

Psychotherapy in the context and diagnosis. Theoretical issues and clinical experiences

Pamela Crisanti**, *Nicolo' Mariani**

Abstract

In this article we will present some reflections on clinical activity we call 'psychotherapy in the contexts' in relation to the issue of neuropsychiatric diagnosis, with the aim of offering material that develops the scientific debate within the framework of psychological intervention. We would like to focus on the way that we construct's building psychotherapy in the contexts, starting from our experience working with families who have children with diagnosis. In this article we will cover psychotherapeutic intervention in relation to neuropsychiatric diagnoses and how we believe it is possible to discuss these two areas. Below are two clinical situations: the case of Anna in which those who write are both directly involved and that of Leoni, which saw the direct involvement of just one of us, but that the utility to be a service has resulted in the organization of regular meetings of reflection among us.

Keywords: children; boys; families; diagnosis; clinical intervention; game; visits; psychotherapy.

* Psicologa clinica, specialista in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma. E-mail: pamelacrisanti@gmail.com

** Psicologo clinico, specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma. E-mail: nicolo.mariani@hotmail.com

Crisanti, P., & Mariani, N. (2017). Psicoterapia nei contesti e diagnosi: Questioni teoriche ed esperienze cliniche [Psychotherapy in the context and diagnosis. Theoretical issues and clinical experiences]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 13-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Psicoterapia nei contesti e diagnosi: Questioni teoriche ed esperienze cliniche

Pamela Crisanti^{*}, Nicolò Mariani^{**}

Abstract

In questo articolo esporremo alcune riflessioni sull'attività clinica che definiamo “psicoterapia nei contesti” in rapporto alla questione della diagnosi neuropsichiatrica, con l'obiettivo di proporre del materiale che sviluppi il dibattito scientifico entro tale ambito di intervento psicologico. Vorremmo porre l'accento sul senso che andiamo costruendo del costrutto di psicoterapia nei contesti, partendo dalla nostra esperienza di lavoro con famiglie che hanno bambini o ragazzi con diagnosi. In questo articolo tratteremo dell'intervento psicoterapeutico in rapporto alla diagnosi neuropsichiatrica e di come riteniamo sia possibile far dialogare questi due ambiti. Proporranno due situazioni cliniche: il caso di Anna, in cui coloro che scrivono sono entrambi coinvolti direttamente, e quello della famiglia Leoni, che ha visto l'implicazione diretta di uno solo di noi, ma in cui l'utilità di essere un servizio si è concretizzata nell'organizzazione di periodici incontri di riflessione tra noi professionisti.

Parole chiave: bambini; ragazzi; famiglie; diagnosi; intervento clinico; gioco; uscite; psicoterapia.

* Psicologa Clinica, specialista in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma. E-mail: pamelacrisanti@gmail.com

** Psicologo Clinico, specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda. SPS (Studio di Psicosociologia), Roma. E-mail: nicolo.mariani@hotmail.com

Crisanti, P., & Mariani, N. (2017). *Psicoterapia nei contesti e diagnosi: Questioni teoriche ed esperienze cliniche* [Psychotherapy in the context and diagnosis. Theoretical issues and clinical experiences]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 13-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Introduzione

Lavoriamo da anni con famiglie, bambini, ragazzi, adulti diagnosticati in vario modo come autistici, iperattivi, disattenti, oppositivi, psicotici, etc. Abbiamo lavorato entro questo ambito con ruoli diversi: operatore, tecnico comportamentale, educatore, compagno adulto, psicologo. Su mandato di associazioni e cooperative, entro diversi contesti: centri di riabilitazione, centri diurni, scuole (dall'asilo nido al liceo), servizi domiciliari. Con obiettivi diversi: assistenza, riabilitazione, sviluppo delle autonomie, psicoterapia. Obiettivi che sono vuoti se non si lavora per dargli un senso.

Condividiamo l'interesse a sviluppare un metodo di lavoro comune e abbiamo organizzato la nostra attività clinica (a partire dallo studio privato) lavorando insieme, utilizzando un metodo che poggia le sue basi teorico-tecniche sul modello psicoanalitico dell'analisi della domanda. Come scrivono Carli e Panicia, (2016):

[...] un approccio che non vuole proporre ipotesi sulla “eziologia” (genetica, intrapsichica o relazionale) del disturbo. Non si tratta di un approccio *diagnostico*, quindi. Quell'approccio diagnostico così incerto, troppo spesso vago, impreciso, ma al contempo saccente e accattivante, perché fondato sull'imitazione del modello medico. Si tratta di cogliere che, qualsiasi sia la “diagnosi” attribuita a una persona vista come problematica, *il luogo (e non la causa) del problema è la relazione*. Ad esempio, il luogo del problema di un bambino autistico non è, di fatto, il suo “autismo” quanto la relazione tra genitori e ragazzino, tra bambino e compagni di scuola o tra bambino e insegnanti, tra famiglia del ragazzino autistico e contesto sociale, sanitario, riabilitativo. È all'interno della relazione che va proposto l'intervento, così come lo stiamo proponendo (p. 20).

Proponiamo di seguito una nostra esperienza, nell'obiettivo di aprire una finestra sulla cultura della diagnosi e dei servizi che si conformano a tale cultura.

