

The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture

*Felice Bisogni**, *Pasqua Patrizia Maldese***, *Sara Manieri**, *Giulia Marchetti**, *Carmela Mastroianni***, *Silvia Policelli**, *Federica Vernile***, *Rosa Maria Paniccia****

Abstract

This paper presents interventions in which, as psychologists, we work with children and adolescents. Subject of our analysis will be the culture of diagnosis, meant as relational practice characterized by its emotional dynamics. We will deal with a school culture characterized by control based on deviance from the norm, and where through the medicalization of scholastic problems the culture of diagnosis increases. The diagnosis is invoked, in culture of diagnosis, to reduce the confusion produced by the disregard of collusive expectations and to orient an intervention founded on techniques aimed to solve the problem. This culture doesn't explore the contest, rather it is considered as the normal status and appropriate way of functioning. We will mention both the lack of bargaining power of diagnosed children and adolescents, and the constant conflict between service and families with a diagnosed child or adolescent concerning who has the power to define normality. We will propose how thinking over the role – of *adult companion*, psychologist, operator, educator, etc. - allows not to act out the culture of diagnosis and leads to recover relationships, looking to people and ability to think, as resources for the intervention. In other words, thinking about the role without acting it out, allows to consider relationships as resources, not perceiving them as a disturbing intrusion in the intervention aimed at individual.

Keywords: diagnosis culture; childhood; school; conflict between families and services; adult companion.

* Psicologi, specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico e Analisi della Domanda, SPS, Roma.

** Psicologi, psicoterapeuti, specialisti in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico e Analisi della Domanda, SPS, Roma.

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

Bisogni, F., Maldese, P.P., Manieri, S., Marchetti, G., Mastroianni, C., Policelli, S., ... Paniccia, R.M. (2016). L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi [The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 19-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi

*Felice Bisogni**, *Pasqua Patrizia Maldese***, *Sara Manieri**, *Giulia Marchetti**, *Carmela Mastroianni***, *Silvia Policelli**, *Federica Vernile***, *Rosa Maria Paniccia****

Abstract

In questo contributo presenteremo interventi che trattano situazioni nelle quali, come psicologi, lavoriamo con bambini e giovani in età evolutiva. Oggetto della nostra analisi sarà la cultura diagnostica come specifica prassi relazionale, connotata da proprie dinamiche emozionali. Ci occuperemo di una scuola dove prevale la cultura del controllo fondato sullo scarto dalla norma, e dove, entro l'attuale sanitarizzazione dei problemi scolastici, si moltiplica la cultura della diagnosi. Entro la cultura della diagnosi, quest'ultima viene invocata perché risolva la confusione generata dalla sconfirma delle attese collusive, e riorienta l'azione come intervento fondato su tecniche volte a eliminare il problema. È una cultura che non mette in discussione il contesto, ma gli attribuisce uno statuto di normale, adeguato funzionamento. Ricorderemo sia lo scarso potere contrattuale di chi viene diagnosticato se è una persona in età evolutiva, che il costante il conflitto, tra famiglie dei ragazzi diagnosticati e servizi, su chi abbia il potere di definire la normalità. Proporremo come pensare il ruolo – di compagno adulto, di psicoterapista, di operatore, di educatore etc. – permetta di non agire la cultura diagnostica e di recuperare rapporti, rintracciando risorse per l'intervento in termini di persone e pensabilità. In altri termini, pensare il ruolo e non agirlo permette di utilizzare le relazioni come risorsa, e di non viverle come intrusioni disturbanti l'intervento rivolto al singolo individuo.

Parole chiave: cultura della diagnosi; età evolutiva; scuola; conflitto tra famiglie e servizi sociosanitari; compagno adulto.

* Psicologi, specializzandi in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico e Analisi della Domanda, SPS, Roma.

** Psicologi, psicoterapeuti, specialisti in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico e Analisi della Domanda, SPS, Roma.

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

Bisogni, F., Maldese, P.P., Manieri, S., Marchetti, G., Mastroianni, C., Policelli, S., ... Paniccia, R.M. (2016). L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi [The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 19-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Premessa

In questo contributo presenteremo degli interventi che trattano situazioni nelle quali, come psicologi, lavoriamo con bambini e giovani in età evolutiva.

Incontreremo la scuola, dove siamo presenti entro diversi ruoli. Ad esempio come educatori di cooperative che propongono progetti di sostegno scolastico, o come psicologi nei CIC (Centri di Informazione e Consulenza). Ma vedremo anche come sia possibile sviluppare una funzione psicologica a partire da ruoli diversi da quello dello psicologo, come nel caso di una maestra di scuola primaria¹.

Oggetto della nostra analisi saranno le dinamiche collusive che organizzano la relazione. Useremo come sinonimo di dinamica collusiva la parola cultura; parlando di cultura adempitiva o di cultura della diagnosi non ci riferiremo all'adempimento o alla diagnosi in sé, ma all'adempiere e al diagnosticare come specifiche prassi relazionali, connotate da proprie dinamiche emozionali (Carli & Paniccia, 2003)². Adempimento e diagnosi, come prassi, possono avere una loro precisa utilità entro culture organizzative diverse da quelle che evocheremo. Adempiere e diagnosticare qui li assumiamo come modi di organizzare la relazione con lo scopo principale di bonificarla da confusività emozionali sentite come problematiche, risolvendole in agiti invece che pensandole. Agiti legittimati non in base alla loro efficacia in rapporto a uno scopo produttivo, ma in quanto fondati su culture conformisticamente condivise, come quelle dell'adempimento e della diagnosi, appunto.

Ci occuperemo di una scuola dove prevale la cultura dell'adempimento e un rapporto docenti-allievi fondato su presupposti normativi, ovvero sul "si fa così", più che su regole fondate su criteri, ovvero sul "si fa così perché". In questa cultura, se i ruoli – ad esempio educatore, psicologo, maestro – vengono agiti, se con essi si agisce la cultura adempitiva senza pensarla, la funzione formativa non può svilupparsi, e la finalità per cui tali ruoli sono istituiti, la formazione, appunto, non viene perseguita. Prevalendo il controllo fondato sullo scarto dalla norma, ed entro l'attuale sanitarizzazione dei problemi scolastici (Atzori, 2016; Paniccia, 2013)³, si moltiplica la cultura della diagnosi.

Con gli agiti di una cultura adempitiva viene proposta agli alunni un'assimilazione al contesto scolastico che, escluso dall'analisi, implode in crisi sempre più profonde⁴. Entro i processi di assimilazione, chi non aderisce alle attese collusive diventa un individuo problematico da diagnosticare. Nel contesto scolastico la cultura della diagnosi è un modo per non vedere i problemi di relazione, e l'emergere di differenze – si badi bene: di differenze dall'attesa collusiva – viene sistematicamente ricondotto a un individuo problematico che lo causa. Rieducando, controllando, espellendo quell'individuo ci si attende che la sconferma delle attese collusive, con il suo portato disturbante, cessi. Al tempo stesso, appare evidente come il problema stia nella

¹ Abbiamo proposto altrove una riflessione sul rapporto tra ruolo e funzione, in particolare entro quei ruoli che – definiti o meno come psicologici negli inquadramenti – permettono di sviluppare, in quanto si occupano in modo preminente di relazioni, funzioni psicologiche. Vedi Alonzi et al. 2011; Brescia et al. 2011; Paniccia 2012a. Per quanto concerne specificamente la scuola, vedi Carli et al., 2015, Giovagnoli et al., 2015, Marchetti, 2015.

