

Maria Zirilli¹

Ricerca Psicoanalitica, 2004, Anno XV, n. 2, pp. 219-236.

La crisi adolescenziale come *passaggio*

SOMMARIO

Ogni crisi, e la crisi adolescenziale extrafisiologica in specie, ha in sé valenze evolutive, di crescita che non possono essere sottovalutate da un progetto di cura che abbia la pretesa di essere sufficientemente *ricco*, ovvero in grado di includere e fronteggiare sia la destabilizzazione che la generatività. L'autore riferisce di una esperienza di servizio, rivolta ai soggetti tra i 14 e i 24 anni, impostata ex-novo ed ispirata ai criteri di *presa in carico* (terapia?) *in gruppo* (poli professionali) in grado di rispondere ad una esigenza di *valorizzazione* piuttosto che di *repressione* della crisi. Il criterio ispiratore di base è quello psicodinamico che individua nella offerta di *legami nuovi* e nella *esperienza emozionale correttiva* i poli più significativi dell'intervento.

SUMMARY

Crisis as a "*passage*"

Every kind of crisis, especially the ones which occur during adolescence but are not due to the growth process, involves evolutive and developmental values which are not to be underestimate if we intend take cure of these adolescents in a wide sense referring to a project-model able to cope both with destabilisation and creativity. The author speaks about a personal psychiatric experience aimed at young people aged between 14-24 and based on innovative principles: the model singled out consists in a team of experts taking care of young patients; these experts are involved in different disciplines and their objective is to consider the crisis more as a value rather than a psychological period to be repressed. The operative and conceptual criterion is based on psychodynamic principles, which consider the proposal of a new relationship and the emotional corrective experience as the most important points of this new kind of treatment.

"Sforzatevi di amare le vostre domande per se stesse, ciascuna come una stanza chiusa a chiave, come un libro scritto in una lingua straniera. Non cercate per il momento delle risposte che non possono essere date, perché non sapreste metterle in pratica, "viverle". Non vivete che per l'istante stesso delle vostre domande? Forse semplicemente vivendole, voi finirete insensibilmente per entrare un giorno nelle risposte".

(R. M. Rilke in "*Lettere ad un giovane poeta*")

Nell'ultimo decennio del secolo appena conclusosi, un po' ovunque nel mondo ed in modo affatto peculiare e privilegiato in Australia, a Melbourne, si sono costituiti gruppi di lavoro la cui attenzione era specificatamente concentrata su una fascia d'età (14/24) e sulle tematiche del disagio psichico ad essa

¹ Maria Zirilli, psichiatra, psicoterapeuta, dopo aver fondato e diretto per 15 anni il Servizio di Psicoterapia per l'Infanzia e l'Adolescenza, è attualmente responsabile del programma U.O. per l'Adolescenza e la Giovane Età, del DSM di Parma, secondo un modello di tipo sperimentale da ella medesima pensato e proposto agli inizi del 2000. Autrice di numerosi articoli scientifici sull'autismo e psicosi ha pubblicato recentemente per la Franco Angeli, il libro: "Sisifo Felice" Email: mzirilli@ausl.pr.it

correlate. Le ragioni di siffatta attenzione sono da ricercare nella evidente significatività (sia sul piano numerico epidemiologico, che su quello clinico) che assume la “crisi” (*break-down*) in questa epoca della vita. Sorta di *Stargate* invertito. *Porta* che troppo spesso introduce ad un mondo parallelo, fatto di sofferenza, scacchi, auto ed etero-emarginazione.

A noi, forse a causa e come ricaduta di un impegno ormai pluridecennale ad applicare i criteri e la prassi psicoanalitica nel sistema sanitario pubblico, è sembrato che uno dei fattori determinanti sull’*esito* a breve e lungo termine del *break-down* adolescenziale fosse da ricercarsi nella tipologia del trattamento (cura).

Poiché se è ben vero (e noto) che una “buona” (sufficientemente buona) famiglia ed un “buon” (o almeno sufficiente) patrimonio intellettuale di base sono fattori importanti, è altrettanto vero, a nostro avviso, che una “buona” cura, lo è altrettanto. Se non di più. Una delle ragioni per cui solo il 2/2,5% della popolazione avente bisogno (stimata da Tansella intorno al 20/25% della popolazione di età inferiore ai 18 anni) afferisce al Servizio pubblico, inerisce, a nostro avviso, alla tipologia della presa a carico.

Nonostante tutto, questa infatti, ancora oggi, si connota, nella maggior parte dei casi, per due caratteristiche nefaste: la *stereotipia* ed il *pessimismo*.

“Come se” chi lavora nel pubblico come psichiatra avesse perso la inclinazione, e l’orgoglio, di lavorare “per guarire” tant’è che, catturato suo malgrado in un meccanismo puramente assistenziale, ha perso per strada quelle doti di curiosità, di creatività e di invenzione che connotano, distinguendolo, il “buon” clinico, dall’esecutore pedissequo di protocolli.

Da tempo si sente dire che la cronicizzazione del paziente psichiatrico è *anche* (solo in parte ovviamente, ma una parte significativa) correlata al modello di intervento.

Tuttavia, non si trovano studi significativi e convincenti al riguardo.

“Come se” anche il processo di “cronicizzazione” fosse un dato *naturale*, analogo ad altri, mutuati ora dalla biologia (concetto di *vulnerabilità*) ora dalla psicoanalisi (*forza dell’Io*) che, seppure al loro esordio avevano una sorta di valore *euristico* (vere e proprie illuminazioni) assunti in seguito come *dati assoluti*, hanno perso rapidamente il significato prospettico (ovvero prognostico e perciò stesso soggetto a variazioni nel tempo, in funzione vuoi degli eventi vitali vuoi della cura), per autoridursi a puri e semplici *fattori descrittivi. Statici*.

Si ha l’impressione che la psichiatria tenda ad eludere, sia a livello concreto (pratico-organizzativo), sia a livello conoscitivo (intellettuale, di ricerca) la *responsabilità* che le compete, di essere a tutti gli effetti elemento costitutivo, dall’*interno* della storia dei suoi utenti.

