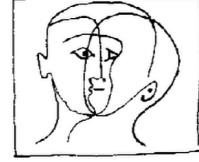


***La parola al posto del sintomo:
la rielaborazione delle narrative personali
nell'adolescente in comunità***



Roberta Rossini*, Alessandro Longo**

*Ricevuto il 3 giugno 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

La narrazione è un elemento centrale nella vita dell'essere umano e diviene uno strumento fondamentale, sia per dare un senso a esperienze di rottura della continuità, sia per la formazione del senso unitario del Sé. Negli adolescenti con quadri clinici complessi ed esperienze familiari disfunzionali al punto da richiedere un allontanamento dal contesto familiare diventerà ancora più importante poter costruire un significato alle proprie esperienze, attuali e passate, e integrare le informazioni di sé e del mondo in una trama narrativa complessa, ma comprensibile. La metodologia di rielaborazione delle narrazioni personali proposta in ambito cognitivista consente di riconoscere e recuperare le funzioni conoscitive di cui il sintomo è portavoce, documentando con validità le vicende e l'esperienza soggettiva, rendendole disponibili all'auto-osservazione e permettendo una ricostruzione narrativa che implica l'acquisizione di nuovi elementi della soggettività non necessariamente contenuti nelle narrazioni abituali delle vicende in questione e quindi nella conoscenza ordinaria di sé. Da tale ricostruzione condivisa si apre la possibilità di una comprensione più ricca e articolata di sé e degli altri che può essere integrata all'interno della storia del soggetto. A esemplificazione di tale modalità di lavoro, verrà illustrata una situazione clinica.

Parole chiave: adolescenza, rielaborazione narrativa, episodi autobiografici, comunità terapeutica.

* Psicologa Psicoterapeuta, Unità Multidisciplinare Età Evolutiva Ancona – Azienda Sanitaria Territoriale Ancona; Docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva; Centro Terapia Cognitiva Ancona, Via del Fornetto, 111 – 60127 Ancona; e-mail: rossiniroberta78@libero.it.

** Psicologo Psicoterapeuta, Cooperativa Sociale Nazareno Carpi, Co-trainer Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Via degli Orti, 44 – 40137 Bologna; e-mail: dott.longo@hotmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16929

Word instead of symptom: the reworking of personal narratives of the adolescent in a therapeutic community

Abstract

The narrative is a crucial element in the life of the human being and represents a fundamental tool to give a sense of continuity and to form and maintain a unitary sense of the Self. In adolescents with complex clinical states and dysfunctional family experiences, which require a separation from the family context, it is important to construct a meaning from one's current and past experiences, and to integrate information about oneself and the world into a complex narrative but coherent plot. The methodology of the personal narratives reworking in cognitivism makes possible to recognize and retrieve the functions of the symptom and the requests the symptom acts for. It allows to validly document the events and subjective experiences, making them available for self-observation and leading to a narrative reconstruction that includes new elements of subjectivity out of the ordinary self-knowledge. This shared reconstruction opens up the possibility of a richer and more articulated understanding of oneself and of others, which can be integrated in the subject's account. A clinical case will be illustrated.

Keywords: adolescence, narrative reworking, autobiographical episodes, therapeutic community.

Narrazione e Rielaborazione delle Narrative Personali nell'adolescenza "difficile"

La narrazione è un elemento centrale nella vita dell'essere umano e diviene uno strumento fondamentale sia per la formazione di un senso unitario e coerente del Sé (Bruner, 1995), che consente all'individuo di sapere chi è e di poter entrare in contatto con gli altri, sia per dare un senso a esperienze di rottura della continuità (McAdams, 2018).

Un senso di identità e continuità personale passa attraverso il raccontarsi e il raccontare la storia di chi sono e come sono diventato la persona attuale, collegando e integrando i vari elementi, sia in senso sincronico che in senso diacronico. In senso sincronico, attraverso l'integrazione dei vari elementi di sé nella vita del qui e ora e quindi il racconto di come mantengo un senso di me nei vari ruoli e contesti attuali; in senso diacronico attraverso il racconto di come sono diventato la persona che sono e di come mi aspetto di essere in futuro.

Questo dà un senso di unità, di scopo e di significato (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Nel mantenimento della continuità personale un ruolo fondamentale è svolto dalla memoria autobiografica. La narrazione organizza la memoria

autobiografica, dandole una struttura temporale e causale; senza la narrazione non sarebbe possibile costruire una storia e quindi una visione di sé e del mondo e delle vicende storiche che vada al di là della consapevolezza schematica e poco organizzata delle cose e di ciò che è successo.