² Per collusione s'intende la simbolizzazione affettiva del contesto, condivisa emozionalmente da chi a quel contesto partecipa. A fondare la nozione di collusione poniamo, quindi, due costrutti psicologici: simbolizzazione affettiva e contesto (Carli & Paniccia, 2003).

³ Abbiamo più volte ricordato la sanitarizzazione di problemi di convivenza. Vedi in proposito gli Autori citati nel testo.

⁴ "Riflettendo sulle differenze entro il contesto sociale, specie per chi le incarna entro posizioni di potere debole, come i malati mentali, i disabili, le donne, i minori, i migranti, gli anziani, i detenuti, in altri termini per tutte le categorie a rischio di emarginazione, si può vedere come si incontrino, analizzando due opposti significati della parola integrazione, principi fondanti la convivenza che reificano in una antinomia il modo di pensare della mente: assimilazione delle diversità al noto da un lato, loro riconoscimento e integrazione dall'altro. Nella prima modalità, di riconduzione al noto, si rintraccia la confusione tra mondo interno e mondo esterno, fatta di assimilazioni sdifferenzianti ma anche di scissioni e frammentazioni tese a tentare un controllo della confusione; ne derivano la reificazione di vissuti in fatti e il primato delle azioni fondate sulla decisione "risolutoria". La seconda, di riconoscimento delle diversità e della loro interazione, è fondata sul riconoscimento del mondo interno, quindi dei vissuti, e sulla sua distinzione dalla realtà esterna, rendendo possibile il pensiero che riconosce e connette le differenze" (Paniccia, 2012, p. 165). Sui concetti di assimilazione e integrazione vedi anche Caputo, Giovagnoli & Paniccia, 2015; Carli & Paniccia, 2012; Giuliano & Sarubbo, 2012; Paniccia, 2012a e 2012b.

sconferma delle attese più che in chi la provoca, o sembra provocarla; l'intervento, quindi, dovrebbe occuparsi di quella almeno quanto si occupa di quest'ultimo⁵.

Nella storia continua a presentarsi la "teoria" che controllando o eliminando gli individui-problema si risolvano problemi di relazione. Al tempo stesso, continuiamo a vederne l'inefficacia e la violenza. Sembra che la medesima ottusità emozionale da un lato la solleciti, dall'altro non ci permetta di vederne la sconferma. Si può allora capire perché proponiamo che la si affronti attraverso un'analisi psicologico clinica della cultura collusiva, emozionale, che la fonda. L'espulsione delle differenze è un processo che va continuamente monitorato, e questa necessità è la prova che quando parliamo dei problemi derivanti dalla confusione tra fantasie e realtà non si risolve mai nulla in modo definitivo.

Entro la cultura della diagnosi, quest'ultima viene invocata perché risolva la confusione generata dalla sconferma delle attese collusive, e riorienti l'azione come intervento fondato su tecniche volte a eliminare il problema. Entro quella cultura confusione e problema non sono mai informazioni, ma scarto dalla norma. È una cultura – questo è importante sottolinearlo – che non mette in discussione il contesto, ma gli attribuisce uno statuto di normale, adeguato funzionamento.

Ricordiamo altre due questioni fondamentali entro il processo diagnostico. La prima è lo scarso potere contrattuale di chi viene diagnosticato, se è una persona in età evolutiva. La seconda è costante il conflitto tra famiglie dei ragazzi diagnosticati e servizi. Anche qui va considerato come entri in gioco il potere: si confligge su chi abbia quello di definire la normalità. La famiglia non è facilmente disposta a cederlo per intero allo Stato.

Tra la cultura diagnostica, che presuppone un contesto normalmente funzionante e processi di assimilazione e inclusione in esso, e la realtà dei problemi di relazione entro la scuola, che chiedono di essere trattati in un'ottica integrativa, che rispetti, interpreti e non assimili differenze, c'è un ampio scarto. Tale scarto tende a rendere intrattabile il fallimento collusivo derivante dai limiti della cultura diagnostica. La confusione cresce, e ne derivano rapporti violenti fondati sul "più di prima": sia l'individuo "incaricato" di essere il problema che chi intende controllarlo incrementano la loro violenza, ovvero la loro incapacità di dare senso a quanto sta accedendo. In alternativa al "più di prima", il fallimento collusivo e la confusione che lo accompagna possono permettere di pensare il contesto.

Nell'elaborare tali questioni, abbiamo in primo luogo ripensato ai nostri vissuti come psicologi, e a come, entro le esperienze di cui parleremo, siamo stati a nostra volta confrontati con il fallimento di fantasie: quelle che avevamo sul ruolo dello psicologo. In diverse situazioni è presente la frustrazione delle attese che avevamo su tale ruolo. È stata questa frustrazione che ci ha permesso, analizzando le nostre fantasie sulla professione, di cominciare a capire.

Presenteremo anche casi centrati sul rapporto tra famiglie e servizi. Si tratta di situazioni in cui lavoriamo per giovani con diagnosi di disabilità, e, più in generale, per giovani; ad esempio, giovani sportivi. Qui incontriamo un conflitto endemico nel rapporto tra servizi e famiglie, peraltro già evidente nella scuola; anche questo conflitto è connesso alla difficoltà di vedere la relazione. Si privilegia di nuovo un'ottica individualistica e diagnostica, la cultura attualmente prevalente. Incontriamo servizi organizzati dalla cultura della prestazione individuale: al neuropsichiatra si somma lo psicoterapeuta, ai due si somma l'operatore che fa assistenza domiciliare, eccetera. Ci si rivolge a individui, di cui incrementare prestazioni individuali: le capacità cognitive, comportamentali, emozionali individualmente intese. Si è entro una sorta di sommatoria di prestazioni e di capacità. Non si prendono in carico relazioni, interazioni, ma singoli individui sommati tra loro. Anche quando sono, apparentemente con ogni evidenza, un sistema di rapporti, ed è lì che nasce il problema. Ad esempio, pensiamo alla proposta di psicoterapia individuale a un figlio, a una madre, a un padre della stessa famiglia, senza mai considerare la relazione tra loro. E, cosa più importante ancora, sottolineiamolo, tra loro e il servizio. Questo anche quando il rapporto tra utenti e servizi è altamente conflittuale: non si ipotizza che il problema si possa rintracciare proprio in quel conflitto. Si pensa che il conflitto sia puramente e semplicemente un ostacolo all'intervento sull'individuo designato, e che sia da aggirare, sedare. Pure entro l'assistenza domiciliare, che immerge l'intervento entro un sistema di relazioni,

⁵ Abbiamo più volte proposto la contrapposizione tra diagnosticare o intervenire, vedi Carli, in questo stesso numero di *Quaderni*. Anche in Carli e Paniccchia (2016) viene proposta l'analisi della relazione come luogo del problema che caratterizza l'intervento psicologico clinico quale alternativa alla diagnosi.

ci si organizza come servizi individuali rivolti a un individuo, in sommatoria. Anche qui pensare il ruolo – di compagno adulto, ad esempio – permette di non agire tale cultura e di recuperare rapporti, rintracciando risorse per l'intervento in termini di persone e pensabilità. In altri termini, pensare il ruolo e non agirlo permette di utilizzare le relazioni come risorsa, e di non viverle come intrusioni disturbanti l'intervento rivolto al singolo individuo.

