

Adolescenti, famiglie, gruppi: snodi terapeutici.

Esperienze di un servizio dedicato

Giuseppina Brunetti, Francesco Ciolfi, Luisella Ferraris, Paola Innocente, Flavia Lombardi, Vito Mirizio, Paolo Senczuk, Gabriella Tolino

Abstract

Gli autori propongono alcune riflessioni sulle trasformazioni culturali e macrosociali che ricadono sui giovani e sulle loro famiglie, sul disagio giovanile e sulle possibili evoluzioni.

Vengono presentati alcuni aspetti del lavoro di un servizio pubblico di consultazione psicologica per giovani dai 18 ai 25 anni e per le loro famiglie, che fornisce un “colpo d’ala” a chi necessita di un sostegno per ripartire nel proprio percorso a vari gradi e con differenti strumenti (individuo, famiglia, gruppo, comunità, equipe curanti). In particolare viene focalizzato il tema del lavoro clinico in rete, necessario per la condizione attuale degli adolescenti in difficoltà, che, pur essendo “sempre connessi”, manifestano forti carenze nella capacità di sviluppare e mantenere vitali relazioni affettive e sociali “reali”.

Parole chiave: adolescenza, consultazione, psicoterapia di gruppo, trasformazioni culturali, reti di servizi

Introduzione

Generazione delle reti

<< I grandi cambiamenti della Generazione della ricostruzione, l'impegno e le aspettative dei Baby Boomers, le prime difficoltà della Generazione di transizione, lo smarrimento dei Millennials, trincerati in casa con i genitori e all'inseguimento di un lavoro che non c'è, fino all'alienazione della Generazione delle Reti, sempre connessi, cosmopoliti, con lo sguardo ormai irrimediabilmente rivolto verso gli altri Paesi.>> (La Repubblica.it. maggio 2016)

Queste parole riprendono il Rapporto Istat 2016 che sintetizza il racconto degli ultimi 90 anni ed individua alcuni dei problemi - insieme con il tasso di occupazione in caduta, il 70% dei giovani 25-29 anni che vive con le famiglie, e l’“ascensore sociale bloccato” - che rendono faticoso il percorso di raggiungimento degli obiettivi che la Generazione delle Reti deve portare a termine, così come ogni nuova generazione precedente ha fatto nel suo unico e specifico modo.

Il contesto di crescita degli adolescenti è stato profondamente investito dai cambiamenti cui la citazione di Repubblica fa riferimento: la crisi dei garanti metasociali (Kaes 2005) ha portato alla trasformazione dei percorsi di costruzione della identità individuale e collettiva, dei processi di socializzazione che, per dirla ancora con Kaes (2013), << colpiscono in primo luogo i garanti metapsichici della vita psichica ... cioè le formazioni e i processi dell'ambiente psichico, sul quale si appoggia e

si struttura la psiche di ognuno...costituiti essenzialmente dai divieti fondamentali e dai contratti intersoggettivi.>>

Fra le trasformazioni che più coinvolgono le nuove generazioni un posto preminente assume la rivoluzione copernicana determinatasi con la creazione di Internet e la diffusione di mezzi di comunicazione che ne permettono l'utilizzo. I social network consentono di essere in contatto continuo con una platea estesa, crescente in maniera esponenziale, annullando le distanze, modificando il senso del tempo perché "ora!" diventa più importante di ieri e di domani, e << *producono quelle che vengono definite le comunità di sentimenti o le comunità di destino. Attraverso internet, attraverso i video, attraverso i filmati si creano delle vere e proprie comunità di sentimento. Ci sono delle persone che non hanno alcun tipo d'appartenenza a comunità storiche concrete, ma appartengono a comunità sparse, delocalizzate. Queste comunità di sentimento, di destino hanno la possibilità d'influire profondamente sulla vita delle persone quanto e più di una comunità territoriale*>> (Pollo, 2006). Attraverso l'esperienza delle identità virtuali è possibile esplorare diversi aspetti del sé. Perciò "stare in rete" permette di ottenere il riconoscimento della propria esistenza, di ricevere cioè una conferma narcisistica, di mettere alla prova la propria identità, di trovare quelle funzioni di rispecchiamento, come è sempre stato nelle società umane da quando l'adolescenza esiste come fenomeno sociale - nella formazione delle gang o grazie al telefono usato per ore – ma in modi profondamente diversi.

Si modifica l'esperienza del "contatto" nella relazione vis à vis, mutano le sue caratteristiche a tutto tondo per entrare nel mondo delle relazioni virtuali che, come tali, costituiscono delle relazioni parziali, dove emozioni, sentimenti, affetti, e l'esperienza del corpo vengono inevitabilmente sostituite e mediate da una serie infinita di "faccine" e altre proposte visive che non comportano l'esperienza dell'esposizione personale alla relazione e al contatto, inteso quest'ultimo sia come esperienza emozionale che come presenza fisica.

I "contatti", gli amici di Facebook moltiplicano il numero di rapporti che non prevedono necessariamente la presenza fisica dell'altro, inoltre la ricerca dell'essere sempre collegati on-line ridimensiona l'esperienza dello stare da soli.

I rapporti interpersonali fra i giovani cambiano e a volte si manifestano attraverso tendenze individualistiche e una maggior propensione ad utilizzare il gruppo virtuale piuttosto che quello reale.

Si trasforma così la funzione evolutiva un tempo svolta dall'appartenenza al gruppo dei pari nel passaggio dalla famiglia al sociale, rendendo più complesso il processo di soggettivazione dell'adolescente, che rischia di ritrovarsi sempre più isolato.

