017), evidenziando la fragilità di un mondo adulto incapace di coglierlo e di affrontarlo. In questo senso il Covid-19 ha permesso a un maggior numero di persone di dar voce al proprio disagio, legittimando una richiesta di aiuto psicologico.

Lo studio della letteratura scientifica più recente, e i puntuali confronti in équipe ci hanno permesso di provare a sintonizzarci sulla nuova frequenza dell'emergenza sanitaria, cercando di

intercettare alcune tra le molteplici sfaccettature della nuova situazione, fatta di diverse forme di fragilità, sia dal punto di vista economico-sociale che emotivo-relazionale, e di provare così a immaginare quali modelli di cura sostenibili poter offrire a giovani e famiglie.

Le ricerche Istat e il Rapporto dell'Istituto superiore di sanità delineano, infatti, un anno 2020 caratterizzato dall'aumento dei casi di povertà assoluta. Circa metà delle famiglie italiane ha infatti subito



una riduzione delle risorse economiche, alle quali si sono aggiunti gli effetti da Covid sulla salute, sulle abitudini sociali e sulle dimensioni psico-affettive. La stessa economia mondiale è stata significativamente colpita, e così l'andamento della vita sociale e culturale. La pandemia ha altresì cambiato radicalmente i nostri orizzonti di senso, portando a un malessere psichico senza precedenti. «Il Covid-19 ha determinato – più o meno direttamente – un incremento generalizzato delle diverse forme di disagio giovanile», ha commentato Stefano Vicari sulle colonne del Sole24Ore, evidenziando «un +30% di disturbi alimentari e un +30% di ricoveri in NPI per atti anticonservativi con insorgenza più precoce».

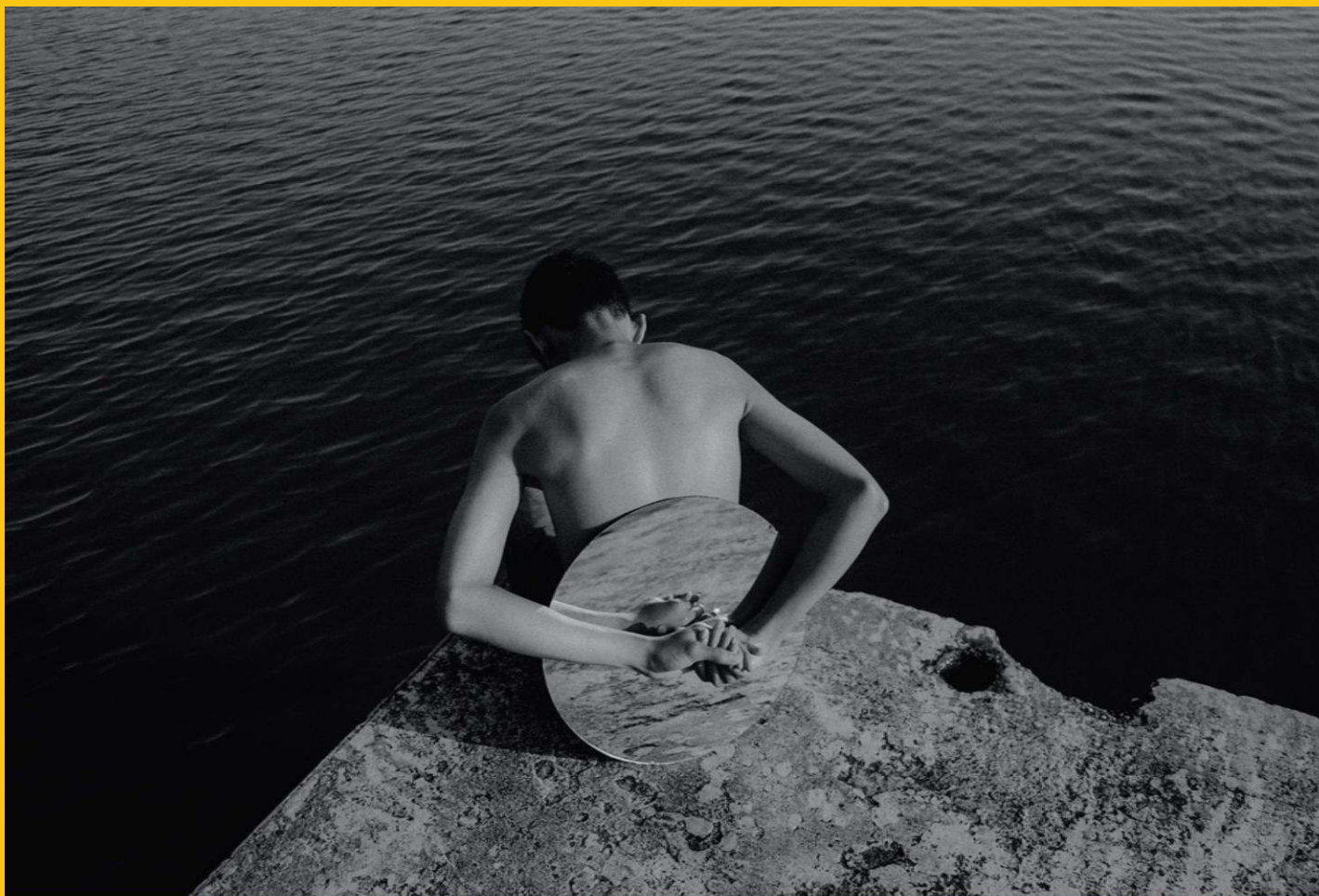
La crescita di queste percentuali tratteggia un quadro di disagio che i giovani stanno ampiamente sperimentando, tanto da manifestare sintomi-messaggi di malessere rivolti agli adulti e alle istituzioni. Proprio dalla valutazione dei dati e dal considerevole aumento delle richieste che sono arrivate al nostro Centro, sono emersi interrogativi per i quali vorremmo provare a cercare una risposta che sia accessibile per i giovani e, al contempo, sostenibile per le famiglie.

Il primo fra tutti: come possiamo esserci per gli adolescenti che hanno sperimentato la brusca e prolungata interruzione dell'esperienza di socializzazione e di confronto con i propri coetanei? «Forse il Covid ci ha insegnato che la scuola non è soltanto didattica, anzi, è molto di più: è un'esperienza formativa per tutti», ha aggiunto Stefano Vicari, precisando che «Chiudere ai ragazzi la possibilità di sperimentare relazioni tra pari, li ha lasciati soli e privi di strumenti per compensare le proprie ansie, soprattutto se consideriamo che l'adolescenza è l'età della vita che privilegia il compagno di banco, piuttosto che un familiare, come depositario delle confidenze». Se negli ultimi anni la scuola ha veicolato per lo più un'immagine di sé come luogo della *performance*, la situazione emergenziale ha portato alla

luce ciò che gli adulti sembravano aver dimenticato. Vale a dire, il processo dell'educare (da "educere", etimologicamente "tirare fuori") è sia un processo di relazione verticale con adulti significativi che, in virtù delle caratteristiche che l'adolescente porta con sé, diventa fondamentale che si situino al di fuori dall'ambito familiare, sia di relazione orizzontale, nella quale il gruppo dei pari riesce a intercettare i nuovi bisogni, desideri, ansie fungendo da contenitore efficace e potente.

C'è un'altra domanda urgente: come possiamo dare sostegno alle famiglie che, in una condizione di sempre più marcata fragilità, si trovano ad affrontare da sole situazioni di grave disagio? Rispondere a queste richieste d'aiuto sembra essere tutt'altro che semplice per i Servizi e gli Enti del territorio nazionale, nei quali si evidenziano alcune criticità nel riuscire ad accogliere, in modo concreto e tempestivo, le richieste di cura delle diverse forme attraverso le quali si declina la sofferenza psichica.

In linea coi dati nazionali del Ministero della Salute, e di quelli ad ampio raggio di *Save The Children*, anche il Piemonte registra sia una difficoltà a intercettare la morbilità psichiatrica all'esordio sia una carenza di servizi e dispositivi terapeutici adeguati a fronteggiare il malessere dei minori e delle famiglie. Grazie al lavoro di rete coi Servizi pubblici del territorio alessandrino e attraverso un costante confronto con diverse professionalità socio-sanitarie, abbiamo indubbiamente ravvisato una certa fatica ad accogliere le numerose richieste di cura che arrivano nei Centri di Salute Mentale e nella Neuropsichiatria Infantile: c'è mancanza di personale specializzato e, conseguentemente, scarsa disponibilità di risorse e di posti letto. È da qui che sentiamo sempre più la necessità di aprirci alla progettazione per favorire l'incontro del sociale con la psicoterapia psicodinamica in un'ottica di



associazionismo, multidisciplinarietà e sinergia del lavoro clinico.

Il lavoro clinico integrato del Gruppo GAPP

L'idea del nostro Gruppo di lavoro di costituirsi come Associazione è stata quella di pensare a una diversa significazione dell'intervento in ambito psicoterapeutico. Crediamo, infatti, che possa rappresentare un atto finalizzato a promuovere una cultura della sostenibilità e dell'accessibilità della cura, come l'acronimo ben esprime (Gruppo Associato per la Psicoterapia Psicodinamica): interventi integrati e multidisciplinari finalizzati a colmare incontro tra il sociale e il pensiero psicoanalitico, diffondendo così una cultura della prevenzione e della cura del disagio psicologico, mettendo al centro l'unicità della persona.

