

Considerations on psychological intervention with minors.

Rosa Maria Paniccia^{*}, *Agostino Carbone*^{**}

Abstract

The article aims to critically review the psychological intervention with minors, which has been growing rapidly in recent years.

Two approaches are compared: the constructivist model and the stimulus-response model in their current declinations, with particular attention to one question: how much the individual-context relationship and the subjectivity of all the actors involved are considered in the interventions.

Keywords: social mandate of psychology; individual - context relationship in psychological intervention; growth in diagnoses for minors; behavioral disorders, stimulus response – gestalt.

* Past Associate Professor, Faculty of Medicine and Psychology of “Sapienza” University of Rome; Director of Quaderni di Psicologia Clinica (Cahiers of Clinical Psychology); Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

** Psychotherapist, PhD, Visiting Professor of Educational Psychology at the Faculty of Medicine and Psychology of the Sapienza University of Rome, former Honorary Judge at the Juvenile Court of Rome.

Paniccia, R.M., & Carbone, A. (2024). Alcune considerazioni sull'intervento psicologico con i minori [Considerations on psychological intervention with minors]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 8-24. Retrieved from: <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Alcune considerazioni sull'intervento psicologico con i minori.

Rosa Maria Paniccia^{*}, ***Agostino Carbone***^{**}

Abstract

L'articolo si propone di rivedere criticamente l'intervento psicologico con minori, in grande crescita negli ultimi anni. Vengono confrontati due approcci: il modello costruttivista e quello stimolo-risposta nelle loro attuali declinazioni, con particolare attenzione verso una questione: quanto, negli interventi, venga considerato il rapporto individuo-contesto e la soggettività di tutti gli attori implicati.

Parole chiave: mandato sociale della psicologia; relazione individuo – contesto nell'intervento psicologico; crescita delle diagnosi per i minori; disturbi del comportamento; stimolo risposta – gestalt.

* Già Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Direttrice di Quaderni di Psicologia Clinica, Direttrice del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

** Psicoterapeuta, PhD, Docente a contratto di Psicologia dell'Educazione presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università Sapienza di Roma, già Giudice Onorario presso il Tribunale per i minorenni di Roma.

Paniccia, R.M., & Carbone, A. (2024). *Alcune considerazioni sull'intervento psicologico con i minori* [Considerations on psychological intervention with minors]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 8-24. Retrieved from: <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Un caso di intervento: individuo o relazione? Fatti o vissuti? Metodologia o deontologia?

Nello studio di uno psicologo arriva una coppia. Sono madre e figlio, di 15 anni. La madre è preoccupata: il ragazzo frequenta una scuola dove c'è violenza. Ci sono aggressioni, viene aggredito. Il padre, dice la madre, non concorda sul fatto che il figlio vada da uno psicologo. Lo psicologo chiede di telefonargli; il padre si dice d'accordo. Il ragazzo chiede allo psicologo di parlare con lui da solo. Gli dice che ha mollato un pugno sul naso di un avversario e che ha trovato la cosa parecchio efficace. Gli chiede se ha alternative a questa "buona" soluzione. Lo psicologo annota la richiesta nella mente, ma non la tratta; pensa che ne parlerà con il ragazzo quando avrà capito di più. Però non ci sarà un secondo colloquio; poco dopo il ragazzo telefona allo psicologo: ha deciso di chiudere. Il padre gli dice che andare dallo psicologo è roba da donne; lui, da uomo, deve cavarsela da solo. Lo psicologo vorrebbe convocare i genitori, sente che deve in qualche modo concludere l'intervento. Ma una questione gli dà da pensare: come parlerà con loro del colloquio col figlio, senza tradirne la riservatezza?

Vediamo lo schizzo di questo caso dal punto di vista dell'ultimo interrogativo: come parlare con i genitori senza tradire la fiducia del ragazzo? La lettura del recente volume sulla deontologia della nostra professione (Stampa, Civitillo & Gibilisco, 2023) ci ha stimolato a chiederci: è un problema deontologico, o metodologico? Pensiamo a due modi di trattare la questione, riferendoci a due modelli antinomici dell'intervento psicologico: uno individualista, centrato sui comportamenti, un altro relazionale, centrato sui vissuti. Nel primo abbiamo un problema deontologico, nel secondo un problema metodologico.

Vediamo il primo modello, individualista. Si situa, pensando alla psicologia generale, entro l'opzione stimolo – risposta. Lo psicologo applica tecniche che risolvano problemi di inadeguata risposta individuale allo stimolo. Interviene su comportamenti per modificarli. In questo caso potrebbe scoprire che il ragazzo ha una scarsa capacità di contenere la rabbia. Potrebbe quindi applicare tecniche di correzione delle distorsioni cognitive dello stimolo che suscita rabbia, e di autocontrollo delle emozioni inappropriate che ne derivano. Circa la relazione con il ragazzo e la famiglia, dovrebbe conquistarne la fiducia necessaria a fare un buon lavoro; si parla in proposito di "aggancio", della costruzione di un'adeguata alleanza (Lochman, Wells & Lenhart, 2022). Nella nostra cultura è ben presente il modello della dipendenza del profano dal tecnico; lo mettiamo in atto più volte, senza bisogno di riflettervi. È un modello collusivo che la nostra cultura ci mette a disposizione, per risolvere relazioni di prestazione professionale. Spesso utilmente. Il medico ha bisogno della dipendenza fiduciosa del paziente, della sua adesione alla terapia; si tratta di quel rapporto di *compliance*, a cui si ispira anche la terapia cognitivo-comportamentale evocata. Nella sanità la crisi di questo essenziale modello di relazione, sfociata nella cosiddetta medicina difensiva, comporta costi elevatissimi, stimati tra i dieci e i tredici miliardi di euro¹ se consideriamo la sola spesa economica.

Tenendo a mente questo modello tecnico - profano, torniamo all'interrogativo: come parlare con i genitori senza tradire la fiducia del ragazzo? I genitori hanno responsabilità su di lui, minorenni, e devono controllare cosa avviene nell'intervento; bisognerà vedere come parlare con loro opportunamente. Lo psicologo potrà dire come aveva pensato di intervenire, aggiungendo lo stretto necessario per permettere loro di capire dove pensava di andare a parare. Con queste informazioni i genitori, in particolare il padre, potranno valutare se proseguire o no. Se si proseguisse, sarebbe necessario continuare a condividere con i genitori la strategia dell'intervento, perché sarebbero implicati nel supportare, non solo sotto il profilo economico e di responsabilità legittimante quanto si andrebbe a fare. Nell'ottica che stiamo considerando, dovrebbero anche apprendere come avere pensieri ed emozioni adeguati alla situazione. Per esempio: non favorire l'identificazione del ragazzo con un sé stesso collerico, che potrebbe problematicamente diventare parte della sua identità.

¹ I dati sono tratti dal sito del Ministero della Salute e dal Bollettino dell'ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri. Retrieved from: <http://www.ordinemediciroma.it>

Il secondo modello, lo dicevamo, è relazionale. L'intervento qui non ha a che fare con l'individuo, ma con la relazione individuo-contesto. A partire da quella tra psicologo, ragazzo, genitori. Si tratta di una relazione che non richiede la *compliance*, ovvero l'agito del rapporto di dipendenza affiliativa tra tecnico e utente. Tale agito, ove si presenti, va sospeso, perché l'analisi della relazione istitutiva il rapporto costituisce l'obiettivo e il metodo dell'intervento. Non si interviene sull'individuo applicando tecniche, ma sulla relazione tramite la relazione. Pensando e non agendo quelle emozioni che immediatamente orienterebbero la relazione in un fare non pensato. Va perciò sospesa anche l'emozione di dipendenza affidata, delegante, ove si manifestasse; quella che è invece necessaria a una relazione medica. Entro la sospensione dell'agito si condivide la conoscenza, tra psicologo e chi si rivolge a lui, dei modi con cui la relazione viene costruita; in particolare i modi con cui il cliente sta ponendo la sua domanda. Siamo entro la psicologia generale riferibile alla gestalt, ovvero in ambito costruttivista. Lo psicologo non centra l'attenzione su una caratteristica relativamente stabile del ragazzo, come la sua capacità di elaborare la rabbia. Si chiede cosa stia succedendo nella relazione tra lui e questa famiglia, e al contempo cosa accade nel rapporto tra padre, madre e figlio. Qui non è pertinente un rapporto di *compliance*, ma quello di condivisione, anche conflittuale, continuamente in elaborazione, dell'obiettivo di sperimentare e conoscere la relazione emozionata tra psicologo e chi chiede un intervento. La famiglia, in questo caso.