Si modifica anche il senso della propria solitudine, come se fosse possibile non essere mai soli, ma dal punto di vista del contatto relazionale si può essere in taluni casi molto soli. Le relazioni tra avatar hanno anche la capacità di alterare la coscienza del corpo, pensiamo alle infinite possibilità di cambiare la propria immagine attraverso photo shop, o ancora alla possibilità di nascondersi dietro una falsa identità o una pluralità di false identità.

Che il cambiamento del contesto di crescita esponga tuttavia la nuova generazione a fattori di rischio specifici è sufficientemente provato dalle statistiche che parlano di aumento di indicatori come incidenti stradali, consumo di alcool e sostanze, abbandono scolastico. Il clima di fondo che caratterizza la condizione dei giovani adolescenti è molto ben rappresentato dalle parole di Z. Bauman in una recente intervista su Repubblica (5/08/2016): di fronte ad eventi come l'11 settembre si propaga un sentimento diffuso di allarme ("paura liquida"), nel quale << i legami umani si frantumano, lo spirito di solidarietà si indebolisce, la separazione e l'isolamento prendono il posto del dialogo e della cooperazione.... Si instaura un'atmosfera cupa, in cui ciascuno nutre sospetti su chi gli sta accanto ed è a sua volta vittima dei sospetti altrui. In questo clima basta poco perché l'altro venga percepito come un potenziale nemico.>>

Tuttavia, pur essendo cambiato il percorso che porta, dalla famiglia al gruppo dei pari, allo stabilizzarsi della struttura di personalità, quello descritto per esempio nei decenni scorsi da Meltzer (1981) per quelle generazioni, comunque i ragazzi che arrivano all'adolescenza avendo avuto alle spalle esperienze di rispecchiamento materno sufficientemente buono, con senso di sé relativamente stabile, in altre parole con esperienze di narcisismo sano, sapranno sfruttare queste nuove occasioni del contesto sociale per il proprio processo di crescita.

Inevitabilmente fra le trasformazioni nella crisi dei "garanti metasociali", un posto centrale assume la famiglia, che si presenta con strutture e codici estremamente variegati: da una parte si assiste a un progressivo eccesso di codice materno: proteggere, soddisfare ogni desiderio, modalità più amicali che genitoriali, non trasmettere valori o imporre divieti per evitare ogni scontro. D'altra parte, la tendenza a mettere al mondo figli unici limita la possibilità di conoscere all'interno della propria famiglia uno scambio alla pari e una prima appartenenza al gruppo dei fratelli. Inoltre aumentano le famiglie ricostruite, con fratelli provenienti da nuclei familiari diversi, in cui spesso i ruoli di padre e/o di madre possono essere svolti da chi non è il vero genitore. Da ultimo, cresce il fenomeno delle famiglie con un genitore unico.

Nel passato l'ordine delle cose garantiva l'autorità, trasmessa di generazione in generazione insieme alla garanzia che le donne rimanessero al loro posto e i padri fossero protetti nelle loro fragilità da un assetto precostituito che regolava il conflitto tra generazioni. Oggi l'autorità non è più garantita e i padri sono messi sempre più in crisi. Come osserva Pontalti, la nascita della famiglia nucleare come fenomeno del secolo scorso, ha segnato una trasformazione profonda della famiglia, che diventa un anello debole di legami sociali sempre più fragili, ma anche unico luogo cui il sociale attribuisce la soddisfazione in toto dei bisogni dei singoli, pertanto << dove i confini erano più segnati, anche i figli avevano un loro posto e si arrangiavano come possibile, magari stringendo con i coetanei un patto generazionale. La progressiva individualizzazione ha portato insieme ad altri fattori...a richiedere, e spesso pretendere, quasi in esclusiva alle figure genitoriali risposte appaganti >> (D'Elia-Ferraris, 2016). Così i genitori "isolati" dalla rete familiare allargata, possono ritrovarsi, a loro volta, senza interlocutori, in una situazione di crisi profonda della presenza del mondo adulto (Zagrebelsky 2016).

Non si deve inoltre trascurare che il macro contesto sociale di riferimento è ormai rappresentato da un connubio di realtà estremamente variegata e disomogenea (vedi fenomeni migratori). Pertanto nel nostro lavoro clinico ci troviamo spesso ad affrontare situazioni familiari con gravi carenze dell'autorità e contemporaneamente situazioni in cui l'espressione dell'autorità è ipertrofica.

In questo contesto così profondamente mutato è necessario che i servizi per i giovani facciano proprie le istanze trasformative, evitando di considerarle patologizzanti di per sé.

A partire dal quadro di riferimento evidenziato, dalla conseguente consapevolezza della pressione di nuovi fattori di rischio sulle nuove generazioni e dalla constatazione della risposta iatrogena della tradizionale organizzazione dei servizi sanitari – 18 anni come limite fra servizi per minori e per adulti, come se si trattasse di una questione “anagrafica” – il Dipartimento di Salute Mentale della ex RM A ha istituito un servizio dedicato ai giovani dai 18 ai 25 anni, denominato “Colpo d'Ala”, che attraverso l'assenza di prenotazione e attesa, un servizio walk-in (Novik 1990) o a porte aperte, punta a facilitare e promuovere l'accesso a cure dedicate. Abbiamo ritenuto, infatti, che la progressiva rarefazione delle opportunità di ascolto rendesse urgente l'offerta di una competenza specifica sulle vicende dello sviluppo a quegli adolescenti e giovani adulti in difficoltà ma non in grado di utilizzare le reti sociali così trasformate, e soprattutto non in grado di utilizzare opportunità offerte da servizi organizzati in maniera da rendere complesso potersi rivolgere. I giovani in difficoltà hanno risposto secondo le attese e i dati dell'andamento della domanda hanno confermato un aumento del tasso di nuove domande per la fascia d'età tra i 18 e i 25 negli ultimi anni e la diminuzione dell'età al primo contatto.