L'Associazione di Promozione Sociale (APS) GAPP nasce proprio in risposta all'emergere di nuove fragilità emotive e relazionali, riscontrabili in alcune fasi

proprio quel *gap*, quel "vuoto", a cui facciamo riferimento per rimarcare il bisogno di considerare "la mancanza" come un'opportunità per rintracciare la propria unicità. Nel 2011 nasce così l'Associazione di Promozione Sociale, formata da psicologi, psicoterapeuti, medici, psichiatri, neuropsichiatri, educatori e volontari che, da oltre 10 anni, operano nell'ambito dello studio, della prevenzione e della cura del disagio psicologico e sociale con un orientamento psicodinamico, e in forte sinergia coi Servizi del territorio. "GAPP", per etimo e per assonanza, rimanda proprio alla sua dichiarazione di intenti, ossia al progetto di creare uno spazio di evolutive particolarmente delicate quali l'infanzia, l'adolescenza e l'accesso alla genitorialità. Queste forme di disagio coinvolgono un numero sempre crescente di famiglie, che, oltre alla presa in carico da parte dei servizi territoriali, necessitano di ulteriori interventi continuativi di tipo psico-educativo e terapeutico

multidisciplinare, la cui sostenibilità è possibile anche grazie al sinergico lavoro di rete con le Istituzioni e gli Enti del Terzo Settore territoriali (come l'Ospedale Infantile, il Consorzio dei Servizi Sociali CISSACA, le cooperative sociali, le comunità educative e terapeutiche, le scuole e le università e altre associazioni). La nostra *mission* sociale è dunque quella di contribuire a tutelare il diritto alla salute, intesa come *status* di benessere psicofisico e sociale, qualità essenziale per l'individuo come singolo e come membro della comunità. E proprio dal punto di vista della sostenibilità economica che la costituzione di GAPP, in quanto Associazione di Promozione Sociale,

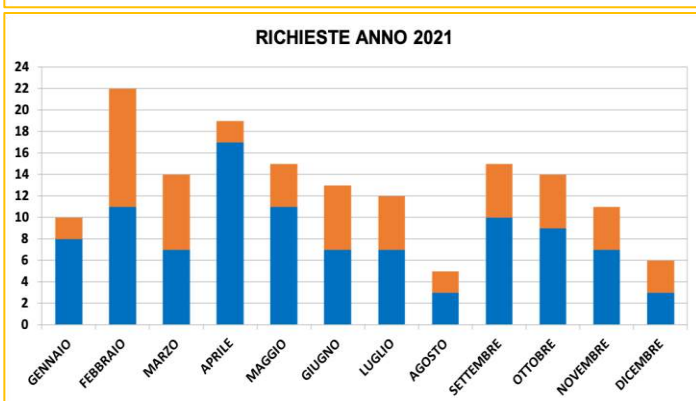
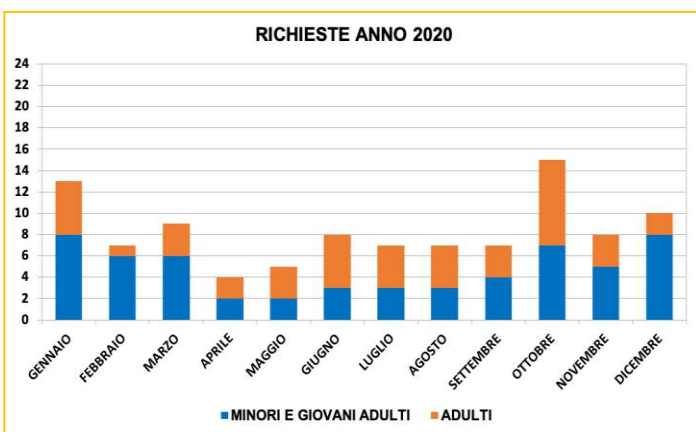
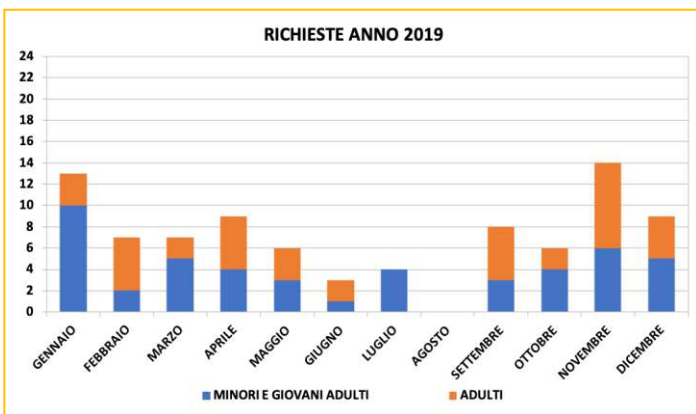
permette l'accesso a finanziamenti che rendono possibile offrire cure anche a chi si trova in una situazione di svantaggio.

Le richieste d'aiuto pervenute al Centro GAPP nell'ultimo triennio: una riflessione condivisa

Per comprendere come rendere accessibili e sostenibili gli interventi psicoterapeutici e quelli di natura psico-educativa, siamo partiti da un'analisi critica relativa alle richieste di aiuto pervenuteci nell'ultimo triennio (2019-2021). Abbiamo così potuto constatare un importante incremento delle forme di disagio nei preadolescenti (con un'anticipazione dell'insorgenza del malessere) e nei giovani adulti, *trend* esemplificato nei grafici riportati a seguire. Soprattutto per quest'ultima fascia d'età (18-25 anni) stiamo registrando criticità sempre più importanti. Alle soglie della maggiore età i giovani si trovano infatti in una sorta di area di transizione, resa ancora più aleatoria per il continuo rimbalzo tra i Servizi, rimanendo così in *standby*, se non addirittura dimenticati, del tutto privati dei dispositivi terapeutici e delle strutture di contenimento adeguati ai propri bisogni. È proprio considerando bisogni e criticità del territorio che come APS si inizia a pensare e a strutturare progetti in rete che, valorizzando le risorse presenti, riescano ad accogliere e rispondere alle sempre più complesse domande di aiuto e cura.

Nello specifico dei dati, nell'ultimo triennio 2019-2021, si registra un aumento della domanda del +20% nel 2020, con un raddoppio (+50%) nel mese di ottobre rispetto agli altri mesi. La richiesta sale oltre il +40% nell'anno 2021, con un raddoppio nei mesi di febbraio, aprile e maggio, evidenziando bene, una richiesta senza fluttuazione fra le dodici mensilità, soprattutto se confrontata con l'andamento mensile del 2019.

Ciò che emerge è il rilevante incremento dei casi arrivati all'attenzione degli specialisti e dei servizi, tale da creare un allarme sociale che ci porta a riflettere su



come la pandemia abbia, in qualche modo, consentito un aumento della domanda di cura delle diverse forme di sofferenza psichica forse proprio perché le ha rese più evidenti. La fisionomia di queste richieste traccia i contorni di un vero e proprio ritratto psico-sociale: pazienti sempre più giovani, nuclei familiari in crisi, giovani adulti con sofferenze sempre più marcate, genitori che “vorrebbero delegare” la cura dei figli agli esperti del settore. Una connessione quindi tra la crisi degli adolescenti e il disorientamento delle figure genitoriali, e degli adulti in generale, a svolgere la propria funzione.

Un esempio d'intervento secondo la prospettiva della sostenibilità: il Progetto *Mind The Gapp*

Come possiamo dunque utilizzare i numeri che rimandano al bisogno di cura e di risposte imminenti in un'ottica di accessibilità e sostenibilità dell'intervento psicoterapeutico, psicologico ed educativo?

Prima di tutto andando oltre i numeri, per rintracciare l'unicità di ciascun soggetto e della propria storia. Non percorsi standardizzati, ma risposte mirate che possano accogliere la singolarità di ogni situazione grazie a progetti di carattere sociale in rete coi Servizi territoriali. Sarebbe fondamentale provare ad utilizzare le risorse già esistenti attraverso una reale e concreta integrazione e sinergia tra i Servizi Pubblici territoriali e gli Enti del Terzo Settore, affinché si creino delle buone prassi di cura, ampliando i dispositivi terapeutici necessariamente dinamici, in modo da accogliere anche le più recenti forme di malessere. Ci riferiamo a spazi e strumenti vicini al linguaggio dei giovani, indispensabili per entrare in contatto anche con quelli che si trovano a vivere in situazioni di grave povertà e di esclusione sociale. C'è bisogno di risposte urgenti: non è pensabile attendere la costituzione di nuovi servizi dedicati che, sebbene importanti, richiedono tempi lunghi di realizzazione.

Nel tentativo di ampliare l'accessibilità alle cure psicoterapeutiche, l'Associazione GAPP già da tempo cerca di colmare la disparità tra l'alta richiesta d'aiuto e il sottodimensionamento dei servizi pubblici, poggiando i propri progetti sui cardini dell'associazionismo, della multidisciplinarietà e del lavoro clinico integrato. Ne è un esempio *Mind The Gapp – ascolto, cura e condivisione*, un progetto in rete in risposta al disagio adolescenziale e genitoriale, promosso dal 2014 dalla nostra Associazione, grazie ai co-finanziamenti delle Fondazioni SociAL e CRAL di Alessandria, oltre che ai contributi della Fondazione CRT di Torino e alle *partnership* di altre Associazioni e Istituzioni del territorio, ancora oggi in essere. L'idea di aprirsi al sociale è nata proprio dall'importanza di poter garantire ai ragazzi – che vivono una situazione di grave disagio psichico, connesso a una difficoltà economica familiare, oppure all'inserimento in comunità – un percorso terapeutico continuativo, che consenta loro di attribuire senso alle esperienze traumatiche, evitando che queste possano invadere la loro vita mentale, affettiva e relazionale, ostacolando così una crescita sana, e un'adeguata realizzazione personale.