Per questo non stupisce che vi sia una stretta relazione tra narrazione e salute mentale (Pennebacker & Seagal, 1999; Fivush *et al.*, 2011). Una buona capacità di raccontarsi è, da una parte, il riflesso di un'organizzazione psichica interna equilibrata (Habermas, 2011), dall'altra aiuta a costruire un senso di sé.

Una caratteristica importante di una buona narrazione è la coerenza, che si realizza sia collocando un episodio di vita in un certo contesto (temporale, spaziale, relazionale, sociale), sia connettendo azioni ed eventi in un certo ordine temporale-causale (Habermas, 2011). L'aspetto della coerenza nella propria narrazione è facilitato dal riuscire a stabilire connessioni sé-evento, sia per eventi che riguardano cambiamenti per il sé che per quelli che riguardano stabilità per il sé (Holm & Thomsen, 2018). Altro aspetto importante, altrettanto correlato al cambiamento e alla salute mentale, è un aumento del tema dell'*agency* nella narrativa del paziente (Adler, 2012).

Il riflettere in un modo specifico sulle proprie esperienze di vita diventa particolarmente importante nelle situazioni in cui si osserva una riduzione della specificità delle memorie autobiografiche e delle capacità di integrazione, come ad esempio in soggetti con sintomi psicotici attenuati o depressivi oppure in soggetti con disturbo di personalità (Berna, 2016; Lysaker, 2002; 2018; Neimeyer, 2000); oppure in situazioni in cui si concentrano molti cambiamenti di vita che mettono a rischio un senso di continuità personale, soprattutto nell'adolescenza e nella fascia dei giovani adulti (Habermas & Köber, 2014).

Durante l'adolescenza si raggiunge la capacità di creare legami complessi tra il proprio passato e il proprio presente, tra il proprio modo di funzionare e le esperienze, tra sé e gli altri (Mancuso & Sarbin, 1998), necessari a cercare di rispondere al bisogno di definire "se stesso" e il "mondo" in termini di coerenza interna. Ed è in questa fase della vita, infatti, che emerge quella che viene definita la capacità di ragionamento autobiografico (*Autobiographical Reasoning*) (Habermas, 2011), ovvero la capacità di creare connessioni tra le esperienze di vita e il proprio stile di funzionamento, con la possibilità di integrare i ricordi autobiografici in maniera adattiva all'interno della propria storia di vita e della propria idea di sé e creare un senso di identità e continuità personale.

All'interno di questo scenario, la metodologia di rielaborazione delle narrazioni personali introduce la dimensione narrativa all'interno del metodo

cognitivista, estendendo le metodologie di indagine e rielaborazione al target delle narrazioni autobiografiche (Guidano, 1991; Lenzi & Bercelli, 2010); in questo modo essa può da un lato rivestire valenze terapeutiche specifiche, dall'altro essere articolata arricchendosi di alcune specifiche sotto-procedure.

All'interno di una metodologia di questo tipo il sintomo/problema portato viene contestualizzato e ricondotto a specifiche vicende di vita e alle relative esperienze, che vengono poi rielaborate e rinarrate in seduta secondo specifiche modalità, che consentono di rimettere ordine e coerenza nel racconto delle esperienze della persona, realizzandone un consolidamento e una buona forma narrativa. In questo modo l'esplorazione del sintomo e dell'esperienza sintomatica diventa un'occasione di cambiamento attraverso la conoscenza di sé e l'elaborazione narrativa.

Una parte fondamentale del lavoro clinico consiste nella ricostruzione narrativa degli aspetti "episodici" delle vicende personali relazionali. Fonagy stesso (2011) riportava come «un focus sulla memoria episodica è il materiale più efficace da utilizzare per elaborare la comprensione di sé e la comprensione degli altri da parte del paziente». Già in precedenti lavori sono state descritte precise operazioni conversazionali di una rielaborazione di questo tipo (Lenzi, 2016; 2018); senza entrare nel dettaglio, essa implica sostanzialmente, una volta raggiunta una sintonizzazione interattiva e scelto in modo condiviso un tema narrativo ritenuto significativo, lo sviluppo digiunto e la successiva ricongiunzione integrativa di due modalità narrative, dette "registro sovra-episodico" e "registro episodico". Ciò permette di rielaborare la versione narrativa generalizzata integrando i nuovi elementi emersi e di posizionarsi con valutazioni ed eventualmente azioni specifiche verso la vicenda in questione a partire dalla nuova ricostruzione.

Nel guidare la ricostruzione narrativa, è importante che il terapeuta tenga conto che ci sono modi specifici e differenziati di trattare l'esperienza; e che questi modi corrispondono a specifiche modalità narrative all'interno di logiche ben precise, legate a strategie comunicative e relazionali e a stati mentali e processi cognitivi correlabili ai diversi stili relazionali e configurazioni narrative all'interno dei vari pattern di attaccamento (Main & Goldwyn, 1996; Crittenden & Landini, 2011). Queste, sommariamente, possono implicare un distanziamento dall'esperienza emotiva oppure un'esaltazione dell'esperienza emotiva a dispetto della ricostruzione sequenziale e causale delle vicende. Il terapeuta deve quindi considerare tali modalità, in modo tale da potere veicolare e modulare – in modo strategicamente orientato – l'integrazione e l'armonizzazione di informazioni cognitive e affettive e dei vari sistemi di memoria.