I ragazzi che si rivolgono a “Colpo d'Ala” presentano di solito queste caratteristiche: fallimento nei passaggi evolutivi del soggetto e inevitabilmente dell'intera famiglia; stallo del percorso di soggettivazione; uso patologico delle nuove risorse del contesto cambiato, per esempio rete come trappola piuttosto che connessione.

Un campo mentale complesso.

L'accoglienza

La creazione di uno spazio di ascolto rappresentato dallo “sportello” (1), uno spazio di accesso libero, che i ragazzi possono utilizzare senza appuntamento, costituisce un osservatorio molto ampio e prezioso sul funzionamento delle reti sociali in cui sono immersi gli adolescenti. I ragazzi si presentano spesso a “grappoli”, due cugine, due amici, o fratelli arrivano insieme per farsi coraggio, annusano l'ambiente, studiano il luogo che li accoglie.

La scomparsa improvvisa di un amico morto in un incidente con il motorino apre verso il nostro “ricovero” un flusso di migranti feriti, che si presentano così in gruppo per dare un senso ad eventi che ognuno vive con una drammaticità soggettiva ma anche corale.

La ragazza egiziana, segregata in casa dai genitori musulmani molto osservanti, viene segnalata al servizio perché parla con fidanzati immaginari, raccontando in classe avventure sessuali mai esistite.

La domanda d'aiuto è spesso confusa, occorre dedicarvi alcuni incontri. Dare un nome alle emozioni non è subito facile, come non è sempre immediata per l'operatore la formulazione di quale sarà il miglior percorso, personalizzato per quel paziente. Quando, e se, richiedere un incontro con i genitori, o una consulenza farmacologica, sono interrogativi che gli operatori si pongono senza mai avere una risposta predefinita, valutando di volta in volta la sostenibilità e l'utilità delle diverse opzioni terapeutiche.

L'area dell'accoglienza si costituisce quindi come un'area transizionale, in cui i giochi sono ancora aperti. L'esito sarà tutto da costruire con il contributo di tutti gli operatori del servizio, che successivamente elaboreranno un progetto nella riunione clinica settimanale.

La tendenza agli agiti è comunque molto forte, espressione della non consapevolezza tipica di questa fase. E' importante fornire l'esperienza di un pensiero condiviso in cui i ragazzi possano rappresentarsi, riconoscendo desideri, paure e nuove progettualità. Ciò vale anche per la famiglia, che spesso si trova senza strumenti nell'affrontare la crisi adolescenziale.

Non è infrequente infatti che la richiesta di aiuto venga formulata anche dalla famiglia con l'aspettativa di ritrovare il precedente equilibrio perduto. Come afferma Ferruta, << Il bisogno di stabilità nell'alterazione della crisi post adolescenziale getta la sua ombra su tutti i soggetti che intervengono nell'impresa di cura, familiari, amici, insegnanti, terapeuti che hanno in carico il paziente >> (comunicazione personale). E' importante che gli operatori raccolgano il bisogno di una riformulazione di istanze discordanti (desiderio di stabilità e spinta al cambiamento) aiutando l'intera famiglia ad affrontare la crisi come un'occasione preziosa da cogliere al volo per ripensarsi in assetti identitari più evolutivi e funzionali (il nome del servizio "Colpo d'Ala" evoca proprio questa opportunità).

Spesso quindi lo spazio della consultazione rappresenta un'opportunità di riavviare un processo temporaneamente bloccato e di trovare risorse più adeguate.

Del complesso lavoro terapeutico che segue al momento della consultazione proponiamo ora alcune considerazioni che hanno come focus il gruppo terapeutico, seguite da alcuni casi clinici la cui lettura pensiamo possa rendere più chiaro il nostro modello integrato. In questo modello la costruzione del progetto terapeutico specifico per ogni paziente comporta, specie nei casi complessi, la "messa in rete" non solo delle risorse interne al servizio, ma anche di quelle di altri servizi presenti nel sistema DSM.

Il lavoro dei gruppi terapeutici

Individualismo, competitività, chiusura sono tratti della cultura attuale che si diffondono anche tra i giovani, ed ostacolano un processo di crescita armonico, soprattutto per quei giovani che tendono ad isolarsi a seguito della propria storia evolutiva.

Il gruppo dei pari rappresenta, al contrario, il luogo privilegiato nel quale potersi confrontare fuori dalla famiglia in relazioni di parità cui appartenere, è in grado di

promuovere esperienze che in solitudine non si attivano, dunque riveste una funzione cruciale nella rete di riferimento dell'adolescente. Sono significative le considerazioni di un giovane paziente di 20 anni al ritorno da un periodo breve di studio all'estero: secondo lui il modo migliore per insegnare alle nuove generazioni a conoscere le differenze culturali tra persone di paesi, cultura e religione differenti è proprio quello di farli incontrare per avere l'occasione diretta di fare conoscenza gli uni con gli altri. Secondo questo ragazzo è quanto di più importante per insegnare a crescere insieme.

Fare esperienza dell'altro, del diverso, di relazioni con altri che hanno culture, conoscenze, religioni differenti dalle proprie, incontrare la diversità dell'altro aiuta a visualizzare, attraverso il rispecchiamento, la propria inconscia diversità, forse quella più temuta e che maggiormente suscita il sentimento di vergogna.