Partner comunque, oltre che del paziente anche di chi lo accompagna (familiari, insegnanti, compagni di lavoro e/o di scuola) e, come questi, *co-protagonista* della storia (individuale, familiare, di gruppo) da un certo momento in avanti (momento della c.d. presa a carico) di chi gli si rivolge in cerca di aiuto (Morgenthaler, 1980).

“Essere qui è molto”

Il primo colloquio psichiatrico, nella vita di una persona, è un *crocevia*. Nel preciso istante in cui qualcuno chiede aiuto (ciò che nel caso degli adolescenti accade, non di rado, in modo strano, bizzarro, indiretto, attraverso un *agire* piuttosto che un *dire*) si conclude un viaggio e ne comincia un altro.

Essere riusciti a porre la propria richiesta (domanda) di aiuto, implica che ci siano già state una battaglia e una sconfitta. Tenerne conto è una precisa responsabilità etica, ma anche, una non eludibile premessa di tipo conoscitivo. Troppo spesso la psichiatria mette a fuoco la sua attenzione sulla sconfitta (lo scacco) e lo misura accuratamente. Dimenticando di considerare che prima e dietro di questo c’è stata, e c’è una battaglia, ovvero un ampio e variegato dispiegamento di forze.

Se concordiamo nell’ipotesi che la *cura* (*il fare terapeutico*) altro non sia che inter-azione, ovvero il

risultato dell'incontro-scontro tra *due soggettività*, quella di chi cura e quella di chi ha bisogno, allora non possiamo fare a meno di sottolineare il fatto che *dalla forma* che la cura assumerà dopo il primo colloquio e dall'*esito* di questa sono parimenti responsabili (*accanto e con* i fattori di malattia intrinseci al soggetto malato) altri *fattori non naturali*, esterni al soggetto e alla sua storia precedente quali: la formazione dello psichiatra, la sua filosofia, il suo stato emotivo del momento (e la consapevolezza che ne ha), l'organizzazione in cui si trova ad agire.

Ovvero discendono dalla *qualità* e dalla *quantità* di *soggettività* di cui lo psichiatra e non il paziente, dispone.

Qualità e quantità strettamente correlate alla formazione evidentemente. Che dal mio punto di vista non può prescindere da una analisi personale e da un training psicoterapeutico. E tuttavia non basta. Un ulteriore dato mi ha preoccupato e mi preoccupa negli ultimi anni. Il dover riconoscere che il pensiero psicoanalitico, lungi dall'aver informato di sé la comprensione dei fenomeni psichici, è stato ridotto (si è ridotto poiché è evidente che in questo ha colluso, collaborato un certo snobismo autodifensivo e "ristretto" degli psicoanalisti) a *pura pratica*: la psicoterapia è cioè divenuta null'altro che una tecnica da affiancare alle altre e di cui si valutano efficacia, costi, ecc. Non così per noi. Se, per dirla con Winnicott, (1971) la psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace. Allora è vero che con i nostri pazienti *noi giochiamo* nella misura in cui giocare implica *conoscenza* dell'avversario, conoscenza delle regole, ma anche strategia, invenzione, abbandono.

Fare ed essere psicoterapeuti equivale, per noi, al *fare* ovvero all'essere consapevoli del senso che rivestono, per noi e per l'altro, i contenuti e le forme della *relazione*. Tecnici avvertiti, consapevoli della propria responsabilità, disponibili a mettersi in gioco prendendo se stessi (la conoscenza di sé) come misura, *metro* della conoscenza dell'altro.

In siffatta cornice, la seduta, altro non è che *uno* dei tanti momenti della relazione terapeutica; tra tutti, quello più protetto; in qualche modo il nostro laboratorio. I cui risultati, costantemente messi in comune con quelli degli altri (degli educatori, degli infermieri, delle psicologhe tirocinanti, dell'assistente sociale, della volontaria) costruiscono una sorta di *alone* tutt'attorno alla persona del nostro utente, un guscio insieme protettivo e nutriente. Dal quale emergerà da sé, in piena autonomia e con un sol gesto.

Tipicamente a nostro avviso, l'autonomia non si dà né si riceve, ma *si produce*: si dà, quale *evento*, *puntiforme e definitivo*.

Il setting

Proverò a descrivere il nostro funzionamento: la U.O. esiste da due anni e mezzo, in via sperimentale. L'accesso è libero. Le prime visite le facciamo noi laureati, indifferentemente. Di ciascuna presa a carico si riferisce all'*équipe* settimanalmente, nella riunione del mercoledì. Nel corso della quale si passano in rassegna tutti i casi in carico per verificare "come va". Se qualcuno ha interrotto, senza concordarlo, la frequenza al Centro, abitualmente viene richiamato, secondo una modalità attivo-persecutoria, scelta intenzionalmente per segnalare all'altro che l'assenza è stata registrata, che in sua assenza abbiamo continuato a "pensarlo", che ci siamo: sarà lui a dire "basta!". E il dialogo riprende. Su basi più forti. Di tanto più forti di quanto è aumentata, e riconosciuta, la soggettività dell'altro.

Per vocazione (e per assenza di competitori) la U.O. per l'Adolescenza e la Giovane Età costituita quale struttura deputata all'intervento nell'emergenza/urgenza e dunque, quale osservatorio privilegiato della "crisi".

Storia di Carmelo: 16 anni.

È arrivato sconfitto. Lo accompagnavano il padre, la madre ed una collega N.P.I. Il ragazzo proveniva da una Comunità Psichiatrica per adolescenti in cui era stato ricoverato per 40 giorni. Poi qualcuno ne aveva imposto il ritiro, per ragioni economiche. Una terapia farmacologica “pesante” (2 neurolettici e 1 antidepressivo) accompagnata da un diffuso senso di confusione e di impotenza degli operatori e dei familiari completavano il quadro. Carmelo si rifiutava di entrare in clinica e pretendeva, ostinato, di rientrare in Comunità. Dapprima con rabbia, poi con dolore e una toccante tristezza. Ce l’aveva con i genitori che non lo accontentavano ed ai quali si rivolgeva accorato, con sguardo da bambino. Un ragazzo troppo corpulento, dai lineamenti gradevoli, belli, vestito come i ragazzi di oggi: maglietta del gruppo rock preferito (un gruppo di circa 20 anni fa), jeans. Al collo, però, una catena vera, chiusa da un lucchetto. Io mi stupisco e il padre mi rassicura: “Io ne ho la chiave” dice.