In proposito, nel caso in esame, ci sono indizi interessanti: una madre preoccupata porta un figlio dallo psicologo; un padre è in disaccordo, perché andare dallo psicologo non è cosa da uomini. Che posizione ha il figlio nella divergenza tra padre e madre? Va dallo psicologo, come la madre ritiene opportuno. Però cerca subito di non farsi controllare da lei: chiede allo psicologo di parlare senza di lei, la congeda. Ha qualcosa da chiedere in prima persona: non rifiuta il colloquio, piuttosto cerca di farlo suo. Cosa chiede? Pone allo psicologo il problema della violenza: è una soluzione efficace alla complessità della relazione sociale, o ci sono alternative? Tale quesito è una buona traccia di lavoro; non si tratterebbe di correggere un comportamento disfunzionale, ma di analizzare col ragazzo come vive le relazioni. Non è solo un interrogativo che concerne, come pure si potrebbe rilevare, la dinamica interna alla famiglia. Entro il rapporto sociale, che alternative ci siano alla violenza è un quesito fondamentale, anche di costruzione della propria identità (Paniccchia, 2022; Carli, 2018). Nell'intervento centrato sulla relazione, vale la pena di esplorarlo, invece di mettersi subito all'opera correttivamente.

Altri indizi rimandano a una cultura propria di un contesto sociale più ampio. L'attenzione alla cultura in cui stanno sia la famiglia che lo psicologo è importante, nel secondo modello di intervento. Lo psicologo, nell'ipotesi costruttivista, non agisce, con il ragazzo e la famiglia, il rapporto di colui che sa al servizio di chi non sa, entro un contesto-cornice da non implicare nell'intervento, posto come dato perché ritenuto, per default si potrebbe dire, sufficientemente adeguato.

Certo, anche nell'ipotesi stimolo – risposta lo psicologo implicherebbe il contesto. Sicuramente la famiglia, forse anche la scuola del ragazzo. Vedevamo infatti che la famiglia, nel rapporto tecnico – profano, va implicata subito. In primo luogo come responsabile del ragazzo, ma potrebbe esserselo anche poi, per appoggiare l'intervento, se proseguisse. Anche la scuola potrebbe essere avvertita dei “lavori in corso”. Forse a sua volta implicata, con lo stesso scopo: supportare l'intervento correttivo.

Nel secondo modello di intervento, attenti alla relazione, pensiamo a un'altra implicazione del contesto. Si tratta di sottoporre ad analisi i modi di simbolizzare emozionalmente la scuola, la famiglia, la psicoterapia, la situazione in cui si interviene, per pensare questi modi insieme ai clienti dell'intervento. Alcuni modelli culturali – di cui partecipano, questo è importante, sia lo psicologo che i suoi clienti - stanno organizzando le simbolizzazioni emozionali degli eventi, e con esse il rapporto tra gli attori dell'intervento, le loro emozioni. L'intervento non ha a che fare con l'individuo, ma con la relazione individuo-contesto; quindi con le culture che connotano il contesto.

In molti nostri contributi abbiamo parlato delle attese collusive del contesto proponendo il costrutto di mandato sociale. Ad esempio, considerando l'operato di una specifica organizzazione, pensiamo al processo normativo che lo legittima, alle culture con cui vengono rappresentati quell'organizzazione e quell'operato, alla cultura locale specifica entro cui l'organizzazione opera, alle finalità (esplicite e implicite) che le vengono assegnate, alla domanda espressa dal contesto – cliente nei suoi confronti. Si tratta, in tutti i casi ricordati, di forme della relazione simbolica che caratterizzano il rapporto tra contesto e organizzazione (Carli, Paniccchia & Giovagnoli, 2010). In questo caso, l'organizzazione è lo studio privato di uno psicologo, che fa un'offerta di psicoterapia. Vediamo, brevemente, un altro caso; siamo con un altro ragazzo e un'altra famiglia. Un ragazzo arriva dallo psicologo – di nuovo attraverso una famiglia preoccupata, però con entrambi i genitori concordi - perché a 16 anni ha smesso di andare a scuola, e non ha intenzione di ripensarci. Il problema viene anticipato così allo psicologo dai genitori, e così sarà poi confermato dal giovane. Anche in questo caso, infatti, il ragazzo,

sollecitato dalla famiglia preoccupata, consente di presentarsi allo psicologo, sia pure per dire che non ha alcun bisogno di lui, perché le sue idee sono già chiare. Anzi, ci tiene a dire, subito, che sono sia chiare che fondate. Non ha sbandamenti, non ha crisi. Trova la scuola noiosa e inutile; lui ha un altro progetto. Un progetto forse incomprensibile per i genitori, ma non per lui. Non creda, lo psicologo, che non ha pensato alla questione cruciale: come guadagnarsi da vivere. Certo che ci ha pensato. Guadagnerà con il *dropshipping*. Lo psicologo è sconcertato. Non ha idea di cosa sia il *dropshipping*. Si fa un po' spiegare. È un business in grande sinergia con la rete, grazie al quale si vendono prodotti senza possederli direttamente. Gli investimenti per fondarlo sono bassi, la resa certa. Lui, il ragazzo, si presenta come esperto di rete, di rapporti organizzati dalla rete, di essere in grado, con queste conoscenze che gli adulti non hanno, di pensare al suo futuro meglio di quanto non stia facendo la cultura adulta rappresentata dalla scuola, dalla famiglia e forse anche dallo psicoterapista.

Perché interessarsi alle culture e alla relazione individuo – contesto

Perché interessarsi alle culture più generali, concernenti il contesto sociale più ampio, in cui avvengono gli specifici, micro-eventi familiari che si presentano allo psicologo?

Sia nel caso del ragazzo che sperimenta a scuola la violenza, che in quello del ragazzo che ritiene la scuola inutile per il suo futuro, non sono in discussione solo quei due ragazzi, le loro famiglie, le loro specifiche scuole, ma la funzione della scuola oggi in Italia. Una scuola in profonda crisi. Per esempio, perché ha fallito la sua finalità di volano sociale. Perché è in conflitto non solo con i ragazzi, e non solo con quelli che l'abbandonano, ma anche con le famiglie (Paniccia et al., 2019). C'è quindi da considerare come viene simbolizzata emozionalmente la scuola da tutti gli attori, in entrambi i casi proposti. Nel secondo caso entra in ballo anche la cultura della rete, il suo essere un contesto di controculture giovanili, in differenziazione dalla cultura degli adulti². Quella cultura adulta – i cosiddetti Boomer - che presa da avidità, non ha saputo investire sulle giovani generazioni, dai cosiddetti Millenials in poi, fino alla cosiddetta Generazione Z. (Paniccia et al., 2019).

Nel caso della scuola violenta, lo psicologo si trova confrontato anche con una cultura che definisce cos'è opportuno per il genere femminile e per quello maschile. In particolare, la psicoterapia è cosa da donne. Non ci affrettiamo a ritenere che riguardi solo un padre un po' maschilista. Chiediamoci che immagine stiamo dando, come categoria professionale, della psicoterapia. Consideriamone la femminilizzazione: ci sono molte più psicologhe che psicologi. I pazienti delle psicoterapie sono più donne che uomini. Aggiungiamoci la medicalizzazione della psicoterapia: ci si sforza di allontanarsi dall'immagine che si interviene su un deficit, con relativo stigma, ma se si interviene su un mancato controllo della rabbia, sarà difficile liberarsi da quella rappresentazione. Le parole sofferenza mentale, psichica, restano ricorrenti.

“Per quanto l'apparato affetto dalla sofferenza sia di natura diversa, la richiesta di cura del disagio psichico non differisce molto dalla richiesta di cure mediche. I pazienti, al pari di quello che avviene per le malattie del soma, ci contattano perché soffrono e chiedono di stare meglio.” (Mastella, 2021).