In una recente supervisione C. Pontalti ha definito il gruppo terapeutico come la più grossa occasione che il servizio possa fornire ai propri utenti "smarriti" in un'epoca di reti virtuali in cui scarseggiano le relazioni gruppali "reali". Laddove le reti sociali di riferimento cedono occorre ricostruire reti alternative che siano sufficientemente in grado di garantire il sostegno necessario nella gestione delle trasformazioni inerenti i passaggi evolutivi.

Per questo nel corso degli anni l'attenzione degli operatori di Colpo d'Ala si è rivolta sempre di più al lavoro dei gruppi terapeutici all'interno del servizio.

Le psicoterapie di gruppo soprattutto per i giovani costituiscono una sorta di laboratorio relazionale, dove sperimentare tra pari il senso di un lavoro in comune di costruzione del significato della vita e degli eventi che la caratterizzano, che sia trasformativo e in autonomia rispetto alla famiglia, condiviso, come in famiglia, ma in discontinuità con essa.

Nel lavoro di gruppo ci si confronta con la propria famiglia anche e soprattutto attraverso la possibilità di rispecchiarsi nel racconto familiare dell'altro (Documento DSM, 2007). I gruppi terapeutici si configurano quindi come un altro momento significativo di snodo e svincolo dai legami familiari e occasione per favorire il processo di soggettivazione, attraverso le esperienze di identificazione, riconoscimento, sostegno narcisistico e rispecchiamento, poiché formano uno spazio mentale condiviso in grado di favorire la ricerca di relazioni (Biondo, 2008).

Nel gruppo inteso come gruppo terapeutico ciascuno sperimenta nella relazione con l'altro e con il gruppo stesso la possibilità di rimettere in discussione quanto fino a quel momento è accaduto, sia relativamente alla propria storia che alla propria storia sintomatica. Sperimentare conflitti, vivere emozioni intense di qualsiasi natura, negoziare, sopportare la confusione e l'alternarsi di stati mentali differenti, accogliere la diversità in presenza di un adulto capace di non "perdere l'orientamento" è l'esperienza che rende possibili le trasformazioni necessarie per il processo di soggettivazione che per qualche motivo si è arrestato.

I risultati di questo lavoro sono spesso sorprendenti poiché all'interno del gruppo terapeutico i processi subiscono una forte accelerazione e ciò che prima era bloccato ha la capacità di essere plasmato dal contributo di tutti.

Pensiamo con S. Corbella (2002) che << aver fatto esperienza terapeutica di un gruppo fra pari e con un adulto che non si è sottratto, ma ha saputo affrontare i problemi con loro e costruire insieme con loro una soluzione senza dare risposte precostituite, e aver potuto dar voce a tutte le emozioni, compresi ostilità e ribellione e anche odio senza distruggere o essere distrutti, senza dover subire ma potendo assumere consapevolmente un ruolo attivo, è stato fondamentale per poter riprendere il processo di costruzione della propria identità...>>

Il gruppo terapeutico rappresenta, come tutti gli altri strumenti (terapie individuali, familiari, consultazione prolungata) una delle risorse che il servizio mette a disposizione nella costruzione del progetto terapeutico, la cui fruibilità viene valutata da caso a caso ed in relazione alla fase del processo terapeutico.

Perché la proposta del gruppo terapeutico possa realmente essere utilizzata come risorsa è necessario a nostro avviso che gli operatori stessi si riconoscano in un modello di lavoro di gruppo, attraverso una cornice condivisa che sostiene e accompagna l'intero processo terapeutico.

Roberto

Roberto, che ha appena compiuto 18 anni, dice che la sua vita si svolge in maniera ripetitiva, si alza molto tardi perché passa quasi tutta la notte al computer. Gli sta "sul cavolo" la gente, i suoi coetanei, è stato preso in giro in passato, soprattutto nella prima adolescenza, perché era silenzioso e timido. Poco tempo fa ha dato fuoco alle macchine ed ai cassonetti.

Gioca on-line in un'ambientazione fantasy, il suo avatar è un "mago non morto femmina" che usa prevalentemente il ghiaccio come magia.

Tisseron (2014) parla di spazio virtuale investito per lottare contro un'angoscia che fa sentire impotente, vulnerabile e disarmato. L'avatar di R. sembra corrispondere al "Sé grandioso idealizzato" (Kohut 1976).

Il servizio risponde alla domanda di aiuto che proviene soprattutto dalla famiglia di R. creando una grande rete di collaborazioni ed inserendolo in attività che hanno la valenza di gioco condiviso: gruppo-calcio, pallavolo, ed infine comunità terapeutica per giovani. Lì si ricostruisce l'esperienza del gruppo dei pari, vivrà i primi contrastati amori. Le regole comunitarie assurgono a contenitore elastico che permette l'individuazione io-tu, noi-voi. Ciò può avvenire più facilmente in una comunità terapeutica per pazienti giovani perché tutti alle prese con le stesse problematiche di fase.

Laura

Laura, 22 anni, è stata ricoverata per un delirio erotomanico nei confronti di un ragazzo che fin dai tempi del liceo non ricambiava i suoi sentimenti. Nel suo delirio vedeva il ragazzo che la salutava dalla finestra di fronte. La sua situazione è complicata da un contesto familiare problematico: la madre è in

cura presso il CSM a causa di una severa patologia paranoidea che la porta a non uscire di casa se non accompagnata dalla figlia, sulla quale ricade il peso della gestione di questi problemi. Vivono in una casa molto piccola, Laura dorme in soggiorno con il fratello. Non ha né uno spazio fisico né mentale tutto suo, descrive i palazzi di fronte alla sua abitazione così vicini da poter sentire e vedere le vite degli altri attraverso i vetri.