Ci rivediamo il giorno successivo. Quello stesso pomeriggio tuttavia, Carmelo partecipa ad una seduta del gruppo di psicodramma per adolescenti che teniamo tutti i giovedì. Il giorno successivo le cose sembrano essere peggiorate. Ostinato, il ragazzo non accetta di stare a casa: con il pianto appena trattenuto chiede: “Per favore... per favore... ho bisogno di starmene un po’ tranquillo”. Adesso le collane sono due: alla catena si è aggiunto una sorta di collare adorno di punte metalliche di lunghezza variabile da 3/4 a 7/8 cm. Impressionante. Se Carmelo muovesse la testa bruscamente o con disattenzione si ferirebbe.

Stessa scena del giorno prima: lui, i familiari, gli psichiatri (compresa la N.P.I. che l’aveva in cura). E una sola invocazione: tornare in Comunità. Perché non è possibile?

Le spiegazioni che gli vengono date dalla N.P.I. sono oneste, affrante. Io invece mi arrabbio: “Tu non vai là perché quella struttura non è indicata per te”. “È un manicomio”. “Tu non vai neppure in clinica”. “Torni a scuola”. Carmelo non crede alle sue orecchie. Mi guarda di sottocchi con un misto di stupore e rabbia. Mi evita. Parla solo agli altri. È sul punto di piangere. Mando fuori tutti. Tiro un sospiro e mi siedo accanto a lui. Se prima avevo il tono deciso, (*primariale*, paterno) di chi prende le decisioni adesso ho un tono colloquiale e basso tendenzialmente dimesso, esitante. Sicuramente più autentico.

Ho mandato fuori gli altri perché la loro presenza mi rendeva impotente. Avevo bisogno di stabilire un *contatto nudo* con il ragazzo. Di uno spazio *vuoto* (la mia stanza) in cui sentirlo, vederlo. Non sapevo che cosa avrei detto per convincerlo. Lui mi guardava di traverso. Io parlavo a tratti, interrotta dalle pause. Necessarie per pensare.

Poi il guizzo, l’intuizione, la follia. “Sono contenta di vedere oggi la tua nuova collana...(quella con le punte) capisco che c’è dentro di te una voglia di farcela, di emergere tuttora forte. Che non hai gettato la spugna... vuoi farcela... vuoi vincere... L’aggressività è una cosa buona: se la catena mi spaventava, questa collana così appuntita mi fa sperare... E allora, dai, torna alla tua vita di prima, alla scuola (dove era bravissimo)... mi viene da pensare guardando la collana che magari sei molto ambizioso e visto che papà è capostazione tu vorresti essere qualcosa di più, un ingegnere, un ingegnere spaziale...(fine del delirio della terapeuta).

Carmelo mi guarda incuriosito... e sorride appena appena.

Il giorno prima lo avevo fatto partecipare ad una seduta di psicodramma con suoi coetanei. Una seduta durissima durante la quale i ragazzi avevano “giocato” il day-after, l’incontro, il giorno successivo, con un loro amico “finito nei matti”. Carmelo non ce la faceva neppure a parlare; era uscito dalla stanza “per bere”, diceva, ma per farlo rientrare ero dovuta andare io a prenderlo: rosso in volto, *respirava appena...*

Parlo sempre io per una decina di minuti. Gli parlo, a grandi linee, di uno dei ragazzi, Leo, più avanti di lui nella strada del rientro della crisi. Siamo ad aprile, tornare a scuola è troppo difficile, lo farà a settembre. Per ora ha trovato un lavoretto come barista. Potresti trovare anche tu un lavoretto, tanto per distrarti... “Un lavoro no, magari un corso di chitarra...”

È la sua prima frase spontanea. Nel dirla, Carmelo mi guarda negli occhi e sorride brevemente, con sfida. “Chi pagherà il corso di chitarra?” domanda malizioso.

Faccio rientrare gli altri. Racconto dell'accordo. Scetticismo. Incredulità. Diffidenza. Soltanto il padre (un uomo schivo, discreto, che tuttavia “ha” la chiave del collare...) è dalla nostra, e quando Carmelo, guardando negli occhi la madre (persona terribilmente ansiosa, depressa, istintivamente convenzionale) dice di nuovo: “No, voglio andare in comunità, starmene tranquillo (tranquillo lontano da lei?)” ha una illuminazione e propone una via di uscita: organizzare per Carmelo una piccola mansarda (vivono in un casello ferroviario alla periferia della città) il ragazzo potrà stare da solo (avere una stanza tutta per sé), lontano dal fratellino, dalla madre, dagli altri...”.

Faremo così. Tolti i farmaci. Tornato a casa. Rassicurati i genitori ai quali darò tutti i miei recapiti telefonici (il servizio è solo diurno) e sistemato Carmelo nella sua mansardina (una stanza, un letto, un armadio, due sedie e un computer).

Per qualche giorno Carmelo non vorrà neppure mettere il naso fuori dalla porta. Andrò a trovarlo Marco il nostro unico infermiere maschio, disponibile sempre, anche in orari strani. Parleranno di musica e si accorderanno con un maestro.

Per i primi giorni sarà lo stesso Carmelo a chiedere qualche ansiolitico di cui tenderà ad abusare: cosa che gli servirà per dormire a lungo, giornate intere, per poco più di una settimana (forse un modo per dimenticare).

Una sera il padre mi chiamerà a casa spaventato. Il suo non uscire mai dalla stanza li inquieta. Quando stava male (e vedremo come) diceva di *volere morire*. Due giorni prima, col permesso del padre è andato a Bologna, ha incontrato una ragazza conosciuta via internet. Quando è tornato era strano, forse aveva bevuto un po'. Da un giorno non esce dalla stanza; se “disturbato” grida e insulta.