Considerando la scelta della cura un diritto fondamentale, l'obiettivo è ben preciso: consentire agli adolescenti, e alle loro famiglie, economicamente e/o socialmente svantaggiati, di accedere gratuitamente, o con un contributo assimilabile al *ticket* del Servizio pubblico, ai diversi dispositivi terapeutici previsti dal progetto. In particolare, nell'ottica di un trattamento integrato, *Mind The Gapp* propone – in affiancamento alla psicoterapia individuale per adolescenti e genitori – anche interventi psicoeducativi con attività laboratoriali, volti a dare spazio e voce ai gravi disagi psicologici e relazionali degli adolescenti, stimolando la socializzazione e la condivisione emotiva, e favorendo il potenziamento del lavoro terapeutico. Così si cerca di rispondere alla necessità di fornire assistenza psicologica alle categorie

sociali più deboli, collaborando in sinergia con gli Enti territoriali, e garantendo la qualità degli interventi, acquistati a costi ampiamente inferiori rispetto a quelli previsti dal mercato, grazie alla partecipazione di esperti e professionisti a titolo volontario.

Progettare una Psicoterapia Psicoanalitica accessibile e sostenibile: la grande lezione ricevuta in tempo di Covid

Alla luce degli ultimi fatti drammatici che hanno sconvolto il mondo, si aprono diversi spunti di riflessione, sia per progettare una psicoterapia psicoanalitica accessibile e sostenibile per minori e famiglie, considerando il futuro a breve e medio termine, sia una valutazione degli strumenti più adatti per affrontare le nuove richieste di intervento post-Covid. Rispetto alla dimensione del tempo della cura rileviamo quanto le progressive trasformazioni tecnologiche abbiano influenzato notevolmente la capacità di “stare”, di attendere, di aspettare. L’evidenza della fragilità adulta e genitoriale porta inoltre con sé la necessità di considerare anche la

sostenibilità dei confini, attraverso una continua rimodulazione del *setting*. Nonostante questi cambiamenti nei ritmi e nelle qualità di presa in carico delle nuove domande, è rimasto intatto il rispetto di una modalità sinergica di lavoro, integrata con la rete territoriale, in modo da valorizzare ogni risorsa e da far emergere eventuali criticità o lacune, mantenendo però inalterata la propria identità di gruppo clinico multidisciplinare.

Il processo di cambiamento è dunque in corso. Sicuramente ci sarà bisogno di riflessioni future, approfondite, ma rimane comunque importante provare a rispondere a nuovi e vecchi bisogni, facendosi guidare dal confronto tra colleghi, da una formazione continua, e da ciò che riverbera in noi lo stare con l’Altro in nuove e vecchie “stanze di analisi». Non da ultimo, sarà essenziale farsi guidare dagli adolescenti stessi, non già in una sorta di sterile spontaneismo, ma all’insegna di un’autentica apertura nei confronti dell’Altro, dei suoi bisogni, delle proprie richieste di cambiamento, più o meno espresse.

Riproduzione riservata

PER APPROFONDIRE

CHARMET, G. P. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.

GIALLONARDO *et al.* (2020), *The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial*, in “Frontiers in psychiatry”, 11, 533, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00533>.

GOBBI B., (2021), *Il neuropsichiatra: «Il Covid è stato un detonatore, tra i ragazzi è boom di ricoveri»*. Sole24ore “online”, <https://www.ilsole24ore.com/art/il-neuropsichiatra-il-covid-e-stato-detonatore-i-ragazzi-e-boom-ricoveri-AEdWQOC>.

ISTAT (2022), *Nel 2021 stabile la povertà assoluta*, 1-9, https://www.istat.it/it/files//2022/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2021.pdf.

LANCINI M. (2017), *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli*, Mondadori, Milano.

LANCINI M., CIRILLO L., SCODEGGIO T., ZANELLA T. (2020), *L’adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano.

NUZZACI A., MINELLO R., DI GENOVA N., MADIA S. (2020), *Povertà educativa in contesto italiano tra istruzione e disuguaglianze. Quali gli effetti della pandemia?*, in “Lifelong Lifewide Learning”, 16 (36), pp. 76-92.


SANTO L. (2007), “*Sostenibilità*”, VII Appendice, Enciclopedia Italiana Treccani.

SAVE THE CHILDREN (2020), *L’impatto del coronavirus sulla povertà educativa*, Roma.

SULLE AUTRICI

Marta Angelone. Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo psicodinamico. Socia GAPP Alessandria. Email: marta_angelone@yahoo.it.

Luisella Daziano. Psicologa clinica, giornalista professionista. Socia GAPP Alessandria. Email: lgdaziano@gmail.com.



Gaia Figini. Laureata in Psicologia clinica presso l'Università degli Studi di Torino, danzatrice diplomata presso il Centro di Alta Formazione per la Danza ArteMente di Milano. Socia GAPP. Email: figini.gaia@gmail.com.

Elena Mietto. Psicologa clinica, psicologa scolastica. Socia GAPP Alessandria. Email: mietto.elena@gmail.com.

Roberta Soverino. Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo psicodinamico, specializzata in psicologia scolastica. Docente di Scuola dell'Infanzia. Socia GAPP Alessandria. Email: r.soverino@gmail.com.

Psicoterapia e sostenibilità: dalla parte del “sistema clinico”

di G. Bartolini, E. Ceravolo, E. Cofano, G. Ferrari, P. Isabello,
R. Michelazzo, G. Seassaro, E. Scapolla

Sostenibile: agg. [der. di *sostenere*].

– 1. a. Che si può sostenere: *una tesi difficilmente sostenibile*. b. Che può essere affrontato: *una spesa s.; questa situazione non è più sostenibile*.

– 2. estens. Compatibile con le esigenze di salvaguardia delle risorse ambientali: *energia s.; sviluppo s.*, locuzione con la quale si indica una strategia di sviluppo tecnologico e industriale che tenga conto, nello sfruttamento delle risorse e nelle tecniche di produzione, delle condizioni e delle compatibilità ambientali.

L'idea di affrontare il tema del collegamento tra psicoterapia e sostenibilità ci è apparso molto intrigante.

Che cosa intendiamo parlando di una psicoterapia che possa essere considerata *sostenibile*? Le prospettive da cui affrontare l'argomento sono diverse, e cambiano anche i soggetti che possiamo mettere in primo piano e, rispettivamente, sullo sfondo.

Sicuramente uno dei principali punti di vista a cui si pensa è quello del paziente: un percorso di psicoterapia implica, oltre alla sostenibilità psicologica, il mettersi in gioco in termini di tempo e di denaro. Ma un'altra prospettiva da cui analizzare una dinamica relazionale così particolare come quella tra terapeuta e paziente è quella che parte dal terapeuta stesso e che si allarga al *sistema clinico* (Vanni, 2015) nel quale è incluso. È di questo secondo punto di vista che diremo qualcosa qui.

L'epoca attuale si può descrivere come caratterizzata dalla fluidità e dalla connessione più o meno continua e immediata. In questa fase, la visione classica del terapeuta solitario, che svolge il suo lavoro chiuso nel proprio studio interfacciandosi quasi esclusivamente con i pazienti, risulta forse un po' anacronistica. È, questa, la prospettiva storica, quella ereditata dalle grandi scuole di pensiero analitiche. Ci pare evidente come siano cambiati gli assetti e le implicazioni del nostro lavoro nel corso del tempo: la figura dello psicoterapeuta si è evoluta e complessificata, e gli ultimi due anni, caratterizzati da isolamento e solitudine, ma anche da una maggiore interconnessione – per quanto più digitale che fisica – hanno indiscutibilmente dato un'accelerazione a questo processo di cambiamento.

Oggi, la psicoterapia è inserita in una rete di professioni estremamente variegata e ricca. Professioni di cura (si pensi ai logopedisti come ai neuropsichiatri, ma anche ai nutrizionisti), ma non solo: lo psicologo entra all'interno di numerosi ambiti sociali, dei quali quello scolastico è forse il più noto, ma non l'unico. Gli psicoterapeuti sono poi sempre più avvezzi, soprattutto quelli che lavorano con bambini e adolescenti o con situazioni di maggiore complessità, a intrecciare differenti traiettorie di cura

psichica e dunque sono posti spesso davanti all'esigenza di connetterle in un progetto unitario più complesso del "semplice" percorso duale.

In che modo, dunque, intendiamo una psicoterapia sostenibile, in primis, per il terapeuta?

Abbiamo almeno tre livelli: il livello del singolo terapeuta che riguarderà la sua qualità personale che si fonda sulla sua storia e sulla sua formazione nonché sulle variabili di contesto nelle quali opera per come sono sollecitate dall'incontro con il paziente e il suo sistema relazionale.

