

*Daniela Galardi**

**Giovani in Pronto Soccorso.
Il corpo nelle emergenze psicologiche**

A cura di Fabio Vanni
FrancoAngeli, Milano, 2009

«Il corpo ha la memoria, anche se io voglio dimenticare...». Questa dichiarazione di Giulia, una ragazza di 23 anni che è stata accolta nel Pronto Soccorso di Parma, mi sembra esprima in modo essenziale la peculiarità dell'incontro che può avvenire con gli adolescenti e i giovani adulti nell'ambito di una Struttura Ospedaliera di "confine" tra famiglia e territorio.

Il corpo ha una memoria e gli adolescenti, attraverso gli eventi traumatici da incidenti di diversa natura, le somatizzazioni di stati emotivi (ansia) e i tentativi di suicidio, esprimono la sofferenza, il conflitto, il disagio soprattutto quando non sanno manifestare o non possono comunicare con altri codici l'esperienza emozionale e di pensiero.

E questo corpo dolorante, che attraverso gli agiti di cui spesso l'adolescente non è consapevole, arriva al Pronto Soccorso, diventa occasione di domanda, di aiuto e di incontro per questi giovani che stanno cercando maldestramente di assumersi il rischio del vivere.

Il Pronto Soccorso sempre più sembra acquisire, infatti, una dimensione "di agenzia socializzante" tra famiglia e territorio in quel contesto di rete, unica dimensione reale di accoglimento della complessità, che la domanda di cura sottende; è quotidianamente constatabile come il registro somatico

*Daniela Galardi, psicanalista, è consulente psicoterapeuta presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico in Milano.

Ricerca Psicoanalitica, n. 2/2010

veicoli la manifestazione più esplicita di questo squilibrio e di questa alterazione, espressioni di un organismo che è un sistema complesso, in cui ogni elemento è integrato nella globalità del sistema stesso e posto in rete (De Robertis, p. 63).

Il corpo dell'adolescente, «bellissimo corpo vuoto» (Zirilli, p. 73), così carico di potenzialità e progetto in quel “porto urbano” di cui parla G. Harrison, propone l'unicità dell'adolescente che con la sua storia, le sue relazioni e i suoi significati chiede di essere ascoltato attraverso la ferita, il trauma, l'evento patologico.

Ma una risposta che contempi molteplici livelli di lettura comporta una qualità di intervento che oltre a farsi carico della realtà fenomenica portata, del registro manifesto ed esplicito – nel nostro caso l'incidente, la lesione, il trauma che coinvolge l'area del soma –, deve prendere in considerazione anche altri registri impliciti di invio e di rinvio (De Robertis, p. 64).

Questa sfida e/o provocazione al modo di intendere la clinica e l'evento traumatico che i ragazzi – adolescenti e/o giovani adulti – pongono alla nostra società medica è stata presa sul serio ed accolta da alcune strutture di Pronto Soccorso di Roma, Milano e Parma.¹

Il testo – correlato da una ottima bibliografia ragionata – mi sembra sia un'interessante e coraggiosa testimonianza di quanto coloro che sono curati e i curanti possano uscire dall'anonimato di una prestazione di soccorso e giungere ad un profondo livello di interazione e di dialogo inerente la complessità del “prendersi cura”. Ed una struttura ospedaliera di PS assume valenza di contenitore capace di funzionare, in termini di gestione e di organizzazione dell'emergenza, meglio del territorio, meno circoscritto e definito come ente di soluzione “globale”.

L'ambito di un PS per l'adolescente può diventare luogo in cui la richiesta urgente d'intervento e di aiuto diventa così occasione – a partire da una “lesione” del corpo, da una morbilità somatica improvvisamente acuta, da un trauma che investe l'organico – di elaborare il senso dell'evento.

Cogliere come il giovane possa vivere la sua personale interpretazione dell'“incidente” può, secondo gli autori, far emergere, quasi in filigrana, la soggettiva significazione dell'evento “urgente” che richiede una cura immediata (De Robertis, p. 64).

¹ Roma: H San Eugenio, “Progetto Giovani” al PS (p. 102); Milano: “Crisis Center” c/o Fatebenefratelli (p. 180); Parma: PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e USL di Parma pag. 136.

Viceversa, se ci si fermasse al solo livello sanitario/clinico/ripartivo si perderebbe l'occasione e l'opportunità di "cogliere al volo"² la domanda implicita, condizione di un intervento di reale prevenzione.

Il PS, un luogo apparentemente inconsueto per gli adolescenti che vivono un momento della vita in cui la persona non sta invecchiando e non è fragile (Vescovi e coll., p. 138), diventa, in modo paradossale, il luogo in cui gli adolescenti si presentano come vittime di eventi imprevedibili, imputati spesso a fattori esterni, per cercare/trovare occasioni di riflessione.