In certe situazioni, soprattutto nelle situazioni terapeutiche con il paziente

“difficile”, al fine di realizzare una ricostruzione osservativa dell’episodio e dell’esperienza, si rende necessario attivare modalità particolari e specifiche, non solo di elaborazione narrativa, ma soprattutto di sintonizzazione e posizionamento, conversazionale e relazionale. Sarà importante fare attenzione a tali modalità, che vanno a configurarsi tra gli ingredienti necessari a creare e mantenere una buona relazione terapeutica e che sono aspetti fondamentali e propedeutici alla possibilità di realizzare le varie attività di seduta e di co-costruire una rielaborazione narrativa.

Oltre al lavoro sulla dimensione attuale, sarà importante, in un secondo momento, creare relazioni tra le varie parti del presente e del passato della vita dell’adolescente con quanto di sé e del proprio stile di funzionamento sta imparando a conoscere, con la possibilità di integrare i ricordi autobiografici in maniera maggiormente adattiva all’interno della propria storia di vita e della propria idea di sé. Rispetto a ciò, la possibilità di individuare e collocare temporalmente gli eventi individuati dal soggetto come significativi opera già una iniziale azione di decentramento. Anche in questa parte di lavoro sarà fondamentale accedere agli episodi autobiografici, ricostruendo i contesti di vita concomitanti e l’esperienza soggettiva tramite l’osservazione di sé e delle emozioni sperimentate; ciò permette anche di facilitare la possibilità di creare quelle connessioni sé-evento citate in precedenza che contribuiscono a consolidare la coerenza narrativa. Questo implica lavorare nell’interfaccia tra il livello degli eventi episodici e dell’esperienza vissuta dal soggetto e il livello delle spiegazioni che il soggetto se ne dà, avendo in mente, quindi, di ricostruire i rapporti tra memoria episodica e memoria semantica, relativamente a una determinata situazione o periodo.

La realizzazione di questa particolare modalità di ricostruzione degli episodi implica per il paziente diversi aspetti: in primis l’acquisizione di nuovi elementi della conoscenza di sé e di nuovi modi di riferirsi l’esperienza (differenziando tra l’esperienza immediata e la sua spiegazione) e il proprio funzionamento relazionale, recuperando e regolando emozioni contrastanti e solitamente non integrate.

Altro contributo nel lavorare in questa direzione è il riconoscere una propria motivazione in ciò che accade con la possibilità di collegare la ricostruzione di eventi passati e di costruirne il valore o il significato personale nei singoli episodi, poiché ciò trasforma l’evento e il comportamento in un’azione propria. Di conseguenza, il racconto di cose accadute può trasformarsi in un racconto in prima persona, in cui iniziare a posizionarsi rispetto a certi vissuti e certe situazioni.

Negli adolescenti con quadri clinici complessi ed esperienze familiari disfunzionali, al punto da richiederne un allontanamento, diventerà ancora più

importante poter dare un significato alle proprie esperienze, attuali e passate, poterle raccontare e rielaborare in maniera integrata all'interno di una storia, che sarà poi percepita come propria e che permetta di iniziare a riparare la frattura che si è creata nella storia di vita e nelle relazioni significative. A seguire vedremo l'utilizzo di questa metodologia di lavoro all'interno di un contesto di Comunità terapeutica residenziale.

La Comunità

Il contesto di Comunità terapeutica residenziale all'interno del quale si colloca l'intervento terapeutico che descriviamo si articola su quattro livelli che includono ambienti e interlocutori diversi: la terapia individuale, la condivisione del caso in équipe, l'aggiornamento con i Servizi invianti e le attività quotidiane.

Il primo livello è la terapia individuale all'interno Comunità: questo livello viene costruito e modulato in funzione dei bisogni del soggetto, al fine di creare uno spazio d'ascolto che sia percepito personale e sicuro, in cui è possibile esplorare e dare un senso alle proprie esperienze e vissuti. In questo spazio particolare rilievo viene dato alla ricostruzione degli episodi critici della settimana, individuando gli eventi attivanti e i significati personali dell'esperienza interna a essi collegati; obiettivo iniziale è rendere maggiormente comprensibili gli eventi che coinvolgono la persona, aggiungendo ulteriori dettagli al proprio vissuto che, inserito nella continuità degli eventi, possa facilitare il ricostruire i confini personali attraverso il costruire una propria trama narrativa.