Andrò io a trovarlo (sono le dieci di sera). Marco mi raggiungerà di lì a poco. Carmelo mi accoglie stupito. Mi fa vedere il suo programma musicale. Ascoltiamo insieme i Sex-Pistols e fumiamo le sue sigarette.

Passano due mesi. Carmelo non vuole più venire al Centro, né che noi lo andiamo a trovare: “*Non sono mica matto*” dirà. Qualche volta è venuto al gruppo di psicodramma. Una sera, pochi giorni fa, si è ubriacato di nuovo ed è stato, di nuovo, accompagnato al Pronto Soccorso dai compagni.

Ma stavolta è andata diversamente. Il padre lo ha assistito sino alle quattro di mattina e poi se lo è riportato a casa. Il giorno dopo me lo ha raccontato al telefono.

Ci sentiamo con il padre tutti i giorni. Carmelo è rientrato nella stanza con il fratellino, di sua iniziativa. A detta di Marco, a parte il padre, il fratellino lo “aiuta molto”, gli sta vicino.

Durante le sedute di psicodramma, quando, come è di rito, si doveva presentare ai ragazzi che arrivavano ex-novo al gruppo, diceva sempre: “*Mi chiamo Carmelo, frequento il secondo anno all'ITIS, ho un fratello, mi piacciono i Sex-Pistols...*”. Non ha mai detto “andavo a scuola”. Il suo tempo si è fermato. La crisi niente di più che una sbronza colossale, accompagnata da frasi tipo “voglio morire”, rotolamenti in mezzo ai vetri frantumati di una porta che lui stesso aveva rotto... *Il percorso terapeutico* una sorta di tic: colloqui col ragazzo *prima* della crisi (attraversava un momento depressivo a causa di una delusione amorosa), farmaci ansiolitici alla madre, sbronza, ricovero in Clinica Psichiatrica, dimissione da questa e invio alla comunità...

L'energia di Carmelo spaventa. La prima sbronza è colossale: quattro litri di vino e un litro di limoncello (come dirà nel gruppo di psicodramma). I compagni lo redarguiranno: “Il limoncello è pesante!” Gli adulti sbarrano gli occhi. Nella comunità si lega ad una ragazza ricoverata. Esce, va a Bologna, e cerca una ragazza incontrata in *rete*.

Carmelo cerca l'amore. L'amore di una donna. Ha quello di suo padre (un papà col quale ha un legame intenso, profondo: fumano insieme, parlano di politica, qualche volta vanno a pescare; un papà “femminile”, tenero), ma non è in grado di “misurare” la disponibilità femminile. Con la madre non parla. In

mia presenza la attaccherà per i divieti *al* padre: “Non vuoi mai uscire, non vuoi che *lui* (il padre) vada a pescare, ti lamenti sempre.” Cosa mai vorranno le donne? Cosa le rende felici? Di cosa gioiscono? Carmelo non ne ha la misura. La madre ammette di essere sempre stata ansiosa e quando elenco i problemi che il figlio di una madre ansiosa avrebbe potuto avere (dalle coliche del neonato al vomito dello scolaro...) annuisce di scatto: Carmelo *le ha avute tutte*. E, aggiunge: soffriva *anche* di mal di testa.

A distanza di un anno e mezzo, Carmelo non è mai più venuto al centro. È tornato a scuola; si è ritirato; ha lavorato ed è tornato a scuola. Vengono regolarmente i suoi genitori. Tutte le settimane al gruppo, coordinato da una psicologa. E tanto sembra bastare: loro sanno di poter contare su di noi in qualsiasi momento. Carmelo *sa* che loro vengono.

Nel gioco delle “deleghe” noi rappresentiamo il guscio calcareo, il contenitore esterno (stabile, fisso) loro “giocano” tra di loro, al loro interno e con noi, in una relazione fluida del tipo “so che ci sei”. Ciascuno al suo posto, con le ritrovate competenze dei ruoli (di adolescente in crisi, di genitore, di psi).

Storia di Andrea: 15 anni:

Andrea viene alla U.O. a causa di problemi ossessivi che lo costringono a ripetere gli esercizi (compiti di scuola) anche 50 volte. Arriva accompagnato dai genitori poco prima di Natale. Questi sembrano terrorizzati, schiacciati dal senso di colpa. Lo hanno sempre protetto, specialmente dopo l’inizio della scuola materna. Recentemente, nel corso di un colloquio col padre, sarà possibile collocare con maggior precisione l’inizio del malessere. Essendo Andrea un bambino intelligente, sensibile, responsivo, i suoi genitori, in particolare il padre, lo hanno sempre molto stimolato, hanno richiesto molto da lui. O meglio, si sono divisi i compiti: da un lato il padre severo, esige che lui fosse “grande” “maturo” “colto”, dall’altra la madre, intuendo la sua fragilità (Andrea è come me) lo capiva, lo proteggeva. Dalla prima scuola, funestata dalle liti tra insegnanti fu portato via, più o meno intorno a Natale, e trasportato in un’altra, ritenuta più idonea. Di questo si lamenterà per anni! (la sua “crisi” adolescenziale cade nello stesso periodo dell’anno). Chi accoglie la richiesta d’aiuto (io) si rende conto dell’estrema delicatezza e fragilità di Andrea, rassicura i genitori e li rinvia (dopo avere illustrato lo stile della presa in carico) a subito dopo le vacanze di Natale. Nello stesso periodo, i genitori, allarmati, consultano un neurologo che li indirizza a Pisa. Ci vanno. Ad Andrea vengono somministrati test e una terapia farmacologica. Con ben due antidepressivi. Tornato a scuola, Andrea inizia, contestualmente a venire al gruppo di psicodramma. Di Pisa e dei farmaci nessuno dice niente. Al gruppo Andrea parla spesso e molto, esprimendosi in modo affettuoso ed ingenuo. È però rigido, nei movimenti. Tranne che in alcuni giochi, in cui si lascia andare e interpreta il ruolo assegnatogli *come fosse un altro*. Sembra desiderare intensamente di essere accettato, avere degli amici. Vuole diventare ingegnere come il padre, frequenta il liceo scientifico.

