

Un viaggio nella Terra di Mezzo. La tenuta del setting in adolescenza in un servizio flessibile

A journey into the Middle-Earth: The management of setting in adolescence in a flexible service

Tamara Bisan*, **Francesco Merlo***, **Giulia Bressan****, **Emanuele Toniolo****

**Dipendenti strutturati ULSS 5 Polesana, Rovigo*

***Collaboratori libero professionali di ULSS 5 Polesana, Rovigo*

Riassunto. Il presente lavoro propone di presentare alcune riflessioni e metodologie pratiche utilizzate con pazienti adolescenti nel servizio Terra di Mezzo, un servizio dell'Azienda Sanitaria Locale e altri partner. Si tratterà delle regole del setting e della loro definizione all'interno del contesto unico di questo servizio, in parte legato al Sistema Sanitario, ma connotato da metodi flessibili per avvicinare i ragazzi dai 13 ai 21 anni. Il servizio offre psicoterapia breve e supporto gratuito, strutturando modalità e strategie creative affinché le regole del setting possano essere ammorbidite, senza perdere il senso terapeutico. Con l'ausilio di vignette cliniche verrà presentato il metodo di lavoro nei suoi vincoli e nelle possibilità.

Parole chiave: adolescenza, setting, presa in carico

Abstract. The present work aims at presenting some consideration and instruments which are used with adolescent patients within the service called 'Terra di Mezzo'. The service is sponsored by the local Health Public Body, and other partners. The focus will be on setting rules and their definition in the unique context offered by this service, which is partially connected to the Health Care System, but which is characterized by flexible methods in order to approach adolescents from 13 to 21 years old. The service offers free-of-charge short psychotherapy and support, by means of structuring creative strategies in order to soften setting rules, without losing the therapeutic meaning. The method will be presented in its duties and possibilities, and it will be supported by clinical vignettes.

Keywords: adolescence, setting, taking charge

Il titolo di quest'articolo potrebbe evocare richiami tolkieniani, ma la "Terra di Mezzo" di cui parleremo riguarda l'adolescenza e le strategie inusuali, curiose e a volte controverse che possono essere utilizzate nella presa in carico terapeutica.

Esiste molta bibliografia che descrive tecniche e setting specifici per i pazienti adolescenti. I diversi contributi presentano, come minimo comune denominatore, il tentativo di tener conto al meglio delle caratteristiche della fase evolutiva e di cambiamento, creando contesti appositamente predisposti di presa in carico secondo una prospettiva evolutiva e caratterizzati da strumenti e metodi specifici per questo tipo di pazienti. (Fava Vizziello, Stern, 1992).

Il presente lavoro fa riferimento ad alcune riflessioni metodologiche e operative emerse nel lavoro clinico del progetto Terra di Mezzo un servizio per adolescenti che, in termini di prevenzione e di lavoro sul disagio, fa capo al Dipartimento di Salute Mentale. Il territorio di riferimento è l'ULSS 5 Polesana, dove il servizio è presente dal 2009 nel medio e alto Polesine e dal 2019 su tutta la provincia. Si costituisce come ponte tra i diversi Servizi che possono occuparsi di adolescenza, tra il Sistema Sanitario e il territorio e tra le diverse agenzie come per esempio le scuole. Interviene nella prevenzione del disagio, nella sua individuazione precoce per proporre interventi rapidi e tempestivi nella presa in carico.

Nell'annualità in corso il servizio è dedicato agli adolescenti dai 13 ai 21, promosso da una collaborazione tra l'Azienda Sanitaria Locale, i comuni della Provincia di Rovigo e il supporto della Fondazione Cariparo.

Terra di Mezzo è costituito di due anime: lo Spazio Consulenza Adolescenti (SCA) e dall'Educativa di Strada (EdS).

Nel presente lavoro ci concentreremo sull'attività dello SCA, che offre valutazione e supporto psicologico, oltre che una eventuale presa in carico psicoterapeutica gratuita per adolescenti. Questa parte viene curata da tre psicologi psicoterapeuti, una di questi coordina le attività e si occupa anche di eventuali supporti alla genitorialità per i familiari dei ragazzi presi in carico, cercando di utilizzare strategie innovative e creative per avvicinare i giovani.

Il servizio ha delle caratteristiche particolari nel suo essere un insieme di attività ponte tra adolescenti e servizi: infatti, pur essendo organizzato dall'Azienda Ulss ha delle prassi più snelle rispetto allo standard di questo ente, non avendo liste d'attesa o necessità di impegnativa del medico di medicina generale. Ha un target molto specifico in termini di età, ed interviene sullo spettro più ampio del disagio psichico.

Le caratteristiche principali del setting all'interno di Terra di Mezzo sono: flessibilità, presenza fisica sul territorio e modalità di accesso snella e tempestiva.

È un servizio dalla natura flessibile e ha delle sedi neutre sul territorio, non caratterizzate cioè da elementi istituzionali o connessi necessariamente a luoghi che richiamino o siano connotati a servizi di salute mentale (ad esempio un appartamento, sedi di associazioni convenzionate, una scuola, una biblioteca). L'idea di base è quella di accogliere in modo più amichevole l'adolescente evitando il rischio di stigmatizzazione o di favorire il pregiudizio comune che "chiedere aiuto voglia dire essere matti". Inoltre, sono attivi nelle scuole secondarie di secondo grado sportelli di consulenza per permettere ai ragazzi di potersi avvicinare in modo anonimo e poter trovare un professionista pronto ad accoglierli ed ascoltarli.

Questa anima meno istituzionale e più informale si interfaccia tuttavia con una rete serrata di collaborazioni con gli specialisti di Neuropsichiatria infantile, Consultorio familiare, SerD e Centro di Salute Mentale.

Nel servizio sono presenti tre psicoterapeuti con approcci teorici differenti: cognitivo comportamentale, integrato (esperienziale, comportamentale, cognitivo, interpersonale,

psicodinamico, Analisi Transazionale e specialista EMDR) e costruttivista ad orientamento ermeneutico. Quest'incontro di sguardi teorici è una occasione preziosa di scambio di strumenti e linguaggi, per provare a leggere da prospettive differenti l'esperienza delle persone che si incontrano, oltre che offrire differenti possibilità di intervento.