Il passaggio dall'applicazione di tecniche all'intervento

Uno di noi incontra i primi ragazzini con diagnosi di autismo come operatore in laboratori di gruppo di un noto centro convenzionato. All'inizio dell'esperienza fu mosso dall'interesse a lavorare nel sociale, entro una idealità politica e per avvicinarsi a lavori pensati come psicologico clinici. Tuttavia l'iniziale spinta promossa da queste prime esperienze, viene poco a poco a decadere, lasciando spazio al desiderio di avere maggiori strumenti per intervenire, che fossero volano per la costruzione di criteri clinici. L'obiettivo riabilitativo fallisce quasi sempre. L'imprevedibilità dei ragazzi, le fughe, gli sputi, il lavoro sempre uguale a se stesso deprimono le aspettative riabilitative, riducendo la funzione psicologica a un contenimento, o meglio, si assume che la funzione psicologica sia quella di “placcare” e contenere i ragazzi, come un infermiere in un manicomio.

Il desiderio di avere maggiori strumenti per intervenire orienta verso la fantasia di utilizzare tecniche forti che possano produrre risultati tangibili, qualcosa che funzioni; parliamo di una esperienza professionale fondata sull'utilizzo di tecniche comportamentali, come l'A.B.A. Analisi Applicata del comportamento. Il principio base è quello di pensare che ogni comportamento ha una funzione, comprensibile attraverso un'analisi di ciò che succede prima del comportamento in esame e di ciò che succede dopo. Attraverso la manipolazione dell'antecedente o del conseguente (rinforzi) è possibile modificare il comportamento. L'A.B.A è ritenuto ad oggi il metodo riabilitativo maggiormente risolutivo se utilizzato precocemente con bambini autistici. Le associazioni di famiglie con bambini o ragazzi autistici promuovono molto spesso la formazione degli operatori su questa tecnica. La terapia A.B.A. avviene a domicilio e si seguono dei programmi promossi da supervisori che controllano il modo corretto di eseguire le tecniche per arrivare a diversi obiettivi educativi, i miglioramenti sono documentati da dati che vengono inseriti in diagrammi.

La categoria dell'“esperto” sembra essere utile per comprendere il funzionamento di questi contesti. Vi sono delle prassi giuste e delle prassi sbagliate, le prassi giuste portano ad avere “il controllo istruzionale” del ragazzino, cioè il ragazzino fa quello che gli dici. “Il controllo istruzionale” è un'occasione di vanto per l'operatore, soprattutto rispetto alla famiglia. Il ragazzino deve fare quello che gli dice l'operatore, l'operatore quello che gli dice il coordinatore, il coordinatore quello che gli dice il supervisore. Il rapporto con i genitori si fonda sull'alleanza rispetto alle strategie tese a modificare il figlio, a renderlo diverso da come è, attraverso le buone prassi conosciute dall'esperto. Anche se esplicitamente è assolutamente negata, in quanto l'autismo è genetico, la fantasia della cura organizza tutti gli aspetti della terapia.

I problemi che emergono nel corso degli interventi spesso sono riferiti dai professionisti a una colpa dei genitori, che non rispettano come dovrebbero le strategie educative elaborate per i figli. La fantasia della cura attraverso tecniche corrette porta allo sviluppo di momenti di incontro con le famiglie, di seminari e conferenze tese alla descrizione di cosa si “dovrebbe fare”, ad elencare le norme del buon comportamento, piuttosto che stare sui problemi reali e contestuali legati all'autismo.

Va ricordato che, soprattutto con i ragazzini più piccoli, si apprezza un cambiamento. Alcuni comportamenti problematici diminuiscono e avvengono alcuni apprendimenti nuovi. Tuttavia i programmi di intervento sono autoriferiti, standardizzati, tesi al miglioramento delle statistiche. Riportiamo una vignetta clinica.

Uno di noi ha in carico un bambino di 8 anni, 20 minuti ad incontro si lavora sulla sua capacità richiestiva, vista come capacità individuale. Per favorire la capacità richiestiva si utilizzano esercitazioni tipo guardare video di treni o aerei sul tablet; poi si spegne il tablet e si aspetta che il bambino dica “accendi” o “accendi video” o ancora meglio “accendi video treno”. Molto spesso i bambini riescono ad apprendere a fare questo tipo di richieste. Ma durante un incontro, dopo aver lavorato sulla capacità richiestiva, lo stesso bambino che prima aveva dato buona prova di apprendimento, butta per terra una sedia, perché vuole il cioccolato. Promuovere delle richieste verbali nel rapporto con il ragazzino, utilizzando ciò che a lui piace, è utile ai fini di stabilire le regole del gioco nel rapporto tra bambino e psicologo, tuttavia perde di senso se viene utilizzata come tecnica acontestuale. Insegnare a dei ragazzi a farsi il bidet da soli, a giocare a un gioco sociale o a richiedere verbalmente degli oggetti piuttosto che con dei comportamenti violenti, sembra acquisire utilità solo se messo entro lo sviluppo del rapporto tra psicologo e il ragazzo e tra questi e il contesto in cui si incontrano. Questa esperienza ci pare utile per differenziare i diversi modi in cui è possibile intervenire; come scrivono Carli e Paniccchia (2017):

Attenzione all'individuo e alla dinamica intrapsichica, oppure attenzione alla relazione e ai contesti culturali entro i quali la relazione si dispiega. Questi sono i due poli caratterizzanti prassi e teorie della tecnica profondamente diverse, attente alla psicopatologia dei singoli individui la prima, ai problemi di sviluppo entro le relazioni sociali, familiari, scolastiche, lavorative, politiche, economiche, ludiche, artistiche, di genere, di razza, di religione, di censo, di origine geografica e di adattamento sociale più in generale, la seconda (p. 5).

La proposta di un servizio

Proporremo ora delle situazioni cliniche che abbiamo incontrato attraverso il nostro Servizio di Psicoterapia.

Il Servizio. Abbiamo organizzato un servizio di psicoterapia che risponde a problemi di famiglie alle prese con questioni poste dall'aver ricevuto una diagnosi. Incontriamo insieme famiglie, e realizziamo interventi rivolti a bambini e ragazzi utilizzando il gioco e l'organizzazione di uscite. Utilizziamo la relazione come mezzo e oggetto dell'intervento. Il gioco e le uscite sono strategie di intervento adatte alle questioni relazionali che pongono i genitori di figli con diagnosi e dai ragazzi stessi.