Aggiungiamo ancora due note, non marginali, ma accennate per non sovraccaricare di questioni questa premessa. La prima: in età evolutiva – che per i servizi pubblici arriva ai 18 anni – si tende a sovrapporre sviluppo della persona, orientato dall'evoluzione maturativa appunto, e sviluppo dell'intervento, ovvero gli obiettivi che ci si pone, le risorse che intende incrementare. Questo fa capire come ci si possa concentrare sugli individui in stato evolutivo per accompagnarne, correggerne, potenziarne il percorso perché segua le tappe previste, piuttosto che rivolgersi a capire un problema di relazione che concerne tutti i ruoli implicati: ragazzi diagnosticati, genitori, fratelli, amici, insegnanti, psicoterapisti, riabilitatori etc. Problema di relazione che può rivelarsi in modi inediti e la cui evoluzione può seguire strade imprevedute e da inventare. La seconda: abbiamo individuato nella possibilità di divertirsi, di divergere ironicamente dalle attese, un'azione interpretativa (Carli & Paniccia, 1983; Carli & Paniccia, 1984)⁶ che, decostruendo assetti collusivi disfunzionali, è al tempo stesso metodo di intervento e prodotto⁷. Si potrà notare come nei casi, quando si trova il modo di divertirsi insieme, ci sia una svolta.

Decliniamo ora tali questioni trattando i casi. I casi non vengono proposti nel loro sviluppo, cosa che avrebbe chiesto un altro taglio e un altro spazio. Centriamo l'attenzione sugli esordi, sul processo che istituisce le condizioni entro le quali si pensa l'intervento.

Il sostegno allo studio nelle scuole elementari⁸

Ho lavorato con un'associazione culturale per alcune scuole elementari che non prevedevano tutti i giorni il tempo pieno. La scuola, in accordo con l'associazione, integrava le ore mancanti con un modulo di sostegno allo studio pagato dai genitori. L'accordo tra scuola, associazione e genitori, fatto al momento dell'iscrizione dei bambini, prevedeva che quello spazio fosse utilizzato per fare i compiti. In quale prassi si potesse tradurre tale obiettivo non era scontato. Tutti i ruoli implicati avevano fantasie su cosa significasse “fare i compiti”. Partiamo da me. Quando ho iniziato, pensavo di dover convenire coi bambini come usare il tempo a disposizione. La mia formazione psicologica mi diceva che non c'è gruppo senza convenire insieme ciò che si fa. Al tempo stesso, mi sentivo obbligata – era questa la mia fantasia – a fare i compiti con loro. E pensavo che non potevo far altro che obbligarli. Oppure, ma era impensabile, potevamo ribellarci. Sentivo il peso che sia io che loro “sapevamo” che “si dovevano fare i compiti”. Riflettendo su queste fantasie con un lavoro e una fatica che questa frase nella sua scorrevolezza non fa immaginare, ho tradotto il “fare i compiti” da imposizione di un potere incompetente su di noi in possibile committenza. In questa ipotesi sia la scuola che la famiglia diventavano, da poteri incompetenti che mi ordinavano di fare, interlocutori con un problema che per questo si rivolgevano a me, e che parlavano il linguaggio che potevano, orientato dalla cultura prevalente.

Se non mi si ordinava di fare, restavano la possibilità e la necessità di interpretare l'incarico. Allora ho usato il limite “compiti” come interessante organizzatore. Ho proposto ai bambini che ci organizzassimo su come farli, scoprendo che questa libertà era presente e importante. Ci siamo detti che avremmo iniziato con un momento di gioco, e che poi avremmo fatto i compiti dividendoci in gruppetti che si aiutassero a vicenda; man mano che si finiva, si sarebbero aiutati gli altri oppure si sarebbe ripreso il gioco.

⁶ Per azione interpretativa s'intende quell'azione ristrutturante il setting, che lo psicoterapista mette in atto al fine di comunicare al paziente il senso di una specifica situazione della relazione, là dove sia impossibile per il paziente stesso accedere alla funzione di pensiero sulle emozioni. L'azione interpretativa è l'unico modo di procedere, utile allo psicoterapista, quando viene meno la funzione di “pensare su” da parte del paziente e l'unica modalità di stare nella relazione è quella dell'agito emozionale senza pensiero.

⁷ Desiderare è un evento mentale che confronta con i limiti della realtà. L'etimo del termine desiderare rimanda a “togliere lo sguardo dalle stelle” (de-sidera), quindi all'abbandonare le fantasie onnipotenti (Carli, 2015). Si può vedere in proposito anche Carli, 2012.

⁸ Nei casi si parla in prima persona per rendere più comprensibile l'intervento. Questo caso è a cura di Sara Manieri.

Questa era solo la prima tappa. In quello spazio emergevano questioni che non si potevano trattare senza considerare gli altri ruoli implicati nell'accordo di lavoro. Tale situazione era più problematica della prima. È difficile tirar dentro chi sembrava si fosse tirato fuori. Va infatti considerato che l'accordo tra genitori, associazione, scuola, era segnato da una cultura individualista e adempitiva, per cui i bambini fanno i compiti individualmente, e saranno più o meno bravi se li faranno, e se li faranno bene. Perché farli è scontato. Non era una cultura che verificava i rapporti che i bambini avevano con le maestre, coi genitori, con me, col contesto che stavamo condividendo, e che connetteva la riuscita scolastica con il modo in cui si vivevano queste relazioni. Era la cultura del bambino motivato, non del rapporto motivante.

Le famiglie erano soprattutto chi pagava ogni 4 mesi. Non era previsto di implicarle in maniera più articolata. Proposi all'associazione di fare nel corso dell'anno tre riunioni con i genitori. Pensavo a un setting in cui confrontarsi sul modo in cui stavo traducendo il compito di fare i compiti. L'alternativa, molto praticata, era "parlare nel corridoio": con maestre, *baby sitter*, genitori. Ciò non era sufficiente e creava scissioni, produceva frammenti di discorso dove c'erano sempre e solo i singoli bambini con i loro problemi, senza un'analisi delle relazioni con cui i bambini avevano a che fare.

Il caso di V. rappresenta tale frammentazione. V. era un bambino del gruppo di seconda elementare con cui avevo iniziato a lavorare. V. sfidava e provocava, ripetutamente e pesantemente, adulti e compagni. Quando stavo con questo gruppo ero incentrata su V. in un monitoraggio costante affinché la giornata finisse senza feriti. V. aveva dato il via in cortile a una "caccia alle femmine": le bambine venivano prese e infastidite fino al pianto. Era stato sorpreso mentre costrette le ragazzine in un angolo, gli faceva subire delle riprese con un iPod preso di nascosto a casa sua. Girava in classe con qualsiasi cosa assomigliasse a un'arma puntandola addosso ai compagni, esibiva una camminata lenta e ondulata con una sigaretta finta in bocca, urlava parolacce in 'romanaccio', a mensa mangiava con la bocca nel piatto, sputava, buttava acqua nei piatti degli altri. Sentendomi senza interlocutori, isolata con il gruppo di bambini, inizialmente avevo "provato di tutto": la comprensione, la spiegazione, le sgridate, le minacce, l'indifferenza. La situazione non era cambiata.