La sofferenza permette l'analogia con l'intervento medico e l'accoppiata sofferenza – medicina legittima l'intervento. Resta però da considerare che il discorso sofferente, per una cultura ancora presente nonostante i cambiamenti in corso, è “femminile” e non “maschile”. Il discorso maschile è connotato invece da un potere definitorio della realtà, basato anche su un supposto controllo delle emozioni. Si dice - e al tempo stesso si decide - come stanno le cose con “razionalità”, qualità maschile che prevede il controllo delle emozioni. Per lungo tempo - ma la questione è ancora in corso - quello maschile è stato l'unico discorso legittimato a definire la realtà; pensiamo al silenzio femminile rilevato dagli storici. Il discorso maschile è talmente definitorio, da presentarsi come neutrale, come fosse la parola del genere umano. La sofferenza come vissuto è essere dominati dalle emozioni; agli uomini è prescritto di dominarle. Il controllo delle emozioni, e non la loro conoscenza, è un ideale del pensiero – maschile - occidentale. La sofferenza non fondata su una biologia, proposta come soggettiva, emozionale, come vissuto, e in questa veste motivo per una domanda di psicoterapia, riduce la psicoterapia a “cosa da donne”. Poi il passo è breve: la psicoterapia è per categorie sociali con basso

² Ci riferiamo a una ricerca sull'uso dei videogiochi, in via di pubblicazione, dove si evidenzia che tale uso è molto articolato, e comporta anche l'“invenzione” di nuove forme di socialità giovanile, diversamente da quanto paventato da una corrente di opinione che riduce tale uso a isolamenti improduttivi.

potere. Un padre non può volerla per un figlio, sarebbe uno stigma. Siamo abituati a pensare lo stigma della “patologia”, abbiamo meno presente lo stigma dell’essere emozionati, emozionabili.

Torniamo all’interrogativo: come psicologi, ci riguardano tali culture?

Forse non riguardano la psicologia dello stimolo - risposta, che fa riferimento alla capacità di adattamento di un individuo a un contesto ritenuto adeguatamente funzionante, quindi da non sottoporre ad analisi, da non implicare nell’intervento. Nel caso della correzione dei comportamenti disfunzionali, il contesto si chiama in causa in un modo circoscritto e strumentale: deve dare risorse perché l’intervento correttivo possa essere svolto nel migliore dei modi. In altri termini, perché il contesto si adatti a favorirlo. Ad esempio, si chiede alla scuola di creare situazioni adatte all’intervenire sulle caratteristiche individuali, di questo o quell’allievo oggetto di intervento, diagnosticate come bisognose di attenzione. Si chiedono interventi personalizzati, centrati sull’individuo. Si chiedono risorse per l’intervento alla scuola, ai servizi, alle famiglie. L’intervento correttivo non include il contesto nell’intervento per svilupparne le risorse; chiede risorse.

Analizzare il contesto e svilupparne le risorse riguarda invece lo psicologo costruttivista, interessato alle culture, alla dinamica collusiva, alle emozioni che organizzano la relazione, quindi i contesti. Questo psicologo interviene su quelle culture, su quelle dinamiche. Si impegna a conoscerle con i suoi clienti, perché è necessario che l’intervento sia contestualizzato, perché conoscerle è già intervenire, è sviluppare le risorse di quei contesti. Pensare e non agire le culture che caratterizzano i contesti fa parte dell’intervento costruttivista. Nei due casi che abbiamo evocato, della scuola violenta e della scuola superata dalla rete, vanno pensate la cultura scolastica, quella giovanile, quella di genere, quella della psicoterapia.

L’interrogativo “cosa dire ai genitori” ha una risposta molto diversa, a seconda che si stia nell’intervento che cambia comportamenti o in quello che riconosce relazioni e interviene nelle relazioni.

Nel primo caso, di modifica dei comportamenti, lo psicologo dirà ai genitori l’indispensabile sul colloquio con il ragazzo, perché possano valutare l’opportunità dell’intervento con lui. Si farà orientare dalla deontologia. Nel secondo caso, occupandosi della relazione della famiglia con lui e di quelle della famiglia al suo interno, parlerà di queste relazioni, le analizzerà con la famiglia. Non dovrà perciò violare alcuna riservatezza, perché parlerà di ciò che è condiviso da tutti i protagonisti: la madre, il padre, il ragazzo, lui. In tale condivisione ci sono questioni importanti per l’intervento: chi lo promuove, la madre, che questioni ha? Chi si oppone, il padre, perché lo fa? Che posizione assume il ragazzo, che in prima battuta non è un committente? Come tutto ciò parla di come vengono vissuti i rapporti da queste persone nella loro storia familiare? Di come vengono costruite l’identità di ciascuno e l’appartenenza alla famiglia? Che alternative ci sono, nei rapporti in esame, alla violenza?

Commentiamo un altro aspetto del caso della scuola violenta. È necessario premettere che la vignetta dell’incontro tra psicologo e famiglia ripercorre come l’intervento è stato resoconto da questo psicologo in un confronto tra colleghi. Lo psicologo dice che quando il ragazzo, nel primo colloquio, gli chiede se nei rapporti ci siano valide alternative alla violenza, lui si è proposto di discuterne in successivi colloqui, per avere più elementi per parlarne. Possiamo così notare, ricordando che nel resoconto lo psicologo riassume ciò che ritiene essenziale comunicare ai colleghi per un confronto, come non ci dica in che modo si è presentato. Non resoconta come, e se, ci sia stata una sua proposta al ragazzo, volta a dare senso a un possibile lavoro tra loro, quindi a definire un obiettivo condivisibile, motivante il proseguimento del rapporto. Ma questo tempo successivo non ci sarà, il rapporto si chiude. Non era per niente scontato, in effetti, che proseguisse, ma lo psicologo opera come se pensasse di sì. A volte sembra che gli psicologi agiscano una fantasia: se una persona li consulta, si può subito proporre, nei fatti, che sta accettando una dipendenza da loro³. Si sta agendo, anche senza consapevolezza, la cultura della *compliance*. In definitiva il medico non si aspetta che chi arriva nel suo studio abbia già preso informazioni su di lui, sulla sua affidabilità, e sia quindi disposto a dargli le informazioni necessarie per una diagnosi, una prognosi, una terapia, quindi a seguire le prescrizioni? Abbiamo visto come la sconfirma di questa cultura dia luogo a un fallimento della relazione medico – paziente, più che a una sua revisione, tanto è potente e forse insostituibile, in quella relazione, questa attesa. Lo psicologo, assunto il modello medico come riferimento, si mette nella medesima posizione di dover ottenere, come preconditione per poter lavorare, la dipendenza della persona che arriva da lui.

³ Viene alla mente la recente prassi, attuata da piattaforme che vendono psicoterapia, di proporre colloqui iniziali gratuiti, oppure di poter cambiare psicoterapista subito dopo il primo incontro, se il cliente “non si trova a suo agio”. Questa cultura è l’altra faccia di quella della dipendenza scontata di chi si rivolge allo psicologo da quest’ultimo: in entrambi i casi non si lavora al creare l’incontro, l’accordo. C’è il potere dello psicoterapista che si aspetta dipendenza scontata, o quello del cliente che valuta lo psicoterapista. In ogni caso, è una relazione organizzata dal potere dell’uno sull’altro.

La dipendenza sconfermata e la crisi che ne deriva, nel caso della scuola violenta, sarebbero coerenti con il modello di rapporto tecnico – profano. Ottenuta la *compliance*, si procede con diagnosi e intervento correttivo. Ma allora a quale dei due modelli si riferisce lo psicologo della vignetta scuola violenta? Stimolo – risposta? Gestalt? Modifica dei comportamenti? Intervento nella relazione? Attenzione ai fatti? Centratura sui vissuti? Lo psicologo in questione sappiamo che, quanto a lui, intende porsi nella seconda ottica. Ma come spesso accade, nella prassi vediamo – più o meno - una confusione tra le due. Nella vignetta, un sintomo della confusione tra modelli è, visto che sappiamo che lo psicologo si pensa costruttivista, la mancata proposta, nel primo incontro con il ragazzo, di condividere un obiettivo della relazione che si stava avviando. Se si opera proponendo la sospensione dell'agito che altrimenti organizzerebbe immediatamente la relazione, lo psicologo non mette in atto questo "immediatamente". Non dà per scontato che si sappia chi lui sia, né cosa pensa di fare. Nell'occuparsi di chiarire queste condizioni, fa altro rispetto al consenso informato, che non tratta affatto la questione che stiamo ponendo. Il consenso informato non informa. Ha un altro obiettivo: legittimare l'azione medica. E con questo, difendere il medico dal conflitto con il paziente, facendogli firmare un documento che impedisca a quest'ultimo di metterlo in atto. Il consenso informato è in stretto rapporto con la medicina difensiva, volta a prevenire il rischio di denunce legali.