In linea con altri dati reperiti sul territorio nazionale, su 80.000 pazienti visti in PS nel 2007 presso l'Azienda Ospedaliera di Parma, 3330 sono stati adolescenti tra i 13 e i 18 anni e 14.000 i giovani tra i 19 e i 30 anni; i dati del 2006 riportano 7000 accessi in PS per trauma nella fascia di età dai 14 ai 24 anni e nel biennio 2006/2007 442 giovani tra i 14 e i 24 anni hanno avuto accessi multipli (> 4) (Comelli e Cervellin, p. 171).

Anche se non sembra evidenziato dalle istituzioni, i servizi di PS sono tra i più usati dai giovani, nonostante si tratti di servizi nati per rispondere ad un'improvvisa condizione di pericolo di vita che richiede un intervento immediato: la drammatica domanda sottesa alla presentazione di un corpo ferito s'incontra con un intervento di accoglimento che può essere breve, urgente e facilitato dall'acuzie.

D'altra parte, se la richiesta implicita posta dall'adolescente che viene a chiedere aiuto attraverso l'agito traumatico, somatico o autolesivo non è compresa o viene banalizzata, al giovane sembra non rimanere altro che «alzare il tiro», attivando una spirale coattiva di ripetizione (Pietropolli Charmet, p. 182).

Il contesto socio-affettivo in cui l'adolescenza oggi si inserisce è un ambito di forti modificazioni: è cambiato il rapporto tra autonomia e dipendenza nelle relazioni familiari, per cui è meno garantita una reale protezione e i giovani adulti fanno fatica a sperimentare l'esplorazione delle proprie risorse, sapendosi poco contenuti e poco sostenuti da legami che spesso sono conflittuali, instabili e diversi rispetto al nucleo familiare di origine. La multiculturalità e lo status economico/lavorativo nei ceti meno abbienti, rendono difficili gli scambi e la valorizzazione delle diversità e delle competenze tra famiglie, con la conseguente riduzione della rete di aiuto e di condivisione dei bisogni fino all'isolamento.

I genitori non sostenuti dalla coniugalità (Fruggeri, p. 49) si trovano a vivere con i figli rapporti di parità e reciprocità che rendono difficoltosa la

² Donnet G. L. (1983). Sur la rencontre avec l'adolescent. *Adolescence*, 1, 1: 45-62.

gestione dei conflitti caratteristici della ricerca di indipendenza e della costruzione di identità negli adolescenti.

E i figli, con il subentrare naturale della fase adolescenziale, si vivono spesso senza punti di riferimento, intrappolati in relazioni adulte paralizzanti e definite, caratterizzate da forte coesione e poco capaci di sostenere la loro creatività.

Perdendo così la dimensione del giocare, dell'«agire gratuito» (Zirilli, p.70), dell'essere colui che può proporsi perché è unico e irripetibile, «non normale» in quanto non «come tutti gli altri» e tuttavia desideroso di essere «come tutti gli altri» (Harrison, p. 24), l'adolescente ricerca spazi di espansione in cui poter «fare qualcosa», essere agente di se stesso.

Gli ambiti di questa ricerca di azione diventano facilmente il gruppo dei coetanei con cui trasgredire e in cui ritrovare illusoriamente una “nuova appartenenza” o il corpo stesso più “controllabile”, ma anche più esplicitamente espressione di sconfitta e legittimazione di bisogno di aiuto.

In questo quadro epistemico, descritto nei diversi interventi che il testo propone come matrice e palcoscenico dell'incontro tra adolescenti e PS, si inseriscono le tre esperienze di intervento e ricerca che declinano con attenzione e sensibilità le modalità di un possibile lavoro.

Le realtà e i modelli descritti mi sembra abbiano in comune alcuni aspetti: 1) la complessità della domanda trova accoglimento in una interdisciplinarietà fra operatori che, anche se con fatica, coniugano ed ampliano l'efficacia bio-medica con la co-costruzione di senso rispetto a quanto sta accadendo nel luogo di incontro caratterizzato da un PS; 2) il metodo proposto nelle ricerche vuole integrare il desiderio di indagare le caratteristiche psicologiche e relazionali dei giovani che si recano al PS con l'obiettivo di un coinvolgimento empatico atto a creare l'incontro con loro; 3) la domanda di cura dei ragazzi che vi accedono è per gli operatori – medici, infermieri, psicologi – reale lavoro di prevenzione “attiva”, come è definita nello Sportello Giovani descritto da Carbone e coll. di Roma.