Proprio la complessità delle vicende personali e familiari, tali da aver comportato la necessità di un inserimento in Comunità, rende ancora più importante la messa in atto di un intervento che non sia orientato esclusivamente alla riduzione del sintomo e che non separi quest'ultimo dalla storia personale dell'adolescente e dalla possibilità di un'attribuzione di significato che possa tenere conto dell'esperienza, attuale e pregressa. Questo sia perché il sintomo, in assenza di una comprensione dei suoi nessi funzionali profondi, si ridurrà o modificherà solo superficialmente, sia perché sarà importante riuscire a lavorare nella direzione di osservare il sintomo nella sua funzione conoscitiva, così da costruire una base che permetta di creare una dimensione di futuro e progettualità, anche in vista di un'uscita dalla struttura.

Il secondo livello prevede la condivisione delle osservazioni del terapeuta con tutta l'équipe curante. Questa offre una visione allargata e maggiormente comprensibile della complessità di alcuni fenomeni, permettendo così

di considerare quali siano le modalità adattive e conoscitive della persona: quello che inizialmente può essere visto come un comportamento disfunzionale può mutare di significato se collegato alla comprensione in termini di funzionamento conoscitivo e relazionale del soggetto. La condivisione in équipe si propone quindi di costruire una comprensione più ampia delle modalità di funzionamento del paziente, affinché nei vari contesti ci siano approcci e risposte coerenti, che consentano sia di promuovere e facilitare processi riflessivi e di integrazione sia di vicariare strategicamente le difficoltà presenti.

Il terzo livello prevede il continuo aggiornamento con i curanti esterni alla Comunità secondo diverse modalità: dalla comunicazione diretta tra clinici, alle relazioni d'aggiornamento, alle verifiche periodiche del percorso individuale. Questo costante scambio d'informazioni permette di ampliare lo scenario d'osservazione anche alle dinamiche familiari e ambientali, esterne all'ambito comunitario, ma comunque necessarie per comprendere l'unicità della persona, cercando di creare una progettualità di trattamento condivisa e coesa, nonostante la molteplicità di interlocutori.

Il quarto livello rappresenta l'applicazione delle informazioni condivise nei tre livelli precedenti nella vita quotidiana della persona. Le attività dell'équipe seguono quanto si è conosciuto e compreso del paziente, orientando ogni intervento sulle aree critiche, tenendo in considerazione bisogni e obiettivi. Progressivamente all'esplorazione delle esperienze soggettive, anche gli interventi dell'équipe volgono a una comprensione più articolata, con la raccolta e condivisione con l'adolescente di quanto è emerso, sia nei momenti formali, come quello della psicoterapia e dei laboratori espressivo-supportivi, che in quelli meno formali, come le uscite e i momenti di gioco e svago. Ogni elemento raccolto viene collegato a quanto già noto, articolando maggiormente la visione sull'individuo. All'interno di questo processo conoscitivo emergono quelli che sono desideri e compiti evolutivi che, riconosciuti nella loro importanza e utilità maturativa, danno forma agli interventi che si orientano sul provare a rendere possibile quanto prima non lo era.

I 4 livelli mirano a procedere in continuo e reciproco coordinamento, con l'obiettivo di rendere il processo terapeutico, anche quando sviluppato in ambiti differenti, prevedibile e riconoscibile. Parallelamente l'integrazione dei differenti livelli mira a fornire un contesto intersoggettivo in cui il rispecchiamento, l'empatia, la negoziazione dei confini relazionali, il confronto con gli altri sono in primo piano e offrono un sostegno fattuale ai processi di integrazione che l'adolescente viene supportato a mettere in atto (Bencivenga & Uselli, 2016; Stanghellini, 2017).

Il caso di Carlo

Carlo è un ragazzo di 16 anni, attualmente in Comunità da circa 1 anno, a seguito di un grave quadro di ritiro sociale accompagnato da rituali (lunghe ripetizioni della stessa azione ogni qualvolta entra in contatto con un'esperienza emotivamente intensa), alcuni anche con caratteristiche bizzarre (es. rifiuto di buttare e tendenza ad accumulare tutto ciò con cui viene in contatto, compresa spazzatura, feci e urina). Carlo presenta anche alcuni pensieri che appaiono non aderenti alla realtà (ad es. non considera i genitori naturali come suoi reali genitori, ma dei finti genitori implicati nel procurargli sofferenza). La Neuropsichiatria Infantile di appartenenza pone una diagnosi di Disturbo di personalità non altrimenti specificato, in cui vengono rilevati degli scivolamenti in un funzionamento di tipo psicotico, e prescrive una terapia farmacologica.

