

L'onda lunga della pandemia: quali sintomi e quali terapie per l'adolescente.

Dott.ssa N. Benedetto, Dirigente Psicologa S.C. NPI Torino Nord, Referente Area Adolescenti.

Dr.ssa M. Bruno, Dirigente Medico NPI S.C. NPI Torino Nord.

Dr.ssa S. Palli, Medico NPI Convenzionato a tempo indeterminato S.C. NPI Torino Nord.

Identikit dell'Equipe

L'equipe di cui facciamo parte è storicamente multiprofessionale (medici NPI e psicologi psicoterapeuti dell'età evolutiva); le nostre formazioni personali sono differenti e riteniamo che queste diverse matrici di appartenenza costituiscano una peculiare ricchezza poiché, nella consuetudine del lavoro clinico in rete, contribuiscono a generare pensieri e strategie d'approccio ai problemi decisamente flessibili e creative, assai funzionali alla presa in carico di situazioni psicopatologiche relative ad una fascia d'età (preadolescenza/adolescenza) di per sé caratterizzata da alta complessità e fluidità sintomatologica.

La fascia d'età di cui ci occupiamo è quella di pazienti dai 11 ai 18 anni, ossia l'ambito che abbraccia l'ingresso nella scuola media inferiore fino alla conclusione dell'iter formativo, dalla preadolescenza all'adolescenza.

Riflessioni sui cambiamenti in fase pandemia.

L'esplosione della pandemia Sars CoV 2, iniziata ufficialmente nel febbraio 2020 (DPCM del 23/02/2020), ha certamente colto alla sprovvista l'intero spettro della società, destabilizzandola a svariati livelli e portando in luce le insite fragilità e vulnerabilità dei vari sistemi sociali e produttivi.

Ciò ha condizionato pesantemente il funzionamento delle **agenzie istituzionali**, vedasi SSN, Servizi Sociali e Scuola, con la necessità di aggiustamenti in corsa senza iniziali obiettivi se non quello di evitare al massimo il diffondere del contagio garantendo, nel caso della Sanità pubblica, il diritto alla cura.

Le **famiglie** si sono ritrovate d'improvviso a condividere forzatamente spazi e tempi e tutto ciò non sempre ha favorito esperienze positive, tenuto conto dell'angoscia diffusa che comprensibilmente ha caratterizzato in maniera peculiare soprattutto la prima ondata pandemica (/ febbraio /giugno 2020).

Pensiamo, in specie, alle condizioni socio ambientali che caratterizzano il nostro bacino d'utenza, complessivamente il settore nord cittadino (le 2 sotto equipe Nord Est e Nord Ovest si sono, in fase antecedente alla pandemia, fuse divenendo un'unica Area Adolescenti sovrazonale, superando il concetto della competenza territoriale).

Nel settore Nord della nostra città albergano sacche di povertà economica e socioculturale, con importanti condizioni di emarginazione; la presenza di soggetti extracomunitari è notevole e spesso manca una reale e solida integrazione sociale.

In parallelo nei nostri ambulatori afferiscono famiglie con un back ground di media e alta cultura, ipersensibilizzato alla dimensione psichiatrica e psicoterapeutica; tali situazioni giungono con richieste spesso poco gestibili da un servizio pubblico od inopportune rispetto alla situazione presentata.

I **nostri Servizi**, peraltro, si sono dovuti reinventare rapidamente modalità di presa in carico, attingendo lungamente, in via pressochè esclusiva, alle risorse telematiche, a fronte dell'ormai annosa carenza di forza lavoro.

La Scuola anch'essa ha rapidamente dovuto virare sulla formazione didattica a distanza (DAD) pur di cercare di preservare per i ragazzi un minimo di attività formativa.

Considerando che gli effetti di questi cambiamenti continueranno a lungo, condizionando sia la qualità dei nostri interventi sia l'espressività clinica del disagio psicorelazionale di cui ci occupiamo, riteniamo importante riflettere certamente sulle criticità emerse, ma soprattutto sulle opportunità che sempre si trovano nei momenti di crisi e da cui possiamo trarre validi insegnamenti.