Il presente lavoro fa riferimento ad una prospettiva costruttivista (Kelly, 1955), pur includendo riferimenti ad altre cornici teoriche coerenti con i modelli di intervento attivi nel servizio.

La tenuta del setting in un servizio flessibile per adolescenti

Nella pratica professionale la strutturazione del setting e l'accuratezza con cui viene pensato ha molta rilevanza tanto che nella letteratura specialistica e nel percorso di formazione stesso dei professionisti c'è una grande attenzione a questo aspetto. Il setting terapeutico rappresenta quell'insieme di elementi che vanno a definire *forma e limiti* della relazione tra terapeuta e paziente (Semi, 1985).

Insieme ad altri aspetti professionali, adottare delle regole chiare nel setting e condivise con il paziente permette alla relazione di definirsi terapeutica, in quanto il paziente va a sperimentare qualcosa di differente dalle relazioni che normalmente struttura nella sua quotidianità (Lenzi, Bercelli, 2010).

La condivisione e la chiarezza delle regole del setting possono permettere al paziente di fare un'esperienza di presa di consapevolezza della propria modalità di stare in relazione con gli altri e di procedere verso una progressiva comprensione di sé e delle altre persone.

Nel trattamento del paziente adolescente la struttura del setting deve essere messa sotto una lente di ingrandimento. È necessario fare una profonda riflessione professionale sulle diverse implicazioni che le regole adottate possono avere e cosa possa favorire il consolidarsi della relazione terapeutica, tenendo in considerazione le caratteristiche del peculiare momento evolutivo. L'adolescenza è infatti una età di grande cambiamento e di ricerca di definizione di sé. I ragazzi in questa fase di crescita spesso presentano modalità relazionali rigide e poco sfaccettate, connotate da un tentativo di autodeterminarsi, pur mantenendo ancora la necessità di un contatto significativo con le figure di riferimento (Cicognani, Zani, 2003). Usano strategie e risorse sperimentandosi, talvolta scoprendo parti di sé, talvolta continuando a utilizzare soluzioni non ottimali per il proprio benessere e sviluppo. Tener presente questa premessa permette di capire che adottare un setting poco flessibile potrebbe favorire in alcuni ragazzi la sensazione di non trovare uno spazio di ascolto accogliente nel quale possano essere comprese le loro scelte e i loro movimenti.

Il servizio Terra di Mezzo struttura percorsi di supporto e presa in carico terapeutica tenendo conto di queste preziose premesse per riuscire ad agganciare i ragazzi e usare la sua flessibilità per mantenere questa relazione. Tuttavia, non va sottovalutata la difficoltà tecnica di questa scelta di ammorbidire alcuni confini che è rappresentata dal rischio che si perda il senso terapeutico della relazione, come vedremo in seguito.

L'accesso al servizio nelle sue cinque sedi sul territorio avviene tramite un numero di cellulare al quale rispondono direttamente gli psicoterapeuti del servizio. La segnalazione avviene direttamente su richiesta dei giovani, dalle loro famiglie, da altri servizi o dal medico di medicina generale. In caso di accesso di un minorenne il primo colloquio avviene in presenza dei genitori e della responsabile del servizio. In quella sede si chiarisce che da quel momento in avanti la famiglia farà riferimento alla responsabile del servizio senza avere un

contatto diretto con lo psicoterapeuta del figlio. Questa scelta di metodo viene condivisa per definire dei limiti di setting e per assicurare il giovane paziente sul fatto che la sua privacy verrà rispettata. Viene chiarito inoltre che potrà esserci la possibilità di ritrovarsi a colloquio tutti insieme se sarà una scelta del giovane paziente salvo situazioni straordinarie. In questo caso il colloquio con la famiglia viene costruito con ipotesi molto precise, con obiettivi chiari sul motivo di questo incontro. Raramente in questa sede si comincia un approfondimento della narrazione del ragazzo, si mira maggiormente a spiegare cosa sia il servizio, come funzioni e a creare una prima alleanza di lavoro con la famiglia e con il giovane.

Se l'accesso viene fatto da un maggiorenne invece la presa in carico viene fatta secondo i canoni di privacy previsti, ma se necessario la responsabile del servizio può seguire i genitori in un percorso di supporto alla genitorialità per accompagnarli nei cambiamenti del figlio.

Nella definizione dei confini del setting nella terapia di un adolescente il rapporto con i genitori rappresenta un primo tema importante. Risulta essenziale chiarire al nucleo familiare le regole che si intende adottare relativamente alle informazioni che vengono condivise, sempre nell'idea di dare priorità a stringere una alleanza di lavoro con l'adolescente chiara e trasparente.

Spesso alcuni familiari hanno cercato di contattare numerose volte il servizio nel tentativo di condividere all'insaputa dei figli informazioni circa eventi o problematiche, piuttosto che per chiedere di cosa parlasse il figlio nelle sedute. In questo ambito intervengono pesantemente le premesse che guidano l'adulto: talvolta di preoccupazione, altre volte di volontà di controllare il percorso del figlio, altri nell'idea che il servizio intervenga in maniera correttiva.

Queste azioni vengono contenute con il tentativo di accogliere e dare valore alla necessità del genitore, indirizzandolo verso la responsabile del servizio, anche esplicitando che il contenuto della telefonata dovrà poi essere condiviso con il giovane. Mantenere questo confine e aiutare il genitore a comprenderne l'importanza, e questo prende una parte essenziale nella comprensione del senso del percorso iniziato dal figlio.

Possono essere organizzati eventuali momenti di gruppo, costruiti a partire dalle idee e sentimenti del paziente e cercando di rispettare al meglio le sue volontà. Per fare un riferimento concreto vediamo due situazioni:

Elena

Elena è una ragazza di 14 anni che accede al servizio per un problema di ansia scolastica ma al primo colloquio non apre bocca in evidente difficoltà, parla solo la madre. Scegliamo di proseguire la seconda parte del colloquio dividendoci in due stanze, la madre con un terapeuta e la ragazza con l'altro. Emerge una grossa conflittualità con il padre e una madre vissuta come estremamente presente e anch'essa in conflitto con il marito.