Poi ho cercato il senso dei suoi comportamenti. Li ho considerati comunicazioni. Questo è stato possibile solo mettendoli in relazione con i rapporti che V. aveva con me e con le altre persone presenti nel suo contesto scolastico e familiare. Era necessario ricucire frammenti, cercare connessioni. I comportamenti di V. non suscitavano difficoltà solo in me, ma anche nei compagni di classe e in tutti gli adulti che avevano a che fare con lui. La sua maestra, quando ci incontravamo, mi diceva che non sapeva cosa fare, che andava a casa con il mal di stomaco, che intendeva convocare i genitori, parlarne con la preside. Vedeva in V. "germi di bullismo". La *baby sitter*, quando lo veniva a prendere a scuola, mi diceva che la faceva impazzire. Quanto alla mamma, la prima volta che le avevo parlato mi aveva immediatamente pressato a valutare V.: come si comportava? Era una proposta catturante. In imbarazzo avevo detto che era vivace; lei incalzando mi aveva chiesto se si comportava normalmente. Sentirmi spinta a valutare mi sembrava una trappola; avevo detto che era più esuberante di altri. In una seconda occasione la mamma, venendo a prendere V., lo aveva trovato sdraiato per terra. Avevo iniziato a parlare, ma lei interrompendomi aveva detto con tono perentorio che era importante che io gli dessi delle regole. Avevo pensato che V., in quanto bravo provocatore, non solo conosceva molto bene le regole, ma sapeva che la madre voleva imporgliele. Mi chiedevo come condividere con lei le mie ipotesi. Dovevo trovare la possibilità di uscire dall'ottica diagnostica, che per altro si estendeva a macchia d'olio: un genitore di un bambino picchiato da V., mi aveva detto di aver litigato con la mamma, "una stupida" che non vedeva come il figlio "avesse problemi". Tutta la famiglia "aveva dei problemi": nelle famiglie normali i bambini non sono violenti.

Mi fermo qui con la storia con V.. L'intento non è di trattare un caso nella sua evoluzione, ma di impostare un'analisi della cultura della diagnosi. Nel caso di V. si vede come la scuola venga vista come una cornice scontata, da non chiamare in causa, di eventi individuali. In prima battuta, c'è solo V.. Quando entra in scena la madre – questo pare possibile solo attraverso il conflitto, altrimenti non sembrava prevista una sua implicazione – questa diventa a sua volta oggetto di "diagnosi". Tutti fanno diagnosi: V. "ha i germi del bullismo", "ha problemi", la madre è "una stupida", la famiglia "ha problemi". Siamo ancora entro il linguaggio comune, che peraltro con "bullismo" cerca termini quasi formalizzati.

Il mio ruolo, ricordiamolo, era di supporto allo studio. L'ho visto in prima battuta come ostacolante la mia libertà di azione come psicologa. Poi "fare i compiti", mi ha dato la possibilità di uscire dall'isolamento che mi rendeva impotente e di recuperare le risorse del contesto scuola: il rapporto con gli insegnanti, con la madre, con la formazione. È stato anche un ruolo, quello del supporto allo studio, che mi ha permesso di

essere negli eventi prima dell'invio a uno specialista della diagnosi, e di fare proposte sulla relazione alternative al diagnosticare gli individui. Ma quella di V. è la tipica situazione che esita nell'invio a uno specialista della diagnosi. Generalmente V. e forse anche la madre presto ne avrebbero una. Vediamo nel caso successivo cosa accade quando la diagnosi si formalizza, e viene data da specialisti.

Il compagno adulto di D.⁹

Anni fa ho lavorato per una cooperativa sociale che offriva servizi psicologici per adolescenti, su invio dei servizi sociali e sanitari del territorio, e in alcuni casi su committenza privata. Era uno dei miei primi lavori, ma sentivo di avere una qualche competenza psicologico clinica da spendere, appresa all'università; mi aspettavo però, pregiudizialmente, che fosse misconosciuta. Vorrei dedicare più spazio a come i giovani psicologi siano assetati di riconoscimento se si identificano con ruoli connotati dal potere della tecnicità, come è quasi fatale che accada entro la cultura diagnostica a cui non possono non partecipare. Anche se hanno impegnato parte della loro formazione a vederla criticamente, è solo entro le prime esperienze di lavoro che si potranno confrontare efficacemente con queste fantasie. Io non ignoravo che la costruzione di committenza nell'intervento ci chiede di capire le fantasie di cui siamo investiti per conoscere la relazione in cui veniamo implicati, eppure affrontavo l'impatto con la cooperativa come se mi dovesse riconoscere la validità dell'Analisi della domanda a cui mi andavo formando, più che pensare che avrei potuto usarla come metodo per stare nell'incontro.

Il colloquio di selezione, dove mi si propose di fare il "compagno adulto", fu frustrante: si dava per scontato che quella sarebbe stata la mia prima esperienza "clinica", entro una competenza totalmente da apprendere. Mi ero sentito prescrivere di diventar un contenitore vuoto da riempire con il loro *know how*. Avrei capito poi come fosse più interessante comprendere che tutto questo non era dedicato a me, ma fosse una fantasia sullo sviluppo e la formazione. Successivamente avrei visto come la cooperativa agisse spesso fantasie "evolutive", che prevedevano uno sviluppo lineare da uno stato iniziale fortemente carente a uno evoluto. Questo non solo con gli utenti (dall'adolescenza alla maturità) ma anche al proprio interno: si pensava che il personale potesse "crescere", in modo lineare, dal ruolo di operatore a quello di psicoterapeuta, tramite l'ingresso nella scuola di specializzazione a cui la cooperativa era associata. Era una sorta di "paradigma" sempre presente. Penso che questa fantasia sia in rapporto con il pensare allo sviluppo individuale, sovrapponendo quello biologico, mentale e sociale, come se tutto, in età evolutiva, procedesse verso una prevista "maturità" complessiva. Questa fantasia sullo sviluppo sembrava permeare tutte le attività della cooperativa.

Trovai anche contesti interessanti, dove si lavorava in gruppo e c'era la possibilità di interloquire. In particolare penso al "gruppo di supervisione" in cui si discutevano i casi. Periodicamente sui casi venivano organizzate anche "riunioni di rete", cui partecipavano i compagni adulti, i coordinatori e chi faceva le segnalazioni, ovvero neuropsichiatri, psichiatri, psicoterapeuti, assistenti sociali. Questi ultimi trattavano con le famiglie "in separata sede" entro un contesto di psicoterapia o consulenza, spesso carichi di conflittualità, ma entro il valore del fare il "bene dell'altro": l'adolescente. Agli operatori veniva chiesto di agire una relazione "evolutiva" con l'adolescente, utente del servizio, che si concludesse con la "maturazione" di una richiesta di psicoterapia e l'inserimento entro laboratori di gruppo, oppure, nei casi più gravi, con l'ingresso in servizi residenziali o semi-residenziali per la salute mentale.

Nel mio primo caso, la richiesta arrivò privatamente da parte del padre di D., un ragazzo di 17 anni con diagnosi che in passato era stata di "psicosi infantile", e allora era, con incertezze, di "autismo ad altissimo funzionamento". Mi dissero che il ragazzo stava vivendo un ritiro depressivo dopo la morte della madre, che passava molto tempo con una tutrice, che vedeva poco il padre, spesso fuori per lavoro, e che aveva "un rapporto complicato" con il fratello e la scuola.

La cooperativa era stata interpellata su consiglio dello psicoanalista di D. che, passati alcuni mesi dalla morte della madre, aveva deciso di "mettere il padre alle strette" ritenendo l'analisi mono settimanale insufficiente a occuparsi dei problemi del ragazzo. Lo psicoanalista venne descritto come l'autore di "un miracolo" che aveva permesso al ragazzo di evolvere nonostante un contesto familiare affettivamente inadeguato. A me

⁹ A cura di Felice Bisogni.

venne richiesto di insegnare a D. come “trovarsi una ragazza” e “sviluppare rapporti con i coetanei”. Mi aggiungevo così allo psicoanalista e alla tutrice.