Cosa chiedono le famiglie. La diagnosi in età evolutiva organizza per i bambini e i ragazzi che la ricevono anni di interventi riabilitativi più o meno efficaci; in quasi tutti i nostri casi nessun servizio si è occupato di dare senso all'evento diagnosi. Le famiglie ci chiedono di aiutarle a vivere il coinvolgimento emozionale che la relazione con i figli diagnosticati propone loro. La diagnosi da sola non permette di avere a che fare con questo coinvolgimento. Molti genitori sono estenuati dai comportamenti incomprensibili dei figli; sono preoccupati se non li comprendono; sono confusi e arrabbiati nell'aver a che fare con scuola e servizi preposti alla cura. Molti ci pongono domande come: “Mio figlio dice tutte queste parolacce perché è autistico?” O “perché è proprio lui fatto così, io non so che fare ...” , “è corretto metterlo in punizione?”

Cosa chiedono i figli. Vediamo bambini e ragazzi di diverse fasce d'età. Quello che chiedono è di non essere considerati sempre e solo come problematici, strani, incomprensibili. Sono ragazzi isolati, i rapporti familiari sono gli unici che vivono, hanno difficoltà nella costruzione di rapporti sociali entro i quali ci si possa divertire.

Questioni di metodo. In tutti gli interventi che facciamo come psicologi e psicoterapisti, dalla consulenza in studio, a quella organizzativa, alla psicoterapia nei contesti, il fulcro del nostro lavoro è colludere con i nostri clienti su un oggetto terzo rispetto alla relazione tra professionista e cliente, oggetto terzo che è quell'avventura conoscitiva che sostanzia la pratica psicoanalitica. Citiamo Carli e Panicia (2017):

Cosa terza, ricordiamolo, perché altra, quindi alternativa alla dualità restrittiva della relazione. Si tratta della finzione. Per convenire sulla “cosa terza”, in altri termini, serve *fingere*¹. La “cosa terza” va costruita; le si può “dare forma”, solo tramite un’emozionalità progettuale che comporta da un lato il convenire della dualità relazionale su tale processo e dall’altro l’immaginarsi, il prefigurare, il costruire progettuale di qualcosa che si ponga quale “terzo” o, se si vuole quale “prodotto” della relazione stessa” (p. 9).

Quali sono le azioni interpretative che costruiscono questo “fingere” con i nostri clienti diagnosticati? Il “pensare su”, il “fare insieme”, il “fare come se”, il “gioco” sono il nostro metodo. Chiediamo qui aiuto ad Huzinga (1939/2002) che descrive le caratteristiche del gioco utili ai nostri scopi.

Il gioco come tale oltrepassa i limiti dell'attività puramente biologica: è una funzione che contiene un senso. Al gioco partecipa qualcosa che oltrepassa l'immediato istinto a mantenere la vita, e che mette un senso nell'azione del giocare [...] il gioco è anzitutto e soprattutto un atto libero. Il gioco comandato non è più gioco [...] il gioco non è la vita ordinaria o vera. È un allontanarsi da quella per entrare in una sfera temporanea di attività con finalità tutta propria [...] nonostante l'ansioso desiderio di vincere il gioco, il giocatore si deve mantenere entro certi limiti del lecito prescritto dal gioco. Le qualità di ordine e tensione, proprie del gioco, ci portano a considerare la regola del gioco [...] ogni gioco ha le sue regole [...] non appena si trasgrediscono le regole del gioco, il mondo del gioco crolla [...] Tuttavia la sensazione di trovarsi insieme in una situazione eccezionale, di partecipare ad una cosa importante, di segregarsi insieme dagli altri, e di sottrarsi alle norme generali, estende il suo fascino oltre la durata del gioco stesso (pp. 10-16).

Con bambini e ragazzi presi da continui agiti, con scarsa voglia di parlare di problemi, il gioco e le sue regole forniscono l'oggetto terzo simbolico e concreto che permette di parlare del rapporto tra cliente e psicologo.

Il caso di Anna

La committenza. A dicembre dello scorso anno veniamo contattati da una signora che chiede un intervento che aiuti la figlia Anna a uscire di casa. Anna ha 18 anni e ha una diagnosi di autismo ad alto funzionamento. La signora ha ricevuto il nostro numero dalla presidente di un'associazione che si occupa di autismo con cui collaboriamo, associazione che la signora aveva trovato cercando su internet.

Primo colloquio a studio con la madre di Anna. La signora entra in studio piena di buste, borse e zainetti. Riempie la stanza con le sue cose e con le sue parole, è difficile parlare e quando lo facciamo la signora si rifugia nel cellulare, o cerca il carica batterie nella borsa, che non trova, e ci chiede di prestargliene uno. C'è l'impressione che superi fastidiosamente i confini che ci aspetteremmo in uno studio di professionisti. È una bella donna, seducente, soprattutto quando accavalla le gambe l'associazione con Sharon Stone è immediata. La cura del suo aspetto colpisce rispetto alla descrizione che fa della figlia come in sovrappeso, goffa e ultimamente anche irsuta.

Si convince subito che noi siamo le persone giuste per Anna e pensa che potrebbe farle interrompere la psicoterapia, chiedendoci se i due lavori potrebbero essere in contrasto. Le rispondiamo di no e le diciamo che da come ne parlava, la figlia sembra invece avere un rapporto importante con la psicoterapeuta. Non sarebbe un buon inizio presentarci come i sostituti di tale rapporto. Per noi è importante capire se c'è, o se è possibile costruire, un interesse tra Anna e noi a lavorare insieme. Ci lasciamo con l'idea di rincontrarci anche con il papà.