Dopo tre mesi di percorso, genitori chiedono un colloquio. La ragazza e il terapeuta costruiscono con precisione come si svolgerà il colloquio. Anticipano i temi, le domande e le modalità. Elena fa l'esplicita richiesta che non si faccia menzione delle sue difficoltà con la famiglia, anticipando che la madre avrebbe chiesto relativamente a criticità legate al rapporto con il padre.

Elena ha scelto di non partecipare all'incontro, e nonostante le pressioni della madre non si è entrati dal punto di vista della figlia nel tema da lei indicato.

Antonella

Antonella è una giovane ragazza fatta di misteri. Si presenta quello che sembra un inizio di un disturbo alimentare, con attacchi di ansia che risolve con condotte autolesive e giornate

passate meditare sulla sua solitudine, oltre al riferimento ad apparenti dispercezioni visive e uditive di natura persecutoria. Essendo presenti molti aspetti di rischio si è valutato di favorire la possibilità di una consulenza psichiatrica.

Per poter fare questo era necessario introdurre il tema alla ragazza e ai genitori. Tra i tanti argomenti risolti con “preferisco non parlarne” o “questo non lo posso dire”, il più complesso sembra essere proprio l’area della famiglia. Le sorelle sono i punti di riferimento, mentre madre e padre sono presenze non identificabili né costruibili se non con dimensioni approssimate e prelative¹.

Non avendo informazioni sulla famiglia, avendo dovuto fare il primo colloquio con la madre in video (causa emergenza Covid-19), si ipotizza di fare un secondo colloquio con i genitori per fare chiarezza.

Antonella accetta che ci sia il colloquio ma chiede che ci siano anche le sorelle, che comporterebbe essere in molti nella stanza, condizione molto difficile per le norme anti Covid.

All’idea di fare un colloquio con i genitori, senza le sorelle, Antonella sta male, va in forte agitazione. Antonella ha più volte esplicitato che non avrebbe voluto questo incontro. Nella valutazione dell’equipe era necessario riuscire ad acquisire un contatto maggiore con la famiglia. In questo specifico caso l’equipe ha scelto di convocare i genitori nonostante le difficoltà della giovane, pur venendo il più possibile in contro alle sue esigenze, per favorire un avvicinamento al servizio perché ci fosse la consapevolezza che esiste un ente strutturato che può essere di supporto in caso di bisogno.

Nelle due diverse situazioni sono state adottate misure diverse valutando la condizione di rischio in cui le due ragazze si trovavano e cercando di fare una valutazione sulle conseguenze che avrebbe avuto sui due percorsi la scelta di assecondare o meno la volontà delle pazienti.

Nel caso di Elena abbiamo valutato che non fossero presenti elementi di rischio particolari e al momento della richiesta dei genitori di fare un incontro di aggiornamento, è stata condivisa con la ragazza in modo che questo passaggio potesse avere senso per il suo percorso e non solo per la coppia genitoriale. L’elemento su cui fare attenzione in questo caso era l’ipotesi che la madre di Elena avrebbe tentato di delineare il padre come causa del disagio della figlia. Si è scelto di venire in contro alle esigenze della paziente di non essere presente all’incontro alla luce di una sua presa di consapevolezza di non avere a quel punto della terapia le risorse per confrontare i genitori sul loro conflitto e sulla difficile posizione che talvolta le chiedevano di tenere.

Il caso di Antonella è estremamente diverso dal precedente, presentava aspetti di rischio altissimi e un disagio sempre più importante. A causa della grande quantità di “non detto”, si ipotizzava che oltre che ai temi delle narrazioni della ragazza ci potesse essere una situazione familiare poco chiara e da approfondire. Come per Elena si è discusso prima della possibilità di un incontro, solo che in questo caso è stata una scelta dell’equipe favorirlo per riuscire a rinforzare l’alleanza con il nucleo familiare e far fare una valutazione psichiatrica alla paziente. Aver spinto in questa direzione ha notevolmente messo alla prova la tenuta della relazione terapeutica, ma la scelta di avvicinare la ragazza e la famiglia ad un servizio pubblico

¹ Costrutto prelativo: un costrutto che considera di sua esclusiva appartenenza gli elementi del suo dominio. È una costruzione rigida e povera di specificità del tipo “nient’altro che”.

strutturato ha avuto molto senso per tutelarla e aiutare la famiglia a comprendere che le problematiche della ragazza necessitavano di un lavoro sul lungo termine.

Un ulteriore aspetto di struttura che va affrontato e che ipotizziamo risulti cruciale è il “tempo” stesso di attività. Non essendo ancora un servizio strutturato e avendo una base di finanziamenti su cui reggersi, Terra di Mezzo ha avuto nel tempo momenti di interruzione delle attività. La presente edizione ha una durata biennale e questo apre una importante riflessione relativamente al decorso della terapia.

Normalmente si favorisce una comprensione del setting di terapia che vada a comprendere più a fondo le aspettative su “quanto durerà?”. Il servizio sin dalle origini prevede terapie brevi per due ragioni: innanzitutto perché teoricamente dovrebbe lavorare sulla presa in carico del disagio nella sua forma più precoce e in assenza di un disturbo consolidato; in secondo luogo, una terapia di media o lunga durata può essere limitata dalla sospensione dei finanziamenti o dalla inopportunità di andare a investire su singoli casi molte risorse che invece dovrebbero essere distribuite sul massimo dell’utenza possibile.

Confrontando i dati raccolti sul territorio dal progetto stesso negli anni con la presente annualità, è emerso però con grande chiarezza che nel target 13-21, dove dieci anni fa iniziava a insinuarsi un disagio, oggi si trovano tantissimi giovani con condotte a rischio molto marcate e disturbi conclamati. Ne consegue che l’intervento di supporto o di terapia breve debba essere adattato a queste nuove caratteristiche degli utenti per avvicinarsi ai bisogni di coloro che si rivolgono al servizio.

Per quei casi in cui fin da subito un percorso a breve termine non sia ritenuto sufficiente per promuovere un livello di benessere adeguato, o laddove sia necessario proporre interventi più importanti e duraturi volti a un cambiamento più in profondità e le risorse economiche del servizio non lo permettono, si procede lavorando maggiormente come ponte verso altri servizi.