Per il ruolo importante che L riveste negli equilibri familiari, la proposta di inserimento in comunità terapeutica rappresenta una nuova criticità poiché comporta delle separazioni dolorose. L'incontro per concordare e sostenere questo passaggio mette insieme molti protagonisti della vita affettiva di Laura: Gianni, il suo attuale ragazzo, ma anche utente del servizio, con molti problemi comunicativi, legati alla lingua (non è italiano) e ad una forte balbuzie, terribilmente geloso della ragazza, dalla quale è ricambiato con la stessa intensa gelosia; la madre e il padre di Laura, preoccupati e contrariati per l'imminente separazione dalla figlia, così come Gianni che nutre intense fantasie di abbandono e tradimento. Nell'incontro Laura è spaventata, attratta dalla possibilità di una nuova vita più autonoma, ma addolorata dalla separazione dal ragazzo e dalla madre, determinata a curarsi liberandosi dalle voci moleste che la tormentano soprattutto quando è in casa.

La costruzione di un incontro "corale" ha permesso di dare voce ai sentimenti e alle paure di tutti, ben espressi dalle parole di Gianni scritte sul cellulare : << Anche se ho paura, penso che Laura debba provare a staccarsi dalla mamma che ha tante strane fissazioni. Amo Laura e voglio costruire un futuro con lei, e desidero tanto che la mia ragazza non senta più le voci di quel ragazzo che ha amato prima di me >>. Con la benedizione dolorosa di tutti Laura può andare in comunità, emozionata, verso una nuova avventura.

Parallelamente, a sostenere e dare significato all'esperienza terapeutica di Laura contribuiscono sottosistemi terapeutici diversi e contigui come gli psichiatri che curano lei e la madre nel CSM, le psicologhe di Colpo d'Ala che hanno in cura i due ragazzi, il gruppo degli operatori e dei pazienti del gruppo multifamiliare che si svolge nel CSM, gli operatori e i pazienti della comunità terapeutica del DSM.

Marco

La partecipazione di Marco al gruppo terapeutico presso Colpo d'Ala è il risultato di un percorso cominciato un anno e mezzo prima, con una richiesta portata prima dalla madre perchè suo figlio, 22 anni, da molto tempo chiuso in casa, trascorre ore a giocare al computer: non esce, non ha amici, ha interrotto gli studi di ingegneria, non mangia insieme agli altri. Il progetto costruito progressivamente ha comportato prima l'accoglienza della domanda della madre, poi l'ascolto del padre e successivamente l'emergere della motivazione di M. ad essere curato, con la conseguente presa in carico individuale nel servizio. Inizialmente la sua forte chiusura e l'umore depresso fanno

propendere sia per una terapia farmacologica che per l'inserimento in comunità terapeutica intensiva (2). In questa comunità M. allaccia qualche relazione e riprende gli studi, mentre i genitori per la prima volta partecipano insieme al Gruppo multifamiliare che lì si svolge. L'esperienza dura solo tre mesi per l'impossibilità di M. a mediare tra le proprie rigide esigenze e le istanze comunitarie. Il trattamento proseguirà ancora con colloqui individuali, controlli farmacologici e supporto alla coppia genitoriale, lasciando il tempo a M. elaborare la nuova proposta, cioè partecipare a uno dei gruppi terapeutici che si svolgono nel servizio, parallelamente al trattamento individuale. Il gruppo terapeutico funziona subito come attivatore di altre relazioni all'esterno, di confronto con una nuova coppia genitoriale, e l'occasione di fare i conti con la rabbia che lo porta all'isolamento, di conoscere le "strategie" dei suoi pari e di comprendere l'inefficacia delle sue... In una seduta dirà di non riuscire a rispecchiarsi negli altri; di non essere soddisfatto della sua capacità di farsi aiutare dal gruppo, né della capacità del gruppo di aiutarlo, impedendogli così di aprirsi....

Attualmente è lo spazio terapeutico per lui irrinunciabile, ancora accompagnato da colloqui individuali più diluiti, dagli scambi con la psichiatra del CSM e dal trattamento parallelo della coppia genitoriale.

Questo caso rappresenta l'esempio di un percorso terapeutico costruito passo dopo passo, a partire da una richiesta che è stata addirittura formulata dalla madre, poiché Marco era molto sfiduciato rispetto alla possibilità di essere aiutato. La costruzione del progetto terapeutico è passata essenzialmente attraverso l'opportunità di sentirsi attivamente coinvolto nella ricerca di contesti di cura e spazi relazionali: è stato per lui molto importante sentire di poter "determinare" le condizioni di cura, di poter scegliere le varie opportunità e porre alcune condizioni, a fronte di un vissuto drammatico di non riconoscimento da parte delle figure genitoriali.

Enrico

Lia, una bella e sorridente signora di circa 47 anni, segnala la difficoltà del figlio Enrico, quasi diciottenne, ad uscire di casa. Ma poi la signora scompare per ricomparire sei mesi dopo, stanca, sola ed avvilita per i ripetuti tentativi fallimentari di coinvolgere Enrico in una cura. Riferimento unico per il figlio, la signora è separata da tempo e vive nello stesso stabile della famiglia d'origine. Sua madre ha le chiavi del suo appartamento, entra ed esce a suo piacimento, non apprezza il nuovo compagno di Lia, ha sempre osteggiato la separazione dall'ex marito Antonio e sembra controllare sia la figlia che il nipote. Antonio non sembra essere molto presente nella vita del figlio. Enrico non esce più, barricato nella sua stanza insieme al suo computer. Gli studi liceali sono stati progressivamente interrotti per i dolori addominali con diarrea che lo colpiscono appena prova a metter il naso fuori casa. Non

ha amici, solo una relazione sentimentale con una ragazza che vive in un'altra città, conosciuta su internet.