Il consenso informato potrebbe risolvere una questione deontologica, ma non metodologica. Più precisamente, potremmo dire che conviene all'intervento stimolo-risposta, ma non a quello costruttivista. Nell'intervento che si occupa di pensare le relazioni, nel convenire sull'obiettivo e sui metodi tra psicologo e chi si rivolge a lui siamo in tutt'altro ambito. Posto che non c'è rapporto senza una proposta collusiva, lo psicologo ne avanzerà una che permetta di portare l'attenzione, concordemente tra lui e chi gli pone una domanda, su come si organizza il rapporto tra loro.

Torniamo al caso della scuola violenta. Il rapporto si interrompe, la situazione sembra restare in un "incompiuto" che pare imprevisto e insopportabile per lo psicologo. Forse è per questo che sente il bisogno di convocare i genitori. Potrebbe star tentando di risolvere un penoso vissuto di incompletezza. Questa emozione è conseguenza di un fallimento collusivo. Sembra che lo psicologo, preso dalla fantasia della relazione medica, desse per scontata la dipendenza della famiglia. Viene sconfermato prima dal padre, poi dal figlio. Quanto alla madre, sembra "sconfitta" dagli uomini della famiglia. Le sue preoccupazioni sono ricondotte all'essere ubbie femminili. Forse si sta celebrando un passaggio, nella famiglia. Con lo psicologo come inconsapevole attore, preso nella dinamica collusiva della famiglia: il ragazzo, cresciuto, esce dal regno delle cure materne, o se si vuole dall'"interno" della famiglia presieduto dalla madre, per accedere a una socialità più ampia, quella della competizione, ma anche della violenza, maschili. Entra in rapporto con quel mondo "là fuori" dove la guida è il padre. Se lo psicologo si occupasse di questa dinamica collusiva invece di agirli, aiutando la famiglia a decifrarla, la sua consulenza sarebbe utile. La domanda del ragazzo – se ci sia un'alternativa alla violenza nelle relazioni - non concerne forse il desiderio di capire quanto accade nei rapporti, anche familiari? E non ha perciò a che fare con la sospensione di un agito collusivo – familiare, scolastico - per poterlo pensare? Nella vignetta sulla scuola violenta c'è uno psicologo che intende operare in modo costruttivista, che invece propone una relazione tecnico – profano propria del modello stimolo – risposta. Quante volte succede, nella prassi, di ritrovarci a chiederci (utilmente) quale strada stiamo di fatto percorrendo in rapporto alla nostra stella polare? C'è continuamente bisogno di tornare a precisare la rotta. Ovvero di pensare i modelli, non di applicarli.

Uno di noi incontra, come conduttore, un nuovo gruppo di allievi di una scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Gli allievi erano invitati a dire la loro committenza verso la scuola. Che attese avevano? Emerge una fantasia. La dice uno, si accoda un'altra; sembra attraversare tutto il gruppo: vorremmo che ci venisse data una tecnica giusta, certa, efficace. Che sia tale, che nell'applicarla si possa essere sicuri di stare operando bene, proprio come si deve fare. Tale attesa, peraltro, non si presenta come la pretesa che il fatto si realizzi, che questa tecnica venga effettivamente data, ma come una fantasia che si potrebbe mettere in discussione. Si esita nel dirla; ci si crede e non ci si crede, a quanto si va dicendo. Lo si dice, ma si sospetta che l'attesa non vada presa come oro colato. Il gruppo di committenza è stato preceduto da colloqui, da altri incontri, da altri momenti di conoscenza reciproca. I partecipanti sanno perciò che la scuola propone, come metodo, e non come tecnica, di elaborare le fantasie con cui ci si rappresenta l'intervento. Chiedendo tecniche "certe", che permettano applicazioni senza che ci si debba porre interrogativi una volta che le si è assunte come efficaci, il gruppo evoca anche un'attuale tendenza: la grande diffusione di tecniche senza teoria, ovvero che prescindono dal riferirsi a teorie dell'intervento e della mente, che si propongono effettivamente come tali: certe, efficaci. Bisogna fare così - e si propongono le più varie tecniche - e certamente funzionerà, perché lo dice la "scienza" (Paniccia, 2024). In questo gruppo sappiamo che invece ci confronteremo, per i quattro gli

anni della formazione, su quali modelli stiamo adottando, sia per consapevole scelta, sia perché ci si sorprenderà ad agire nell'intervento modelli che non si volevano usare. La prassi ci porta sempre su un terreno complesso, da monitorare perché si mantenga un'utile coerenza. Con un certo interesse anche verso le impreviste deviazioni. Si adotta un modello anche per poterle vedere, tali deviazioni. E non sempre per tornare pedissequamente sulla traiettoria prevista, ma anche per cambiare, sviluppare il modello adottato. Pensare le differenze tra modelli, studiarle, è una buona alternativa ad avere procedure da seguire in modo "ortodosso", se desideriamo continuare a elaborare i criteri che ci orientano, a non trasformarli in norme di cui non sappiamo più il senso.

Uno sguardo alla letteratura può aiutarci a pensare la relazione individuo – contesto nell'intervento psicologico clinico

Spanò (2020), sociologa, dice che rilevanti cambiamenti, in corso da qualche decennio, hanno alterato il percorso biografico previsto. L'uscita dalla società salariale tradottasi in precarietà, la deistituzionalizzazione della famiglia, la "ritirata" del welfare, il crollo delle appartenenze collettive e la crescita dei processi di individualizzazione, hanno fatto sì che il corso di vita comporti passaggi poco netti, e perfino confusi, da una fase all'altra. Ad esempio, i bambini hanno modelli di consumo prima tipici dell'adolescenza, gli adolescenti godono di libertà prima appannaggio dei giovani, i giovani prolungano la loro dipendenza dai genitori, gli anziani hanno stili di vita dei giovani e al tempo stesso non godono le sicurezze del passato (Carbone et al, 2022). In particolare, ha caratteristiche inedite il passaggio dalla gioventù all'età adulta. Le tappe tradizionali (conclusione degli studi, inserimento stabile nel mercato del lavoro, autonomia abitativa, matrimonio e genitorialità), ove abbiano luogo, seguono una cronologia irregolare. Il futuro appare incerto. La prospettiva delle transizioni va abbandonata. Il fenomeno è transnazionale, ma in Italia il "prolungamento" della gioventù è accentuato. La disoccupazione penalizza soprattutto i giovani e le donne, il sistema educativo è del tutto inadeguato a sostenere la formazione dell'identità lavorativa, il welfare ha carattere familista, la cultura familiare valorizza le solidarietà intergenerazionali più che lo sviluppo dei suoi membri: tutto contribuisce a rallentare il processo di autonomizzazione dei giovani più che altrove (Carbone et al, 2022). I due giovani dei nostri due casi sono implicati in pieno in tali questioni.

Tra i critici del DSM ci sono i suoi curatori, specie delle prime edizioni. Frances (2023), il coordinatore del DSM IV, dice che la psichiatria, fiorita dopo la seconda guerra mondiale, all'inizio degli anni Settanta del Novecento era in un acquitrino stagnante; il lavoro sulla diagnosi del DSM III la salva. Sacrificando – questo è importante - l'attenzione verso i modelli psicologici o sociali. Con il DSM IV, il suo gruppo adotta una politica prudente, constatato che non c'erano risultati tali, nella ricerca, da giustificare una revisione significativa del sistema diagnostico. L'obiettivo era di contenimento e di deflazione diagnostica. Nel complesso, dice Frances, falliscono. C'è un'espansione incontrollata di diagnosi e terapia. Ne troviamo le prove nel disturbo bipolare infantile aumentato di 40 volte, nell'autismo di 20 volte, nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività, per il quale i redattori del DSM IV prevedevano un aumento del 15%, triplicato nel giro di poco tempo. Tra gli adulti raddoppia il disturbo bipolare. In effetti, sono i disturbi infantili a conoscere la maggiore espansione. Ed è ai bambini più vulnerabili, che si trovano in difficoltà economiche o in orfanotrofio, che si somministrano più farmaci.