La durata del percorso terapeutico all’interno del servizio viene definita quindi utilizzando alcuni criteri: l’utilizzo di un approccio evolutivo, la definizione degli obiettivi, l’individuazione della tipologia di intervento da proporre.

Adottare un approccio evolutivo nella presa in carico può essere utile per tenere in considerazione il percorso di crescita e la fase specifica in cui si trova la persona (Fava Viziello e Stern, 1992). Risulta utile fare una valutazione delle risorse presenti nella persona (cognitive, emotive, metacognitive e di insight) e immaginare di fare un lavoro che tenga conto di ciò che è percorribile per il giovane paziente. Può essere che si possa iniziare un primo lavoro su dimensioni più superficiali o concrete, che aiutino questi giovani a far fronte alle problematiche che vivono. Questo permetterà loro di consolidare le risorse per prendere in mano in un secondo momento altri aspetti più in profondità. In questa prospettiva è ipotizzabile che il percorso potrà avere quindi delle interruzioni coerenti con i momenti di sviluppo della persona e con le risorse della persona stessa.

Questo approccio diventa molto importante quando si presentano adolescenti che sembrano essere sulla strada di consolidare disturbi conclamati e prevalenti. In questo senso il servizio si pone come prima linea e inizia un lavoro sul disagio, talvolta favorendo la definizione di risorse efficaci per far fronte alle problematiche; altre volte si consolidano alcune aree di funzionamento per poi favorire un accesso a servizi specialistici su un più lungo respiro di intervento.

Una casistica ulteriore riguarda quei pazienti che presentano un sintomo su cui vogliono lavorare ma che nel corso della terapia fanno emergere alcune narrazioni che fanno ipotizzare al clinico che il lavoro potrebbe continuare lungamente nell’idea di andare ad elaborare aspetti

profondi della persona. Si interviene in questi casi in modo “preparatorio” favorendo la costruzione di strumenti che nel tempo saranno utili strumenti in un successivo percorso.

Un'altra strategia che si utilizza rispetto alla dimensione temporale della presa in carico è la definizione di obiettivi specifici. Questa strategia, propria di vari approcci teorici, ha l'obiettivo generico di provare a definire e circoscrivere gli ambiti di intervento. Può essere utilizzata sia all'inizio del percorso che in fasi intermedie per andare a individuare alcuni elementi su cui provare a mettere attenzione. Generalmente i giovani pazienti tendono a dare maggiore attenzione agli elementi vissuti come problematici (eventuali sintomi o altro problema presentato). Durante questa parte di colloquio si cerca di fare una elaborazione di questi aspetti cercando definire alcune ipotesi su quale possa essere la struttura del problema presentato. Viene quindi condiviso un accordo di lavoro sulle aree di interesse del paziente, lasciando aperta la possibilità che questo potrà portare il dialogo su altri elementi. Le ipotesi fatte sul problema presentato vengono nel tempo messe a verifica e si sceglie di intervenire e circoscrivere l'intervento sul “presente” dell'adolescente, in modo che il tempo della terapia sia adeguato e che allo stesso tempo si possa iniziare una elaborazione di sé del paziente (Bara, Bidinotto e Mattei, 2014).

Per alcuni ragazzi questa strategia risulta rassicurante perché può dare la percezione che il problema che stanno vivendo sia una in dimensione circoscritta e che sia possibile lavorarci, fissando degli step che permettano loro di sentirsi in potere di agire un cambiamento da protagonisti.

Il limite del lavoro sugli obiettivi può essere quello magari di favorire la remissione sintomatica senza che ci sia una elaborazione profonda della persona. Il terapeuta deve avere una buona costruzione professionale e delle ipotesi solide sul problema presentato dal paziente; diversamente si rischia di lavorare sulla mera remissione sintomatica, esponendo il paziente alla possibilità di trovarsi sprovvisto di costruzioni adeguate ad anticipare e muoversi nella sua esperienza di vita. Il lavoro deve procedere tenendo conto che il disturbo nella sua interezza permette alla persona di attivare delle strategie che ne mantengano un equilibrio, proteggendo il sistema dalla validazione o dall'invalidazione (Winter, 2016).

Intervenire senza una solida idea di che elementi possano entrare in gioco per il paziente se dovesse venire meno il disturbo, potrebbe comportare il ritorno in poco tempo del sintomo stesso e sperimentare un alto grado di disagio e smarrimento enormi.

Un'ultima parte della riflessione riguarda qualche considerazione sul ruolo e compiti dell'equipe nella definizione della tipologia di intervento. In questa prospettiva complessa e articolata, al fine di mantenere uno sguardo attento e consapevole su tutti i casi in essere viene fatta una equipe settimanale tra gli operatori dove avviene un aggiornamento e un monitoraggio dei casi in modo che tutti possano dare il loro contributo nella costruzione professionale del caso.

Nel lavoro di equipe, soprattutto alla luce dei differenti linguaggi terapeutici, è possibile fare una riflessione molto sfaccettata di ogni caso. Questo viene fatto nell'idea di condividere la direzione terapeutica e di definire che tipo di percorso o di strumenti che possono essere messi in gioco con il paziente. Questo non parla di una definizione a priori di “cosa e come” dovrà fare il paziente. L'idea è quella di delineare una costruzione professionale e provare ad ipotizzare in che modo un determinato strumento potrà essere d'aiuto per il giovane.

Setting che va oltre la seduta

Uno degli aspetti su cui è stata fatta una riflessione è legato alla delimitazione della seduta.

Il momento di incontro tra terapeuta e paziente è tradizionalmente rappresentato dai 45-60 minuti di seduta, anche se la terapia ha delle implicazioni sulla vita del paziente anche fuori da questo momento. In alcuni casi i pazienti possono cercare di dilatare questi momenti di interazione diretta prendendo più tempo, o cercando di comunicare con il terapeuta tramite messaggi o telefonate fuori seduta. Nella definizione dei margini di tempo del setting si limitano spesso le comunicazioni fuori seduta a elementi logistici (eventuali spostamenti di orario o imprevisti). Qualsiasi altra comunicazione viene normalmente rimandata e ripresa nella seduta successiva.