Nelle realtà di PS considerate, infatti, nonostante la fisionomia stessa del servizio sia preposta ad una sorta di collusione con gli adolescenti narcisisticamente fragili che ricercano una identità per difetto sostitutiva (Harrison, p. 37), viene proposta una ricerca di significato in una relazione altra dal setting analitico in senso ortodosso, ma con le coordinate di un lavoro «di processamento dati attraverso il quale l'evento rimanda ad altro *nella ricerca di quel (ndr)* rimando simbolico attraverso cui l'esperienza in atto viene significata dal soggetto» (De Robertis, p. 64).

Nei risultati delle ricerche emergono due dati che suffragano, rendono efficace e congruo il modello di intervento proposto nei PS per gli adole-

scenti: le cause dell'evento hanno una rappresentazione fatalistica in cui il soggetto risulta vittima nel 71% dei casi (Carbone e coll., p. 108); i ragazzi dimostrano una grande difficoltà a riconoscere lo stato d'animo precedente all'evento stesso.

Ma questo «fatto opaco» (Vescovi e coll., p. 140) diventa con gli operatori che l'adolescente incontra in questi PS pensabile, comprensibile e codice di un sapere condiviso, come dimostra la riflessione dei colleghi di Parma. Nel loro Servizio, infatti, l'interazione tra medici preposti alla cura del soma e psicologi che si affiancano con discrezione all'operato dei sanitari favorisce l'incontro e il dialogo fra competenze specifiche che rendono possibile il tempo dell'ascolto di questi adolescenti.

L'altro esempio di ascolto "estremo" a fronte di importanti e disperati gesti di comunicazione da parte degli adolescenti è l'esperienza del "Crisis Center" della Fondazione "L'amico Charly" al Fatebenefratelli di Milano, descritta da Pietropolli Charmet.

I comportamenti autolesivi e suicidali sono da considerarsi comunicazioni estreme di adolescenti che si percepiscono nell'impossibilità di essere capiti dagli adulti, i genitori in primis, ed esprimono il progetto fantastico di riabilitazione – di bellezza, di onore, di coraggio – e/o ultimo tentativo di soluzione a problemi vissuti come non condivisibili, ma anche come mezzo per intervenire sull'ambiente esterno obbligandolo a reagire (Migliarese e coll., p. 192).

Ma se i genitori, o gli operatori stessi del PS, hanno paura di confrontarsi con la drammaticità dell'intenzione del giovane di darsi la morte, si corre il rischio di sbagliare valutazione e banalizzare il tentativo di suicidio (Pietropolli Charmet, p. 182), non riuscendo ad accettare di identificarsi con il profondo dolore espresso o vergognandosi della fragilità dell'adolescente.

Ma questa fatica a vedere la realtà porta, nel 50% dei casi, all'utilizzo di metodi sempre più letali nei successivi due anni dal primo atto autolesivo (Migliarese e coll. p. 190).

Forse nel testo, che ha sicuramente come soggetto privilegiato l'ascolto degli adolescenti, manca un'opportunità di prevenzione "attiva" verso i genitori che il figlio si vive come non vicini, assenti, spesso ostacolo al suo entrare nel mondo (Vescovi e coll., p. 139).

Solo a posteriori, soprattutto a fronte di un gesto ultimo e drammatico come può essere il tentato suicidio, si ritiene necessario assumersi in contemporanea anche la consultazione dei genitori e/o di altri adulti significativi (Lancini e Piotti, p. 203), perché il "sistema famiglia" possa riorganizzare i

ruoli a partire dallo stimolo al cambiamento che l'agito drammatico del figlio propone.

Mi sembra che la scelta di preferire di parlare solo con i ragazzi e con i genitori quando se ne ravvisava la necessità o quando richiesto (Vescovi e coll., p. 148), sicuramente sostiene l'adolescente nella sua ricerca personale di gestione ed autonomia, anche a tutela di una privacy, ma forse potrebbe non facilitare la possibilità di un dialogo e di una corresponsabilità, soprattutto nel periodo dell'adolescenza fino ai 18 anni. E i genitori potrebbero continuare a «non accorgersi di nulla» (Migliarese e coll., p.189).

Ma capisco quanto possa essere difficile in questo periodo di vita dell'adolescente tra autonomia e dipendenza, mantenere compresenti le due istanze.

In questa società del rischio, dove tutto si trasforma in pericolo e niente è pericoloso e dove l'azione rischiosa diventa vincente (Harrison, p. 35), in adolescenti che fanno fatica a riconoscersi nel progetto esistenziale della realtà del quotidiano, la struttura di servizio di un PS può diventare un «corridoio di accesso» (De Robertis, p. 61), ma anche produttrice essa stessa di una «cultura della responsabilità» (Harrison, p. 36).