Dopo l'incontro con la madre, vediamo entrambi i genitori in studio. La madre lavora per un'azienda che organizza eventi, il padre è produttore cinematografico e ci sembra più orientato nel rapporto con noi. Ci raccontano che la figlia è sempre stata bizzarra e goffa; da piccola non si notava tanto, adesso i suoi problemi

¹ corsivo nostro

sono evidenti. Spesso ha crisi di rabbia o attacchi di panico. Ha cambiato molte scuole per problemi con i compagni o con le insegnanti. Il giorno del suo diciottesimo compleanno viene "bullizzata" da alcune compagne di scuola che le tagliano una ciocca di capelli; nello stesso periodo, attraversando i binari del treno per andare a scuola, cade e si rompe una caviglia. Questi due episodi la portano a non voler più tornare a scuola, perdendo l'anno anche se ha un buon rendimento scolastico. Si chiude in casa, rifugiandosi nella lettura; spesso la trovano a leggere sotto il lavandino della cucina. Si domanda sempre più spesso se lei è matta, o lo sono tutti gli altri; spesso dice di sentirsi sbagliata, alcune volte dice di sentire delle voci; ripete che lei non ha nessun autismo sociale come le ha detto la neuropsichiatra, si sente vittima di un'ingiustizia. I genitori sono molto preoccupati dall'isolamento della figlia, anche se quest'anno avendo cambiato scuola la situazione sembra star migliorando.

Ci presentiamo come psicologi con esperienza con persone diagnosticate, dichiariamo che lavoriamo dentro e fuori lo studio, utilizzando strategicamente il gioco o le uscite, diciamo che con alcuni ragazzi lavoriamo anche in gruppo. Nel lavoro chiediamo un loro coinvolgimento, ritenendo che le questioni di cui ci parlano in rapporto alla figlia siano utili ed interessanti e che vadano tenute insieme al lavoro che andremo costruendo con Anna. Esplicitiamo che non abbiamo un unico modo standardizzato di lavoro, quindi stabiliamo alcuni incontri per capire che lavoro proporre.

Primo incontro con Anna. Anna arriva accompagnata dal padre, le chiediamo se preferisce parlare insieme con lui, o stare noi tre da soli. Entriamo con Anna, il padre ci aspetta fuori. Rimaniamo impressionati: Anna sembra un po' un'orchetta, i vestiti sono ricercati, ma dai pantaloni si scorge l'attaccatura del sedere, dalla maglietta esce un rotolo di grasso, dà l'impressione che siano abiti non suoi. Quando parla sputacchia un po' e quasi tutto il tempo si copre il viso con i capelli. Le chiediamo cosa i genitori le avessero detto di noi. In un lungo flusso di parole, ci dice che il padre le ha raccontato che siamo fighissimi e che potremmo fare delle cose insieme tipo il volontariato alla Croce Rossa, lei all'università vorrebbe fare medicina e poi neuroscienze. Parla male di quello che definisce il "compagno-amico"², di quanto sia stupido che qualcuno la portasse in giro per strada, e di quanto fosse stupida la neuropsichiatra che ne aveva parlato, tra l'altro dicendole che aveva l'autismo sociale. Ci racconta dell'incazzatura con una preside che l'avrebbe accettata a scuola solo con il sostegno e di come lei, offesa, avesse lasciato quella scuola. Non si è offesa per la proposta del sostegno, ma perché la preside l'ha accusata di essere di disturbo in classe. Anna riferendosi alla preside dice: "Quella è violenta". Ci parla dell'incidente alla caviglia e poi ancora di quanto sono stupide alcune persone che fanno cose senza senso. Ci differenziamo dal "compagno amico", le diciamo che le proporremo di scegliere insieme qualcosa da fare sia a studio che fuori. Lei tiene sempre i capelli sul viso, le facciamo i complimenti per la tinta che si è fatta da sola. Parliamo di capelli, tatuaggi e mode giovanili. Per due volte le proponiamo di porsi come nostro cliente, chiedendo cosa le interesserebbe fare con noi e lei improvvisamente dice di sentirsi male e di sentire il bisogno di vomitare, si alza per andare alla finestra a prendere aria, noi restiamo in silenzio, dopo poco si calma. Ci salutiamo lasciandole il nostro numero di telefono, se vorrà rivederci potrà chiamarci.

Attraverso la madre, Anna prende un nuovo appuntamento. Lei sempre con i capelli davanti al volto. Parla dei suoi problemi con i compagni, con la scuola e con la famiglia. Ci sentiamo costretti entro un rapporto in cui ci sono due terapeuti che cercano di trovare problemi, mentre lei, nascosta dietro i capelli, coerentemente si presenta nella sua problematicità negata. Proponiamo allora di fare un gioco di carte. In un attimo ci sediamo per terra e diventiamo tre giocatori, tre persone che parlano. I capelli liberano il volto per tornare sul collo. Ci salutiamo divertiti, ci dice che era un secolo che non giocava.