Gli psicoterapeuti di Terra di Mezzo hanno ritenuto opportuno rendere più flessibile questa regola, applicandovi una valutazione accorta, in modo da non perdere il senso terapeutico del confine del setting e della relazione. Definire strumenti più flessibili ha richiesto una riflessione professionale che tenesse conto di tre aspetti: il cliente e il contesto che lo circonda, la costruzione professionale del paziente ed infine l'attenzione sul tipo di transfert presente nella relazione.

Per ciò che riguarda il paziente, va da sé che ciascuno è unico e ha una sua storia, dove spesso rientrano problematiche familiari e di relazioni. Tuttavia, ciò che molti giovani stanno vivendo è una graduale perdita di riferimenti significativi nelle relazioni, trovandosi isolati seppur connessi e spesso privi di persone con cui permettersi di chiedere aiuto.

Nell'esperienza del servizio molti ragazzi raccontano un forte senso di vuoto nei riferimenti, ed è stato opportuno in alcune situazioni mantenere attivo un canale di comunicazione che permettesse ai ragazzi di continuare a sentire di avere orecchio pronto ad ascoltare. Per dare un senso professionale a questa scelta va tenuta in considerazione la costruzione professionale di quale sia il processo che sta vivendo il paziente e quale sia il senso di cercare il terapeuta fuori dalla seduta. Questa riflessione permette di decidere come e in che misura modulare l'eventuale risposta.

Infine, va considerata la natura del transfert che può attivarsi nella relazione con ogni paziente in quanto scegliere di ammorbidire le regole legate ai confini del setting, deve diventare una scelta professionale, che prenda quindi un senso all'interno del percorso; non deve quindi rispondere alle esigenze o alla "risonanza" del terapeuta.

Entrando nella concretezza del contesto di Terra di Mezzo, gli operatori sono provvisti di diverse piattaforme on line (tra social e strumenti di videochiamata) e spesso vengono ricevuti messaggi e aggiornamenti circa a momenti difficili, liti familiari o messaggi di richiesta di aiuto.

Le vignette cliniche che seguono sono esempi utili alla riflessione.

Alba

Alba è una ragazza di 16 anni che accede allo sportello di consulenza a scuola (20-30 minuti). Da subito riferisce di avere condotte autolesive che la spaventano, ma che allo stesso tempo la aiutano a eliminare la mole di pensieri che le si accumulano in testa. L'ipotesi iniziale era che di fronte ad una grande dilatazione Alba agisse una forte costrizione portando il proprio dolore interno sulla pelle.

Braccia e gambe di Alba erano piene di tagli. Ci vorranno settimane di incontri a scuola per costruire con Alba l'accesso al servizio. La ragazza non riusciva a pensare di affrontare i propri

genitori senza supporto. Abbiamo costruito un momento allo sportello scolastico dove i tre potessero trovarsi per parlare di poter iniziare una psicoterapia.

Ciò che colpisce di Alba è il sorriso e il silenzio. Sembra farsi sempre piccola nel parlare, come per cercare di essere invisibile. Parla con fatica, esibisce un grande sorriso ogni volta che riesce con un filo di voce a dire qualcosa di molto doloroso per lei. Il setting flessibile permette ad Alba di potersi avvicinare al terapeuta con la lentezza di cui ha bisogno.

Nel corso del tempo di presa in carico il silenzio delle sedute diminuiva ma veniva agito anche nelle sedute saltate, anticipate da un messaggio cancellato seguito da uno dove spostava l'incontro scusandosi.

Comprendere quei "silenzi rumorosi" fuori dalla seduta ha permesso al terapeuta di fare delle ipotesi messe a verifica nelle sedute secondo cui dar voce a determinati vissuti poteva mettere la paziente nella condizione di stringere² delle anticipazioni su aspetti non ancora affrontabili per lei.

Emerge un vissuto di Alba dove le proprie aspettative su di sé erano altissime, soprattutto nell'urgente tentativo di assecondare e rendere felici gli altri. Aspettative connesse a pensieri frequenti che ogni suo errore potesse essere visto e giudicato come qualcosa che "ferisce" gli altri. Da qui il tentativo di rendersi più indistinta dallo sfondo possibile.

L'importanza di costruire un setting accogliente che permettesse ad Alba di poter saltare una o due sedute senza sentire di perdere la relazione con il terapeuta, le ha permesso di trovare una relazione dove lei potesse permettersi di arrabbiarsi, provocare e chiedere aiuto.

Questo elemento è stato determinante durante il lockdown per l'emergenza Covid-19. *Durante una seduta, in video, Alba ha cominciato a far riferimento a molti elementi che facevano ipotizzare l'utilizzo massivo della costrizione³, sempre più verso il sé (niente lezioni on line, non parlava da giorni con persone della famiglia o coetanei, aveva smesso di mangiare, aveva smesso di piangere, aveva smesso di tagliarsi), il tutto caratterizzato da una forte componente di impulsività⁴.*

Qualche giorno dopo il terapeuta riceve un messaggio da Alba, dove spaventata chiedeva aiuto per aver ingerito pillole nel tentativo di togliersi la vita. Il terapeuta aveva anticipato questa eventualità e aveva già allertato la responsabile del servizio per poter raggiungere la famiglia in caso di bisogno.

Per tutelare Alba, ma salvaguardare l'alleanza e il senso del percorso di terapia, è stata presa la decisione di lavorare seppur tempestivamente nella direzione che fosse lei stessa ad attivare la famiglia per i soccorsi.

Notiamo come non ci sia stato un vero e proprio primo colloquio per Alba, ma una serie di piccoli primi appuntamenti legati al contesto scolastico e già da questi primi incontri erano

² Restringimento: si contrappone all'allentamento, descrive un processo tramite il quale si parte da costruzioni più lasse, quindi con anticipazioni più vaghe per arrivare a costruzioni più strette, che conducono ad anticipazioni precise e definite (Kelly, 1955).

³ Costrizione: una persona restringe il suo campo percettivo allo scopo di minimizzare l'incompatibilità degli eventi (Kelly, 1955).