Una situazione tipica, descritta in letteratura come hikikomori secondo la definizione di Tamaki Saito (Mastropaolo, 2011). Madre ipercoinvolta col figlio, mancato svincolo dalla famiglia di origine, padre periferico.

Dopo questo primo incontro E. qualche volta viene in ambulatorio, ma i colloqui sono difficili, per lui va sempre tutto bene, si accende solo per parlare di quanto sia invadente la nonna nella loro vita, di come la madre non sappia imporsi con lei, di quanto Giorgio non sia ben visto da lui. Come se nessuno dovesse intromettersi fra Enrico e sua madre.

Arriva al servizio anche il padre, che appare rigido, arrabbiato con E. che non vede mai, e di questo incolpa il figlio e l'ex moglie. Si prospetta da subito anche con lui un lungo lavoro.

La situazione subisce una svolta e inizia la possibilità di un nuovo percorso quando la fidanzata lo lascia: E. minaccia il suicidio, prende il muro a testa, il padre riesce a fermarlo, entrambi i genitori vengono ingaggiati in questa tutela della salute del figlio. Una settimana drammatica dove i genitori, su nostra precisa indicazione, si danno i turni per non lasciarlo mai da solo. Riusciamo dopo lunghe trattative a convincere i genitori a farlo ricoverare. In reparto i colleghi convincono E. a restare.

Il percorso terapeutico di E. può aver luogo formando reti e allargando reti di riferimento che pian piano diventano significative per lui.

Dal reparto E. passa nella comunità intensiva del DSM, dove tutta l'equipe (Comunità Intensiva, CSM, Colpo d'Ala) si riunisce periodicamente insieme a E. e ai genitori per lavorare sulla possibilità che E. continui il progetto iniziato. I genitori sono inizialmente in grave difficoltà, il figlio minaccia, è rigidissimo, non contratta. Con l'aiuto dell'equipe riescono ad assumere una posizione autorevole insieme a noi ed E. continua il percorso. Questi passaggi richiedono un lavoro intensivo per il ragazzo (attività terapeutiche in comunità intensiva, colloqui individuali col terapeuta curante). In questa fase E. partecipa attivamente alla sua cura: dalla comunità si sposta per raggiungere il CSM, frequenta il gruppo terapeutico e il gruppo multifamiliare che si svolgono in comunità, insieme ai genitori e a volte anche ai nonni, mentre i genitori iniziano a seguire sedute individuali e di coppia.

E. rimane in comunità terapeutica intensiva per un anno, ricontrattando periodicamente le modalità e modificando il programma anche in base alle sue richieste che vengono in parte accolte, in parte no, in un continuo negoziato nella rete di lavoro e nella famiglia, come a ricostruire una rete affettiva di reciproci riconoscimenti, fatti anche di regole condivise e di confini che consentono di restituire a ciascuno il proprio ruolo psicologico e a E. di poter riprendere, con questo bagaglio condiviso, il proprio percorso di vita interrotto.

Attualmente E. si trova in una comunità terapeutica estensiva, di lunga permanenza (3). Anche questo passaggio è stato il frutto di una contrattazione,

oggi caratterizzata da una posizione dei genitori affettuosa ma capace di reggere ai tentativi manipolatori del figlio (che compaiono ormai solo in presenza dei genitori) e da un ammorbidirsi delle posizioni di E. stesso, che ora inizia a godere delle prime uscite organizzate con gli amici della nuova comunità, va spesso al cinema, ha superato gli esami del quarto anno di superiori, e, soprattutto, sorride.

Questa estate, oltre alle vacanze con la madre, ha trascorso per la prima volta dieci giorni da solo con il padre, soddisfacenti, in cui ha potuto incontrare un'amica "reale", fino a quel momento frequentata solo via chat.

In questo caso, il gruppo degli operatori coinvolti in un lavoro di rete e le comunità hanno lavorato con E. e la famiglia alla ri-costruzione del valore della socialità e alla possibilità di continuare il processo evolutivo che si era interrotto.

Prospettive

Abbiamo in questo lavoro cercato di sottolineare il fatto che tanto più è severa la patologia che incontriamo, tanto più è necessario attivare tutte le risorse della rete del sistema.

La sfida a cui siamo quotidianamente chiamati ci pone di fronte alla domanda di come una riorganizzazione dei servizi possa preservare la qualità degli interventi continuando a coniugare efficacia e sostenibilità. E' necessario domandarsi se le trasformazioni in atto nella Salute Mentale saranno in grado di mantenere fede alle premesse di accessibilità, accoglienza e universalità con cui sono nati i nostri servizi. Nei casi più complessi il lavoro di coordinamento fra i vari sottosistemi terapeutici richiede una visione clinica integrata e articolata, che non può esaurirsi in un intervento esclusivamente medico, che non tenga conto del contesto.

Soprattutto il lavoro con giovani adulti agli esordi di una severa sintomatologia espone operatori e pazienti a fare i conti con un campo mentale complesso che si articola in più territori mentali e non, attraverso dispositivi di cura confinanti e sovrapposti. Il rischio di una frammentazione del lavoro, rischio sempre presente quando più servizi collaborano su di uno stesso caso, impone una struttura organizzativa agile che sostenga l'operatore nelle sue scelte cliniche e lo protegga dall'impotenza e dallo scoraggiamento che nasce in un lavoro solitario. Il rischio di isolamento e impoverimento emotivo dell'operatore è simile a quello dell'adolescente che perde il contatto con gli assetti gruppali identitari.