In altre parole, riteniamo che ci si debba soffermare sulla necessità di imparare a cavalcare l'onda lunga del fenomeno non solo con l'intento di "restare a galla", noi ed i nostri pazienti, bensì cercando di recuperare dall'esperienza, di per sé destabilizzante, quando non decisamente traumatica, strumenti ed idee per evolvere in un adattamento fecondo e non solo passivo, nutrendo la speranza e la motivazione che animano la nostra professionalità.

Dati clinici emergenti

Concordemente ai dati riferiti in letteratura, nel corso della prima fase pandemica, complici le forti restrizioni che hanno coinvolto tutta la società, sostenute dalle angosce ipocondriache diffuse, l'accesso agli ambulatori di NPI si è ridotto solo parzialmente.

Anche le nuove modalità telematiche hanno contribuito ad una modificazione della richiesta d'intervento da parte delle famiglie, non tutte attrezzate e comunque spesso impreparate ad uno stile differente da quello classico dell'incontro de visu, tipico delle nostre prese in carico.

A partire dal mese di febbraio 2020 l'accesso ai nostri Servizi è stato parallelamente caratterizzato da una esacerbazione di casi di psicopatologia acuta con seri tentativi anticonservativi, grave autolesionismo, importante depressione ed ideazione suicidaria, disturbo ossessivo compulsivo grave.

Dai DEA ospedalieri ci sono giunte in urgenza situazioni molto gravi e complesse che hanno fatto emergere l'effetto slatentizzante, conseguente alla condizione di ritiro sociale forzato, di foci psicopatologici subclinici.

Paradossalmente, i casi di ritiro sociale già in carico, almeno a ridosso della prima fase pandemica, hanno invece spesso registrato una sorta di miglioramento psicorelazionale.

Secondo noi, la "prescrizione" del sintomo insita nelle disposizioni governative relative a tutti i cittadini, ha sostenuto in molti dei nostri pazienti una sorta di riconoscimento e validazione sociale, lo stigma sociale verso i soggetti ritirati si è affievolito in una omogeneizzazione delle condotte di isolamento (distanziamento personale, improvvidamente inizialmente definito sociale) che ha stemperato l'atteggiamento di critica e giudizio verso questi ragazzi, favorendo in loro vissuti di normalizzazione, quando non addirittura di revanche.

Al contempo nelle Comunità Terapeutiche e Riabilitative si è riscontrata una stabilità sconosciuta fino ad ora.

Cosa ci può insegnare questo fenomeno?

Forse ci indica una direzione: condividere l'isolamento dai troppi stimoli e il sentire di appartenere ad uno stesso destino/direzione, anche se temporaneamente, sostiene una dinamica di coesione che rafforza, di fatto, l'identità comunitaria dei singoli. La gruppoanalisi ha da tempo intrapreso una ricerca attraverso la clinica dei piccoli, medi e grandi gruppi sul tema del trauma sociale. La dinamica tra coesione/incoesione sociale, aggregazione/massificazione nelle collettività, possono essere lenti da usare per dare una chiave di lettura ai macro-fenomeni nei quali siamo immersi tutti, pazienti e professionisti della mente compresi.

Passando dal macro- sociale al nostro quotidiano si è osservato un incremento esponenziale fino ad oggi (settembre 2021) di richieste dirette ed insistenti fatte da parte dei giovani pazienti di essere ricoverati in Ospedale, in un Reparto ad hoc, o in Comunità: come ha bene evidenziato

Stefano Vicari (Direttore NPI Bambino Gesù di Roma) il covid è stato un detonatore sociale che ha fatto esplodere, letteralmente, la coesione sociale e familiare trascinando negli ospedali infantili, nei DEA e negli ambulatori territoriali il trauma collettivo.

Al di là delle complicazioni sia cliniche che di opportunità istituzionale, la richiesta è inconsueta e quindi le domande che ci poniamo sono:

è un fenomeno che rimanda alla ricerca di un contenitore psichico forte?