⁴ Impulsività: Nel ciclo CPC, o ciclo della scelta, una persona porta a termine una scelta passando per tre fasi: circospezione, prelazione e controllo. La circospezione rappresenta il momento in cui la persona considera tutte le possibili alternative costruite o costruibili nel campo percettivo. In un secondo momento viene individuato un criterio (la prelazione) che farà da discriminare per orientare la scelta, fino ad arrivare alla fase di controllo dove viene portata a termine la scelta. Kelly suggerisce che l'impulsività entri nel ciclo CPC come riduzione della circospezione, permettendo alla persona di esplorare in modo limitato il campo percettivo e scegliere rapidamente senza considerare alternative percorribili

stati riscontrati una serie di campanelli d'allarme. Il rischio concreto nella gestione di questo tipo di setting riguarda la possibilità che non si definisca in modo netto il confine del setting delle sedute, oltre che la relazione si estenda da un piano fisico a un piano virtuale, dimensione utilizzata molto dagli adolescenti e spesso indistinta da quella di relazione in presenza (Scarcelli, 2015). Risulta opportuno quindi fare un lavoro di definizione dei confini sia su un piano virtuale che di presenza, per evitare che queste circostanze meno strutturate vadano a confondere i margini della relazione terapeutica. Alba raramente ha abusato di strumenti virtuali per entrare in contatto con il terapeuta, ma la scelta di favorire un maggior carico di dipendenze⁵ sul terapeuta, lasciando il canale di comunicazione virtuale aperto, è stata fatta alla luce del fatto che la ragazza sentiva di non avere nessuno intorno che potesse aiutarla, senza che il suo chiedere aiuto potesse diventare un problema per altri.

Un altro obiettivo raggiunto per tutelare Alba è relativo all'avvicinamento ai servizi. Nel lavoro terapeutico si è favorita una grossa riflessione e ricerca di diverse alternative sulla possibilità di chiedere aiuto, cercando di consolidare la sua dipendenza non esclusivamente sul terapeuta, rischio molto concreto date le premesse, ma riuscendo a prenderla in carico come Dipartimento di Salute Mentale. In poco tempo Alba ha cominciato a distinguere che diversi interlocutori potevano rispondere a diversi bisogni.

Rimanendo sul tema del setting che va oltre la seduta, risulta essenziale il tipo di scelta professionale fatta in relazione al paziente come vedremo nella prossima vignetta

Florian

Florian è un ragazzo di 20 anni, noto ai servizi da tempo. La richiesta d'aiuto di Florian comprende e coinvolge anche la figura della madre, "incapace di gestire il figlio" e superficialmente richiestiva. La madre contatta il Servizio all'attivazione del progetto a nome del figlio, con aspettative magiche e confuse. Entrambi vengono presi in carico, affidati a psicoterapeuti diversi. L'aspetto della differenziazione di spazi e l'importanza di tenere dei confini rigidi tra i due lavori terapeutici si rivela un elemento fondamentale in termini di assunzione di responsabilità personale dei due e anche in termini di possibilità di ristrutturare le immagini proprie degli elementi di una coppia madre-figlio i cui confini si mostrano essere spesso inesistenti. Florian è figlio di genitori separati e conflittuali, ha trascorso gli anni della sua infanzia passando da una casa ad un'altra, spesso in termini opportunistici, senza mai trovare uno spazio di coerenza e sicurezza, tanto da essersi costruito un'identità da "eterno dannato-outsider e rifiutato". Florian oscilla tra momenti di presenza e impegno e momenti in cui "scompare" dal processo terapeutico, quasi a voler testare la possibilità di potersi allontanare dalla relazione, senza perderla completamente (la minaccia, a volte anche molto esplicita di un più o meno ipotetico abbandono colora infatti le relazioni significative di Florian).

Con Florian si è rivelata una scelta vincente il confronto morbido delle sedute saltate, l'accoglienza dei ritardi e la possibilità di uno spazio di lavoro e di relazione a lui dedicato, anche quando non si presenta in seduta, attraverso telefonate di promemoria. Il lavoro con

⁵ Distribuzione delle dipendenze: un costrutto di dipendenza è un costrutto che ha come elementi bisogni e persone su cui collocarli. La misura in cui un individuo colloca su più persone i propri bisogni disperdendo più o meno i propri bisogni.

Florian si prospetta essere molto lungo, lento e a volte frustrante, soprattutto per il mantenimento di confini personali che vengono sistematicamente minacciati dalla figura materna, risulta pertanto fondamentale mantenere una posizione di fiducia e di calda accoglienza per poter procedere a piccoli passi verso il completamento del processo di separazione individuazione in modo fluido e concreto.

Un ultimo aspetto inusuale e, se vogliamo, controverso legato al tempo della terapia, riguarda i percorsi terapeutici fatti di sedute saltate. Segue la storia di Vincent.

Vincent

Vincent è un ragazzo di 18 anni portato “di peso” dalla madre al servizio per gravi problemi relazionali in casa e problemi di rendimento scolastico. Vincent è in quarta di un istituto tecnico agrario e al contrario della maggior parte dei ragazzi della sua scuola porta capelli lunghi, vestiti da hip pop e dilatatore all’orecchio. Si definisce “alternativo”, ama il rock, il metal e vorrebbe fare l’artista di strada facendo graffiti, che ad oggi fa in maniera più o meno legale o a rischio della vita.

Il primo colloquio apre con l’affermazione “io non ho nessun problema, forse qui ci dovrebbe venire mia madre”.

Dal colloquio emerge un ragazzo molto sensibile e gentile, attento a tematiche come la natura e la giustizia sociale e tra le persone. Colpisce moltissimo la sua delicatezza quasi eterea nel parlare e nell’essere che sembra quasi fuori luogo rispetto al look duro che esibisce.

Vincent ama i funghi, gli insetti secco e i virus. Tutti e tre hanno in comune il fatto che “ci sono ma non ci sono, li vedi ma non li vedi, sono vivi ma sembrano non esserlo”.