Nel primo incontro, D. e il padre giunsero insieme in cooperativa. Il padre diede una pacca sulla spalla al figlio, invitandolo a parlare. D. disse che era veramente molto contento di iniziare questa esperienza. Mi sentii come quando i genitori di due famiglie amiche si mettono d'accordo per far incontrare i loro impacciati bambini. C'era un'emozionalità artefatta il cui “evolversi” era già previsto: faranno amicizia.

Nei primi incontri D. mi raccontava come alle medie fosse perseguitato da bulli che gli rendevano la vita impossibile; adesso le cose pareva fossero fin troppo rosee: “I compagni del liceo (la sua scuola all'epoca) quando è morta mia madre, sono stati fantastici, senza di loro non ce l'avrei fatta”. Dopo queste parole, però, non sapeva come proseguire. Col tempo capii qualcosa in più del contesto familiare. Passavamo buona parte degli incontri in casa. D. costruiva miniature e raccontava storie atroci che disegnava in un fumetto, il cui protagonista non esitava a trucidare figure adulte dittatoriali che lo perseguitavano. Se qualcuno della famiglia ci passava vicino, appena udiva di che parlavamo si allontanava subito. Messe in fumetto, le emozioni di D. sembravano trasformarsi in contenuti che non lo riguardavano, da manipolare a piacimento e da utilizzare per incutere il timore che incute “il folle”.

Io riportavo “fedelmente” queste macabre storie nel gruppo di supervisione; venni invitato ad astenermi dai racconti e se necessario a interromperli. “Sicuramente – dicevano – di questo si occupa lo psicoanalista”. Mi sembrò di cogliere la stessa paura della famiglia di D., come pure la fantasia che un “adulto” della rete ci togliesse le castagne dal fuoco eliminando ciò che inquietava. Proposi che D. poteva pensare le proprie emozioni contestualizzando i vissuti espressi dai racconti fantastici entro il rapporto con me e il suo contesto di vita. Mi risposero: “Impossibile: il ragazzo è psicotico”. Non mi fu facile intervenire con D. e la famiglia in disaccordo con loro, e finii col confondermi, disinvestendo sulla possibilità di contribuire attivamente alla costruzione dell'intervento.

Per tre mesi D. disegnò il fumetto mentre io combattevo con la sonnolenza. Gli proposi di lavorare insieme alla sceneggiatura. Mi inventai dattilografo, ebbi meno sonno, perfino mi divertii. Il fratello di D. si incuriosì: a pranzo iniziai a trovarli insieme, il fratello in cucina e D. che apparecchiava. La scena si ripeté più volte, fatta di fratellanza e reciproca cura. In supervisione mi dissero di proteggere l'esclusività del rapporto tra me e D. da “intrusioni esterne”. Io guardavo alla curiosità del fratello come a un evento interessante, anche se non sapevo bene che farmene.

Un giorno trovai il padre di D.. Aveva ritardato una partenza per parlare con gli insegnanti. “È la prima volta – dice – quando c'era mia moglie me la sbolognavo”. Parla del suo lavoro sempre in viaggio. “Quando sono fuori casa vorrei tornare, quando torno non vedo l'ora di andarmene: sarà per questo silenzio”. “Dillo a me – interviene D. – l'anno scorso c'era talmente silenzio che ho iniziato a parlare con il computer”. Emerge un problema di solitudine e isolamento, e la difficoltà condivisa dai membri della famiglia di trovare una modalità affettiva vera ed emozionalmente soddisfacente di stare insieme in seguito alla morte della madre.

D. iniziò a parlarmi della sensazione che alla fine della scuola il suo rapporto con “la classe” sarebbe finito. Si sentiva entro rapporti artefatti, aveva la sensazione che i compagni non gli dicessero ciò che pensavano. “Quelli delle medie, quelli che mi insultavano, anche se è assurdo, mi mancano: erano chiari”. Cercammo di mettere in relazione questo vissuto con il desiderio di D. di fare sempre una buona impressione, aderendo a quanto pensava che gli altri si aspettassero da lui. “Se costruisco le miniature potrò anche costruire la mia vita, no? Fino ad ora sembra che l'abbiano costruita gli altri” mi disse.

Riportai in supervisione le parole di D., e questa volta mi sorpresi. La coordinatrice disse che poteva essere utile “intervenire nell'ambiente familiare”; si poteva proporre al padre di intensificare gradualmente gli incontri; aggiunse che forse era stato un errore pensare che la presenza del fratello di D. fosse intrusiva.

*L'allieva trasgender*¹⁰

¹⁰ A cura di Federica Vernile.

Anni fa ho svolto il tirocinio presso un CIC, occupandomi di consulenza scolastica presso un Istituto Tecnico. Incontrai il professor R. sul pianerottolo durante il cambio dell'ora; diceva di aver bisogno di una consulenza: "Anche i docenti ne hanno bisogno". Viveva un forte disagio verso uno studente: non riusciva a chiamarlo per nome o a guardare dove era seduto. U. aveva 18 anni e sfidava il mondo. I docenti non sapevano come comportarsi. U. era il primo caso di transgender nella scuola.

U., inviata dalla docente di italiano, venne per due colloqui al CIC. Fu ricevuta dalla mia tutor; c'ero anch'io. Ripenso all'impotenza che provai nel colloquio con A., come U. voleva essere chiamata, avendo mutato il nome maschile con uno femminile. Nonostante tutte le difficoltà ce l'aveva fatta, disse alla tutor e a me. Nulla le faceva più paura. Al tempo stesso rispondeva con una sorta di impenetrabilità alle nostre proposte di pensare a quanto stava accadendo. Sembrava fosse venuta a "presentarsi" senza attendersi altro che essere riconosciuta nella sua scelta.

Con A. fallivano i modelli dello sviluppo come tendenzialmente lineare e prevedibile. Ci disse di essere una "M to F" (*Male to Female*); a 18 anni aveva iniziato, dopo test psicodiagnostici che accertassero la sua sanità mentale, ad assumere ormoni per cambiare sesso con un intervento chirurgico. La sua fisionomia, l'abbigliamento, il modo di fare erano molto cambiati anche rispetto a pochi mesi prima. Aveva i capelli lunghi e il reggiseno imbottito, aspettando che il progesterone facesse effetto. Ci parlava con un linguaggio medicalizzato, "tecnico".

Docenti e studenti sembravano non aspettarsi una trasformazione come questa; appariva come un evento improvviso, scioccante. Come se il "cambiamento" fosse stato un evento "magico" e improvviso e non si fosse verificato entro una relazione di quattro anni. Il professor R. diceva di essere in difficoltà. Non sapeva se dargli del lui o darle del lei, né cosa dire agli altri studenti durante le discussioni su quale bagno U. alias A. era giusto che usasse, se il maschile o il femminile. Ma R. sembrava anche volersene occupare in modo diverso. Gli dissi che capivo quanto fosse emozionalmente difficile la sua posizione: le sue fantasie su A. potevano farsi sempre più ingombranti senza un riscontro nel rapporto con lei. Gli proposi che parlare con A. e nel CIC potesse aiutarlo a elaborare ciò che viveva. R. tornerà a parlarmi: le difficoltà rimanevano, ma andava meglio nel rapporto con A..