Poi c'è il gruppo di lavoro, l'équipe, che può comprendere

professionalità contigue o anche sovrapponibili che svolgono però funzioni differenti rispetto alla situazione

specificata ma con le quali c'è, o ci può essere, una consuetudine più o meno regolare di scambio.

E infine il contesto di intervizione e/o supervisione che in forma più occasionale o più stabile consente di riflettere sulla relazione clinica non già con una funzione decisionale, immediatamente operativa, come può accadere in una équipe, ma piuttosto per sviluppare uno spazio relazionale riflessivo e di co-costruzione di una cultura clinica condivisa.

Si tratta di reti, queste ultime, che, attraverso il periodico confronto tra colleghi, consentono da un lato un arricchimento e un allargamento delle prospettive e dall'altro possono favorire un alleggerimento del carico intellettuale ed emotivo. Qualunque professionista della salute (mentale, nel nostro caso) ha sperimentato, almeno una volta nel corso

della propria esperienza lavorativa, la sensazione di stanchezza, magari anche per un eccessivo carico di lavoro. È quella percezione definita in modo estremamente puntuale dall'inglese *overwhelmed*, traducibile più o meno fedelmente con "sopraffatto". Queste sensazioni possono facilmente condurre a un sovraccarico tale da portare il professionista a provare anche molta fatica, e di conseguenza a svolgere un lavoro in modo più automatico, meno pensato e sentito, come forma di difesa

verso un carico emotivo eccessivamente intenso. Se,

inoltre, andiamo a porre il focus sul lavoro con il singolo individuo,

sappiamo come la coppia paziente-terapeuta corra il

rischio di riprodurre, proprio in virtù della

sintonizzazione emotiva alla base della relazione

terapeutica, un sistema chiuso non in grado di

riorganizzarsi che l'individuo

presentava prima di rivolgersi al

professionista. Tanto più viene sperimentato il

senso di isolamento, di sopraffazione emotiva e di

invischiamento nei giochi relazionali proposti dal paziente,

quanto più si delinea la necessità di aprire ulteriormente il sistema andando a ricercare, ad esempio, quella

perturbazione strategicamente orientata così importante per promuovere l'evoluzione del percorso di vita. In questi

specifici momenti critici di *impasse*, la diade diventa metafora del paziente stesso e necessita di aprirsi verso

l'esterno – a stimoli, domande, punti di vista, suggestioni, riletture – e ciò può avvenire solo se il terapeuta se ne fa

carico attraverso la disponibilità all'intervisione e al confronto con i



collegi. E proprio come la relazione terapeutica, tale messa in discussione dello stato delle cose sarà tanto più efficace e in grado di arrivare in profondità, quanto più la rete – l'équipe di lavoro o il gruppo d'intervisione cui ci si rivolge – è stata resa emotivamente significativa, calda, sicura, poiché alla base del cambiamento non vi sono i contenuti ma, come sappiamo, la relazione.

Il gruppo di intervisione, in particolare, si configura come un dispositivo fondamentale anche come contenitore che produce contenuti e pensieri inediti. Come evidenziato da Bergamaschi, Galli e Schweizer (2016), attraverso la discussione in gruppo del caso clinico è possibile cogliere aspetti del paziente che la dimensione individuale della mente non riesce a intercettare. Il gruppo funziona in questo senso come una rete le cui maglie possono trattenere anche gli aspetti meno evidenti, scissi, denegati o altrimenti non rappresentabili del paziente. Questo lavoro fa sì che si rendano disponibili al terapeuta – e di conseguenza alla relazione terapeutica – nuovi scenari interpretativi e di significazione di quanto avviene nella stanza di terapia e dei contenuti portati dal paziente.

Il dispositivo intervisivo si pone quindi come ambito di cura con i curanti che può produrre benefici clinici anche sui destinatari finali, i pazienti (Vanni, 2016). Naturalmente il gruppo di lavoro e di intervisione-supervisione possono produrre anche esperienze opposte, non facili, espulsive, persecutorie che è necessario frequentare e attraversare con attenzione, magari talvolta con l'aiuto di uno sguardo esterno più esperto come quello di un supervisore esperto. Ma proprio questo attraversamento può costituire un'esperienza nuova e arricchente per il terapeuta.

In quest'ottica di lavoro entro una relazionalità orizzontale (interterapeutica) oltre che verticale (terapeuta-paziente) si inserisce la

visione di Progetto Sum, che nasce nel 2020 grazie a un gruppo di professionisti provenienti da formazioni differenti, ma che condividono la convinzione che ci sia necessità di andare incontro ai bisogni di cura del soggetto umano in una logica attenta alla qualità della cura stessa ma altresì alla sua universalità, ovvero senza escludere alcuno. Questo progetto è nato fin da subito con l'idea di rendere l'incontro tra utente/i e professionista/i sostenibile per entrambi. Per il professionista, questa sostenibilità si concretizza in tre modi fondamentali: prima di tutto nel garantirgli una retribuzione adeguata, aspetto da non dare per scontato, ma da non assolutizzare, provando a comporlo invece con una collocazione sociale della propria funzione professionale; in secondo luogo nel creare una rete di professionisti che, incontrandosi e discutendo di diversi aspetti del loro lavoro, mettono a disposizione dell'altro esperienze, conoscenze, ottiche diverse e proprio per questo estremamente arricchenti, sostenendosi e sollecitandosi così a vicenda. Questi due momenti di condivisione, l'équipe del singolo gruppo-sede e il gruppo d'intervisione-supervisione costituiscono due ambiti di arricchimento e complessificazione del sistema clinico nel senso suindicato. Uno più circoscritto e uno più ampio.

Ma un terzo aspetto, ben presente anche in Progetto Sum, costituente anch'esso un fattore chiave di sostenibilità, è l'idea che attraverso lo scambio intervisivo e i diversi altri e non meno importanti momenti – gruppi di studio, seminari, momenti di scrittura condivisa come questo ecc. – si possa costituire uno spazio culturale comune che ci aiuti a mettere a fuoco un pensiero sul soggetto umano, sulle sue relazioni e sulla cura con esso. Produrre una “cultura della cura” è un processo complementare ma altrettanto strategico, che ha ricadute sull'ambito strettamente terapeutico ma anche su quello educativo e sociale.

Riproduzione riservata

PER APPROFONDIRE

AA.VV. (2016), *Ragazzi non pensati. Esperienze di cura con gli adolescenti: un contributo psicoanalitico*, Mimesis, Milano-Udine.

VANNI F. (2015), *La consultazione psicologica in adolescenza*, FrancoAngeli, Milano.

ID. (2016), L'intervisione: un assetto co-formativo nella clinica psicologica della postmodernità, in Id. (a cura di), *Clinica psicoanalitica della relazione con l'adolescente*, FrancoAngeli, Milano

MONTINARI G. (a cura di), *Il lavoro psicologico con gli adolescenti*, FrancoAngeli, Milano 2006.

PRIULLA G. (2011), *C'è differenza. Identità di genere e linguaggi: storie, corpi, immagini e parole*, FrancoAngeli, Milano

SULLE AUTRICI

Giorgia Bartolini. Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo Cognitivo Costruttivista, Sessuologa Clinica, Level 1 Training in EMDR. Progetto SUM Torino.

Elisa Ceravolo. Psicologa, psicoterapeuta a orientamento Psicoanalitico. Progetto SUM Torino.

Elena Cofano. Psicologa, psicoterapeuta a orientamento sistemico familiare. Progetto SUM Torino

Giulia Ferrari. Psicologa, psicoterapeuta dell'adolescenza e della giovane età adulta. Referente per il Progetto SUM presso la sede di Pavia.

Paola Isabello. Psicologa, psicoterapeuta ad orientamento Sistemico-Relazionale. Assistente alla Didattica e Tutor presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia (CMTF). Progetto SUM Torino-Cuneo.

Roberta Michelazzo. Psicologa, psicoterapeuta a orientamento Sistemico-Relazionale. Progetto SUM Torino

Giuditta Seassaro. Psicologa, psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico, socia Area G. Progetto SUM Torino.