La presenza di Vincent alle sedute è da subito stata discontinua, spesso senza avvertire o dare un segnale di essersi dimenticato. Emerge in poco tempo però quanto Vincent faccia una fatica enorme a stare su elementi che hanno a che fare con la costruzione di sé e delle proprie emozioni. Questo viene ipotizzato dal terapeuta quando si è notato che tutte le volte che in seduta c’era un accenno minimo al “come si potesse sentire”, seguivano varie sedute saltate senza alcun preavviso. Ogni tanto Vincent tornava a farsi sentire via messaggio cercando di instaurare piccole conversazioni. Considerata la modalità di Vincent e l’ipotesi professionale fatta sulle sedute saltate, la scelta di setting è stata quella di mantenere un interesse a organizzare gli incontri con il ragazzo, senza cedere a conversazioni via telefono o chat.

Vincent ha mantenuto l’aggancio con il terapeuta pur mantenendo una modalità molto discontinua nel percorso.

Ogni volta che c’è stata una ripresa per Vincent era come se non fosse passato nemmeno un giorno iniziando anche con “come dicevo...”. Pur essendo un percorso molto discontinuo, Vincent sembra tenere a mente ed elaborare molto di quello che viene discusso in seduta. Prevedibilità e coerenza del terapeuta hanno permesso a Vincent di cominciare a costruirlo con maggiore precisione rispetto alle altre relazioni che vive.

Sono emersi nel tempo profondi stati di tristezza e senso di delusione di sé al punto da chiedersi spesso se avesse smesso di esistere. La risposta a questa domanda veniva cercata nel dolore dell’autolesionismo dalle note quasi “punitive” (bruciature sulle mani).

I percorsi di terapia avanzano con le sedute ma si costituiscono di relazione. Con Vincent il senso di fare una prima esperienza è stato quello di incontrare una persona che, nonostante la sua evanescenza, continuava a rimanere presente in modo coerente. L’aspetto interessante di questo percorso è legato alla motivazione iniziale e alla specifica difficoltà di presa di contatto con il problema presentato dagli altri, oltre che con le proprie emozioni.

In questo caso è stata fatta da subito l'ipotesi professionale che il paziente avrebbe potuto abbandonare il percorso se avesse percepito una rigidità eccessiva e un clima di giudizio e rimprovero coerente con quello che percepisce a casa.

La chiave fondamentale dell'inizio della terapia con Vincent è stato mantenere un canale comunicativo molto definito e chiaro, agendo modalità coerenti e prevedibili interesse rispetto al suo punto di vista.

Sentire che una persona è interessata a parlare con lui e ad ascoltare il suo vissuto ha permesso piano piano di ridurre i momenti di assenza dalle sedute, dando maggiore continuità al percorso, che nonostante il discreto tempo di durata è ancora all'inizio delle sue possibilità di cambiamento.

L'importanza del lavoro sul sistema familiare

Il lavoro sul sistema familiare è di solito importante per favorire un accompagnamento dell'adolescente nel suo percorso di cambiamento, risulta però necessario nelle situazioni che presentano pesanti criticità sia di natura diagnostica che per le dinamiche familiari interne.

L'accompagnamento dei genitori passa per un primo aggancio di supporto alla genitorialità per dar loro un contesto accogliente dove potersi aprire sulla relazione con il/la figlio/a. Diversi genitori presentano delle rigidità rispetto a quest'opzione verbalizzando "io non ho bisogno, è per lui/lei questa cosa". Si è osservato come spesso questa rigidità in parte parli di una non volontà del genitore di aprirsi su determinate dimensioni, ma più frequentemente c'è un timore che il loro ruolo di genitore possa essere minacciato.

Tuttavia, per la nostra esperienza, dopo una prima difficoltà diversi genitori cominciano a costruire un rapporto che in alcuni casi porta a una vera e propria presa in carico.

La madre di Florian

La madre di Florian (precedentemente citato) viene conosciuta durante il primo colloquio, dove, sebbene il ragazzo fosse maggiorenne, si condivide che la prima conoscenza avvenga alla presenza della signora.

Si decide per una presa in carico individuale della signora, poiché già in fase iniziale emergono evidenti implicazioni sul percorso del figlio e una necessità di supporto, anche genitoriale, alla madre. Appare evidente da subito quanto l'impegno di "essere lì" per il bene del figlio o per migliorare i suoi comportamenti nella relazione con Florian sia la maschera che da un lato rende per lei accettabile i colloqui ma che dell'altro risponde al bisogno sistematico di manipolare il percorso del figlio. A questo si aggiungono il bisogno di controllo delle informazioni e la velata diffidenza nei confronti dell'altro (il figlio, il terapeuta, il sistema): deve accertarsi che le cose vengano dette al terapeuta di riferimento di Florian, al figlio, conoscere le date e gli orari degli appuntamenti, suggerire che un determinato tema venga affrontato. Rimangono sullo sfondo i temi della genitorialità. I tentativi di riportare su di sé vengono continuamente evitati, "maneggiati", al massimo accetta il supporto emotivo su aspetti avversi ma esterni (condizioni sociali, problematiche legate alla casa, ecc.). Nella relazione con il figlio i rimandi sono ambivalenti, amore e rifiuto, con modalità di gestione infantile e condizioni espulsive. La madre, come il figlio tarda agli appuntamenti, li disdice o non si presenta senza avvisare. Inizialmente viene adottata, come per il figlio, una modalità flessibile, si decide di rimandarle costantemente l'esperienza di una porta che rimane aperta.

Poi piano piano e dopo una costruzione relazionale si lavora su questo e la madre migliora su questi aspetti.

Il tentativo di cambiare l'altro, di raggirare le responsabilità, il sistema è per loro una modalità relazionale, uno schema che entrambi, madre e figlio, ripropongono.

La signora comincia a trovare una regolarità e una stabilità almeno sul piano concreto solo quando, dopo molti mesi, e dopo aver costruito una minima alleanza terapeutica inizia a "utilizzare" lo spazio psicologico per sentirsi meno sola, per essere rassicurata ma anche nel confronto con un terapeuta da lei "avvalorato" emotivamente e da cui accetta la parte normativa.

Conclusioni

In conclusione, il presente lavoro ha esposto brevemente alcune delle riflessioni che l'equipe di professionisti deve quotidianamente adottare e mettere in continua discussione, nel tentativo di offrire una risposta adeguata a strutturare setting di terapia per adolescenti.