Quali sono le cause dell'inflazione diagnostica? C'è un concorso di fattori. Ci sono problemi congeniti della psichiatria, e forze esterne difficili da contrastare. Frances accusa le case farmaceutiche. Nel 2011 gli psicofarmaci erano la loro maggiore entrata, e la più importante era quella del disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Poi a far vendere farmaci c'è il potere della speranza: il neuroimaging mostra la base psicologica e biologica dell'effetto placebo. La psichiatria non inventa l'inflazione, ma segue la massa, battuta dalla medicina non psichiatrica che eroga acriticamente psicofarmaci e promuove una problematica politica di prevenzione, per cui le soglie della normalità vengono continuamente abbassate. Nel frattempo, non si insegna più la comprensione del paziente e si è sempre meno capaci di sopportare differenze individuali, trasformate in malattie. Una definizione molto sfumata di malattia rende difficile considerare sane le persone. Quanto alla maggior parte degli esperti, a spingere verso l'inflazione diagnostica è un conflitto di interessi intellettuale: concentrati sul proprio ambito, non vedono il quadro di insieme. Infine, la diagnosi, incidendo in modo netto e indesiderato su molte decisioni amministrative ed economiche, viene applicata per fini diversi da quelli

medici. Non aiuta la definizione di salute, utopica e piena di giudizi di valore, dell'OMS. Frances cerca mete da perseguire più realistiche, centrate sull'assenza di una malattia definibile come tale, Il compito è comunque complesso, perché non c'è una chiara definizione di malattia e nessuna in grado di funzionare in tempi, luoghi e culture diverse. Quanto al cervello, tanto chiamato in causa, è un sistema ultra-complicato, con funzionamenti propri di ogni individuo, e non c'è ancora un modo di trasformare la ricerca di base in psichiatria clinica. Ancora: la scelta della soglia della normalità è sempre arbitraria e dettata dal contesto, i disturbi del DSM-5 sono una accozzaglia senza coerenza. L'Autore per altro ci tiene a specificare che se non c'è un attendibile definizione generale di disturbo mentale, il disturbo mentale c'è, e i singoli disturbi mentali si possono definire e si ritrovano trasversalmente nelle varie culture. Non intende – giustamente – rinunciare alla psichiatria, anche se ne vede la profonda crisi.

Giarelli (2021), sociologo, dice che mai come nella nostra contemporaneità la salute è stata preconditione dell'integrazione sociale. La disabilità è diventata la cartina al tornasole di quanto normalizzazione e omologazione cancellino le differenze. Mentre ci si spinge oltre i confini un tempo consentiti, non c'è un'esplicita condivisione del cut off tra ciò che è normale e ciò che non lo è, mentre persiste la dualità tra il sapere bio-medico e sapere interessato alla psiche e alle relazioni sociali. Scarscelli (2015), occupandosi di sociologia del diritto, dice che problemi non medici vengono definiti e trattati come disturbi emotivi o malattie, chiedendosi come tale medicalizzazione influenzi il controllo sociale, e conclude che l'approccio clinico promosso, finalizzato alla "correzione" dei devianti piuttosto che alla loro "rivalutazione", diminuisce il potere sociale dei soggetti oggetto dell'intervento. Anche noi abbiamo avuto modo di riflettere criticamente, individuandone limiti, sulla medicalizzazione dei problemi di convivenza (Paniccia, 2024).

Amatori (2020), pedagogista, conduce una ricerca con docenti di scuola primaria. Premesso che gli insegnanti sono importanti nella valutazione iniziale del disturbo del comportamento, poiché coinvolti il 60% circa delle volte, conferma un dato noto: gli insegnanti percepiscono tali disturbi nell'esclusiva accezione bio-psicologica, dimenticando la relazione di insegnamento. La maggiore difficoltà dichiarata di gestione degli allievi è la non osservanza delle norme, dimenticando, dice l'Autore, che il valore delle regole non risiede nella prescrizione o nel timore delle conseguenze della loro violazione, ma nella relazione che le fonda. Peraltro, i disturbi del comportamento, anche se molto diagnosticati, sono poco studiati: la quasi totalità delle ricerche si concentra sull'ADHD, tralasciando il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. Rocca e Gatti (2016) che si occupano di psicopatologia forense, studiano, per valutarne l'efficacia, i principali programmi di trattamento psicosociale per la riduzione delle condotte antisociali. Gli Autori notano che attraverso il "disturbo della condotta" spesso si medicalizzano problemi che hanno dimostrato di avere una importante componente sociale, con la conseguenza che il trattamento si concentra principalmente sul bambino e sul contesto familiare, senza tenere in conto l'ambiente nel suo complesso, limitando così sia l'efficacia dei trattamenti, che le strategie di politica sociale rivolte al comportamento problematico, piuttosto che al cercare di eliminarne le cause. Nivoli e coautori (Nivoli et al., 2020) in un'ottica psichiatrica e neuroscientifica, parlano dell'impossibilità di medicalizzare il comportamento violento. Mancano una relazione casuale e metodologie cliniche che ne permettano la prevedibilità, sia nella popolazione generale che negli individui con patologie psichiatriche. È fallito anche il tentativo dei vari DSM di delimitare un confine tra patologia e normalità del comportamento violento, e non esistono farmaci con l'indicazione specifica di guarirlo. Notiamo che nella letteratura che aiuta a leggere il contesto degli interventi rivolti ai minori gli psicologi sono quasi assenti.

Nei due casi proposti, della scuola violenta e della scuola inutile, due giovani pongono questioni sulla loro socializzazione, sul loro rapporto con il contesto. Il primo sta facendo i conti con la violenza nella relazione sociale. Ci sono alternative alla violenza, in particolare per un uomo? La questione si pone per il ragazzo sia nel contesto familiare, che scolastico. Il secondo è profondamente critico nei confronti della formazione scolastica. Non la ritiene efficace per il suo futuro. Cerca alternative entro nuove culture, anche sconosciute a molti adulti; le rintraccia nella rete, che la cultura adulta tende a vedere con la tipica diffidenza di chi si sente sopraffatto dal cambiamento. In un'ottica diagnostica, i due giovani potrebbero avere disturbi del comportamento. Si tratta di aiutarli diagnosticando una loro inadeguatezza ad adattarsi al contesto, con conseguenti interventi correttivi, o vedere con loro in che rapporto sono con i contesti di riferimento, tramite la mediazione di specifici modi di simbolizzarli emozionalmente? Se prendiamo la seconda strada, non basterà la

letteratura psicologica e psichiatrica. Un più ampio sguardo, che include letture di contesto, aiuterà a capire i due casi. Proviamo a sintetizzare quelle che abbiamo proposto. Le tappe “tradizionali” del percorso di vita (conclusione degli studi, inserimento stabile nel mercato del lavoro, autonomia abitativa, matrimonio e genitorialità), ove abbiano luogo, perché il divario generazionale ci dice che spesso sono destinate a non essere perseguite, seguono una cronologia inedita e irregolare, il futuro appare incerto. C’è un’espansione incontrollata di diagnosi e terapia fondate sul DSM. Entro questa inflazione, sono i disturbi dei minori a conoscere la maggiore espansione. Più la loro condizione sociale è fragile, più sono oggetto di tale “conquista”: All’inflazione diagnostica concorrono più fattori, ne ricordiamo alcuni: nella “psichiatrizzazione” dei comportamenti, il paradossale indebolirsi dell’ottica psichiatrica, sopraffatta da altre agenzie, altre culture: case farmaceutiche, suggestione del pubblico che insegue fantasie di guarigione, narcisismi e conflitti di interesse – specialmente intellettuali – di specialisti persi negli specialismi. Nel frattempo, diminuisce l’attenzione per i pazienti, e si pretende in modo infondato che sia in atto una coerenza tra ricerca di base sui fondamenti biologici dei processi su cui si interviene e clinica. Tutto questo avviene, mentre mai come nella contemporaneità la salute è preconditione dell’integrazione sociale. La medicalizzazione di questioni anche non mediche influenza il controllo sociale, e l’approccio clinico promosso appare finalizzato alla “correzione” dei devianti piuttosto che alla loro “rivalutazione”, facendone diminuire il potere sociale. La scuola è centrale in tale processo. Gli insegnanti hanno difficoltà a gestire le classi, sembrano in difficoltà nel capire cosa sta succedendo, la maggiore difficoltà dichiarata è la non osservanza delle norme, la difficoltà di gestione viene tradotta in “disturbi della condotta” a fondamento individuale psico-biologico, la relazione di insegnamento viene dimenticata, spesso si medicalizzano problemi che hanno dimostrato di avere una importante componente sociale. Al contempo, i tentativi di prevedere e medicalizzare il comportamento violento falliscono.