E' la denuncia di una forte mancanza di contenitori istituzionali (vedi scuola, famiglia, servizi) adeguati ?

È testimonianza di una fragilità evidente di tollerare il dolore mentale?

Ipotizziamo di condividere tutti questi interrogativi se, nel caos post-traumatico, ci possono guidare nella lettura del presente e navigare a vista, costruendo insieme una rotta più definita.

Abbiamo altresì assistito in questo periodo ad una importante emersione di problematiche inerenti all'identità di genere, con dichiarazioni, anche estreme nella loro espressività sintomatologica, di appartenenza al gender fluid.

Il ritiro sociale forzato ha contribuito a far emergere, e talora a far deflagrare, conflittualità intrapsichiche e relazionali in epoca antecedente incanalate, per esempio, nelle relazioni con i pari, nelle dinamiche scolastiche, nel conflitto generazionale con i genitori, modalità che ne consentivano una espressività più circoscritta e meno evidente, spesso facilmente sottostimabile.

Il ricorso "prescritto" dalle Autorità ai social media e ad Internet per il mantenimento della relazionalità, per i ragazzi, ha trasformato l'impiego dei canali telematici, da una dimensione ludico ricreativa per scelta vocazionale, nell'unico medium comunicativo e relazionale, peraltro condiviso con ampi strati della popolazione adulta, inserendo inoltre una componente doveristica (pensiamo per esempio alla frequenza in DAD) che in parecchie situazioni è stata maltollerata e disattesa, contribuendo ad inasprire situazioni già in atto di ritiro sociale, dando corpo al fenomeno della disfrequenza digitale.

Abbiamo registrato una notevole incremento di disfrequenza soprattutto nelle classi prime dei cicli di scuola media inferiore e superiore laddove, al fisiologico "lutto" della dimensione evolutiva preesistente, si è accompagnata una reale impossibilità di sviluppare conoscenza e confronto sia con i pari età sia con i docenti.

Le misure restrittive hanno spesso contribuito ad una esacerbazione della regressività, con l'affievolirsi progressivo delle mozioni istintuali tipiche dell'adolescenza: molti dei nostri nuovi pazienti hanno dichiarato di trascorrere le giornate a letto, anche trascurando l'igiene personale, evitando di accedere alla DAD o scegliendo di non presentarsi in video, senza più scansione temporale, in pericolose inversioni del ritmo sonno veglia che hanno comportato un ulteriore destabilizzazione esistenziale e conflittualità spesso agite con gli adulti di riferimento.

Ognuno appariva rinchiuso nel proprio microcosmo depressivo di isolamento autoreferenziale, in una condizione di stallo emotivo relazionale che ha generato bolle narcisistiche deliranti o gravi voragini depressivo abbandoniche variamente espresse.

Molti dei nostri pazienti hanno come riproposto una mimesi esistenziale con i contenuti e le atmosfere dei manga e delle "anime", già fruiti in epoca ante Covid come risorsa consolatoria e di rispecchiamento egosintonico rispetto a richieste socio ambientali ed evolutive difficili da fronteggiare. In particolare, proprio la questione identitaria, centrale in ogni processo evolutivo e sempre più impegnativa da costruire e sostenere per i giovani in una società "liquida", ha conquistato un primato senza precedenti.

Da qui l'afferire nei nostri ambulatori di situazioni altamente pregiudizievoli in cui, per esempio, anche l'aggressività autodiretta è collegata spesso al rifiuto dell'identità di genere, con la rivendicazione di non appartenenza a schemi precostituiti e l'affermazione di appartenenza ad un gender fluid, condizioni che misurano duramente gli adulti, i genitori in primis ed in genere gli adulti significativi, compresi i curanti.

Possiamo sintetizzare questo tema nei termini evolutivi di **Identificazione e contro-identificazione**.

La presa in carico ha sempre preso in seria considerazione il sostegno ai genitori che tradizionalmente caratterizza il Servizio.