E' nata quindi la necessità di standardizzare un sistema di collaborazione fra i Servizi che costituiscono punti di accesso al DSM per i giovani ed in particolare quelli con le caratteristiche di Stato Mentale a Rischio (McGorry, 1999), sistema che abbiamo chiamato Quadrilatero, un'evoluzione del modello di lavoro precedente. Ciò ha esteso le collaborazioni, ha comportato una possibilità di integrazione con tutte le aree di lavoro, offerto la stessa possibilità di cura a qualsiasi giovane indipendentemente dal punto di accesso, non snaturando le caratteristiche di Colpo d'Ala ma offrendo nuove opportunità di cura efficace per le situazioni di Stato Mentale a Rischio individuate da noi. Ciò ha anche consentito di proporre un modello standar-

dizzato – servizi dedicati ma in rete nel Dipartimento – che si sta confrontando con altri modelli presenti nell'organizzazione delle nuove ASL, che prevedono che sia il solo servizio dedicato a prendersi cura della situazione clinica. E' un dibattito presente nella letteratura che si occupa del Paradigma dell'Intervento Precoce (Early Intervention, Mc Gorry, 1999) nel quale si colloca pienamente il nostro modello.

La necessità di un continuo raccordo di una rete mentale interna negli operatori e fra gli operatori è decisiva per orientare una prassi che sia il più possibile pensata e non agita. Gli operatori di Colpo d'Ala si sono interrogati su come essere un luogo di raccordo, snodo e governance di questi processi complessi.

Il processo a cui si fa riferimento è quello dell'integrazione, integrarsi significa orientare i propri sforzi affinché si possano superare posizioni solipsistiche ed auto-referenziali, lavorando in rete. Questo vale sia per quanto riguarda l'unione di ciò che sembra diviso e non comunicante all'interno della propria vita interiore e ai propri modelli di riferimento, che alla relazione tra sé e gli altri, o alla relazione di altri fra loro. Questo lavoro continuo fra mediazione e integrazione fra istanze diverse dei campi terapeutici presuppone una sofisticata manutenzione dei gruppi di lavoro, istituzionali e interistituzionali. L'integrazione diventa quindi un traguardo ideale, una direzione a cui tendere senza fine, un limite irraggiungibile in senso assoluto se non attraverso processi di attribuzione di un senso condiviso degli accadimenti clinici e relazionali che avvengono il più delle volte negli interstizi dei contesti di cura. Quanto più è grave la condizione psichica del giovane, tanto più viene messa a dura prova la tenuta dei sistemi terapeutici attraverso investimenti trasferibili spesso destrutturanti. Il ruolo dell'equipe sta proprio nel far fronte con un pensiero condiviso alla tentazione di dare risposte assistenziali personali collusive sull'onda dell'emergenza, per ritrovare in un lavoro continuo la coesione del gruppo, condizione necessaria per l'appropriatezza degli interventi di cura.

A somiglianza del processo di crescita di un adolescente che ha bisogno di una rete sociale che lo sostenga e ne promuova le potenzialità e che da esso stesso, reciprocamente, è mantenuta e sviluppata - al contrario dell'hikikomori chiuso nell'onnipotente soluzione solipsistica -, anche i nostri servizi, che di tali casi si occupano, hanno bisogno di essere in rete con gli altri servizi per essere insieme più efficaci. Sembra invece prevalere una tendenza a settorializzare, specializzare parti senza collegamenti con il tutto, in un percorso che prende a modello la medicina ospedaliera. Ad esso viene a volte contrapposto un richiamo alla non differenziazione dei servizi, un ritorno al mito dell'assenza di differenze di funzioni ripartite perchè queste vengono sentite come una minaccia, alla stessa stregua delle pressioni invischianti della famiglia che sente il processo di crescita come minaccioso per la propria coesione interna.

Ma, a differenza dei Millennials che hanno trovato il mondo così come lo abbiamo lasciato per loro, cioè non hanno potuto scegliere e con esso cercano di fare i conti per proseguire il proprio percorso, noi abbiamo ancora la possibilità di decidere se puntare sulla ricchezza delle reti di collaborazioni fra servizi specifici oppure inseguire il mito efficientista del "faccio tutto io", o ancora correre il rischio di non

cambiare nulla, collusivamente con il blocco evolutivo di molti nostri pazienti e delle loro famiglie.

Note

(1) E' stata pensata un'organizzazione del servizio, aperto 12 ore, escluso il sabato, che prevede le seguenti modalità di accoglienza:

- una “strutturata”, con prenotazione per l'appuntamento tramite contatto telefonico, presso la sede fisica del servizio situata nella rete dei servizi del DSM, in cui si svolgono tutte le attività programmate, con tempi d'attesa molto brevi.
- una “non strutturata”, con orari di “**sportello**”, con due operatori presenti, due giorni a settimana nella fascia oraria pomeridiana, in una sede facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, esterna alla rete dei servizi del DSM, cui si può accedere senza appuntamento.
- tramite le e mail, che rappresentano il mezzo per acquisire informazioni, avvicinandosi in forma sufficientemente “impersonale”

(2) La **Comunità Terapeutica Intensiva** è una struttura dedicata ai giovani, interviene precocemente nella cura e nella quale viene offerto un trattamento intensivo in situazioni di crisi, quando si ritengono necessari un allontanamento dal contesto familiare e una maggiore protezione del paziente, o subito dopo un ricovero in SPDC, per favorire una risoluzione della crisi senza dover ricorrere al ricovero in clinica privata. Il trattamento intensivo (con spazi terapeutici individuali, di gruppo, gruppi multifamiliari e attività espressive) e la permanenza breve (tre-sei mesi) caratterizzano il lavoro di questa comunità, finalizzato al reinserimento del paziente, nel più breve tempo possibile, nella sua rete di riferimento sociale ed affettiva.