La “crisi” esplode nel gruppo di psicodramma. Andrea delira. È confuso e afferma, tra lo sconcerto dei compagni, *di aver inviato il suo pensiero ad un altro componente del gruppo (Leo) così che l’altro lo aveva espresso al posto suo*. È il periodo di S. Valentino e afferma di aver passato la notte di quel giorno in giro per il paese dove vive, in cerca di una ragazza per rapirla (la ragazza si chiama Lucy ed Andrea è innamorato di lei da anni, ma questo lo dirà solo molto tempo dopo). I compagni rimangono sorpresi, attoniti. Ma non lo emarginano. Aiutati dalla conduttrice ri-parlano di quello che Andrea dice e solo quando la tensione sale oltre il livello di tollerabilità lo richiamano spaventati: “Ma cosa dici?! Schizzi?!”

Vengono chiamati i genitori e si scopre che avevano fatto alcune visite presso altri psichiatri e questi avevano dato al giovane diversi farmaci da prendere. Forse troppi. Andrea non è contento di prendere quelle medicine, le vorrebbe mettere in uno Shuttle e mandarle nello spazio. Gli viene cambiata la terapia farmacologica (un solo farmaco, un neurolettico) e gli viene prescritta la psicoterapia individuale.

La psicoterapia individuale per lui, all’inizio, altro non è che una ripetizione degli incontri fatti all’ora di

pranzo col padre quando gli racconta come è andata la giornata a scuola. Solo successivamente la seduta si è trasformata e Andrea inizia a parlare di fantascienza, ciò che gli permette di esprimere la sua aggressività ed il senso di colpa in modo differito, simbolico. Una fantasia di cui parla frequentemente è quella di distruggere un pianeta e poi essere arrestato dalla polizia. La sua profonda solitudine affrontata nel gruppo e nella terapia individuale, gli permette di iniziare a “pensarla” e a trovarvi delle soluzioni.

In gruppo, stimolato dagli altri, e soprattutto da Leo, dice di voler telefonare agli amici e andare in discoteca. Afferma anche di voler avere una fidanzata. Riesce, poi, ad andare a ballare con i genitori durante una vacanza e successivamente organizza una festa a casa sua.

L'aggressività è verbalizzata per la prima volta quando racconta di uno scherzo dei suoi amici che lo ha fatto arrabbiare, in seguito affronta gli amici per chiedere spiegazioni.

Oggi il miglioramento del ragazzo è notevole: rimane forte la sua preoccupazione per la scuola, un dovere che sente fin troppo importante e che tuttora lo angoschia. Da poco ha iniziato a raccontare le sue ossessioni e su frammenti di ricordi del periodo in cui è stato molto male. Allontanato da scuola e rimasto a casa per due mesi, il ragazzo era vittima di rituali durante i quali metteva e toglieva i libri dalla borsa, controllava e ricontrollava l'orario di scuola, studiava tutto. I genitori sono idealizzati, percepiti come perfetti e difficili da raggiungere. In particolare nel rapporto col padre si avvertono difficoltà e rigidità: “Chiedo a mio padre di correggermi i compiti, se non lo fa, rifaccio gli esercizi diverse volte”. “Lui mi insegna le cose, mi spiega sempre”. Ora il rapporto è cambiato, riesce a dire che, a volte, il papà è noioso e pedante, la cosa lo infastidisce un po', soprattutto quando vuole insegnargli a tutti i costi. Resta comunque il suo punto di riferimento assieme alla madre che lo disturba quando sta giocando al computer chiamandolo. In una delle ultime sedute gli è venuta l'idea, visto che ha letto molti libri di fantascienza di scriverne uno lui.

La storia, inventata su due piedi è interessante e lui si identifica nell'eroe buono. Bravo al computer, con una compagna, coraggioso, simpatico... In aggiunta non c'è più la distruzione del pianeta né la punizione. La storia è complessa e ben articolata ma *il pensiero che possa avere successo lo disturba un po'*. La fantascienza non è abbastanza seria, e poi *prima c'è la scuola*.

Quando abbiamo indagato sulle aspettative che i genitori hanno su di lui ha detto che vorrebbe essere un gatto per vedere con i suoi occhi come si sta in casa sua. Alla mia domanda: “E Andrea come ci sta? Benissimo, bene, benino, *ci sta?*”. Ha risposto: “*Ci sta*”.

Importante per lui è Lucy, sua compagna dalle elementari alle medie. Per un po', durante il primo anno delle superiori passava spesso da casa sua e le citofonava, finché i genitori (di lui) non gli hanno detto di smetterla perché così la infastidiva. Però ha continuato a pensare a lei. Nel gruppo e nell'individuale il suo amore è stato legittimato, tanto che durante una seduta ha portato due lettere dedicate a lei da leggere. Il pensiero di Lucy gli occupa la mente, non lo fa pensare all'esame che avrà a scuola e che lo preoccupa. Sta pensando di darle le lettere che ha scritto in forma anonima, lasciandole nella cassetta della posta.

Le lettere le ha scritte al computer mentre le parti del libro che ha iniziato le ha scritto a mano. Del libro ha scritto tre versioni: una come ha detto lui “catastrofica”, con terremoti continui e altri stravolgimenti del mondo da lui immaginato. Dopo che la sua terapeuta l'ha letta ad alta voce, ha detto: “Ora che la sento da te ho capito che non è bella, meglio un mix delle altre due”.

Giovedì: ultima seduta di psicodramma. Andrea decide di rinunciare agli incontri di terapia individuale perché ha altre cose da fare, altri impegni e deve organizzarsi (la scuola supponiamo).

Il martedì, giorno fissato per la seduta arriva alla U.O. spaventato e in ritardo: lungo la strada avendo intrapreso un senso unico in direzione contraria ha preso una multa e non sa – è agitato, balbetta – se ha fatto bene o no a venire. La sua psicologa: “Come mai...”. Andrea interviene: “Sì, avevo detto che non sarei venuto per due incontri per vedere come riuscivo ad organizzarmi... ma me ne sono dimenticato e sono venuto lo stesso”. Durante la seduta di quel giorno Andrea racconta le angherie che ha subito dai compagni gli ultimi anni delle medie. Le prese in giro, gli scherzi, gli inganni e le beffe a suo danno.