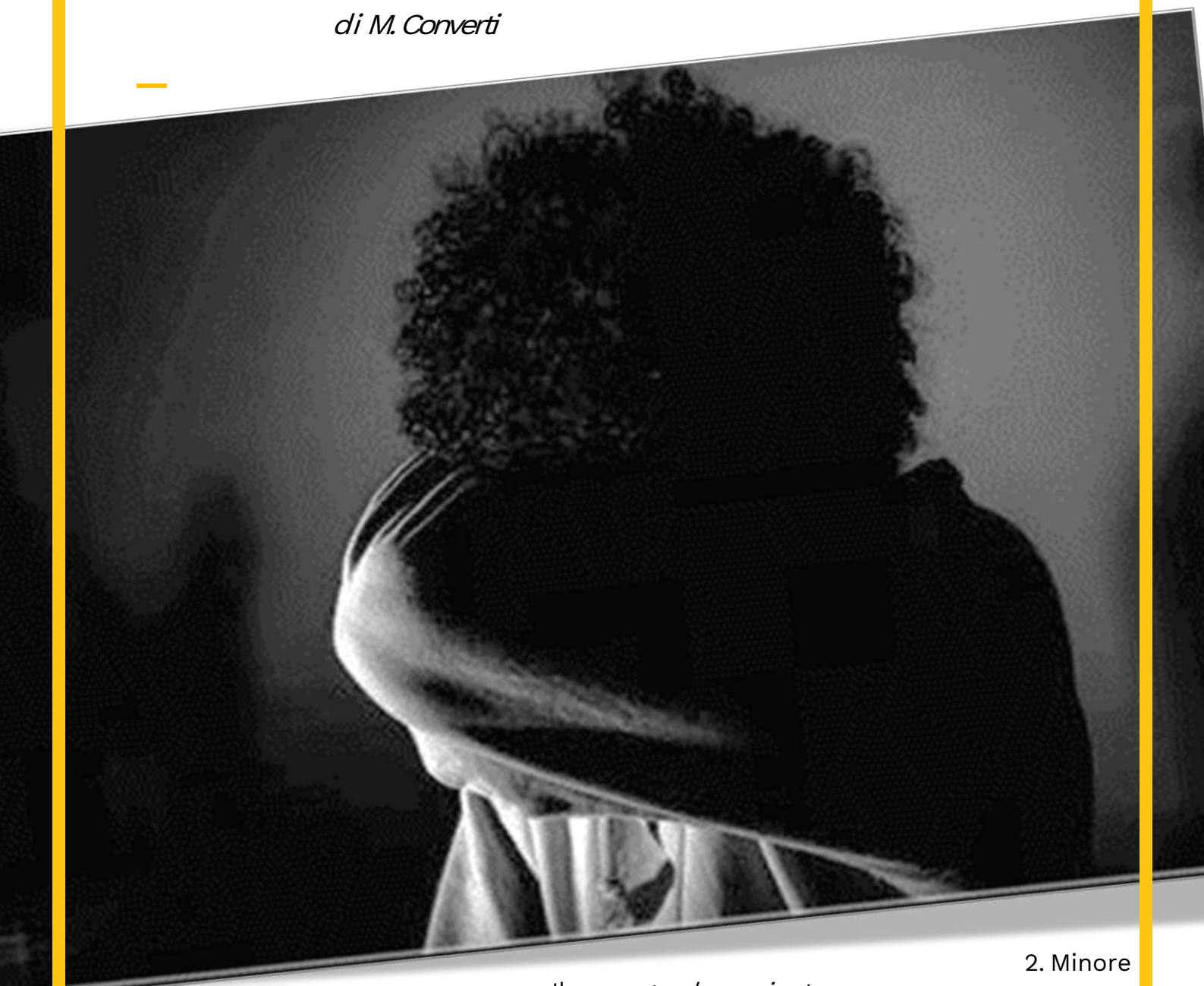
Elena Scapolla. Psicologa, psicoterapeuta a orientamento Cognitivo costruttivista, sessuologa Clinica, specializzata in Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza. Progetto SUM Torino-Cuneo.



Genitori e Minori Intersex e Gender Variant.

Accessibilità e sostenibilità delle cure psicologiche assertive

di M. Converti



Il tema che tratterò è alquanto complesso. Parlerò della diade genitore-figlio in due occasioni diverse tra loro:

1. Neonato o minore *intersex*

2. Minore *gender variant*

Partiamo dalla definizione di “genitore”. Si può essere genitori in modo naturale, solo una minoranza delle persone LGBTI diventa genitore in modo naturale, ma

secondo gli studi americani, solo in adolescenza, una quota più alta delle attese di ragazze lesbiche/bisex diventa madre o interrompe una gravidanza.

Si può essere genitore per adozione, in questo caso non si è geneticamente collegati ai figli e si può decidere di non adottarli in alcune circostanze. Sono sempre pochi anche i genitori LGBTI per adozione.

Esistono varie tecniche di inseminazione artificiali (omologa, eterologa, GPA) alle quali ovviamente hanno accesso per legge, o in altri Paesi, soprattutto le coppie eterosessuali. Di solito almeno uno dei genitori è geneticamente collegato ai figli.

Passiamo alla definizione di neonato *intersex* (e conseguente minore *intersex*). Secondo gli studi americani, dove esiste la Anagrafica Inclusiva LGBTI, circa l'1% dei nati è intersessuale. Sono dette *intersex* le persone che hanno per svariate cause un corpo che non è o non si svilupperà esattamente nella direzione del maschile o femminile come la maggior parte della popolazione. In alcuni casi l'intersessualità resta ignota fino all'adolescenza o quando si cerca di capire perché si è sterili. Molte persone intersessuali sono sterili, ma non tutte. Molte persone intersessuali, quelle il cui corpo è diverso all'atto della nascita rispetto alla diade M/F, vengono operate chirurgicamente. Alcuni di questi interventi sono necessari, ma la maggioranza sono frutto dell'ansia/angoscia del genitore che pretende di far rientrare nel sesso maschile o femminile chi non lo è e non lo sarà mai. Questi interventi non necessari sono detti Mutilazioni genitali ai neonati *intersex*, ma in Italia sono ancora legali. Inutile dire delle conseguenze sul soggetto che scopre di essere stat@ letteralmente castrat@ alla nascita.

Passiamo alla definizione di minore *gender variant*.

Secondo gli studi americani già dai 3-5 anni circa l'1% dei minori affermerà di appartenere al genere opposto da quello presunto o di essere non binario (termine

ombrello per identificare qualunque definizione del sé diversa da maschio o femmina). Questa capacità di *labeling* è già caratteristica dei minori di 3-5 anni ma questo non implica che sia precisa. Molti di questi minori prepuberi *gender variant* non saranno *transgender* anche da adulti, ovvero saranno Desistenti. Molti di loro saranno però comunque persone LGB o effeminato/androgino/virago. Forse essi/e confondono da minori queste diverse caratteristiche della sessualità con l'identità di genere. Non esistono per adesso studi scientifici più chiari nel merito.

Da adolescenti la proporzione di minori Desistenti è invece molto bassa. Gli adolescenti infatti scoprono il proprio corpo e le sue modifiche in modo specifico e questo rende immediatamente evidente la differenza tra essere transgender o meno. Inoltre gli adolescenti hanno un maggior sviluppo cognitivo ed emotivo che permette loro di essere più precisi sulla propria Identità sessuale. Il gruppo di adolescenti che permangono nella condizione di dirsi *gender variant* sono detti Persistenti. Solo per gli adolescenti persistenti ha senso pensare a interventi ormonali (soprattutto la Triptorelina che ferma l'adolescenza naturale per garantire una maggiore efficacia dai 18 anni delle terapie *cross sex*). In alcuni casi si praticano anche operazioni, soprattutto ai seni. A differenza di quanto previsto dalla legge o dalla vulgata o dall'uso dell'ICD-9 al posto del ICD-11, non è affatto detto che gli adolescenti persistenti abbiano una sofferenza grave o gravissima, perché questa generalmente è connessa all'accoglienza, soprattutto familiare, piuttosto che al disagio rispetto al corpo che cambia nella direzione non desiderata. Esistono anche minori *gender variant* che non richiedono alcuna medicalizzazione, ma solo il riconoscimento dell'identità di genere, ovvero del nome di scelta.

Secondo alcuni studi USA (Wisniewski, 2017), i genitori dei neonati *intersex* hanno uno spettro di reazioni emotive

molto diverso a seconda della formazione e delle credenze in merito alla sessualità. Le conoscenze generalmente sono molto basse, poiché i medici ancora non danno, prima della nascita, le informazioni corrette sul fatto che l'1% dei figli nasca intersessuale e che questo sia normale. I vissuti conseguenti alle varie forme di intersessualità possono causare ansia, depressione, rifiuto della genitorialità, agiti violenti (le mutilazioni genitali suddette), stress e riduzione della qualità della vita.

Tuttavia prevale, in caso di ignoranza o di alti livelli di omotransfobia, un criterio di "riparazione" del corpo verso uno dei due corpi standard, gli unici riconosciuti dall'anagrafe ufficiale, maschile o femminile, senza nessun rispetto verso l'unicità e il diritto al proprio corpo, ma nemmeno verso l'identità di genere, che evidentemente non è un effetto della forma dei genitali, ma della forma del cervello. Di per sé, abbiamo detto, l'1% dei minori sarà *gender variant*; inutile dire che nelle persone intersessuali la varianza di genere è molto più alta e non è affatto conoscibile all'atto della nascita sulla base della forma del corpo. Molte persone Intersessuali, pur riconoscendosi nel genere assegnato alla nascita soffrono tuttavia della mutilazione del proprio corpo naturale, soprattutto se queste mutilazioni

hanno fatto perdere sensibilità sessuale o fertilità.

Il diritto al proprio corpo in ogni caso e il diritto a esprimere la propria identità di genere, così come il diritto alla fertilità, che sarebbe distrutta dalle mutilazioni genitali – nei pochi casi in cui sarebbe invece possibile – sono un obiettivo da riconoscere secondo i Consensus internazionali. Siamo in attesa della pubblicazione del prossimo, detto SOC-8.



I genitori, anche più accoglienti, diventano spesso iperprotettivi ed escludono i figli dalla normale vita relazionale, con conseguenze ulteriori sulle loro capacità di sviluppo psicologico. Alcuni minori intersessuali hanno anche “tare mentali” caratteristiche, ma la maggior parte di loro non ha deficit cognitivi (De Vries *et al.*, 2019),

D'altra parte gli stessi genitori possono agire un ritiro sociale per evitare il proprio *coming out* di essere genitori di una persona Intersessuale. I danni anche economici, relazionali e psicologici sono in questo caso peggiori.