La minorità dei minori

Vediamo la questione da un altro vertice. Nei due casi proposti, la scuola violenta, la scuola inutile, l’intervento è con dei minori. Nel primo caso, lo psicologo si è preoccupato dell’implicazione dei genitori. Quanto al minore, cosa possiamo dire sulla sua partecipazione? Come ce ne occupiamo nell’intervento? L’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza (2019), con riferimento alla Convenzione di New York del 1989, parte da quello che definisce stato di fragilità di bambini e ragazzi, ritenuti incapaci di tutelarsi autonomamente. Viene alla mente il ragazzo che non fa affidamento sulla scuola: la prima cosa che dice allo psicologo è che è del tutto capace di tutelarsi da sé. Ricordiamo anche Spanò (2019), che dice come l’età giovanile non possa più essere definita da definiti limiti anagrafici nelle sue tappe, e come abbia confini confusi con passi avanti e passi indietro, mentre la scuola non prepara all’autonomia lavorativa e il futuro è incerto. Non contestiamo l’Autorità in quel che dice, ma notiamo che la complessità della realtà implica una lettura critica di ciò che afferma. L’Autorità prosegue, affermando che la guida di bambini e ragazzi spetta alle famiglie. Subito dopo, che i genitori non vanno lasciati soli dove non riescano con le loro forze. E se il sostegno ai genitori non basta, interverrà lo Stato, fino alla separazione dei minori dai genitori. Entro tali tutele, la condizione di minorità del minore, l’esigenza che l’adulto faccia per lui, è prevalente sulla sua partecipazione. Maggioni (2005), da un punto di vista interessante, l’Enciclopedia dei ragazzi, perché parla ai minori, analizza un’evoluzione nella definizione dei loro diritti. Sono in campo due principi apparentemente contraddittori, ma ineliminabili: da un lato si garantisce l’autonomia a bambini e adolescenti, dall’altro si cerca di tutelarli e accrescerne il benessere con misure di protezione realizzate da adulti. La seconda istanza finisce col prevalere: i loro diritti sono espressi sotto forma di protezione, molto più che di partecipazione sociale. La Convenzione ONU del 1989 cerca di rispondere alla questione con la formula delle ‘3 P’: protezione, assistenza, partecipazione. Si vuole dare ai minori la possibilità di far conoscere la propria interpretazione del mondo e di farla rispettare. Ma nell’applicazione pratica – ad esempio in ambito giuridico - sorgono problemi: come si individua, tra 0 e 18 anni, il momento in cui ritenere il minore capace di intervenire nelle decisioni che lo riguardano?

Vorremmo far notare che, nei due casi proposti, entrambi i giovani sembrano avere ben presente la questione. Il primo congela la madre, e si propone allo psicologo come attore protagonista della consultazione. Il secondo dichiara di essere in grado di gestire il suo destino, senza tutele. Parlano dall'interno di una dinamica familiare, ma non dimentichiamo la cultura più ampia, di cui per altro famiglie e psicologo fanno parte. Torniamo a Maggioni (2005). Non mancano altri problemi: la strategia dei diritti – che diventano subito doveri - spinge a fare sempre più leggi, con il rischio di mettere sotto controllo tutti i rapporti familiari e sociali riguardanti il minore. Questo è particolarmente complesso entro società, come l'attuale, dove la politica dei diritti si intreccia con una grande diversità di posizioni, esigenze e valori (Paniccia, 2023). Come stiamo trattando tali diversità? Accresciamo le nostre competenze in proposito, o ci attestiamo su posizioni difensive, se non aggressive, delle differenze? Carli (2019, p. 3) dice:

[Dalla metà degli anni Novanta] al conflitto e alla sua gestione si sostituiscono l'emarginazione del dissenso e l'espulsione di chi si oppone. Tutto questo può essere rassicurante, può dare l'impressione di ordine e di controllo della realtà sociale. Da lunghi anni viviamo in una cultura caratterizzata da conformismo e rassegnazione; in una cultura ove all'esplorazione si preferisce la dimostrazione di ciò che già si conosce, ove la mortificazione del pensiero raggiunge vertici sconosciuti da lungo tempo. Viviamo in una cultura senza antagonista e senza confronto [...] La pretesa assenza di conflitto comporta una negazione della diversità e della dialettica che la diversità comporta. Chi non appartiene alla cultura aconflittuale è fuori, non ha diritto d'interlocuzione e non vi è alcun interesse a raccogliere opinioni e pareri diversi dai propri.

L'assenza di conflitto crea separatezza, isolamento; al contempo, il conflitto è trasformato in una continua gara a chi vince e a chi perde. E chi perde non ha alcuna voce in capitolo, viene cancellato. Sembra si stia assistendo ad una rivincita collettiva nei confronti dei valori di solidarietà e di attenzione ai più deboli, che avevano caratterizzato il conflitto tra cattolicesimo e marxismo.

Quanto agli psicologi, lo stesso Autore (Carli, 2016) afferma che, presi da smanie scientiste, hanno smarrito il senso "sociale" della professione. Entro una cultura della convivenza sempre più intollerante, si occupano di assegnare etichette di disabilità a singoli individui, perdendo di vista tutti i contesti di relazione. Rimandiamo a Carli, Donatiello e Leone (2021) per una disamina critica, coerente con le nostre note, dell'influenza delle neuroscienze nel panorama psicologico contemporaneo.

Uno sguardo agli interventi promossi dalla psicologia

Passiamo in veloce rassegna interventi rivolti a minori, in particolare quelli che presentano comportamenti indisciplinati e aggressivi, condotti in un'ottica psicologica. Muratori e Lambruschi (2020) dicono che l'importanza delle condotte antisociali, tra i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva, risale al DSM-II (1968). I comportamenti disfunzionali venivano lì interpretati come modalità reattive, con motivazioni anche auto-conservative, messe in atto dal bambino o dall'adolescente in contesti familiari con schemi educativi inconsistenti o eccessivamente punitivi e in contesti sociali svantaggiati. Nel DSM-III (1980) compaiono il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta, associati al disturbo da deficit di attenzione e iperattività, all'interno della sottoclasse dei disturbi con comportamento dirompente, entro i disturbi dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza. Rispetto al DSM-II, queste patologie non sono più viste come reattive al contesto di vita del minore, ma motivate da caratteristiche endogene, sia pure intrecciate con rischi ambientali. Non ne deriva però un miglioramento della concordanza diagnostica tra clinici, alcuni dei quali criticano questa impostazione come stigmatizzante condotte aggressive parafisiologiche in età evolutiva. La revisione del DSM-III (1987) amplia i criteri sintomatologici del disturbo oppositivo provocatorio, aggiungendo condotte disfunzionali, quali l'essere dispettoso o vendicativo, arrabbiato e risentito. Per evitare la sovrastima clinica, si suggerisce di considerare un comportamento come disfunzionale solo se più frequente di quanto è tipico in soggetti comparabili per età e livello di sviluppo. Il DSM-IV e il DSM-IV-R restano in continuità con il DSM-III, senza riuscire a ridurre l'elevata comorbidità di questi disturbi. Con il DSM-5, per valutare la presenza di uno specifico disturbo, oltre alla presenza di indicatori sintomatologici, si chiede di

rilevarne l'intensità; ma al tempo stesso, adottando la prospettiva di sviluppo per individuare esordi precoci in età evolutiva, si amplia l'azione diagnostica.

Oggi, affermano gli Autori – che non sono critici verso la crescita di diagnosi - si è visto che tali disturbi sono presenti anche in età prescolare, che sono una vera e propria *health crisis* della modernità, che hanno diffusione epidemica, che necessitano di interventi mirati e precoci. Ricordano come i disturbi da comportamento dirompente, più precisamente il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta, visti in primo luogo come negativamente incidenti sul funzionamento del contesto familiare, scolastico e sociale, costituiscono uno dei motivi più frequenti di richiesta di consultazione presso i Servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza.

Notiamo come il rovesciamento culturale, quindi della simbolizzazione del comportamento aggressivo dei minori, dal DSM II a oggi, si sia completato: da reazione a contesti sfavorevoli, tali comportamenti sono diventati in primo luogo attacchi ai contesti in cui appaiono. Con una tendenza a fondarli biologicamente, cercando interventi che incidano a quel livello. Boncinelli (Paniccia, 2024) dice:

L'educazione, cioè l'elaborazione di un complesso ordinato di condizionamenti, talvolta può non funzionare a dovere o addirittura per niente. Intervenire direttamente sul cervello, per esempio con un farmaco, può avere un altro effetto, magari più tangibile (Boncinelli, citato in Gandolfi, 2022, p. 356).