L'aggravamento dei sintomi del minore e la difficoltà del nucleo familiare nel sostenerli fanno arrivare alla proposta di un percorso in Comunità, che Carlo quasi subito accetta, dato che vorrebbe allontanarsi dal nucleo familiare perché da lui definito "traumatico".

Inizialmente la partecipazione di Carlo alle attività in programma appare buona: segue i laboratori espressivo-supportivi, il Social Skill Training e le varie iniziative esterne. Di fianco a queste attività viene proposto uno spazio in cui poter portare i suoi vissuti e pensieri, le proprie difficoltà, come anche i propri bisogni e desideri. Carlo sembra dare molto valore a questo spazio a lui dedicato, a cui si presenta settimanalmente, con la libertà di scegliere l'ambiente per lui più ideale (es. giardino, sala laboratori, sala riunioni, studio del terapeuta, ecc.). Inizialmente la maggior parte dei propri vissuti si orientano sulla vita in Comunità: litigi con gli altri ospiti, incomprensioni con gli operatori, frustrazioni per le richieste non soddisfatte; tutto quello che riguarda l'isolamento e i rituali sembra inizialmente essere rimasto fuori la porta d'ingresso della comunità, così come ogni rapporto con le figure genitoriali, che da Carlo non vengono ricercate. A 8 mesi dal suo ingresso in Comunità Carlo contrae il Covid, a cui segue un isolamento di circa 3 settimane. Per garantirgli una continuità nella psicoterapia, si propone di modificare il setting e di proseguire i colloqui nella modalità online; proposta che Carlo accetta, apprezzando la possibilità di poter continuare a parlar di sé. In parallelo emergono altri intensi vissuti: paure legate alla contaminazione e alla morte, vissuti di colpa per non essere riuscito a prevenire e controllare il proprio contagio, preoccupazioni per quando dovrà ritornare all'esterno e avere di nuovo a che fare con gli altri. Concluso il periodo di isolamento, Carlo rifiuta di uscire dalla propria camera, smette di aver cura di sé e passa la maggior parte del

tempo a letto (*“Fuori ce l’hanno tutti con me, delle volte tutto mi sembra così difficile da affrontare che preferisco restare fermo”*). Anche alcuni sintomi, fino ad allora poco invasivi, si intensificano: attua rituali sempre più lunghi e complessi, aumenta i comportamenti di accumulo e diventa più selettivo al momento dei pasti. In questa fase si concorda di aumentare la frequenza degli interventi individuali (2 volte a settimana), che sono affiancati all’aggiornamento durante l’équipe settimanale e alle comunicazioni con il Servizio in-viante, che inizia da qui a incontrarlo con cadenza settimanale.

Le preferenze di Carlo sui luoghi di incontro si riducono esclusivamente alla sua stanza; la durata degli incontri è variabile, legata a una intensità emotiva che inizialmente risulta difficile da regolare.

Il lavoro sarà quello di poter condividere, esplorare e dare un senso a questa fase e a quanto sperimentato per poterlo integrare nel percorso fatto fino a quel momento e nel suo racconto.

All’interno degli incontri una parte considerevole è stata dedicata all’individuazione delle parole trigger, esplorandone gli effetti su Carlo e concordando termini alternativi che fossero sostenibili, ma ugualmente rappresentativi della sua esperienza. Ad esempio, all’inizio alcune esperienze interne come disagio, disgusto, pensieri sul futuro e parole specifiche (*“Ho il trauma della parola rispetto”*) non sono state subito verbalizzabili, in quanto producevano dolorosi rituali di compensazione (*“Questa cosa non riesco a dirla, mi crea troppo disagio, dopo devo fare delle cose per sentirmi meglio”*) e molti elementi della realtà venivano massicciamente distorti (*“Non fanno gli operatori, sono stati pagati da chi mi vuole male per procurarmi del dolore”*) oltre a una presenza molto frequente di temi di helplessness (*“Nessuno mi può aiutare, questo dolore non se ne andrà mai”*). Anche tutto ciò che riguardava la propria famiglia era posto sotto silenzio (*“Non voglio parlare di loro”*).

In un primo momento, la possibilità di dare un senso a ciò che accadeva dentro e fuori di sé e costruirne un racconto non è stata di facile accesso e viabilità. Individuare e narrare gli episodi critici del presente, seguendo un criterio temporale, ha poi permesso di ricostruire tali episodi, descrivendone l’esperienza soggettiva, tramite l’osservazione dei propri pensieri ed emozioni. La condivisione di un lessico comune, che potesse escludere alcune parole attivanti (es. rispetto, fatica, affrontare), ha generato lunghi giri di parole, ma ha anche permesso di ricostruire e dettagliare maggiormente la propria esperienza personale in un clima relazionale in cui potersi sentire accolto e compreso nelle proprie fragilità. All’inizio Carlo era fortemente in difficoltà nell’esprimere e definire il proprio malessere (*“Ci sono cose che mi capitano, non riesco a parlarne”*), ma gradualmente ha individuato e ri-

conosciuto alcuni suoi temi personali che gli hanno permesso di verbalizzare e condividere la propria esperienza (“*Mi capitano delle cose fuori dal mio controllo*”), per poi renderla maggiormente dettagliata (“*Il mio corpo sta cambiando, non lo riconosco*”).