Per alcuni mesi, sino all'estate, la famiglia terrà i piedi in due staffe. Ritenendo "insufficiente" o "blando" o comunque "complementare" (in ciò sostenuta dagli psichiatri) pensare che il trattamento proposto da noi, dopo essere andati in un'altra città erano andati anche in Clinica Universitaria della nostra città e qui erano stati confortati da una valutazione dei problemi del ragazzo sostanzialmente analoga alla nostra.

Storia di Leo: 15 anni

Leo 15 anni: si è fatto la sua notte al SPDC. Era arrivato alle undici di sera proveniente dal Pronto Soccorso. Da qualche ora (dall'ora di cena) non apriva più gli occhi.

Parla poco, non sembra spaventato. Al SPDC gli danno qualcosa per dormire. E lo tengono in osservazione per una notte. L'indomani mattina chiamano noi. Leo si alza (si sveglia) e va incontro cordiale allo psichiatra ed alla psicologa. "Chiudere gli occhi" era stato il suo modo di concludere una discussione accesissima col padre.

Il padre sembra a sua volta un adolescente: orecchino, capelli colorati, abbigliamento casual. Appare tuttavia molto preoccupato e disponibile. Ai colleghi Leo appare "sano". Per sicurezza gli propongono di venire al gruppo di psicodramma di cui Leo è uno dei frequentatori più assidui. Nel corso di una seduta dirà che lui col padre non ha mai parlato e nel corso di un gioco in cui è alternativamente il padre e il figlio, si emozionerà in modo intollerabile, tanto da dover interrompere il gioco.

Lui che, a suo dire, non pensa mai, parla in continuazione e dice cose che sembrano invece molto pensate.

Che il suo chiudere gli occhi, a parte il rifiuto, fosse un modo visibile/evidente di "pensare" dinanzi a chi lo concepisce come "non pensante"? Da qualche mese viveva male, essendo stato allontanato dalla scuola per aver dato uno schiaffo al preside, che lo aveva offeso.

Le sedute di psicodramma, che occuperà spesso, invadendolo con le sue parole/pensieri gli serviranno per decidere di tornare a scuola in settembre.

Sono passati due anni. Leo ha attraversato molte fasi. Ha confermato di assumere delle sostanze, tante, di tutti i tipi. C'è stato bisogno di intervenire farmacologicamente per la disassuefazione. Quindi, allo psicodramma si è affiancata una psicoterapia individuale: i due trattamenti proseguono affiancati tuttora.

Ma le relazioni del ragazzo sembrano ribaltate rispetto al primo piano. Attualmente ha smesso le sostanze (che usava da anni e dunque da prima della crisi) e lavora. Non è tornato a scuola per sua scelta, per non "ricadere nella droga". Il lavoro rinforza la volontà. Cambia frequentemente ragazza e le porta tutte al Centro, per farle conoscere agli operatori. Ammette di *pensare* adesso. Di essere meno inquieto.

Nel corso dell'ultima seduta di psicodramma chiede che si chiami il padre e lo si convochi, insieme con lui, per un incontro. Nel corso dell'incontro (breve), con stupore del padre, lo utilizzerà come rinforzo alla richiesta, sua esclusivamente, di potersi astenere dallo psicodramma due volte al mese, quelle in cui va a trovare l'ultima ragazza nella sua città. Oggi il padre viene utilizzato come testimone e sostegno!

Tre storie. Tre diversi tipi di "crisi". Una sola attenzione (setting).

C'è un assunto nell'"a priori" del nostro funzionamento, che individua nella *crisi* un momento importante nella vita del soggetto, un momento da valorizzare (e trattandosi di adolescenti da auspicare addirittura). Un *modo esplicito* di richiamare l'attenzione su di sé e su ciò che passa tra *Sé* e il *Mondo*. Non solo. La *crisi* in quanto *rottura* dell'ordine precedente, trascina con sé, insieme alla confusione, tutta la generatività e la potenza del *caos*. Saperlo riconoscere e sfruttare, implica una attitudine di base di tipo estetico, tendente alla valorizzazione dell'irrazionale e dell'*insania* anche, e soprattutto, in quanto *aberrazione* dell'Essere dal suo centro, *ombra* feconda di nuove immagini, nuove illuminazioni.

La domanda di aiuto (di cura) è sempre, comunque, una sfida. Saperla accettare implica un doppio

vantaggio: *la non mortificazione* di Sé e dell'Altro. Sfida sotterranea, camuffata, inapparente il più delle volte. Chiara ed evidente sempre nella *crisi*. E nella crisi dell'adolescente con una specificità in più: *l'elan vital*.

Come si vede, si tratta in tutti e tre i casi di *scompensi emotivi* importanti che esplodono al termine di un lungo succedersi, iniziato sempre nell'infanzia, di "crisi" e di "assenze" perduranti (v. Carmelo che cerca inesausto l'amore di una donna) o, peggio l'assenza di una *mente adulta* (quella del padre) (Fonagy, Target, 2001, 2002) in cui rispecchiarsi ed imparare a pensare, nel caso di Leo.

A tutti e tre in qualche misura "*manca l'aria*" e sebbene qualcuno (Carmelo) dica di voler morire, in tutti e tre risuona, forte come un grido, *un desiderio di vita "in più"*.

I problemi legati alla costruzione dell'*identità* (personale, relazionale, sociale), se vi sono, sono appiattiti sullo sfondo.

Nell'immediato si tratta di "*aprirsi la strada*" (*il passaggio*) magari a colpi di machete o di ariete. Ma dei tre, solo Carmelo è in grado di tentarlo, essendo insieme il più intelligente, il più vitale, il più attivo (e il più fortunato anche, essendo l'unico ad avere la straordinaria fortuna di un padre sensibile, attento, disponibile). Gli altri manifestano il loro desiderio in modo afasico, sconfitto in partenza.