La volta successiva proviamo vari giochi, ci focalizziamo su un gioco da tavolo in cui vanno collegate delle località dell'Europa con dei trenini. È divertente giocare insieme, parlando con Anna ci risulta una ragazza molto intelligente, è appassionata di scienza e di filosofia o di attualità, adora Bauman. Anna ci chiede delle nostre esperienze personali. Si interessa a noi. Quando, uscendo dalla stanza, incontra la madre, le dice quanto è bello il gioco a cui abbiamo giocato e parla della possibilità di comprarlo, visto che loro non

² Anna si riferisce alla funzione del *Compagno Adulto*, che - come scrivono Cordiale e Montinari (2012) - è un intervento terapeutico innovativo e complesso che si pone l'obiettivo di accompagnare e sostenere il ragazzo nei suoi compiti evolutivi mediando tra realtà interna e realtà esterna per permettergli di usare al meglio le proprie risorse e quelle del contesto ambientale. Inserito in un contesto teorico ad orientamento psicodinamico psicoanalitico specifico per la fase dell'adolescenza, la tecnica del "compagno adulto" ha prodotto un avanzamento clinico-teorico che si declina nel concetto di alleanza terapeutica e di relazione col compagno come dimensione intra e inter-psichica fra adulto e adolescente, fra terapeuta e paziente, fra componenti diverse del gruppo di lavoro nell'istituzione.

giocano mai. La madre le risponde che in realtà è lei che si rinchioda nelle sue segrete stanze. Anna si ricopre il viso con i capelli.

La volta dopo ha comprato il gioco, ci sta giocando tantissimo con sua sorella minore. La volta successiva ci chiede di giocare a carte, noi le abbiamo dimenticate in macchina. Insieme usciamo a recuperarle e aspettando al semaforo, commentiamo la bellezza di un monumento, cominciamo a parlare di quante cose belle ci siano da vedere, musei, mostre. Ci salutiamo accordandoci di andare a vedere la mostra sul DNA al palazzo delle esposizioni.

L'uscita: la mostra al Palazzo delle Esposizioni a Roma. Organizziamo l'uscita coinvolgendo la famiglia, la mamma è in fibrillazione, farà di tutto per accompagnare Anna, pensa che possa essere proprio utile per la figlia; lasciamo che scelgano insieme dove vederci, in studio oppure direttamente al Palazzo delle Esposizioni. La signora ci richiama e ci accordiamo per vederci all'ingresso della mostra. Anna è uscita da scuola, ha pranzato con alcuni compagni e poi con l'autobus è arrivata da sola con un anticipo di 30 minuti. La signora è preoccupata ci chiama per avvisarci dell'anticipo e ci chiede di informarla non appena avremo raggiunto Anna. Ci dice che ogni volta che Anna esce da sola prega santa Pupa, preposta alla protezione dei bambini. Guardiamo la mostra, ne parliamo un po', beviamo una cosa al bar. Parliamo delle nostre esperienze scolastiche e dell'università. Torniamo in metro a studio, dove sarebbe venuta a prenderla la madre. Sul biglietto c'è uno sconto per entrare alla mostra *Art of the brick*, Anna lo nota e le piacerebbe andarci; uno di noi che c'è già stato, racconta che è molto bella e le dà il suo biglietto. Anna è felice, dice che ci andrà per conto suo, con sua sorella, visto che ha due sconti. Prima di salutarci propone che un'altra volta potremmo andare al Santa Maria della Pietà a vedere il Museo della mente, qualche anno fa la sua classe ci andò, ma lei ebbe un attacco di panico e rimase a casa, sono anni che si ripromette di andarci. Il Museo della mente interessa tutti noi, ci salutiamo dicendoci che ci sentiremo in settimana per organizzare la prossima uscita.

Il caso della famiglia Leoni

Parliamo ora della famiglia Leoni, dei genitori Maria e Paolo e del figlio Alessio, 11 anni, adottato all'età di 5 dalla Polonia. Un caso complesso, sia per il numero di attori coinvolti - i genitori e il figlio, la scuola, la cooperativa di AEC (Assistenza Educativa Culturale), la neuropsichiatra infantile e altri colleghi psicologi - sia per la violenza agita nei rapporti tra questi attori. L'intervento è pensare emozioni, rapporti, organizzazione con i diversi attori del caso con l'obiettivo di diminuirne la violenza.

Alcuni mesi fa uno di noi viene contattato dalla neuropsichiatra infantile di un noto ospedale romano. Il medico invia questa famiglia con un figlio adottato, disperata per i problemi comportamentali del figlio. Già mesi prima la neuropsichiatra aveva proposto alla famiglia questo invio, ma la psicologa che ha in carico la famiglia si era opposta. Psicologa che il servizio ospedaliero ritiene incompetente, ma da cui la famiglia sembra dipendere. Oggi, poiché la situazione sembra critica, visto che il ragazzino non va più a scuola a causa dei suoi comportamenti aggressivi, la famiglia riesce ad accogliere l'invito della neuropsichiatra di rivolgersi a qualcuno che possa aiutarli nel rapporto con Alessio. La prima a chiamare indicando le sue disponibilità per un incontro sarà la psicologa, sottolineando l'emergenza della situazione e prescrivendo cosa fare, ovvero andare a scuola con il bambino. Dopo aver sentito la famiglia e dopo aver valutato l'utilità di iniziare un lavoro insieme, la psicologa verrà ricontattata.

Con la famiglia Leoni abbiamo tre incontri di committenza, con l'obiettivo di capire che tipo di lavoro proporre. Maria e Paolo non sanno più cosa fare con Alessio, negli ultimi sei mesi è stato incontenibile e per molto tempo non è andato a scuola. I genitori chiedono di far riprendere la scuola ad Alessio, di andare a scuola con lui. Lavorare entro i contesti, ovvero stare a scuola con un bambino che fatica a starci è una proposta che facciamo alle famiglie. Stare a scuola con Alessio è possibile, e questo rassicura i genitori.