L’essere riusciti gradualmente a dettagliare e rendere più specifici i vissuti personali ha permesso di comprendere e dare un senso al proprio malessere. Questo passaggio ha permesso di iniziare a condividere quali strategie Carlo sentiva di potere e voler utilizzare per far fronte a sintomi e problemi; ciò ha aiutato anche a capire il motivo per cui l’iniziale proposta di tecniche di esposizione o di regolazione emotiva (come avvenuto, ad esempio, all’interno del Social Skill Training) non sia stata accolta da Carlo.

Progressivamente Carlo ha iniziato a comprendere le proprie esperienze nel presente, ma restava inesplorato tutto ciò che invece riguardava il suo contesto di vita precedente: l’idea di Carlo di quelle che erano le vicende di vita prima dell’ingresso in Comunità era confusa e poco coerente, come, di conseguenza, anche la sua posizione rispetto a queste. Si è condivisa l’importanza di poter esplorare e ampliare episodi relativi al contesto familiare, scoprendo ulteriori elementi da poter integrare con il suo racconto. Gradualmente alcune delle figure significative e le relazioni con queste si sono spontaneamente presentate nel discorso e questi momenti hanno rappresentato le porte d’ingresso per esplorare la dimensione esperienziale e relazionale con i propri familiari, connettendola a quanto di sé stava ricostruendo. Si è proceduto con gradualità, in base a quanto, di volta in volta, Carlo sentiva di riuscire a sostenere. In prima battuta si è accolta l’esperienza relazionale allo “stato grezzo” (“*Quelle persone lì fanno di tutto per farmi del male, mi hanno separato dai miei reali genitori*”); poi questa ha rappresentato la base da cui individuare specifici episodi, ricostruirne insieme l’esperienza soggettiva e i relativi significati personali, per arrivare poi a rielaborare racconti che aveva portato inizialmente (come ad esempio “*Con quelli che si fanno chiamare mio padre e mia madre non mi sono mai trovato a mio agio, sono come degli estranei, sono diverso da loro*”). Ampliando l’esplorazione anche su episodi passati, Carlo è riuscito a rielaborare anche momenti relazionali critici e dolorosi, che hanno poi prodotto nuove ulteriori aperture (“*Io cercavo di proteggere mio fratello e mia sorella quando papà ci trattava male... loro cercavano di fare lo stesso con me, mi piacerebbe reincontrarli?*”).

Attraverso il lavoro di riconoscimento e riordinamento dell’esperienza, articolata tra piano episodico e piano semantico, è stato possibile recuperare, regolare e costruire emozioni, integrando memorie frammentarie e creando così una narrazione più equilibrata. Ciò ha facilitato la possibilità di cogliere significati e temi personali che hanno prodotto una graduale riduzione dei

rituali, dell'isolamento e della selettività alimentare con la possibilità di guadagnare progressivamente ulteriori esperienze di maggior adattamento.

Di particolare rilevanza è stato il lavoro sui temi di responsabilità, di colpa e di controllo che la situazione di contagio Covid ha prepotentemente riportato in primo piano. L'idea di non essere riuscito a controllare i vettori di contaminazione ha elicitato in Carlo intensi sentimenti di colpa per non essere riuscito a evitarlo, sentendosi l'unico responsabile di quanto successo e per essersi esposto a un grande pericolo per la propria salute. Il tema della responsabilità e i vissuti di colpa sono dunque diventati elementi importanti da esplorare: gradualmente Carlo è riuscito a cogliere come queste sue attivazioni e vissuti fossero simili a quelle che sperimentava in famiglia, quando si sentiva nel ruolo di quello che doveva proteggere i propri fratelli da un adulto percepito come intrusivo e pericoloso.

Altri fili importanti per la costruzione della sua trama narrativa sono state anche le esperienze accumulate nei setting esterni a quello della psicoterapia, come ad esempio i laboratori interni (laboratorio di creatività, di narrativa, di musica, di social skills training, gruppo casa, ecc.). Inizialmente Carlo ha quasi sempre accettato la proposta educativa della Comunità, ma con una partecipazione perlopiù passiva alle attività, a differenza dei colloqui con i suoi referenti esterni, programmati con frequenza mensile, in cui invece si mostrava più partecipe. Dopo essere stato contagiato dal Covid Carlo, da un lato, ha interrotto la frequenza ai laboratori, ma, dall'altro, ha fatto la richiesta di avere un dialogo più frequente con le sue figure di riferimento istituzionali (educatori di riferimento della Comunità, Neuropsichiatra, Assistente Sociale). Carlo ha inoltre iniziato a effettuare incontri settimanali con la Psicologa del Servizio inviante, che ha rappresentato una sponda importante per poter veicolare alcuni contenuti e significati, soprattutto nei momenti in cui l'assetto della Comunità veniva vissuto in maniera persecutoria.