I sentimenti provati sono, come in ogni caso di omo-transfobia, quelli di vergogna, rabbia, disgusto, paura, variamente intersecati con la complessità della vita di ogni genitore. Di questi sentimenti bisogna capire che il disgusto è estremamente pericoloso perché porta ad agiti violenti persistenti e per le sue caratteristiche di tipo ossessivo-compulsivo o fobico, o a rimuginazione, senza possibilità di evolvere verso uno sviluppo positivo dell'inevitabile lutto.

Bisogna allora sapere dove inviare i neonati *intersex* rifiutati alla nascita e supportare psicologicamente i genitori perché non ci siano ulteriori danni, come separazioni o gesti autolesionisti, soprattutto della madre.

Il supporto psicologico va offerto quindi ai genitori, primariamente per fare superare la fase del lutto, per dare quelle informazioni corrette anche scientificamente, che i medici non hanno dato, e per garantire ai genitori il superamento della propria ansia, depressione, stress, esclusione sociale ecc.

In realtà i centri di alta specializzazione per minori *gender variant* in Italia sono solamente 2, a Firenze e a Roma, ed è inutile dire che questa carenza istituzionale pesa moltissimo sulla possibilità di supporto psicologico ai genitori di neonati *intresex*.

Il supporto dei consultori può essere incompetente o può essere inadeguato o

può essere di difficile accesso per vari motivi, inclusa la difficoltà dei genitori di fare richiesta d'aiuto.

Un sostegno privato può essere preferito, ma siccome chiunque può essere genitore, il reddito di una famiglia con un figlio *intersex* o *gender variant* può ovviamente rendere difficile l'accesso per motivi economici.

Quali competenze servirebbero?

Oltre alle informazioni sulla normalità dell'intersessualità, del diritto a essere riconosciuti come *intersex* e non come M o F anche dall'anagrafe e di non subire le mutilazioni, bisogna anche prepararsi per la parte della Psicoterapia assertiva.

Torniamo un attimo alle definizioni.

La definizione di Psicoterapia assertiva di solito è quella che si offre a persone LGBTI che abbiano subito *minority stress* per aiutarli soprattutto a fare *coming out*, ma si applica esattamente con gli stessi criteri, incluso il beneficio del *coming out*, con i genitori delle persone LGBTI e quindi ai genitori dei neonati *intersex*.

Ogni psicoterapia può in ogni modello teorico essere una psicoterapia assertiva a patto di riconoscere il diritto all'autodeterminazione del corpo, del genere e dell'orientamento sessuale (oltre che dell'accettazione del corpo, del genere e dell'orientamento sessuale proprio, dei figli e dell'altro).

Cambiamo argomento.

Il lavoro è, d'altra parte, simile verso i genitori di minori *gender variant* (Abreu *et al.*, 2019) i quali però avranno vissuto fino all'età del *coming out* dei figli nella certezza dell'identità tra il genere e il sesso alla nascita. In questo caso il lutto rappresenta non solo la perdita del figlio desiderato, ma anche di quello esperito e vissuto fino all'età del *coming out*.

La relazione genitori-figli si configura come più drammatica nel caso in cui il genitore percepisca la differenza sessuale o di genere del minore, prima del minore stesso o come il minore stesso, quando per esempio questi sia effeminato o virago (Clark *et al.*, 2020).

Il figlio in questo caso, soprattutto in caso di disgusto da parte dei genitori, può subire vari tipi di violenza (ACE ossia

Adverse Childhood Experience) tra cui quella sessuale, le minacce di morte, quella fisica, l'espulsione da casa ancora adolescenti, o la morte. Dietro questi maltrattamenti esistono molte spinte emotive e automatismi.

Ad esempio ci sono i sensi di colpa, vissuti di omo-transfobia nella propria infanzia, paura di contaminazione, paura del *coming out* con estranei...

Esiste anche una precisa idea "riparativa", che insomma i comportamenti di genere o gli orientamenti sessuali o l'espressione del genere non conformi alle attese, siano dei comportamenti che si possano correggere, che siano eticamente, moralmente, sbagliati, e che "debbono" essere corretti o "abiurati".

Molti Minori *gender variant* prepuberi saranno desistenti, ma non saranno desistenti per le violenze subite nel tentativo di correggere il loro orientamento o l'identità di genere. Lo saranno spontaneamente seguendo il proprio percorso emotivo e cognitivo di sviluppo. Tra l'altro molti di loro sono appunto LGB, piuttosto che transgender o solo effeminati/androgini/virago e quindi quei maltrattamenti colpiranno in ogni caso un minore LGBTI.

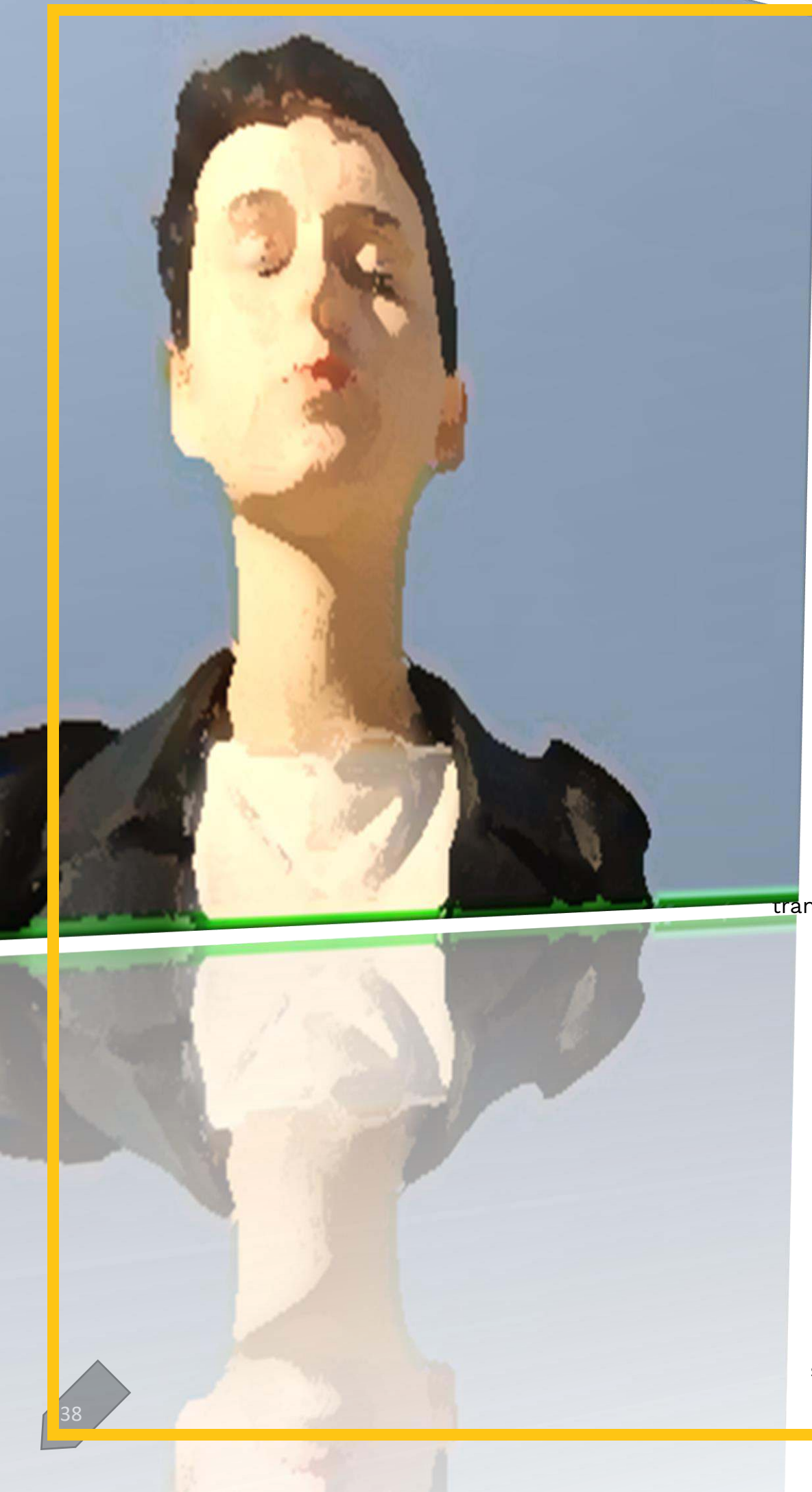
Non sappiamo perché alcuni minori prepuberi siano persistenti e altri desistenti, e anche sulle proporzioni tra questi due gruppi non ci sono studi epidemiologici adeguati. Non lo sappiamo perché non esiste ricerca scientifica, ma speriamo che prima o poi qualcuno la finanzia e la realizzi.

In ogni caso, data la frequenza di violenze a minori *gender variant* (che siano persistenti o desistenti) è assolutamente necessario a questo punto conoscere, o aiutare a realizzare, una rete di strutture di accoglienza per minori LGBTI cacciati di casa o vittime di violenza domestica da parte dei propri genitori e fare attività di prevenzione attraverso le scuole dell'obbligo.