La docente di italiano appariva la sola a non avere difficoltà con A., o meglio, a condividere con lei quello che pensava: riconosceva e nominava i suoi cambiamenti, mostrava di vederli, le faceva dei complimenti. È lei che l'aveva incoraggiata ad andare al CIC "per parlare", la prima volta perché l'aveva vista pensierosa, poi perché l'aveva vista angosciata.

La scuola andava mutando: A. aveva fatto fallire la fantasia che ci si potesse occupare di didattica, a prescindere dall'occuparsi delle relazioni con gli allievi e della loro soggettività.

Il compagno adulto, il caso di M¹¹

Ho collaborato con una Cooperativa romana all'interno di un progetto di compagno adulto per ragazzi dai 13 ai 18 anni. Parlerò del lavoro con M., una ragazza. M. nel corso dei tre anni precedenti aveva avuto tre operatrici diverse: la prima era andata via dopo aver trovato un lavoro "migliore", la seconda era stata rifiutata da M. perché non le "era piaciuta", la terza ero io. L'inviante, l'assistente sociale del servizio di Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) mi aveva voluto incontrare per definire insieme gli obiettivi del progetto, soprattutto in relazione al fatto che M. aveva 17 anni e mezzo e dopo altri sei mesi il servizio, destinato ai minori, non poteva più occuparsi di lei. L'assistente sociale era preoccupata che "dopo di noi" M. sarebbe sola con la sua famiglia e i suoi problemi.

Mi pareva di capire che dopo tre anni di intervento incentrato su M., il servizio si interrogasse sull'inefficacia di tale impostazione, ma non sembrava disposto a pensarci. Fino al "dopo di noi", spesso le famiglie dei ragazzi rappresentano il problema: sono famiglie da cui è meglio allontanarsi, anche fisicamente, attraverso il collocamento dei minori in case – famiglia. Quando per questo non ci sono i presupposti, giuridici e di altro tipo, veniva chiesto al compagno adulto di rappresentare la diversità, l'esempio al quale riferirsi per rifiutare quanto avveniva in famiglia nella sua problematicità, per separarsi mentalmente da un contesto pur

¹¹ A cura di Giulia Marchetti.

rimanendoci. La madre di M. aveva provato più di una volta a dire al servizio che non potevano ignorarla. Si era lamentata di non riuscire più a gestire la figlia. L'assistente sociale raccontava come la madre dicesse di M.: "Non sa fare niente, è meglio se sta a casa a fare le pulizie e a badare ai fratelli minori, almeno mi dà una mano". Diceva che M. era "matta", che mentiva, che non si rendeva conto delle difficoltà della famiglia, pretendendo di uscire e fare le cose che facevano i suoi coetanei. Tutto questo non veniva preso in considerazione dal servizio, che considerava la madre come un intralcio, il motivo per cui l'intervento su M. non sembrava riuscire nonostante tutti gli sforzi.

Con l'avvicinarsi dei 18 anni, l'assistente sociale aveva deciso di aggiungere un'altra figura professionale, sommando un altro intervento a quelli già in atto. Mi disse di aver proposto a M. di incontrare la neuropsichiatra infantile del servizio, nell'ipotesi di trovare "una situazione di sofferenza". Se fosse iniziato un percorso di cura, basato su una diagnosi che lo giustificasse, avrebbe potuto "traghettarla" verso il DSM. Sembrava fosse l'unica cosa da fare per non lasciare M. "da sola". Vista la diffidenza di M. verso questa proposta (che pensava dettata dalla madre), l'assistente sociale mi chiedeva di fare opera di convincimento. Disse che la neuropsichiatra aveva otto mesi di lista d'attesa, ma che aveva accettato di vedere M. in via del tutto eccezionale. L'ipotesi che io potessi convincere M. era una delle fantasie sul compagno adulto insieme ad altre, incentrate sull'idea di inserire in una famiglia qualcuno che potesse controllare e riferire quello che succedeva. Mi proposi di parlare con M. di questa proposta perché potesse pensarla; tale intervento portò M. a ritenere che l'assistente sociale avesse "a cuore" il suo caso e le volesse bene, e decise di fidarsi. Dopo aver incontrato la neuropsichiatra però, M. mi disse come avesse sentito pericoloso l'incontro, di cui la neuropsichiatra non aveva riconvenuto con lei l'obiettivo. La dottoressa le aveva fatto venti minuti di domande su tutti i componenti della famiglia; temeva che i problemi emersi avrebbero potuto portare all'allontanamento dei fratelli minori dalla madre, che per quanto "incapace, egocentrica e inaffidabile" era pur sempre la madre. Aveva a mente come la neuropsichiatra fosse inserita in un servizio che può "togliere i figli alle madri".

Il mio intervento fu poi dedicato a ritrovare, con M., il senso del lavoro dei vari servizi che si rivolgevano a lei. Tale funzione non veniva assunta dagli altri operatori che M. incontrava. Questi, dando per scontato il loro scopo, procedevano come l'assistente sociale, che però mi aveva almeno affidato l'incarico di "convincere" M.; questo mi aveva permesso di iniziare a occuparmi del problema. Man mano che l'intervento si medicalizzava, perdeva sempre di più la capacità di spiegare i suoi obiettivi: vediamo in proposito l'incontro con la neuropsichiatra. Se ogni operatore perseguiva un suo fine, senza convenirlo con M., M. veniva lasciata a fare fantasie senza riscontro sull'intervento di cui era oggetto. Mi sembrava sempre più chiaro che la mia funzione nell'intervento fosse pensare l'organizzazione, recuperare il senso di quanto si faceva.

Un intervento di supporto didattico¹²

Ho collaborato con un'associazione di psicologhe e logopediste. Le attività proposte a bambini, ragazzi e genitori erano di psicoterapia individuale, di coppia o di gruppo, di logopedia e di sostegno didattico. Mi era stato chiesto di occuparmi del supporto didattico di alcuni ragazzi seguiti in psicoterapia. L'utenza arrivava tramite invii del CSM della zona e i servizi erano pagati dalle famiglie. Arrivavano bambini e ragazzi con le diagnosi più varie: autismo, disturbi dell'attenzione, dislessia, disortografia, discalculia, disturbi dello sviluppo. Anche se già diagnosticati da CSM e da centri convenzionati con la Asl, le psicologhe dell'associazione riproponevano batterie di test cui seguivano diverse attività per ognuno dei membri della famiglia. Il lavoro era organizzato come sommatoria di interventi.

Mi venne chiesto se avevo competenze nell'ambito dei disturbi dell'attenzione e dell'apprendimento. Dissi di non avere quelle specifiche competenze, ma che avrei potuto lavorare sul senso che il "problema scolastico" aveva nei rapporti familiari. Mi si disse che erano interessati a questa prospettiva, ma che, anche se "il problema è relazionale", bisognava "accontentare" i genitori e non dimenticarsi di "fare i compiti". I "genitori difficili" venivano definiti "il maggior problema", sia dei figli che delle psicologhe. Erano ciechi di fronte a situazioni con "ovvie problematiche", "non si fidavano" di altri nella gestione del bambino, erano "controllanti, asfissianti, invadenti". La relazione con il bambino andava difesa dagli attacchi di questi genitori "mai soddisfatti" e con "infinite richieste".

¹² A cura di Silvia Policelli.