Paradossalmente (o forse no) la risposta terapeutica, mentre è d'attesa (cautelativa sì, ma d'attesa) nel caso di Leo e di Andrea è decisamente è duramente punitiva con Carmelo... (segno che l'anima autoritaria della psichiatria è tuttora e sempre viva anzi ri-emergente: si pensi al fiorire delle comunità terapeutiche per adolescenti)! *Lo faremo noi (lo dovremo fare noi) per loro. Loro ci anticiperanno* (una volta rimossi gli ostacoli) sulla *linea di fuga*: Carmelo rifiutando l'adattamento e la convenzionalità impliciti nella proposta di un "lavoretto" e tenendo tenacemente aperta – spalancata - la ferita, pericolosamente oscillando tra il *cupio dissolvi* (ovvero la voglia di tornare "tra i matti") e la voglia di "normalità" quando rifiuterà i colloqui: "se non voglio posso dire di no?"; Leo riaprendo gli occhi (aveva visto "i matti" sia pure ad occhi chiusi e non aveva dubbi su quale fosse la sua scelta); Andrea lasciandosi andare con straordinario abbandono al *dire* la propria sofferenza... follia nel gruppo di psicodramma, dove questa - la follia - finalmente trovava un *luogo* in cui potersi esprimere.

Ancora una riflessione sul *setting*. Il nostro, come si evince dal racconto della storia, è un *setting di gruppo*. I pazienti raccontati agli altri nelle due riunioni di équipe istituzionali (in realtà c'è la consuetudine di "passarsi la voce" su tutto e su tutti, coinvolgendo i colleghi liberamente su tutti i problemi), sono "di tutti". E ciascuno si offre come *figura* di riferimento (di *attaccamento*) (Stern, 1985). Anche se questo risulta meno evidente, ed ha forse uno scarso rilievo nel caso delle crisi, che tipicamente si sviluppano in tempi brevi o brevissimi.

Per accrescere il nostro strumentario (conoscitivo e di presa a carico), a distanza di qualche mese dall'apertura abbiamo ritenuto utile dotarci di ben *quattro* strutture di *gruppo*, formali e fortemente caratterizzate: un gruppo di psicodramma al giovedì per i giovanissimi (15/16 anni), un T. group per i meno giovani (20/25 anni), sempre al giovedì pomeriggio, un gruppo di auto-aiuto per i genitori coordinato da una psicologa il martedì ed un gruppo "aperto", una sorta di caffè letterario, il mercoledì mattina, al quale sono tutti invitati e durante il quale un professore di lettere, nostro simpatizzante e amico, intrattiene ragazzi ed operatori in *questioni poetiche*. La scelta di presidiare una fascia di età così lunga discende da diverse buone ragioni, nello stesso tempo organizzative e di contenuto.

La sostanziale somiglianza delle *crisi*, se prese nella loro accezione di crisi di ruolo e più precisamente *crisi del ruolo sociale*, che intervengono nelle fasi di passaggio vuoi della *maturazione sessuale* (13/15) che dall'*ingresso nell'età adulta* (18/21).

La necessità di superare la *stortura* istituzionale che individua nel raggiungimento della maggiore età una forca caudina (prova iniziatica, step) dopodiché "*tutto cambia*" (e diventa in genere peggiore, nel senso di meno attento, meno tollerante, meno accogliente ecc.). Ciò che se è ben vero (e forse anche giustificato)

sul versante reale e anche simbolico è tutt'altro che necessario, e pertanto "non vero", sul versante della cura. Come abbiamo cercato di mostrare.

Infine, le straordinarie possibilità che si offrono alla cura quando questa può presidiare la fase di passaggio, e/o quella "di esordio" secondo modalità (procedure) forti, dedicate.

Infatti, se è vero che, per dirla con F. Morghentaler (1980), alla tavola dei nostri pazienti adulti siamo i convitati ultimi ad arrivare perché ad essa, prima di noi, hanno attinto a piene mani genitori, insegnanti, amici, ecc. altra cosa è quando si tratti di adolescenti.

Alla tavola di questi, colui che cura, analogamente agli insegnanti ed ai compagni è, tra gli invitati, quello "di mezzo", e può, se lo vuole, rivestire tuttora un significativo ruolo di *co-protagonista* o, come io preferisco pensare, nello stesso tempo *deuteragonista*, protagonista di secondo piano e dello sfondo, e *coro*, in quanto istanza di sottolineatura e di *formalizzazione* simbolica e linguistica di ciò che avviene e precipita dal *qui ed ora* della seduta di terapia al presente, e viceversa.

Ruolo di *accompagnatore* e contestualmente di *promotore* di quella funzione evolutiva, tra le più significative e difficili, addirittura preziosa in adolescenza (ciò che differenzia le terapie di questa fase sia da quella infantile che dalla vita adulta, facilitate sia pure in forme e modi differenti, dalla dipendenza) ovvero *l'autonomia, il bisogno imprescindibile e vitale, di avere sempre la sensazione che ciò che si sceglie lo si sceglie "per sé"*.

Da questo punto di vista la "crisi" adolescenziale, sia quella "fisiologica" o sottosoglia che, soprattutto, la "crisi grave" "psicopatologica" (quale per intenderci che preoccupa ed agita il mondo adulto spingendolo non di rado a drastiche misure di contenimento quali l'ospedalizzazione) reca in sé sempre, nonostante il clamore di superficie, uno straordinario *potenziale di autocura*.

Spetta al curante *saperlo, cercarlo* e, dopo averlo individuato, *restituirlo* al suo paziente. Possibilmente in un tempo *breve, brevissimo* se non *folgorante*. Così come folgorante e breve è il tempo dell'adolescente. *La nostra équipe ha scelto di intervenire sulla richiesta di aiuto con un insieme di atti* (due colloqui con il ragazzo l'uno medico clinico l'altro psicoterapeutico e due colloqui con la famiglia l'uno con e l'altro senza il ragazzo ad opera dei laureati da soli/e non con/e non la presenza di infermieri e/o educatori ed assistente sociale a seconda dei casi) caratterizzantesi per la loro *tempestività*: il tutto nelle prime 48 ore dalla segnalazione.

Il fattore tempo è stato diffusamente sottolineato da altri studiosi (vedasi specialmente nel caso di t.s.) e non vi torneremo su.