Le scuole rivestono un ruolo importantissimo, sia per evidenziare conflitti con i genitori, sia per evitare conflitti con compagni di classe a loro

volta omo-transfobici spontaneamente o per via della cultura familiare di riferimento. I mass media spesso ci raccontano di una realtà molto incoraggiante che tra i giovani sta diventando molto accogliente. Spesso sono gli insegnanti o le presidi a essere omo-transfobici e si trovano contro tutti gli studenti a difesa dei compagni *gender variant*. Nelle scuole si è capito che è fondamentale anche uno strumento come l'Alias per il riconoscimento del minore a scuola per il genere espresso o percepito. L'Alias è il nome di scelta del minore che corrisponde al genere percepito e va collegato a quello anagrafico che in Italia solo da maggiorenni, e con enormi lungaggini e costi, può essere cambiato. Il nome di scelta può essere scelto dal minore stesso o dal genitore, quando accogliente, talvolta è semplicemente la variante del genere opposto a quello anagrafico. Maggiore è la fantasia per quei minori non binari che sceglieranno nomi che magari terminano con consonante o nomi stranieri o che siano usati sia per uomini che per donne, come Andrea, Felice, Celeste, Fiore e Diamante. Nel caso di genitori di minori *gender variant* il lavoro andrà fatto soprattutto sulla accettazione del genere espresso o percepito dai figli, perché l'opposto non ne modifica l'identità di genere (Persistente o Desistente) ma causerà solo un aumento del *minority stress* e di conseguenza dei rischi sanitari nei loro figli che in ogni caso sono delle persone LGBTI.

I minori *gender variant* sono molto più sensibili della media a questo tipo di maltrattamenti, soprattutto perché vengono a occupare il luogo delle fantasie omo-transfobiche fin da prepuberi o nella prima adolescenza, quando non si hanno le risorse per essere autonomi in nessun modo. Inoltre mentre un bambino di una religione o di una etnia che subisce razzismo, riceve in casa tutto l'amore e l'accoglienza che i propri genitori sanno dargli, sono proprio i genitori, perché diversi in ogni caso, a essere proprio in casa gli elementi a



maggior rischio di agire violenze psicologiche o fisiche.

Gli effetti di questi maltrattamenti e del *minority stress* si vedono subito nel peggioramento della salute mentale del minore con aumento grave di disturbi della nutrizione o alimentari, dell'ansia, della depressione, dell'abuso di alcolici, di nicotina e di stupefacenti.

L'effetto più grave è l'aumento del rischio suicidario per chi si identifica come donna transgender e dei tentati suicidi per chi si identifica come maschio transgender. Questi rischi

corrispondono a circa 7 volte quello atteso, (Marchi e l'Italian Working Group On LGBTIQ Mental Health, 2022), e come forse sapete, rispecchia le attese nelle modalità rispetto al sesso alla nascita e non rispetto al genere espresso (donne transgender e maschi = maggior suicidio efficace;

maschi transgender e donne = maggior rischio di tentati suicidi o autolesionismo non suicidario).

Non sappiamo se questo avviene per via degli ormoni naturali presenti nel perinatale o per l'educazione di genere che riceviamo o per caratteristiche intrinseche che rendono più sensibile chi nasce maschio anche se poi si identifica/si presenta in pubblico come donna quando ha la capacità di fare *coming out*. Tuttavia anche i lavori su minori non binari (che non si identificano né come maschi né come femmine), fanno corrispondere questo rischio al sesso alla nascita, invece che al genere percepito o espresso (Toomey, Syvertsen, Shramko, 2018).

Bisogna aggiungere che questi rischi hanno però la possibilità di essere ridotti, appunto, migliorando la relazione genitore-figli, le relazioni nelle scuole, nelle palestre e in altri luoghi di incontro dei minori, e garantendo un maggior supporto sociale e una maggiore connessione anche con le associazioni LGBTI (sia per persone Transgender, che generali, sia per genitori di persone LGBTI, Rabasco, Andover, 2021).

Il lavoro sui minori *gender variant* parte quindi da quello con i genitori, ancora una volta. Il supporto psicologico ai minori *gender variant* in sé è necessario, dopo un primo incontro di valutazione della salute mentale, solo in caso siano già presenti problemi psicologici o psichiatrici, spiegando ai genitori appunto che sono generalmente afferenti al *minority stress*.

In caso di buona salute mentale del minore *gender variant*, solo l'accoglienza del suo genere percepito ed espresso rappresenta la terapia e la necessaria forma di prevenzione del rischio di patologie psichiche legate al *minority stress* e quindi non necessitano di ulteriori controlli, a differenza dei genitori o del contesto scolastico.

¹ Al momento, in Italiano, si può consigliare il testo di Mondano/Rubbino "Manuale di psicoterapia per la popolazione LGBTQIA+", oppure i lavori psicanalitici del Dott. Andrea Crapanzano, che potrete trovare soprattutto sul sito di "Psychiatry

Il lavoro sui genitori dovrà essere portato sugli elementi di superamento del lutto, accettazione del *coming out*, anche del proprio *coming out* e del contrasto agli altri elementi psicologici suddetti, in parte simili a quanti citati per i genitori di neonati/minori *intersex*. Lo stesso vale per il problema dei Centri di Alta Specializzazione per l'uso anche della Triptorelina, che sono gli stessi due di Roma e Firenze, anche se alcuni centri per adulti, che sono a loro volta pochissimi, iniziano a organizzarsi meglio. In realtà complessivamente restano troppo pochi in tutta Italia e ce ne vorrebbe minimo uno in ogni provincia ed uno ogni milione di abitanti nelle province più grandi.

Questo comporta anche per queste persone il problema economico degli spostamenti e il bisogno di strutture di supporto psicologico di vicinanza ed economicamente ragionevoli a seconda del livello sociale a cui appartengono i genitori.

Come premesso, occorre che ogni psicoterapeuta inizi a studiare varie tecniche di Psicoterapia assertiva per persone LGBTI e loro genitori, rispetto al proprio modello di psicoterapia¹. Per concludere consiglio di crearsi una *check list* come questa per ricordarsi quali siano gli elementi essenziali per l'accoglienza di queste diadi genitore-figlio.

- Offrire uno Spazio sicuro e accogliente, non giudicante e di ascolto;
- Riconoscere il genere con cui si presenta la persona e la sua autodefinizione;
- Attivare il Sex & Gender Orienteering con delicatezza per capire gli aspetti lungo i vari assi incluso il Coming Out;
- Chiamare il minore *intersex* o *gender variant* con nome e pronome di scelta;

Online Italia", ma anche su quello della Società di Psicanalisi, con cui ha iniziato a collaborare.

- Evitare domande imbarazzanti o inutili, ma chiedere di fare un corso di formazione se non ci si sente preparati;
- Capire il condizionamento del binarismo di genere;
- Rendere evidenti gli aspetti positivi di essere una persona *transgender* o *intersex*, soprattutto dal punto di vista relazionale ed evolutivo;
- Esplorare la capacità di adattamento, resilienza, emancipazione dei genitori oltre che del minore;
- Promuovere una cultura di inclusione delle persone *intersex*, *transgender* e non binarie;
- Depatologizzare la condizione esistenziale delle persone *intersex*, *transgender* e non binarie.

Riproduzione riservata

PER APPROFONDIRE

WISNIEWSKI A. B. (2017), *Psychosocial Implications of DSD Treatment for Parents*, in “Current Opinion in Urology”, 27(1), pp. 11–13.

DE VRIES A. L. C. *et al.* (2019), *Mental Health of a Large Group of Adults With Disorders of Sex Development in Six European Countries*, in “Psychosomatic Medicine” 81(7), pp. 629–40.

ABREU R. L. *et al.* (2019), *Parental Reactions to Transgender and Gender Diverse Children: A Literature Review*, in “Journal of GLBT Family Studies” 15(5), pp. 461–85.

CLARK K. A. *et al.* (2020), *Parent versus child report of children's sexual orientation: associations with psychiatric morbidity in the Adolescent Brain Cognitive Development study*, in “Annals of Epidemiology”, 45, pp. 1–4.

MARCHI M., THE ITALIAN WORKING GROUP ON LGBTIQ MENTAL HEALTH (2022), *Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: a systematic review and meta-analysis*, in “International Review of Psychiatry”, pp. 1–17.

TOOMEY R. B., SYVERTSEN A.K., SHRAMKO M. (2018), *Transgender Adolescent Suicide Behavior*, in “Pediatrics”, 142(4).

RABASCO A., ANDOVER M. (2021), *Suicidal ideation among transgender and gender diverse adults: A longitudinal study of risk and protective factors*, in “Journal of Affective Disorders”, 278(1), pp. 136–43.

SULL'AUTORE

Manilo Converti. Psichiatra e Psicoterapeuta, presidente AMIGAY APS.

Email: manlioconverti@gmail.com





**Forme
Espressive**



Maid

Miniserie, USA 2021

Ideata da Molly Smith Metzler

Recensione di G. Preziosi



Dichiaro subito il “trucco”: da più di un decennio mi occupo della cura e dell'accoglienza di giovani madri in una istituzione socio educativa residenziale che le ospita insieme ai loro bambini.

La curiosità è stata quindi notevole alla notizia di una serie su Netflix la cui protagonista è una giovane mamma, poco più che adolescente, alle prese con il groviglio di questioni che si attorcigliano intorno alla vita di tante giovani, donne, madri, sole, come la violenza domestica, la malattia mentale, la dipendenza,

l'alcolismo, l'emergenza abitativa, la mancanza di lavoro.