Alessio che ha diagnosi di ADHD e disturbo Oppositivo-Provocatorio, è seguito farmacologicamente dalla struttura, prende l'Equasym e il Depakin. È stato abbandonato dalla madre appena nato e ha vissuto fino a 5 anni in un orfanotrofio, struttura in cui Maria e Paolo lo hanno conosciuto. È sempre stato un bambino difficile, ma mai come nell'ultimo periodo. Nella vecchia scuola il maestro lo bloccava "salendoci sopra" (così ci dicono). Poi è arrivata una maestra di sostegno con la quale, stando in un'aula separata, Alessio è riuscito a stare e a lavorare. Quest'anno la maestra se ne sarebbe andata da quella scuola. Quindi, come

suggerito dalla psicologa che lo ha in carico, hanno cambiato scuola e anche abitazione. Da fuori Roma sono venuti in città, per permettere ad Alessio di socializzare. Inizia l'anno in una nuova scuola. La vecchia maestra di sostegno lo segue il pomeriggio a casa per i compiti. Ma all'improvviso non viene più e sparisce. Una tirocinante della psicologa che segue Alessio, e che lo va a prendere a scuola, inizia ad aiutarlo anche nei compiti. Dopo poco Alessio, mentre è in casa con la tirocinante, ha una crisi e la aggredisce fisicamente; quella si sente costretta ad uscire di casa ad aspettare l'arrivo dei genitori. A causa di questo comportamento si decide di interrompere anche questo rapporto. Anche a judo non lo hanno fatto più andare per lo stesso motivo: si comporta male. Per punizione gli levano tutti i giochi dalla camera, ma il padre commenta sconcolato: "È inutile, lui può giocare 4 ore solo con una molletta". Per un mese non è andato a scuola nell'attesa di un cambio di farmaco. Da poco ci sta ritornando. Quando si comporta male i genitori lo vanno a prendere; "la permanenza a scuola si conquista comportandosi bene", dicono. Riferiscono di una classe e un corpo insegnanti molto accoglienti e disponibili, tuttavia frequenta solo un'ora o due al giorno.

I genitori descrivono l'orfanotrofio in cui hanno incontrato Alessio come un insieme di casette in cui i bambini vagavano; il figlio era un leader, passava da casetta a casetta a farsi dare da mangiare o per prendere caramelle dagli altri. Quando lo hanno portato via in macchina piangeva disperato. Il padre dice che è stato il momento più difficile della sua vita. In città aveva smesso di piangere stupefatto, non aveva mai visto palazzi così alti, come non aveva mai visto la luna, il mare e tante altre cose.

Il rapporto con Alessio è completamente organizzato da un'educazione in cui tutto può essere tolto o dato in funzione di punizioni e premi. Quale alternativa ci può essere al ritenere i comportamenti di Alessio solo problematici? È possibile pensare che Alessio sia incompetente a stare in rapporto, piuttosto che essere un "bambino cattivo" che si comporta male? La famiglia sembra poter stare su questa seconda ipotesi.

Ogni volta che Alessio ha una crisi, intorno a lui tutto cambia. Da una madre a un istituto, da un istituto in Ucraina a una nuova famiglia in Italia, da una casa all'altra, da una scuola all'altra, da una camera piena di giochi a una vuota. Spariscono l'insegnante amica, la tirocinante, il judo, la scuola. Alessio e la sua famiglia vivono rapporti violenti. Per Alessio sarà utile fare esperienza di qualcosa che sopravviva a queste crisi.

Parliamo ora di Alessio quando siamo nello studio. Alessio dichiara di venire "per questa cavolo di rabbia": è un bambino biondo con gli occhiali, di corporatura più piccola rispetto ai ragazzi della sua età. Lo studio è pieno di giochi, Alessio li prende, vuole guardarli tutti, ma non si sofferma su nessuno. Negli incontri successivi proverà a giocare. Con lui scriviamo su un quaderno il programma dei giochi, condividendo la possibilità di abbreviarli, visto che si stanca facilmente. Alessio è intelligente, è felice di venire e vorrebbe rimanere di più. Ama giocare al gioco dei mimi, al gioco del "far finta di" e del "fare come se". Si diverte molto a diventare un supereroe. È affascinato da un gioco in cui c'è un castello da montare e un accampamento di assediati con i relativi soldatini e delle catapulte con delle palline per colpirci. Non giochiamo con le regole ma inventiamo storie. Riportiamo una storia realizzata con uno di noi:

I suoi uomini sono nel castello, i miei fuori. Li faccio avanzare in riga, lui mi bombarda con le catapulte poi mi attacca con i suoi, facendo arretrare i miei. Ad un certo punto fa dire ad un soldatino: "Basta combattere, facciamo pace, venite!". Io porto i miei soldatini a fare il bagno nel fossato del castello. I miei soldatini sono contenti. Ci invita dentro il castello a mangiare insieme, apre la porta e i miei entrano. Appena entrati, fa dire ad uno dei suoi che dobbiamo uscire subito e fa uccidere due dei miei soldatini, mentre metto in salvo gli altri che comunque avranno vita breve.

Attraverso il gioco Alessio parla di sé, della confusione tra amico e nemico. Chi ti apre le porte poi ti uccide. Il rapporto tra il bambino e sua madre si organizza spesso sulla provocatorietà. Una volta che la mamma era venuta a prendere Alessio a studio, lui le chiede il cellulare: vuole scrivere il numero di uno di noi. La madre gli dice che però il cellulare può averlo solo nel weekend, perché è un ragazzino. Lui la carica a spinte, facendo il cane le morde la giacca e le mani, poi le dà calci e pugni. Il contenimento fisico, ovvero abbracciarlo a terra, lo placa; ricordargli che è venuto per giocare e non per picchiare lo calma. Alessio risponde che vuole restare. Alessio se accolto nelle sue richieste riesce a starci: parliamo seduti e prendiamo accordi per il prossimo incontro. Alessio è un ragazzino piacevole da incontrare, il rapporto tra noi si sviluppa a ogni incontro.