Al momento dell'ingresso uno degli obiettivi prefissati da équipe e Servizi era di valutare come poter rimodulare il rapporto e le visite con i genitori: Carlo ha inizialmente rifiutato la proposta di vedere i genitori, rimarcando la sua necessità di mantenere una distanza da loro, tanto da evitare anche qualsiasi dialogo a riguardo. Tale bisogno è rimasto costante nei confronti del padre, diversamente dalla madre, che invece ha poi iniziato a vedere mensilmente. Proprio dopo il contagio da Covid e la successiva fase critica, Carlo ha chiesto di poter vedere settimanalmente la madre (che, a sua volta, ha subito accettato), iniziando a sperimentare che effetto faceva una maggiore vicinanza tra loro.

Parallelamente, si è lavorato affinché Carlo mantenesse un dialogo con la maggior parte degli operatori. Ciò è stato possibile anche grazie ad alcuni interventi pensati "su misura", con la proposta, in un contesto individuale, di

attività affini agli interessi di C. (es. uscite individuali, laboratorio di musica, ecc.); tali attività hanno fornito la possibilità di mettere l'attenzione anche su altre esperienze, nelle quali potersi sperimentare, osservare e conoscere, così da arricchire la propria immagine personale.

La costruzione di un dialogo volto all'ascolto e alla comprensione, nel pieno e continuo rispetto dell'individuo, della sua soggettività e della sua vulnerabilità, ha dato a Carlo la possibilità di fare esperienza di poter far fronte alle proprie difficoltà, passando dall'iniziale *“L'unica possibilità per superare tutto questo è restare immobile nel letto, aspettando che passi”* al *“Ci sono alcune cose che mi procurano poco stress, su quelle provo a non fare delle cose e ci riesco; non è che dopo sto meglio, ma ho notato che lo stress dopo un po' diminuisce”*.

Nel tempo, con la riduzione dell'intensità della sintomatologia e della relativa sofferenza interna, si sono resi maggiormente riconoscibili alcuni desideri, *“Ci sono tante cose che voglio comprare, ho chiesto e mi sto organizzando per uscire a farlo”*.

Nell'ultimo periodo Carlo continua a sperimentarsi e raccontarsi e, in parallelo, si osservano insieme e si condividono i piccoli cambiamenti nel quotidiano: *“L'altra mattina ho seguito altri bisogni e non i miei pensieri, sono uscito e sono andato a fare shopping, era da tanto che non uscivo, è stato piacevole”*.

Conclusioni

In una relazione terapeutica che si pone come base sicura per l'esplorazione e di un contesto terapeutico comunitario che mira a garantire stabilità, prevedibilità e coerenza nelle situazioni relazionali e di vita, Carlo ha iniziato ad osservarsi, conoscersi e raccontarsi: quella che prima era una narrativa frammentata e poco condivisibile, diventa narrabile, maggiormente coerente e dotata di significato. Progressivamente ha iniziato a riconoscere le proprie modalità di lettura emotiva e i propri schemi di funzionamento; ha sperimentato l'esperienza di poter condividere la propria individualità nella relazione con l'altro, di essere conosciuto e riconosciuto dall'altro e validato in ciò che sente.

Nel lavoro con Carlo ci sono stati momenti di impasse e blocco: nel setting individuale legati prevalentemente alla paura e vergogna di esplorare contenuti e vissuti che riguardavano i rituali che sentiva di dover attuare, la propria famiglia e gli eventi a essa collegati; nel setting comunitario legati alla difficoltà nel comprendere il significato di alcune indicazioni/comportamenti degli operatori in relazione alla gestione dei rituali nel quotidiano e alla conseguente lettura persecutoria che Carlo ne faceva. Ognuno di questi

momenti è diventato esso stesso oggetto di osservazione e rielaborazione congiunta all'interno dello spazio terapeutico individuale.

L'aver costruito una salda relazione terapeutica ha permesso di mantenere una sintonia, relazionale e rispetto agli obiettivi, di dosare la quota di pericolo percepito da Carlo nelle situazioni critiche e di potersi poi fidare nel guardare insieme ai momenti di difficoltà come parti di un processo più ampio, parti che raccontavano e davano informazioni rispetto alle modalità di funzionamento di Carlo e verso le quali, piuttosto che spaventarsi e chiudersi, provare a incuriosirsi per scegliere che farne.