Una curiosità, lo ammetto, piena di pregiudizi per un prodotto, banalmente, a fini commerciali, quindi costruito per l'intrattenimento nonostante la complessità degli argomenti, di produzione statunitense poi e quindi, nei miei pensieri, così lontano dall'idea di stato sociale di matrice europea.

Il risultato è in fondo una buona mediazione tra la “fedeltà” alla realtà delle cose che tanto auspicavo e

l'intrattenimento appunto che rappresenta l'unico obiettivo di una Alex sul concludersi della sua adolescenza incontra l'amore di una vita, e con la leggerezza che spesso aleggia in quegli anni, vive questo incantesimo fatto di piccole meravigliose cose, un bel ragazzo che lavora in bar, una casa che è una catapecchia ma che è la loro, l'ozio beato che si trastulla nei sogni. Il punto di caduta è la gravidanza che pone una questione di responsabilità inattesa, che dà corpo e vita ad un amore assoluto che diventa l'unica ragione di vita di Alex.

Il sogno si incrina e il giovane uomo del bar rivela il suo volto violento e fragilissimo di alcolista, la casa diventa una prigione ed è da qui che parte il racconto di Maid, la fuga da questo sogno diventato incubo.

Il racconto si articola in dieci episodi ed è gradevole nel suo essere un prodotto di intrattenimento, ci si appassiona alla vita di Alex e ci si accora per tutti i tentativi e tutte le sue cadute, per tutte le vittorie e tutti gli inciampi. E le questioni, i macigni, sono lì, uguali a Seattle, dove la storia è ambientata, così come a Roma.

Il rifugio antiviolenza che è una isola di respiro e sospensione ma per sua natura luogo di transito; l'ottusità della burocrazia dell'assistenza che spesso è fatta più di moduli, regole, sussidi, che di ascolto. La mancanza di lavoro che si alterna a impieghi senza garanzie e senza diritti, che permettono a stento di galleggiare tra mille spese e mille conti (e Alex tutte le dieci puntate continua a fare calcoli mentali di quanto costi ciò che acquista trovandosi a dover chiedere qualche dollaro per poter far benzina); l'emergenza abitativa di chi si ritrova povero anche se lavora, il continuo pericolo di scivolamento verso il baratro; l'assenza di legami familiari che siano risorsa e sostegno ma che invece si rivelano nodi di conflittualità e di contorte dinamiche edipiche, e addirittura peso e responsabilità ulteriore. L'indifferenza di un mondo che continua a correre e a scorrere nonostante tutto, nonostante ci sia una ragazza con una bambina che dorme nella

piattaforma di *streaming* che domina il mercato planetario.

stazione dei traghetti. Una ripetizione dell'identico che sembra a volte una condanna ineluttabile a cui è inutile provare a sottrarsi.

Occhi benevoli si posano su Alex e sua figlia, più di una volta durante le dieci puntate, ma, e qui ritrovo un certo tratto "statunitense", sono personaggi poco credibili, persone di buon cuore, che aiutano e sostengono animati da buoni sentimenti, a volta nascosti dietro un atteggiamento un po' scorbutico e che possiedo l'unica vera soluzione a ogni problema: il denaro. La via di fuga di Alex si costruisce sicuramente sulla sua determinazione e la sua volontà, ma è resa possibile solo dall'intervento di un paio di donne ricche e di successo che prendono a cuore la sua storia.

L'aiuto e il sostegno intorno a Alex non si costruisce su di un lavoro di professionisti e di competenze, non c'è una società che prende in carico un suo appartenente più fragile e lo accompagna nel ritessere il legame sociale ma sulle energie e le risorse, soprattutto economiche, di qualche buon cittadino. Non posso non notare che anche la "terapia" è affidata a gruppi di mutuo aiuto, dove la semplice condivisione sembra magicamente sciogliere i nodi problematici, così per la violenza domestica, così come per l'alcolismo. E anche la malattia mentale non riesce a liberarsi da una forma in qualche modo accattivante nelle sembianze di una attrice come Andie Maxdoweel.

Resta un punto, un elemento essenziale, che lascio al termine di questo scritto: Maddy, la piccola bimba di tre anni che segue Alex in tutti i suoi spostamenti. Ne parlo al margine perché è questa l'impressione forte che si ha durante la visione. Questa dolce e bionda bimba di tre anni attraversa il susseguirsi delle puntate senza quasi mai mostrare una reazione soggettiva a quello che accade. Nel giro di poche settimane cambia più volte casa, nido, è coinvolta in due fughe, ascolta litigi, urla, accuse, e resta sempre

seraficamente dolce e buffa. In qualche modo un accessorio della storia, come se non fosse anche lei protagonista delle stese vicende della madre. Come spesso accade, di certo qui a Roma, chissà se anche a Seattle, i bambini coinvolti nella

“giostra” dei servizi, dei tribunali, restano senza parola, senza voce, come se non avessero una soggettività loro, ma fossero solo appendici degli adulti, tutelati, protetti ma non ascoltati.

Riproduzione riservata

SULL'AUTORE

Giuseppe Preziosi. Apeiron. Psicoanalista, psicodrammatista, educatore presso la Casa della Mamma. Email: g.preziosi79@gmail.com



Una parola per volta



“

Adolescenza

”

Sul fatto che l'adolescenza sia un'epoca, un tratto della vita di ciascuno e che essa prenda avvio dalle vicende puberali non vi sono molti dubbi fra gli addetti ai lavori. Anche sulla sua conclusione come passaggio all'età adulta si concorda. Più difficile qui è definire criteri condivisi di questo passaggio che non siano di tipo sociale (lavoro autonomo, coppia stabile, uscita dal nucleo familiare d'origine...) ma che facciano piuttosto riferimento allo sviluppo di una propria autonomia psicologica, a una relativizzazione dei propri legami storici e a una disponibilità a esplorarne di nuovi.

C'è un buon accordo anche su alcuni ambiti tematici che sono caratteristici dell'adolescenza contemporanea, ma qui dobbiamo già precisare che per molti di essi la collocazione nell'occidente del mondo li rende più circoscritti. Questo aspetto è in effetti un altro punto significativo perché mentre alcune caratteristiche dell'adolescenza sono di carattere universale (la novità puberale e la sua elaborazione, la transizione verso il mondo adulto) altri aspetti di essa assumono caratteristiche molto legate alla cultura e all'epoca storica nella quale l'adolescenza si colloca. La dimensione *genere* per esempio ha spazi di declinazione molto differenti in Italia o in Burkina Faso o in India. Ma anche la relazione con la famiglia di origine e poi con quella che eventualmente si andrà a costituire è molto differente in questi e altri luoghi del mondo. Tratto comune quindi è la copresenza di aspetti generali con aspetti dell'essere adolescenti che, pur in un mondo estremamente interconnesso, presentano caratteri assai differenti in relazione al luogo sociale e all'epoca storica nei quali l'adolescente si trova. Questo elemento lo differenzia dal bambino che vive la relazione intrafamiliare come maggiormente rilevante mentre l'adolescente ha un compito di nascita sociale che svilupperà in forme molto diverse nei diversi contesti proprio perché, universalmente, egli/ella sarà più del bambino, in rapporto diretto con quel mondo. In occidente, peraltro, questo rapporto diretto adolescente-mondo è un tema particolarmente rilevante per le questioni educative che pone ai *caregivers*.

Se poi pensiamo che i garanti metapsichici (Kaes) o i riferimenti universalistici che hanno fatto da guida agli adolescenti di qualche decennio fa sono oggi fortemente relativizzati in occidente, ci troviamo anche a constatare come un compito evolutivo specifico dell'adolescente contemporaneo sia costituito dall'inventarsi un futuro e quindi una direzione di crescita che in passato gli veniva indicata dal mondo adulto. Sempre in questa parte di mondo, che solo per approssimazione consideriamo relativamente omogeneo, ci troviamo quindi a constatare come l'adolescenza contemporanea costituisca un laboratorio particolarmente aperto e creativo, ovvero assai povero di certezze, sulle forme da dare agli aspetti principali della propria vita: che uomo/donna

essere? Che collocazione sociale avere? Che luogo/ghi abitare? E certo i mondi adulti che lo circondano non si trovano nelle condizioni di poter fornire algoritmi utili, ma tuttalpiù possono accompagnare l'esplorazione da vertici di esperienza e di conoscenza differenti e generazionalmente specifici.

Un'epoca, l'adolescenza, che appare quindi sempre più rilevante perché lì s'inventano i destini del mondo, come la società dei consumi sa bene, ma anche una fase per ciò stesso delicata e gravida di rischi, di tensioni, di carichi che forse in altri tempi e luoghi era più semplice comprendere e dunque guidare.

Riproduzione riservata

Fabio Vanni. Psicologo Dirigente ASL Parma, socio SIPRe, Direttore 'Ricerca Psicoanalitica', Referente Area

Adolescenza IFPS. Email:
fabiovanni@progettosum.org





I GRUPPI DI AGIPPSA

AFPP

AIPPI

APC

APEIRON

APPIA

AREA G

ARPAD

ASNE-SIPSIA-I. WINNICOTT

ASSIA

RIFORNIMENTO IN VOLO

GAPP

MINOTAURO

PSIBA

SIPRE

SIPSIA