Nonostante l'esperienza accumulata negli anni ci siamo trovate di fronte a due macro-fenomeni che mettono in crisi modelli clinici consueti:

-la ricerca ossessiva in internet della propria autodiagnosi, sottraendo agli esperti ed ai genitori la co-costruzione di senso del malessere presentato;

-la dichiarazione, spesso presente con varie sfumature, di essere alla ricerca della propria identità sessuale attraverso identificazioni attivate utilizzando siti on line e/o coetanei (sempre on line) non meglio identificati.

Il processo identificatorio adolescenziale in connessione di reciprocità alla contro-identificazione dei genitori e degli adulti significativi, ha subito un iperinvestimento emotivo fuori misura da parte dei nostri pazienti.

Questi fenomeni hanno messo in crisi i diversi modelli clinico/teorici rispetto al dare un senso alla crisi identitaria adolescenziale.

Il processo imitativo ed identificatorio sono stati sottoposti ad un cortocircuito, ponendo gli adulti fuori da una circolarità di esperienze vissute. Il rappresentarsi "*come ero io alla tua età e come sei tu adolescente e come io adulto posso empatizzare perché ci sono passato ed i tuoi conflitti con me mi possono fare crescere ancora*" non è spendibile empaticamente.

Questo processo culturalmente e generazionalmente condiviso è impossibile da attivare a livello clinico e può subire un appiattimento sul versante dell'accettazione, della presa d'atto nella dinamica controtransferale.

I genitori si ritrovano a maneggiare in modo non consapevole, una barratura identitaria (tra loro e i figli) che può evidenziarsi in un continuum tra una accettazione, per così dire, politicamente corretta, e un distanziamento emotivo ed affettivo difficile da gestire e portatore di uno stallo nel processo di emancipazione del figlio.

Se come operatori psicodinamici si utilizza anche il conflitto intrapsichico attivo per la scelta tra diverse posizioni identitarie ecco che ci troviamo privi della "benzina" che alimenterebbe il processo: il conflitto intrapsichico.

Come aiutare un genitore a contro identificarsi, per sostenere il processo evolutivo, quando la distanza di esperienze condivisibili diventa epocale, nel senso che non vi sono modelli a portata di mano?

Questo aspetto riguarda peraltro anche i clinici: come sostenere i genitori senza utilizzare solamente lo strumento della tolleranza alla frustrazione soprattutto se, accettata la scelta del figlio, permane, comunque, una sofferenza non tollerabile?

Tante sono le domande e poche le risposte utilizzabili per dare un senso puntuale al nostro accompagnare i ragazzi nel labirinto dell'adolescenza.

Il modello bio psico sociale che sottende le nostre prese in carico resta attivo e valido, ed ovviamente si traduce in un modello di integrazione attiva sul campo clinico di competenze multiprofessionali : i colloqui clinici e la visita NPI, la somministrazione di tests, la prescrizione farmacologica, l'attivazione di interventi educativi, l'attivazione di percorsi psicoterapeutici, in continua modulazione e monitorizzazione restano parte dell'ossatura dell'identikit dell'equipe, ma in un continuo fluire ed assecondare flessibilmente i nodi, le onde, spesso davvero impressionanti, della vita di ognuno da quel febbraio 2020.

Proponiamo, di seguito, un paio di vignette cliniche a titolo esemplificativo del materiale umano e clinico che ci troviamo a trattare.

Benedetta frequenta la terza media quando i genitori ci chiedono, tramite il triage, di effettuare una valutazione clinica.

B. è una ragazzina minuta, con un aspetto triste ed uno sguardo perso nel vuoto.

I genitori appaiono molto angosciati e raccontano che la madre (operatore sanitario) si è ammala di un 'importante forma di Covid ed è da poco rientrata dal centro di riabilitazione.

Anche altri due parenti stretti della famiglia sono stati contagiati ed uno è deceduto.

B. i due fratellini ed il padre sono stati in quarantena.

La ragazzina, che aveva sempre presentato un alto rendimento scolastico, appare in grave difficoltà nel rientro a scuola; è isolata, non esce di casa, ha abbandonato gli sport ed i precedenti interessi, presenta disturbi del sonno (inversione del ritmo, ipersonnia diurna), disturbi alimentari (bulimia) ed ansia cronica, con ideazioni autolesive importanti ed ingravescenti.