Intercettare le domande della scuola e delle insegnanti di Alessio è molto importante; favorire lo sviluppo del rapporto tra Alessio, le sue insegnanti e i suoi compagni è parte integrante del nostro intervento. Durante una telefonata la maestra di sostegno si mostra stanca di prendere botte, con Alessio sembra impossibile stare su un obiettivo didattico. Si sente sola e in pericolo. Poco dopo questa telefonata, in vista di un GLH (Gruppo di Lavoro sull'Handicap), anche la psicologa che ha in carico la famiglia diviene un interlocutore: con un messaggio sollecita un confronto per evitare triangolazioni tra scuola e famiglia. Il GLH è la riunione che si fa a scuola tra scuola, genitori, ASL e professionisti privati rispetto ad alunni con diagnosi. Sono presenti gli insegnanti, la preside, i genitori, l'AEC (Assistente Educativo Culturale), la referente della cooperativa di AEC, la psicologa che segue Alessio e uno di noi. È un GLH straordinario, indetto per motivi di emergenza. L'attenzione dei partecipanti è rivolta a cosa si debba fare di risolutivo. La preside dice che le maestre sono tutte di grande esperienza, a parte la giovane maestra di sostegno. Che la scuola ha fatto tutto quello che si poteva fare. Che ora sono i professionisti a dover dire ciò che si deve fare. La psicologa prende parola: è stato cambiato il farmaco, a breve si vedranno effetti positivi. Si parla di farmaci. La preside ha il figlio neurologo, si sente esperta, parla di dosaggi con la psicologa. La psicologa prescrive: niente super eroi, niente spazi troppo aperti, niente figurine, etc. Quello di noi che era presente interrompe questa sequenza domandando retoricamente se fossero presenti dei medici; forse non ha senso parlare di farmaci; però se ne può cogliere il senso: si cerca la risoluzione del problema. Forse però il problema va prima capito. Torniamo al problema: la presenza di Alessio a scuola. La preside con voce tesa dice che loro hanno fatto di tutto, ma che non possono far correre rischi agli altri ragazzini, né le maestre debbono prendere botte. Quello di noi che era presente propone la sua lunga esperienza di lavoro, a casa e a scuola, con ragazzi autistici; è possibile organizzare un lavoro a scuola, è meglio se si può usare un'aula ad hoc, perché la maestra di sostegno possa poter lavorare anche uno a uno o in piccolo gruppo. Si conviene sull'utilità che Alessio frequenti la scuola con un orario fisso, prevedibile e regolare, e che questa regola si rispetti indipendentemente dai suoi comportamenti. Anche sulla didattica si convengono obiettivi possibili: per Alessio è importante sperimentare attività desiderabili, come una ricerca sui super eroi. La maestra di sostegno si dichiara interessata a queste proposte di lavoro, anche se chiede più volte conferma ai genitori sul fatto di non stare sulla didattica curricolare. Le implicazioni della maestra di sostegno e dell'AEC si riveleranno preziose: lavorare con loro significa dare ad Alessio un contesto di rapporti meno violento.

La crisi. Pochi giorni prima di iniziare questo lavoro a scuola, Alessio aggredisce la maestra. Le sferra un calcio al ginocchio; la maestra viene portata via in ambulanza, ne avrà per 5 giorni. L'AEC chiede di essere spostata su un altro caso. La maggior parte dei genitori scrive una lettera in cui si chiede che Alessio non stia in classe con gli altri. La scuola, anche se non lo dichiara ufficialmente, pensa che Alessio possa venire a scuola solo se c'è uno di noi. È un momento molto critico dell'intervento. La scuola sembra volerci consegnare Alessio; mentre noi possiamo lavorare solo se è possibile condividere obiettivi e modi che rendano poi la scuola stessa competente nel lavoro con l'alunno. La pressione esercitata dalla scuola è forte. Mostriamo disponibilità a starci, e proponiamo la nostra affidabilità nel non mollare il problema, ma al tempo stesso sottolineiamo con la preside che il nostro intervento è inutile se non si hanno costantemente interlocutori; interlocutori che vediamo in lei e negli insegnanti. Uno di noi andrà a scuola dalle 8.00 alle 12.00, con orario pieno, per una settimana.

La scuola ha liberato un'aula; sarà l'aula destinata ad Alessio. La regola che la scuola detta è: Alessio starà in un'aula separata, e non potrà avere contatti con gli altri bambini. Diciamo alla coordinatrice del sostegno quanto non abbia senso che un bambino viva la scuola in isolamento. La nostra proposta è di far vivere ad Alessio il contesto scuola in modo meno violento. Per Alessio è vitale sperimentare come qualcuno o qualcosa sopravvivano alla sua violenza. In tal senso, i rapporti con i compagni sono importanti. Ci accordiamo sulla possibilità che ogni mattina Alessio, accompagnato da uno di noi, possa partecipare all'appello in classe con gli altri; poi, alzando la mano, chiederà di uscire per tornare per la ricreazione. Le maestre accettano. Durante il lavoro nell'aula separata sono presenti anche la maestra di sostegno e la nuova AEC. Concordiamo con loro un programma scritto delle attività da fare, a cui attenerci; le attività non saranno premi per il buon comportamento di Alessio, ma si porteranno avanti comunque fino alla fine. Eventuali crisi saranno gestite da uno di noi. Sia la maestra che l'AEC portano molti materiali per lavorare. Sono competenti. Alessio ama realizzare fumetti di super eroi. Li facciamo tutti insieme. Alessio dice: "Adoro fare i lavoretti". Si arrabbia quando si stanca, o quando vuole cambiare attività; si scatena con calci, pugni, morsi, lancio di oggetti, matite, forbici, sedie. Per contenerne la rabbia, oltre a bloccarlo con abbracci o facendolo sedere sulle ginocchia, è importante l'ironia. Ad esempio gli diciamo: "Pensavo che lo psicologo fosse un mestiere in cui si parla, non in cui si fa la lotta", "Mi sembra che tu abbia qualche difficoltà nel distinguere l'amico dal nemico", "Non si capisce se stai giocando o sei incazzato: che fai?", "Ti lascio