Quello che, a nostro avviso differenzia la nostra presa a carico è oltre alla *rapidità, l'intensità ed ampiezza* della stessa sia al momento dell'impatto (es. ora descritto) che successivamente.

La U.O. aspira a funzionare come *unità (l'unità nella molteplicità)*. Ragion per cui: "*tutti conoscono tutti*" dal momento dell'accoglienza in poi; tutti (gli operatori) sono in grado di rispondere ai bisogni emergenti. La riunione settimanale sui casi è infatti interamente dedicata a presentare "i nuovi casi" all'*équipe* e, consecutivamente, a ripercorrere l'intera lista di pazienti e riproporre in tal modo alla memoria dei singoli terapeuti e di tutti, *facce, situazioni, vite*.

Nella convinzione, forte, che il solo modo per combattere *cronicizzazione* (e *istituzionalizzazione*) sia il *pensare*, ovvero il tenere dentro la propria testa (la testa dei curanti prima e quella dei pazienti poi) e non "dentro le mura" qualcuno, il nostro Tu del momento. Così facendo, la *crisi comportamentale* dell'altro diventa "*crisi di pensiero*" e "*crisi operativa*" di colui che cura. Ai *fatti* (comportamenti, dati oggettivi) subentrano le parole. Le parole (dei genitori, degli insegnanti: gli altri) per descrivere, le parole (quelle dei curanti) per connotare, distinguere. Le parole (quelle dei ragazzi) per uscirne. Sennonché, non di rado i ragazzi in crisi non parlano, non rispondono, non dicono (*fanno parlare i fatti*). Al più, suggeriscono (attraverso, la scelta degli abiti, e degli abbellimenti, vere e proprie maschere e, non di rado misconosciute insegne di guerra).

Di straordinaria utilità si è rivelato - come prevedevamo date le nostre precedenti esperienze - il gruppo di psicodramma, vera e propria “finestra sull’inconscio” e gran facilitatore di *insight*.

Aperto tutto l’anno, il gruppo si propone di offrire ai ragazzi, in senso proprio, “una scena per emergere”.

Anni fa, Valentina, 17 anni ed una sorella autistica, inviata dopo un t.s., mi aveva folgorato con la descrizione di un centro sociale.

Lei, abitualmente così composta, umile, mortificata (resa “morta”, dall’ombra della sorellina autistica) si era d’improvviso ravvivata. “Essere lì - diceva - era come essere su un palcoscenico, finalmente illuminata”. Poi, il centro sociale era stato chiuso e le luci spente.

Certamente la scena che noi offriamo è finta ed è povera cosa se rapportata alla scena esterna, ma è protetta e “per gioco”, e il gioco, è noto, si sa quando comincia ma non si sa quando, né come, finisce. Noi diremmo anche, che non si sa neppure dove finisce. Anche se ci piace immaginare (e sperare) che finisca sempre *altrove*, lontano dalla nostra testa, nella scena sociale allargata (scena vera? forse).

Un’ultima riflessione sul concetto di *identità* e sulla relativa difficoltà dell’adolescente ad assumerne una. Dalla mia pratica professionale (con gli psicotici, con gli autistici) e dal confronto, faticoso, con me stessa, mi è parso di trovare giovamento più dall’aver accantonato il concetto di identità che non, viceversa, dall’averlo assunto come concetto-guida. Da quando ho accettato l’idea di poter essere *disidentica* (Lai, 1985, 1988) e dunque non obbligata ad essere “una” o al più, nei momenti della più splendente onnipotenza “trina” (“triangolare” dicevano i miei amici losannesi e sembrava magia) *lavorare con gli psicotici è diventato addirittura esaltante*. Sicuramente lieve.

Se l’obiettivo finale non è più la sovrapposizione, punto a punto, tra realtà e immaginazione (delirio), ma la *nominazione*, l’atto divino del “dare un nome”, nome condiviso e scambiabile alle cose che accadono dentro e fuori di noi; da quando cioè ho accettato di procedere non secondo il *principio di esclusione* ma secondo quello, opposto, della *inclusione*, del precedere dentro e poi chissà... ho ridotto di molto i miei scacchi. Come conseguenza e ricaduta di un fantastico *gioco di ruoli invertito*, sono diventata paziente, nel senso comune, proprio, della parola.

Il resto lo fanno “loro” da sé stessi: *basta aspettare*.

Alessandro, 23 anni, ed una lunga crisi psicotica alle spalle come risposta ad una brillante interpretazione se ne sta muto. Io divento nervosa. Che cosa succede, chiedo. “Nulla” risponde calmissimo, “mi sto consultando con le 12 persone (o son forse 24!) che ci sono nella mia testa, su quanto ha affermato”.

Forse, era questa la lezione di Lacan (1975) a proposito del saper “entrare”, ma soprattutto “uscire” dagli specchi: la suggestione, forte, ad imparare ad *essere umili, a non pretendere di costruire alcun discorso. De-costruire*, al più, e tollerare che *i frammenti di quello vecchio si riaggreghino* secondo un *ordine nuovo*, scelto dall’Altro, in *piena autonomia*.

BIBLIOGRAFIA

- Bellantuono C., Tansella M. (1985) *Gli psicofarmaci nella pratica terapeutica* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Fonagy P., Target M. (2001) *Attaccamento e funzione riflessa* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fonagy P., Target M. (2002) *Lo sviluppo normale e il breakdown in adolescenza* *Infanzia e Adolescenza*, 2002, vol. 1, 1: 12-23.
- Lacan J. (1975) *Les écrits techniques de Freud* Editions du Seuil, Paris.
- Lai G. (1985) *La conversazione felice* Il Saggiatore, Milano.
- Lai G. (1988) *Disidentità* Feltrinelli, Milano.
- Morgenthaler F. (1980) *Tecnica: dialettica della prassi psicoanalitica* trad. it., Boringhieri, Torino, 1980.

Rilke R.M. (1929) *Lettere ad un giovane poeta* trad. it., Adelphi, Milano, 1980.
Stern D. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
Winnicott D. (1971) *Gioco e realtà* trad. it., Armando Editore, Roma, 1974.