La ricostruzione dei propri eventi di vita, con il loro riordinamento temporale, ha permesso a Carlo di riconoscere relazioni tra le varie parti del presente e del passato, appropriandosi di significati personali e costruendo una propria trama narrativa. Ciò apre alla possibilità di poter prendere posizione nei confronti di eventi e vissuti fino a valutare di poter fare delle scelte, anche in direzioni diverse rispetto al passato e guadagnando così, nel tempo, maggiore flessibilità e autonomia.

Bibliografia

- Bencivenga M. & Uselli A. (2016). *Adolescenti e comunità terapeutiche*. Roma: Alpes Italia.
- Berna F. *et al.* (2016). Self-disorders in individuals with attenuated psychotic symptoms: Contribution of a dysfunction of autobiographical memory. *Psychiatry Research*, 239: 333-341. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.029.
- Bruner J. & Weisser S. (1995). *Autobiography and the construction of the self*. Cambridge: Harvard University Press.
- Conway M.A. & Pleydell-Pearce C.W (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107: 261-288. DOI: 10.1037/0033-295x.107.2.261.
- Cornaggia C.M. (2022). *Dalla parte del desiderio: Da una paternità un metodo nella cura*. Roma: Inschibboleth.
- Crittenden P.M. & Landini A. (2011) *Assessing Adult Attachment: a dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: Norton.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fivush R., Bohanek J.G., Zaman W. (2011). Personal and intergenerational narratives in relation to adolescents' well being. *New directions for child and adolescent development*, 131: 45-57. DOI: 10.1080/00207594.2011.596541.
- Fonagy P., Bateman A. & Bateman A. (2011). The widening scope of mentalizing: a discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84: 98-110. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.

- Guidano V. (2008). *Psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Habermas T. (2011). The Development of autobiographical Reasoning. *New Direction for Child and Adolescence Development*, 131: 1-17. DOI: 10.1002/cd.285.
- Habermas T. & Köber C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23: 664-674. DOI: 10.1080/09658211.2014.920885.
- Holm T. & Thomsen D.K. (2018). Self-Event Connections in Life Stories, Self-Concept Clarity, and Dissociation: Examining Their Relations with Symptoms of Psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*, 37(3): 293-317. DOI: 10.1177/0276236617733839.
- Lenzi S. (2016). Conoscersi, Raccontarsi e Costruirsi. I molteplici Aspetti epistemologici del parlare di sé e la loro declinazione nelle metodiche terapeutiche cognitivo-costruttiviste. *Costruttivismi*, 3(1-2): 91-102.
- Lenzi S. (2018) Auto-osservazione e conoscenza di sé: aspetti epistemologici dell'assessment cognitivista. In Blasi S. (a cura di). *L'epistemologia della psicologia clinica. Prospettive teoriche e metodologiche* (pp. 388-406). Roma: Fioriti.
- Lenzi S. & Bercelli F. (2010). *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrazioni personali: strategie avanzate di terapia cognitiva*. Firenze: Eclipsi.
- Lysaker P.H. & Lysaker J.T. (2002). Narrative structure in psychosis schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12(2): 207-220. DOI: 10.1177/0959354302012002630.
- Lysaker P.H. & Klion R.E. (2018). *Psicoterapia metacognitiva delle psicosi. Guida alla Metacognitive Reflection and Insight Therapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Main M. & Goldwyn R. (1994). Adult attachment scoring and classification systems. In Main M. (ed.). *Assessing attachment through discourse, drawings and reunion situations*. New York: Cambridge University Press.
- Mancuso J.C. & Sarbin T.R. (1998). The narrative construction of emotional life: developmental aspects. In Mascolo M.F. & Griffin S. (eds.). *What Develops in Emotional Development? Emotions, Personality and Psychotherapy* (pp. 297-316). New York: Plenum Press.
- McAdams D.P. (2018). Narrative identity: what is it? What does it do? How do you measure it? *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*, 37(3): 359-372. DOI: 10.1177/0276236618756704.
- Neimeyer R.A. (2000). *Narrative disruptions in the construction of self*. In Neimeyer R.A. & Raskin J.D. (eds.). *Constructions of disorder: Meaning making frameworks for psychotherapy* (pp. 207-241). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker J.W. & Seagal J.D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55(10): 1243-1254. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199910)55:10<1243::aid-jclp6>3.0.co;2-n.
- Rathus J.H. & Miller A.L. (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stanghellin G. (2017). *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stanghellini G. & Mancini M. (2018). *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*. Milano: Edra.
- Turrel S.L. & Bell M. (2019). *ACT per Adolescenti*. Roma: Fioriti.