La mamma di B. racconta con senso di colpa dilaniante di aver diffuso in famiglia l'infezione, il papà è molto ansioso e verbalizza sentimenti di impotenza e segnala un suo bisogno di "contenere" l'angoscia attraverso un iperinvestimento sulle sue attività professionali e sportive.

Si offre, quindi, alla ragazza una serie di colloqui clinici e si valuta l'opportunità di somministrare la Sertralina, sia per l'evidente stato di abulia depressiva sia per la spiccata componente ossessiva che la caratterizza.

I genitori si dicono d'accordo e raccontano che, anche nel periodo precedente l'insorgenza della malattia in famiglia, B. aveva manifestato episodi di ansia acuta, simil attacco di panico.

Proprio a seguito di questa situazione i parenti materni erano andati a trovare la famiglia ed avevano incontrato la madre di B., già positiva al Covid senza esserne a conoscenza.

Nel corso dei colloqui B. si attribuisce la colpa di quanto successo in famiglia "*se non fossi stata ansiosa i miei famigliari non sarebbero venuti a trovarmi e nessuno si sarebbe ammalaato gravemente*".

La ragazza parla della paura attuale di perdere la madre e si dice sconcertata dal fatto di essersi invece sentita forte e tranquilla durante il periodo della sua ospedalizzazione, periodo in cui ha dovuto occuparsi dei fratellini, senza l'aiuto del padre, che appariva distrutto ed impotente.

Il crollo emotivo di B. ha fatto seguito alla morte del famigliare, esacerbandosi al rientro della madre, duramente provata sia fisicamente che emotivamente.

Nella famiglia è stato inserito anche un cagnolino di cui B. si è presa cura, probabilmente un aspetto vitale che ha funzionato come riserva energetica positiva in un panorama desolato e mortifero.

Ai colloqui quindicinali con gli operatori è seguito l'inserimento di una figura psicoterapeutica, unitamente ad una buona compliance farmacologica.

Fondamentale, riteniamo in questo processo di cura, la forte alleanza stabilita tra la famiglia e l'equipe ed i professori di B.

La vicinanza attiva del contesto scolastico nel periodo di crisi ha consentito, a nostro giudizio, una buona compliance all'intervento del Servizio facilitando una ripresa del quadro clinico complessivo.

Per B. e per la sua famiglia la riuscita scolastica riveste da sempre un grande valore e la disponibilità degli insegnanti nel guidare la ragazza nel rientro a scuola e nell'affrontare l'esame di terza media si è rivelata fondamentale, il pronto recupero prestazionale ha fatto da traino e "rete" per un positivo adattamento sintomatologico, sia per la ragazza sia per i genitori, dando atto che la modalità di rete interistituzionale, laddove si trova autentica collaborazione, resta un perno portante del nostro lavoro con gli adolescenti e le loro famiglie. .

Vittorio è giunto alla nostra attenzione nel Maggio 2021.

Il ragazzo frequenta le scuole medie in una scuola del centro città.

V. ha sempre avuto problemi relazionali e di integrazione: ha comportamenti bizzarri, si sente diverso dai compagni di classe sia intellettualmente sia come posizione sociale e questo lo espone facilmente all'isolamento ed alla stigmatizzazione.

Il lockdown ha permesso invece a V. di riconoscersi "uguale" agli altri, unito in un destino

comune dove tutti devono stare a casa, tutti non possono praticare sport, dove il “palcoscenico” della vita risulta circoscritto.

V. rifiuta di uscire anche dopo la fine del lockdown e quando la madre e le sorelle maggiori lo inducono ad uscire forzatamente, il ragazzo si contagia e presenta sintomi clinici evidenti, pur senza essere ricoverato.

Questo fatto giustifica il suo rifiuto a rientrare a scuola ed anche a collegarsi in DAD.