appena smetti di darmi botte, mi chiedo perché lo fai con una persona che ti vuole bene”. L'obiettivo è far sopravvivere il mondo all'aggressività di Alessio. Contenerlo fisicamente e con le parole permette ad Alessio di sperimentare che l'oggetto buono sopravvive. Così dopo un po' le crisi rientrano e Alessio torna all'attività. Nel tempo diminuisce il numero e l'intensità delle lotte. Alessio è felice di stare a scuola, fa leggere i fumetti a tutti, li legge lui, ne è orgoglioso. Infine se ne va da scuola dicendo alla madre: “A scuola è andata bene, ma lui (rivolgendosi a quello di noi che stava con lui) non lo voglio più”. Negli incontri successivi le maestre si prendono più spazio nel rapporto con Alessio, stanno imparando a contenerlo, hanno meno paura.

Alessio parteciperà anche ad una uscita che prevede che vada a teatro, accompagnato dalla tirocinante della psicologa che lo ha in carico. Il giorno dopo, le maestre e l'AEC ci dicono che durante lo spettacolo è andato tutto bene, ma che nel ritorno in pullman ci sono stati problemi. La tirocinante ha utilizzato metodi di contenimento diversi da quelli usati fin ora. Gli tira i capelli, gli spinge la faccia sul finestrino, ci si siede sopra, gli storce il dito. Lui effettivamente ubbidisce subito. Le maestre sono confuse. Chiedono ci si accordi tra professionisti su quali tecniche utilizzare. Il giorno dopo facciamo una riunione; c'è la madre di Alessio, l'insegnante di sostegno, l'AEC, la referente della cooperativa dell'AEC, e uno di noi. Vogliamo capire come procedere. C'è da valutare una proposta della psicologa che ha in carico il bambino: propone che la sua tirocinante sia a scuola con Alessio nei giorni in cui non sarà presente nessuno di noi due. C'è scoraggiamento. Alessio è un caso difficile, un alunno difficile, un figlio difficile. La scuola si trova di fronte alla difficoltà di capire quale sia il proprio prodotto con un ragazzino con cui la normale didattica fallisce. La situazione è difficile; proponiamo che serve fare una scelta tra due visioni molto diverse: quella che si sta costruendo con noi, e quella proposta dalla tirocinante; affermiamo anche che quelle della tirocinante non sono tecniche, quanto meno non sono tecniche psicologiche. È l'affermazione di un potere dell'uno sull'altro, simmetrico a quello proposto da Alessio nei momenti di crisi. La madre ammette che i modi utilizzati dalla tirocinante le sembrano violenti, le maestre confermano che usa modi violenti. La madre ne parlerà con la psicologa. La maestra e l'AEC confermano di voler lavorare da sole, con la presenza saltuaria di uno di noi per un confronto sulle ipotesi di lavoro, soprattutto rispetto al rapporto tra Alessio e i compagni. Ad oggi Alessio sta frequentando tutti i giorni la scuola.

Conclusioni

In questi casi, come nella quasi totalità, non è il diagnosticato a richiedere un intervento, ma i suoi familiari. Questo pone alcune questioni, che caratterizzano l'intervento di psicoterapia nei contesti:

- I genitori che chiedono un intervento per un figlio diagnosticato portano vissuti problematici nel rapporto con lui; solo attraverso l'analisi di queste fantasie si può dar senso ai problemi che motivano la richiesta di intervento.
- Le domande di intervento sono spesso inserite in reti di rapporti che possono comprendere servizi psichiatrici di ospedali e di ASL, scuole, cooperative dell'assistenza, altri colleghi, etc. Il professionista si trova a lavorare con un gran numero di attori, con l'esigenza di potenziare tutte le risorse che essi rappresentano, ma al tempo stesso qualche volta deve poter affrontare il conflitto di ottica con loro.
- Quanto più il diagnosticato non ha direttamente richiesto un intervento, tanto più è importante l'interesse dello psicologo circa i suoi desideri e problemi. Il lavoro si organizzerà sul recupero di una sua domanda, e su un “fare insieme” e una condivisione di esperienze che ne conseguono, sia entro lo studio, che fuori, nei suoi contesti di vita.

Tali questioni portano a organizzare interventi in cui lo psicologo lavora sia con i genitori, che con i figli, che con tutti coloro che si occupano della famiglia in questione. Sviluppando un lavoro che mette in crisi la rappresentazione mitica della psicoterapia psicoanalitica, e che si può definire “psicoterapia nei contesti” (Carli & Paniccia, 2016). In quest'ambito si passa dalle diagnosi neuropsichiatriche che definiscono un problema individuale, al diagnosticare come una delle fasi di un processo che definisce questioni e problemi di rapporto su cui intervenire. A volte si rivelano etichette utili ad attivare risorse (vedi la legge 104, il sostegno a scuola, l'assistenza domiciliare, etc.). Avendo attenzione che non diventino false spiegazioni dei problemi che hanno motivato la diagnosi, che sono sempre problemi di relazione.

Bibliografia

- 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>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2017). Il cammino delle idee [The path of Ideas]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-12. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Cordiale, S., & Montinari, G. (2012). (Eds.). *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti* [Adult Companion. New forms of therapeutic alliance with teenagers]. Milano: FrancoAngeli.
- Huzinga, J. (2002). *Homo Ludens*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi. (Original work published 1939).