Mi sembrò che l'obbligo attraversasse tutte le relazioni, che fosse tra me e l'associazione, tra quella e le famiglie. Io sentivo l'obbligo di "far fare i compiti", le psicologhe quello di "accontentare" i genitori; i bambini non potevano che subire questa catena di obblighi.

La famiglia, connotata da un potere incompetente, era un persecutore che andava "accontentato" per essere liquidato. Si poteva però pensare al supporto didattico come un momento in cui era possibile incontrare la famiglia. Questi incontri, infatti, si svolgevano a domicilio, ed erano per questo una risorsa.

Sintetizzo brevemente un caso in cui compiti e setting domiciliare si rivelano, appunto, una risorsa. A. mi venne presentato come "caso urgente". La mamma, malata di cancro, aveva chiamato molte volte, piangendo, perché preoccupata per il futuro proprio e del figlio decenne. Mi si chiese di occuparmene.

Nel primo incontro la madre mi disse che era in ansia per il futuro di A. (che era presente). A. odiava la scuola, non capiva che ci andasse a fare, perché dovesse perdere tempo. A. disse che "era curioso": leggere gli piaceva, ma quello che proponeva la scuola lo annoiava. Avrebbe voluto fare altro, come passare più tempo a casa con i suoi. Questa parole mi colpirono. Sembrava che la madre non avesse messo in rapporto il non voler andare a scuola di A. e il suo stato di malattia; A. me ne stava parlando subito. Fino a quel momento i compiti avevano occupato tutti i suoi pomeriggi e la maggior parte dei fine settimana. Iniziammo a farli insieme e a finirli prima; potevamo godere di un "tempo liberato", e cercare spazi di divertimento da condividere anche con i suoi. A. divenne meno reattivo nei confronti della scuola e inventammo pure degli indovinelli su quanto studiavamo, un gioco che portò anche a scuola. Nei mesi successivi riuscii a parlare anche con il padre, e con padre e figlio insieme, di quanto accadeva a casa e a scuola.

Suppongo che l'incarico mi venne dato dall'associazione proprio perché fin dalla richiesta della madre si capiva che non si trattava di "fare i compiti". Appariva evidente che c'era un problema di rapporti, e di quello potei occuparmi. Resta il fatto che l'associazione, pur se condotta da psicologhe oltre che da logopediste, sembrava non poter neppure nominare una competenza psicologica che si occupi di relazioni. Pensiamo anche a questo quando parliamo di cultura diagnostica.

Una maestra con un incarico temporaneo¹³

Quando ancora ero specializzanda, ho avuto un incarico temporaneo come maestra in una scuola primaria di Roma. Dedicavo tre ore a settimana a una seconda classe, in copresenza con la maestra di italiano. L'obiettivo dichiarato era di "aiutarla" con una "classe difficile". Per un primo periodo ho dimenticato che la mia formazione psicologica mi invitava a chiedermi innanzitutto quali fossero le mie attese, e ho agito fantasie salvifiche. Ero contenta nel vedere i bambini entusiasti di alcune cose che finalmente capivano, ed ero angosciata all'idea che sarei stata con loro "solo" fino a giugno. Il sentirmi "indispensabile" parla di come stessi agendo la fantasia di avere una funzione sostitutiva, e di come non vedessi il rapporto con le maestre.

Poi ho iniziato a parlare con le insegnanti di cosa stavo facendo. Questo rendeva visibili alcuni apprendimenti dei bambini, che non concernendo prestazioni individuali e previste, non venivano notati, sia nella furia dell'andare avanti con il programma, sia per i modelli standard di apprendimento che le maestre sembravano avere. Rendere visibili i prodotti del loro insegnamento e parlare delle questioni poste dai bambini (e non dei bambini individualmente) dentro un contesto caratterizzato dall'azione ininterrotta penso possa essere stata una risorsa. Le maestre hanno iniziato a utilizzarmi per avere feedback rispetto all'apprendimento; ad esempio mi chiesero di partecipare a una riunione alla quale non ero tenuta ad essere presente, dicendomi che io vedevo aspetti che loro non vedevano.

Perché quella classe era "difficile"? Non c'erano bambini con diagnosi, ma queste venivano spesso evocate dalle insegnanti, che sembravano in difficoltà nel contenere la variabilità dei bambini. La diagnosi sembrava desiderata come un chiarimento tra quello che funzionava e quello che non funzionava. Sembrava dovesse "risolvere" le problematiche presenti assimilando diversità e mancanza di chiarezza al patologico, entro la rassicurante contrapposizione normale/patologico, appunto.

¹³ A cura di Carmela Mastroianni

La classe era di venti bambini; almeno otto avevano difficoltà nell'apprendimento. Degli otto, ben sette erano stranieri e avevano problemi di lingua. Nonostante questa possibile lettura trasversale, che poneva un problema condiviso, le maestre ripetevano che non si potevano incaricare dei problemi "di ciascuno". Come se ci si trovasse di fronte a otto idiosincratici e inconciliabili problemi. L'apprendimento era considerato come un processo che riguardava il singolo, e la classe veniva trattata come sommatoria di bambini piuttosto come un assetto relazionale dentro cui portare avanti un processo formativo.

In quest'ottica i bambini con difficoltà nell'apprendimento erano vissuti, da insegnanti e genitori (dei bambini "bravi"), come chi rallenta il programma. Sembrava si avesse in mente una classe ideale, che avrebbe funzionato a meno che non fosse stata ostacolata da problemi. La classe "buona", che funziona, era vissuta dalle maestre come necessaria per poter lavorare; quella era la loro classe; della classe "cattiva" non si capiva chi se ne dovesse incaricare. La motivazione allo studio degli alunni sembrava dover essere una premessa più che un prodotto.

In particolare, a creare problemi c'era M.: si alzava, urlava, batteva i piedi, cercava l'attenzione della maestra e la complicità degli sguardi divertiti dei compagni. Prendeva le cose dagli astucci dei compagni facendosi vedere, nascondeva ostentatamente qualcosa di suo per denunciare un compagno. Convocava l'adulto ad ammonirlo. Pensai che M. vivesse la frustrazione di sentirsi escluso per le difficoltà che incontrava nell'apprendimento, che non sapesse come partecipare alla classe.

Per molte maestre l'apprendimento sembrava fosse conformare i bambini a un modello atteso, rispetto al quale ogni diversità era deficit, e ogni deficit era caratteristica idiosincratica, stabile e acontestuale del singolo. Penso a commenti del tipo: "Sarà un sei per tutta la vita", "È un sette pieno", "Non è bravo perché non è creativo"; infine: "Non è normale!".

Iniziai a pensare che gli studenti "bravi" fossero quelli dotati di maggiore competenza collusiva con le maestre, e che gli altri rischiassero di essere sempre più emarginati, quindi disorientati. Come se capissero sempre meno cosa succedeva nel rapporto e non riuscissero a riorganizzarsi: sembravano spaesati, persi nelle fantasie, senza regole. Vedevo come sia rischiosa l'incompetenza a prendersi carico delle relazioni. A volte i bambini cercavano un'appartenenza e un senso dello stare a scuola convocando i compagni con proposte giocose e provocatorie, viste però dalle maestre come "non essere educati", "non essere normali", "essere infantili". Viene alla mente la scissione tra apprendimento e divertimento, un altro problema della scuola, che non aiuta né i bambini, né le maestre.