(3) La **Comunità Terapeutica Estensiva** è una struttura caratterizzata da tempi di permanenza più lunghi, considerati necessari da parte dei curanti per sostenere il percorso di autonomia del paziente. L'inserimento viene in genere proposto all'interno di un progetto terapeutico già avviato, spesso a seguito di un precedente passaggio del paziente in Comunità Intensiva.

Bibliografia

Biondo D. (2008). *Fare gruppo con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.

Corbella S.(2002). Il lavoro di gruppo con gli adolescenti, in *Rivista Gruppi*, vol. IV, n.1 Gennaio-Aprile. Milano: FrancoAngeli.

D'Elia Antonello, Ferraris L. (2016). *Trasformazioni famigliari*, in corso di pubblicazione.

Documento DSM ASL RMA “*Stati mentali a rischio, prime crisi ed esordi psicotici*”(2007).

Ferraro A. M., Lo Verso G.,(2007). *Disidentità e dintorni*. Milano: FrancoAngeli.

Foulkes S. H.,(1975), *La psicoterapia gruppo analitica*, Astrolabio, Roma,1976

Kaës R. (2005). *Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo*. Relazione tenuta al convegno “I disagi della civiltà” SPI Roma 12-13 Febbraio 2005

- Kaës R. (2013). *Cosa può fare la psicoanalisi di fronte al malessere psichico nelle civiltà ipermoderne?* Disponibile in <http://www.spi-frenze.it>
- Kohut H (1976), *Narcisismo ed analisi del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Mastro Paolo L. (2011). Nuove patologie adolescenziali o nuove emergenze sociali? L'hikikomori è solo giapponese?, *Rivista Terapia Familiare*, n.97. Milano: FrancoAngeli.
- Mc Gorry P., Jackson H. J. (1999), Tr. it. 2001. *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio*. Torino: CSI.
- Meltzer D. (1981). *Psicopatologia dell'adolescenza*. In: *Quaderni di psicoterapia infantile*. Vol 1, 49-75. Roma: Borla.
- Novick J. (1990). Servizi "a porte aperte" per adolescenti. In: *Un breve viaggio nella propria mente*. 121-129. Napoli: Liguori.
- Pollo M. (2004). *Relazione presentata alla Giornata di Studio: Il disagio giovanile a Roma: prevenzione e risorse di cura*.
- Tisseron S. (2014). Clinica del virtuale. Fantasticare, sognare o immaginare. *Adolescenza e psicoanalisi*. Anno IX, numero 1 maggio 2014. Roma: Magi.
- Zagrebelsky G. (2016). *Senza Adulti*. Torino: Einaudi.

Note sugli autori

Giuseppina Brunetti, psicologa, psicoterapeuta, specializzata in psicologia clinica. Dirigente Psicologo presso il "Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti" del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1. Specializzata in terapia di gruppo per giovani adulti, di cui si è occupata con diverse pubblicazioni.
E-mail: giusibrunetti@62@gmail.com

Francesco Ciolfi, psicologo, psicoterapeuta con approccio sistemico e gruppoanalitico. Dirigente Psicologo presso il "Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti" del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1. Ha lavorato in un centro per la crisi con pazienti gravi, in un Centro di Salute Mentale e in un Day hospital psichiatrico.
E-mail: francesco.ciolfi@aslroma1.it

Luisella Ferraris, psicologa psicoterapeuta gruppo analista e terapeuta della famiglia. Dirigente Psicologo presso il "Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti" del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1.
Si interessa prevalentemente di interventi precoci e di psicoterapie integrate (individuo, famiglia, gruppo)
E-mail: l_ferraris@libero.it

Paola Innocente, psicologa e psicoterapeuta. Dirigente Psicologo presso il Centro di Assistenza Psicologica per Giovani Adulti, "Colpo d'Ala", del DSM Roma1. Si occupa di trattamenti individuali, familiari e di gruppo e della valutazione clinica dei pazienti. Autrice di pubblicazioni in tema di psicologia e salute mentale.

E-mail: innopaola@gmail.com

Flavia Lombardi, psicologa clinica e psicoterapeuta. Dirigente Psicologo presso il “Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti” del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1. Autore di pubblicazioni in tema di psicologia e salute mentale.

E-mail: flavia.lombardi@aslroma1.it

Vito Mirizio, psicologo, psicologo clinico, psicoterapeuta, responsabile U.O.S.D. “Colpo d’Ala” DSM ASL Roma 1. Docente presso la Scuola di Psicoterapia dell’Adolescenza e dell’età giovanile a indirizzo psicodinamico (SPAd) E’ autore di articoli su Psicologia e Salute Mentale pubblicati in libri e riviste scientifiche

E-mail: mir80@interfree.it

Paolo Senczuck, psicologo, psicoterapeuta presso il DSM ASL Roma1.

Docente in corsi sulla prevenzione del disagio adolescenziale. Consulente tecnico presso il Tribunale di Roma. Dirigente Psicologo presso il “Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti” del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1

E-mail: paolo.senczuck@aslroma1.it

Gabriella Tolino, psicologa e psicoterapeuta, Dirigente Psicologo presso il “Centro di Assistenza Psicologica Giovani Adulti” del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1

Docente presso la Scuola di Psicoterapia dell’Adolescenza e dell’età giovanile a indirizzo psicodinamico (SPAd)

E-mail: gabriella.tolino@aslroma1.it