La scuola, pur sollecitata, non mantiene alcun contatto con le scriventi e la madre, molto angosciata, riesce ad iscrivere V. in un'altra scuola cittadina che appare più idonea alle esigenze del figlio.

Il ragazzo appare di fatto “contento” di essersi ammalato, questo fatto lo conferma nella sua certezza che il mondo, a prescindere, sia pericoloso, e paradossalmente lo quietava emotivamente.

V. si aggiorna con dovizia sull'infezione, si afferma vivacemente contrario alla posizione dei no-vax e non intende riprendere la frequenza scolastica nel timore di infettarsi con una variante, pur essendo stato vaccinato, in una escalation che pare alimentare un nucleo di matrice psicotica fino ad al momento silente, con l'emergere di severi aspetti ossessivo fobici, con grave evitamento ed interpretatività persecutoria.

Non è stato possibile in questo caso costruire una relazione con gli insegnanti, mantenere una comunicazione tra i vari ambiti esistenziali, in particolare con l'ambito scolastico che incarna lo scenario non solo della evoluzione intellettuale, ma soprattutto della crescita psicoaffettiva di ognuno.

Pur offrendo un intervento importante la mancata partecipazione della Scuola ha reso l'intervento monco e V. ha facilmente trovato conferma delle sue paure nei confronti della realtà esterna, alimentando i tratti paranoidei ed esasperando il suo isolamento concreto e psichico.

Ci chiediamo: erano così importanti i risultati scolastici per tutti i nostri pazienti?

Si potevano trovare modalità più creative, dopo la seconda ondata, affinché i ragazzi potessero godere di reti più organizzate e più integranti della DAD?

Quanto l'esigenza del mondo adulto di “normalizzare” l'esistenza, con il ritorno ad una richiestività prestazionale che, di fatto, negava e nega l'angoscia dell'incertezza che ha caratterizzato la pandemia, ha tagliato via l'opportunità di riconsiderare insieme anche le “opportunità” vitali e creative di un evento universale e traumatico?

Cosa è stato offerto realmente alla fascia dei ragazzi “fragili” per contrastare il ritiro sociale preesistente, spia di un fallimento relazionale transgenerazionale?

CONCLUSIONI

Il punto di forza del nostro modello, anche in epoca Covid, resta pertanto condividere multiprofessionalmente la presa in carico. Ciò resta uno snodo fondamentale, specie in epoche di “restrizione” di risorse per i più svariati motivi.

Ben sappiamo tutti che la “crisi” porta a galla i fantasmi personali e gruppali, nonché i limiti del processo di cura, ma ciò spesso contribuisce giocoforza anche a snellirlo, a rimodellarlo, a sollecitare una vigilanza in itinere sulle “abitudini”, evidenzia le ridondanze che appesantiscono e gli incrostamenti che la quotidianità operativa dei tempi “tranquilli, con il suo tran-tran, porta con sé.

L'importanza di “saper navigare a vista” emerge centrale da questa recente esperienza di presa in carico, ma ciò può essere fatto, secondo noi, solo se si hanno nozioni ed esperienza solide a cui attingere.

Nella metafora della navigazione le premesse formative ed esperienziali sarebbero i punti cospicui che orientano i naviganti sotto costa, quando seguire una rotta definita non è possibile.

E non si tratta mai di limitarsi a “galleggiare”, in attesa, per esempio, che passi la bufera, perché navigare a vista permettere di procedere senza perdere di vista gli obiettivi, cioè il procedere in sicurezza per raggiungere un porto da cui poi esplorare la vita e ripartire seguendo una rotta scelta e co-costruita consapevolmente ed autenticamente tra tutti i membri dell’equipaggio, ciascuno secondo la propria funzione.

Bibliografia:

Bauman Z. “Cose che abbiamo in comune: 44 lettere al mondo liquido” 2010, Editori Laterza, Roma.

Suigo V. “Figli violenti” 2021, Franco Angeli, Milano

Zucchi S. “I nodi del crescere” 2020, Effatà Editrice, Torino.