In sintesi, Terra di Mezzo si pone come ibrido tra il servizio pubblico e le modalità più snelle delle attività private. Si costituisce di prassi elastiche e flessibili per riconoscere e intervenire sul disagio là dove si sta consolidando, sfruttando diverse sedi diffuse sul territorio. Si rivolge ai giovani e alle loro famiglie cercando di assumere un approccio accogliente e poco istituzionalizzante.

La modalità di lavoro con i ragazzi è connotata da tempestività e flessibilità nel lavoro clinico con gli adolescenti. Lo sguardo dell'equipe di professionisti si struttura con una frequente ed accorta riflessione tecnica sui casi e su come verranno presi in carico.

Nella definizione del setting dei diversi percorsi, infatti, è necessario definire delle regole che siano chiare e condivise al nucleo familiare, per favorire una comprensione del senso del percorso dei ragazzi e per poter costruire una migliore alleanza di lavoro con i pazienti. In questo senso la chiarezza nei diversi ruoli ricoperti dai terapeuti aiuta a pulire il setting di lavoro, dedicando un professionista al ragazzo e uno eventualmente alla famiglia.

Risulta essenziale in un servizio con un tempo definito, che offre per sua mission percorsi di terapia o presa in carico psicologica brevi, riflettere sulla costruzione del caso per comprendere il tipo di offerta e di percorso che si può costruire con il paziente. In questo senso avere un approccio evolutivo permette al clinico di tenere come punto di riferimento il problema presentato dal paziente collocandolo in un processo di crescita e sviluppo, avendo cura di lavorare sugli elementi che possono essere affrontabili dalla persona secondo le sue risorse in uno specifico momento. In questo senso il lavoro secondo obiettivi può essere talvolta una strategia per definire gli ambiti entro i quali porre attenzione e focalizzare le energie del lavoro. Infine, la scelta del tipo di intervento in base alla necessità del paziente può essere fatta sulla base delle ipotesi che possono emergere nei primi colloqui, valutando che possa essere utile uno specifico tipo di intervento, anche rispetto alle teorie di riferimento dei diversi clinici.

L'elasticità del setting deve essere ulteriormente sostenuta da attente valutazioni relativamente alle scelte professionali quando subentrano le dimensioni virtuali e nelle tipologie di comunicazione con i giovani pazienti. Tenere in considerazione le informazioni che emergono sulla persona, come costruisce il suo contesto di riferimento e la costruzione professionale del caso possono essere delle costellazioni che possono guidare il clinico nelle scelte meno consuete sui confini del setting.

Tutte queste riflessioni valgono anche per il lavoro con la famiglia dei pazienti che in alcuni casi può essere di semplice accompagnamento a favorire una maggiore comprensione del tipo di scelte e movimenti di un ragazzo; o in altri casi diventare una occasione per il genitore di iniziare un proprio percorso.

Riferimenti bibliografici

- Bara, B. G., Bidinotto, D., & Mattei, M. (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'adolescenza: due occhi al presente, un occhio al passato e uno al futuro*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cicognani, E., & Zani, B. (2003). *Genitori e adolescenti*. Roma: Carocci.
- Fava Vizziello, G., & Stern, D. (1992). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). New York: Norton. (tr. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2004)
- Lenzi, S., & Bercelli, F. (2010). *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrative personali: strategie avanzate di terapia cognitiva*. Firenze: Eclipsi.
- Scarcelli, C. M. (2015). *Intimità digitali. Adolescenti, amore e sessualità ai tempi di internet*. Milano: Franco Angeli.
- Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winter, D. A. (2016). *The Wiley handbook of personal construct psychology*. Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Gli Autori

Tamara Bisan, psicologa psicoterapeuta, laureata in psicologia clinico dinamica nel 2009, specialista in psicoterapia, conseguita presso la Scuola Superiore in Psicologia Clinica SSPC-IFREP approccio integrato, qualifica di CTA, *Certified Transactional Analyst*, nel 2015. È specialista EMDR dal 2015. Lavora nell'ambito dell'adolescenza dal 2010 come psicologa e successivamente come psicoterapeuta. Lavora come psicoterapeuta nel servizio Terra di Mezzo dal 2019.

tamara.bisan@gmail.com

Francesco Merlo, psicologo psicoterapeuta, laureato in psicologia clinico dinamica nel 2013 e specialista in psicoterapia costruttivista a orientamento ermeneutico dal 2019 presso la scuola CESIPc, sede di Padova. Lavora come psicologo nell'ambito della disabilità e dell'adolescenza dal 2015, come psicoterapeuta nel servizio Terra di Mezzo dal 2019.

francescomerlo888@gmail.com

Giulia Bressan, psicologa e psicoterapeuta, Laureata in Psicologia presso l'Università degli Studi di Padova e specializzata in Psicoterapia presso l'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale di Padova, socio ordinario AIAMC (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva), associazione accreditata a livello europeo da parte della EABCT (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*), socio membro di ABAI (*Association for Behavior Analysis International*). Ha curato prevalentemente l'esperienza clinica, ormai ventennale, con una formazione continua anche su tecniche della terza onda della psicologia (*Schema Therapy*, ACT, *Mindfulness*, EMDR...) e formandosi in diversi servizi: Servizio per le Dipendenze, Consultorio Familiare e Tutela Minori. Da qualche anno lavora come psicologa in un Centro di Salute Mentale presso l'ULSS 5

Polesana (Veneto). Ha inoltre maturato esperienza nell'ambito dell'adolescenza, sia in ambiti di prevenzione che clinica.

Emanuele Toniolo, psichiatra psicoterapeuta, laureato in medicina e chirurgia nel 1981, specializzazione in psichiatria nel 1985, training in gruppo analisi con il Prof. S. Resnik. Direttore DSM Rovigo, Professore a contratto presso IUSVE, docente scuola di specializzazione in psicoterapia AETOS.
e.toniolo@iusve.it

Citazione (APA)

Bisan, T., Merlo, F., Bressan, G., Toniolo, E. (2020). Un viaggio nella Terra di Mezzo. La tenuta del setting in adolescenza in un servizio flessibile. *Costruttivismi*, 7, 48-62. doi: 10.23826/2020.01.048.062