Gli Autori dicono che vedere questi comportamenti come mancanze educative dei genitori, sarebbe banalizzarli. Si tratta invece di bambini con bisogni speciali, entro un'area specificamente psicopatologica, e va tenuto presente che ogni comportamento aggressivo pervasivo ha una forte base di rischio genetico. Le figure genitoriali sono centrali nel processo terapeutico perché, fin dalla prima infanzia, nell'interazione tra processi neurobiologici e relazioni interpersonali, favoriscono o inibiscono lo sviluppo e l'organizzazione dei circuiti neurali.

La ricerca di basi neurobiologiche è molto sentita. Antonietti, Borgatti e Giorgetti (2022) affermano che l'attuale diagnosticare i disturbi del neurosviluppo in base a sintomi e menomazioni presenta limiti rilevanti: i cut-off, sia pure con ragionevoli considerazioni per definire l'area del disturbo, sono tendenzialmente arbitrari; le forme "pure" o "pulite" di un disturbo sono rare; i campioni clinici spesso sono esigui e l'espressività del disturbo talvolta è molto singolare. Quanto ai trattamenti, l'operare su vari fronti comporterà qualche beneficio, perché è probabile che si incida su qualche meccanismo associato al disturbo, ma tali interventi multidimensionali sono dispendiosi. Il focus della ricerca e della clinica, asseriscono, va spostato verso le evidenze: il comportamento osservabile e le misure neurobiologiche.

Torniamo a Muratori e Lambruschi (2020). Gli interventi rivolti al minore, ai genitori, a tutti gli operatori nei vari contesti (scolastico, sportivo, sociale), devono essere multimodali e multidimensionali, poiché che ci sia un solo terapeuta è un'idea onnipotente e problematica: un'unica relazione si satura di stati affettivi, divenendo confondente e minacciosa e determinando agiti impulsivi. È sempre molto difficile, in questa letteratura, occuparsi di emozioni, non temerle.

Vediamo un esempio di intervento: un bambino aggressivo cresce in una famiglia maltrattante. La sua area amigdaloidea si è tarata per rispondere ai segnali di minaccia, anche ipotetica e sovrastimata. Per questi bambini gli stati emotivi sono facilmente attivati da segnali inappropriati, con errori di etichettatura. Il primo obiettivo terapeutico è far riconoscere al bambino e al suo contesto di vita lo stato di perenne attivazione emotiva e costante percezione di vulnerabilità che lo caratterizza. Va reso più consapevole il bambino delle "molle" che in lui fanno scattare la rabbia. Va introdotto un ordine cognitivo nel caos emotivo. Come si vede, siamo nell'area di intervento stimolo – risposta, ovvero di correzione del comportamento. In effetti, nell'intervento con i minori i contributi che adottano tale ottica sono molto più numerosi. Il *coping power* è un trattamento per minori con disturbi della condotta e oppositivo-provocatorio. L'obiettivo è ridurre i comportamenti problematici e stimolare abilità prosociali e cooperative. In particolare: porsi

obiettivi; acquisire consapevolezza e autocontrollo delle proprie emozioni; assumere punti di vista diversi dal proprio; acquisire capacità di *problem solving*; riconoscere le qualità proprie e altrui (Bertacchi, Giuli & Muratori, 2016, 2020). Il programma è in primo luogo rivolto ad attenuare il disturbo che questi bambini e ragazzi arrecano, poi si parla anche del fatto che compromette il loro apprendimento. L'intervento è centrato sull'individuo, ipotizzando processi cognitivi distorti e un mancato sviluppo di abilità sociali ed emozionali. Sintomatici di questi problemi sono attribuzioni ostili improprie, e aspettative che l'aggressione sia una buona strategia per ottenere risultati desiderati. C'è anche un programma per i genitori, per aumentare le competenze genitoriali positive. Gli Autori hanno scelto di lavorare con la classe, come sistema complesso caratterizzato da interazioni, e di far gestire il programma dagli insegnanti. Ma – questa è una nostra osservazione - per quanto si sottolinei l'importanza dei rapporti, nel contesto “non sta succedendo niente”: non ci sono storia, stato sociale, territorio, Paese, cultura.

Anche con Lochman e coautori (Lochman et al. 2012) si parla di *coping power* e ci si occupa dei disturbi del comportamento, tra cui il disturbo oppositivo provocatorio. Pur rilevando come il comportamento oppositivo e negativistico, rivolto prevalentemente verso gli adulti, faccia parte del normale sviluppo dall'infanzia all'adolescenza, tuttavia si esclude ogni incertezza diagnostica; il problema piuttosto è l'“aggancio”, la costruzione di un'adeguata alleanza di lavoro con il minore e la sua famiglia. C'è preoccupazione dei costi sociali in termini di devianza.

Per modificare atteggiamenti, pensieri ed emozioni delle persone, e ridurre comportamenti problematici, si adotta anche la *token economy* (Bonsignori, Ferla & Marzocchi, 2016). In questo caso l'intervento usa premi di vario tipo, ad esempio rinforzi simbolici di comportamenti positivi. La *token economy* ha peraltro obiettivi di modifica del comportamento ad ampio raggio. Sono stati trattati: disabilità intellettiva, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbo oppositivo provocatorio, autismo, problematiche di apprendimento, problematiche comportamentali manifestate in classe da parte di singoli alunni. Nel caso riferito dagli Autori si interveniva in una scuola primaria. I comportamenti negativi erano: «Non alzare la mano e aspettare il proprio turno», «Fare rumore», «Non stare seduto composto». Il comportamento positivo era: «Alzare la mano e aspettare il proprio turno di parola». Gli Autori ipotizzano che la diminuzione delle condotte negative derivi non solo dai premi tangibili, ma da una ristrutturazione cognitiva, comportamentale e relazionale della classe. D'altro canto – questa è una nostra considerazione – di nuovo non si prevede nessuna esplorazione del contesto, come dei vissuti dei vari protagonisti.

Anche Pelizzoni e coautori (Pelizzoni et al., 2020) adottano un programma di *token economy*, confermandone l'efficacia, per promuovere comportamenti adeguati degli alunni di due classi prime e aumentare il tempo trascorso in classe con un bambino con diagnosi di ADHD. Citiamo questo lavoro per notare come ancora una volta la questione su cui si intende intervenire è in primo luogo che la classe non costituisca una fonte di disturbo tale da impedire il normale svolgimento della lezione.

Proviamo a sintetizzare e riflettere. Come si diceva, se cerchiamo letteratura nell'intervento con i minori, l'ottica cognitivo – comportamentale è decisamente prevalente. Pensiamo sia un concorso di variabili: forse si interviene molto di più con questa ottica, certo si scrive e si pubblica molto di meno da parte di chi ne adotta una diversa. Il secondo punto ci intriga, ci chiediamo – e chiediamo a chi interviene in un'ottica differente - perché.

Il DSM ha avuto un ruolo importante nel diffondersi delle diagnosi rivolte ai minori. Lo vedevamo con Frances (2023). Ha avuto una parte importante anche nell'eludere la rilevanza del contesto, nel farne patologie motivate da caratteristiche endogene. Non mancano critiche su questa impostazione, come stigmatizzazione di condotte aggressive proprie dell'età evolutiva, ma non sembrano trovare spazio.

Si adotta – sembra sempre di più - una prospettiva di sviluppo, coerentemente con la ricerca di basi neurobiologiche. Ciò significa cercare la presenza di disturbi in età sempre più precoci. Ci chiediamo con quali conseguenze sui cut off presenza/assenza del disturbo. I disturbi sono visti in primo luogo come comportamenti che influenzano negativamente il funzionamento del contesto familiare, scolastico e sociale, più che come limiti per chi ne sarebbe portatore. C'è preoccupazione dei costi sociali in termini di devianza. Nei contesti in cui si interviene in effetti non succede mai niente, non ci sono problemi, conflitti, questioni in corso. Come

pure le persone implicate non hanno mai vissuti, punti di vista, modi di rappresentarsi gli eventi con cui sarebbe interessante interloquire. Si vuole dare ai minori la possibilità di far conoscere la propria interpretazione del mondo e di farla rispettare, ma entro l'antinomia che da un lato si garantisca l'autonomia a bambini e adolescenti, dall'altro li si tuteli per accrescerne il benessere con misure di protezione realizzate da adulti, che l'adulto agisca al suo posto è prevalente sulla sua partecipazione. Notiamo ancora una volta che vissuti e i punti di vista non solo dei minori, ma di chiunque non sia l'esperto che interviene sono ignorati.