Un gruppo di allenatori di calcio di squadre giovanili¹⁴

Chiudiamo questo lavoro con caso molto chiaro su una questione presente in più di una situazione proposta: quando si lavora con giovani in età evolutiva, si può tendere a tradurre il proprio ruolo – che sia di allenatore, maestra, educatore, psicoterapista etc. – in funzione genitoriale. Parlerò di un intervento formativo rivolto a un gruppo allenatori di calcio di squadre giovanili (dai 6 ai 18 anni) di un'associazione calcistica. L'obiettivo era riflettere sul ruolo dell'allenatore.

È emerso un contesto vissuto come complesso e frammentato, dove si faceva fatica a rappresentarsi il proprio ruolo. In particolare è apparso un conflitto tra finalità, espresso come scontro tra funzioni tecniche ed educative: "Fin dove sono allenatore? Quanto devo farmi carico dell'educazione dei ragazzi?". Tale conflitto rimandava a quello tra famiglie e Associazione. Se la funzione educativa aveva un peso rilevante per le famiglie, che spesso hanno una domanda in proposito, nell'Associazione prevaleva la domanda di promuovere nuovi talenti.

Gli allenatori vivevano l'associazione calcistica come rigidamente vincolante i giovani atleti, invitati a dedicarsi allo sport come se fosse già una professione; ad esempio, chiedendo loro di trasferirsi nella struttura sportiva. L'Associazione aveva bisogno di selezione e differenziazione tra singoli: tra talenti, prestazioni, capacità, progressi e risultati in campo. Il problema non era tanto la prevalenza di una socialità

¹⁴ A cura di Pasqua Patrizia Maldese.

competitiva, quando il vissuto che i giovani fossero funzionali all'Associazione, e non il contrario. Si percepiva il timore di dover aggredire giovani e famiglie.

Da un lato gli allenatori avevano difficoltà a pensare di poter avere una qualche influenza sui dirigenti della società calcistica dove tutto era imposto dall'alto: "Se dico le mie opinioni mi si risponde: nessuno te le ha chieste". Dall'altro facevano fatica a pensare alla possibilità di uno scambio con i genitori, con i quali era molto difficile comunicare. I rapporti più difficili erano quelli con loro, e la fatica nel lavoro era associata a questo. Gli allenatori si chiedevano quanto fosse possibile collaborare con i genitori. Alcuni di loro "proiettano aspettative eccessive sui figli". Altri "mettono nei figli i loro sogni e pensano che debbano diventare ciò che loro non sono riusciti a diventare"; "Se dico che il figlio non è un talento, gli crolla il mondo". Inoltre molti genitori non erano in grado di mostrare per i figli nemmeno "quel minimo di affetto" che li avrebbe fatti partecipare alla tifoseria nelle giornate di partita. Gli allenatori erano sfiduciati, perché sentivano di doversi far carico dell'educazione dei ragazzi, ciascuno con la sua particolarità, ma allo stesso tempo di avere 17 ragazzi da seguire come allenatori.

Al tempo stesso, verso i giovani atleti provavano una vicinanza affettiva "genitoriale": se si lasciavano scappare delle dure critiche durante le partite, non mancavano i sensi di colpa, perché "ancora sono bambini". Gli allenatori dicevano di alcuni giovani calciatori: "X è un bambino di 10 anni; è 90 chili di uomo, ma è fragile, superficiale. Io sono il suo punto di riferimento"; "Y se ci sono io si concentra, se va con un altro allenatore è molto distratto". Poi aggiungeva: "Non posso prendere il posto del papà, ho 17 ragazzi da seguire". Perciò gli allenatori si sforzavano di "marcare i confini", facendo i "mister-atleta" per non assumere il ruolo genitoriale. Avevano anche riportato il caso di un giovane atleta straniero, acquistato dalla società e portato in Italia. Avevano scoperto che inviava i soldi guadagnati nella società alla famiglia. Dicevano di essersi trovati nella situazione di doversi assumere la tutela del ragazzo, sostituendosi al ruolo parentale, e di aver deciso di non retribuire più il giovane per insegnargli il senso del denaro, dell'autonomia; questo credendo che la famiglia del ragazzo si approfittasse di lui.

Si può notare come nel vissuto degli allenatori il conflitto tra Associazione e famiglie, tra allenare ed educare assumesse la veste di un conflitto tra la funzione dell'allenatore o quella del genitore. In altri termini, è come se la formazione dei ragazzi non sembrasse traducibile in una specifica competenza, integrabile con l'allenamento al gioco, ma venisse espressa come fantasia di fare i genitori, in particolare di fare il padre.

Bibliografia

- Alonzi, V., Guido, D., Sarubbo, M., & Sotgiu, C. (2011). L'assistenza educativa e la funzione dell'educatore: un'area e uno strumento di intervento per lo psicologo nel contesto scolastico [The educational assistance and educator function area and a policy instrument to the psychologist in the school context]. Unpublished manuscript.
- Atzori, E. (2016). La perdita del potere sul paziente: svantaggio o sviluppo? [The loss of power over the patient: Disadvantage or development?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Brescia, F., Conti, I., De Bellonia, M., Giovannetti, C., Guido, D., Izzo, P., ... Verducci, L. (2011). Il rapporto fra psicologia e scuola. Alcune ipotesi a partire da esperienze lavorative [The relationship between psychology and school. Some hypotheses from work experience]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 100-112. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The charming illusion of possession, the ritual obligation of exchanging, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R. (2015). Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando all'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (20016). Diagnosticare o intervenire [Diagnose or Intervene]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-18 . Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccia R.M. (1983). L'assenza nella dinamica istituzionale. Prime note per una teoria del cambiamento nei gruppi [The absence in the institutional dynamic. First notes for a theory of change in groups]. *Quaderni di psicoterapia di gruppo*, 2, 149-168
- Carli, R., & Paniccia R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: lo "spazio anzi" [For a theory of social change: the "spazio anzi"]. In G. Lo Verso & G. Venza, *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*. Roma: Bulzoni.
- Carli, R., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., Gurrieri, R., & Paniccia, R.M. (2015). La cultura locale del Servizio di assistenza specialistica nelle scuole della Provincia di Roma. [The local culture of the special assistance service in schools of the Province of Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 16-32. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of psychological clinical intervention]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia R.M. (2012). Convivere [Coexist]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2016). I "nuovi lavori" degli psicologi e la competenza a colludere ["New psychological work" and the competence to collude]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 16-31. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>.
- Giovagnoli, F., Caputo, A., & Paniccia, R.M. (2015). L'integrazione della disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado italiana: Una ricerca presso un gruppo di assistenti all'autonomia e alla comunicazione [Integration of disability at primary and lower secondary schools in Italy: A research study on assistants for autonomy and communication]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 167-200. Retrieved from [Retrieved from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it)
- Giuliano, S., & Sarubbo, M. (2012). L'assistente di sostegno della disabilità a scuola: la competenza psicologico clinica a pensare al rapporto come alternativa per il controllo e la tolleranza [The assistant of the disability support at school: clinical psychological competence to think of the relationship as an alternative for the control and tolerance]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 121-128. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Marchetti, I. (2015). Il servizio per l'integrazione scolastica degli studenti con disabilità: La proposta culturale della Città metropolitana di Roma Capitale [The service for integration of students with disabilities: The policy of the Città Metropolitana di Roma Capitale]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 6-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

- Paniccia, R.M. (2012a). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Assistants autonomy and integration for disability at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Psicologia clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical psychology and disability: The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of co-existence that offers risks of marginalization]. *Quaderni della Rivista della Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>