Come concludere questo nostro lavoro? Con una nota: va recuperata l'antinomia stimolo-risposta/gestalt, con ciò che consegue sul piano dell'intervento. Alla psicologia non giova l'appiattimento sul primo polo, quindi sull'ignoramento del contesto e sulla bio-medicina come riferimento normativo e unico. Questo desiderio di monoteismo sembra più una testimonianza di fragilità della professione e della disciplina nella sua declinazione accademica, che un progresso. Recuperiamo dialettica, confronti anche conflittuali, dubbi, pensiero sui modelli. Frances (2023) dice che il passo indietro fatto dalla psichiatria, sopraffatta dall'epidemia diagnostica e farmacologica, ostacola la cura dei malati "veri". Noi diciamo che il divenire ideologia imperativa dell'ottica stimolo-risposta non solo depaupera la psicologia dall'acquisire una posizione critica sui problemi di cui si parla, affidandola in larga misura ad altre discipline (questo forse non è il maggior danno, si può sperare in uno sviluppo di quelle), ma la tacita su competenze che finora solo la psicologia ha sviluppato, ovvero la capacità di conoscenza e intervento su ciò che le persone pensano, vivono, di come simbolizzano emozionalmente i loro contesti di riferimento. Aggiungiamo che compromette pure la valorizzazione della diagnosi e delle tecniche riabilitative, che se vengono confuse con una cultura dilagante a cui aderire oppure opporsi (lo vediamo fin troppe volte nel nostro lavoro di formazione e confronto con colleghi) possono essere sottovalutate nella loro utilità ed efficacia.

Bibliografia

- Amatori, G. (2020). I disturbi del comportamento a scuola: Uno studio pilota sulla percezione dei docenti [Behavioral disorders at school: A pilot study on teachers' perceptions.]. *L'Integrazione Scolastica e Sociale*, 19(2), 101-119. Retrieved from: <https://rivistedigitali.erickson.it/>
- Antonietti, A., Borgatti, R. & Giorgetti, M. (2022). Cambiare paradigma per i disturbi del neurosviluppo? Dalla ricerca alla pratica clinica [Is it time to change the paradigm to address neural development disorders? From research to clinical practice]. *Ricerche di Psicologia*, 45, 1-12. doi: 10.3280/rip2022oa14921
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2019). *Il sistema della tutela minorile: Raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza* [The child protection system: Recommendations of the Authority for Children and Adolescents]. Retrieved from: https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/il_sistema_della_tutela_minorile.pdf
- Bertacchi, I., Giuli, C. & Muratori, P. (2020). *Coping Power nella scuola secondaria: Gestire le problematiche relazionali e promuovere comportamenti prosociali in classe* [Coping Power in secondary school: Managing relationship problems and promoting prosocial behavior in the classroom]. Trento: Erikson
- Bonsignori, R., Ferla, L., Marzocchi, G. (2016). Star bene in classe: un programma di intervento cognitivo-comportamentale per migliorare il clima relazionale a scuola [Feeling good in class: a cognitive-behavioral intervention program to improve the relational climate at school]. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 12(1), 345-361. doi: 10.14605/DdAI1211604
- Carbone, A., Di Napoli, I., Procentese, F., & Arcidiacono, C. (2022). Close family bonds and community distrust. The complex emotional experience of a young generation from southern Italy. *Journal of Youth Studies*, 25(8), 1052-1071. doi: 10.1080/13676261.2021.1939283
- Carli, R. (2010) Editoriale 1/2010. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1-1, 1-3. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/index.php/rpcoa/issue/view/1164>
- Carli, R. (2016). Editoriale. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-3. Retrieved from: <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2018). Le basi originarie dell'anomia. Il vissuto di essere generati (a propria insaputa) [The original bases of the anomie. The feeling of being generated (without knowing)]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1-1, 64-73. Retrieved from: <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R., Paniccia, R. M. & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1 (2), 183-204. Retrieved from: <https://www.rivisteweb.it/issn/0486-0349>
- Carli, R., Donatiello, G. & Leone, L. (2021). Interrogativi a proposito dei neuroni specchio [Organization and unconscious dynamics] *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(1), 14-37. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/index.php/rpcoa/issue/view/1164>

- Frances, A. (2023) Primo, non curare chi è normale: contro l'invenzione delle malattie [First, do not treat those who are normal: against the invention of diseases]. Torino: Bollati Boringhieri
- Giarelli, G. (2021). Prefazione [Preface], In Di Santo, R. *Sociologia della disabilità* [Sociology of disability], 9-11. Milano: FrancoAngeli
- Lochman, J. E., Wells, K. & Lenhart, L. A. (2022) *Coping Power: Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*, Erikson; ed. or. (2008). *Coping Power: Child group program workbook*. Oxford: Oxford University Press.
- Maggioni, G. (2005) *Diritti dei minori* [Rights of minors]. Enciclopedia dei ragazzi. Retrieved from: <https://www.treccani.it/enciclopedia/diritti-dei-minori>
- Mastella, R. (2021) La specificità della cura psicoanalitica. Retrieved from: <https://www.spiweb.it/la-cura/la-specificita-della-cura-psicoanalitica-r-musella/>
- Muratori, P. & Lambruschi, F. (2020). *I disturbi del comportamento in età evolutiva: Fattori di rischio, strumenti di assessment e strategie psicoterapeutiche* [Behavioral disorders in developmental age: Risk factors, assessment tools and psychotherapeutic strategies] Milano: Erikson
- Nivoli, A.M., Milia, P., Depalmas, C., Nivoli, G., Biondi, M., Taras, G., Loretto, L. (2020) Sulla psichiatrizzazione e imprevedibilità del comportamento violento sulla persona [On the psychiatrization and unpredictability of violent behavior on the person]. *Rivista di Psichiatria*, 55 (6). doi: 10.1708/3504.34905
- Paniccia, R.M. (2024). Editoriale: La molteplicità dei modelli di intervento entro la medicalizzazione dei problemi di convivenza [Editorial: The multiplicity of intervention models within the medicalization of coexistence problems]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 1-7. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Paniccia, R.M. (2022). Editoriale. Intervenire in tempi anomici [Editorial. To intervene in anomic times] *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10 (2), 1-5. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/897/862>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita delle diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of Italian teachers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/index.php/rpcoa/issue/view/1164>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). Il fallimento delle “mete adulte tradizionali” per i giovani d’oggi: Nuove coabitazioni e nuove convivenze [The failure of “traditional adult goals” for today’s young people: New cohabitations and new coexistences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 14(2), 21-54. doi:10.14645/RPC.2019.2.785. Retrieved from: <https://journals.francoangeli.it/index.php/rpcoa/issue/view/1164>
- Pelizzoni, I., Lombardi, B., Costa, F. & Cavallini, F. (2020), Token Economy a scuola: Due esempi d’implementazione in classe [Token Economy at school: Two examples of implementation in the classroom]. *Psicologia dell’Educazione*, 1-2, 131-140. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/353014696_Token_Economy_a_scuola_Due_esempi_d'implementazione_in_classe/link/60eec2d99541032c6d3a97d0/download
- Rocca, G. & Gatti, U. (2016). I programmi di trattamento psicosociale dei disturbi della condotta in età evolutiva al vaglio della ricerca valutativa [Psychosocial treatment programs of conduct disorders in childhood and adolescence: a review of evidence-based studies]. *Rassegna italiana di criminologia*,

7,(4),296-307. Retrieved from: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/1381>

Scarscelli, D. (2015). Medicalizzazione della devianza, controllo sociale e social work. [Medicalization of deviance, social control and social work]. *Sociologia del diritto*, 1 (1), 37-64. Doi: 10.3280/SD2015-001002

Spanò, A. (2020) Gioventù e adultità nella società contemporanea: riflessioni sul dibattito suscitato dai cambiamenti del corso di vita [Youth and adulthood in contemporary society: reflections on the debate aroused by the changes occurred in the life course] *Quaderni di Sociologia*, 69-86. doi:10.4000/qds.2629

Stampa, P., Civitillo, A., & Gibilisco, S. (2023). *Atlante illustrato di deontologia per psicologi e studenti di Psicologia* [Illustrated Atalant of ethics for psychologists and Psychology students]. Milano: Franco Angeli