

GIACOMO MEZZENA *
ROSALIA SIMONASSI **

APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO DI GRUPPO CON ADOLESCENTI CHE PRESENTANO RADICALI PSICOTICI O GRAVI NEVROSI

Premessa

La psicoterapia dell'adolescente evidenzia difficoltà che sono legate alle caratteristiche dello stadio di maturazione emotiva che tale età presenta.

In essa l'instabilità del tono dell'umore e la variabilità del comportamento sono determinate da modificazioni fisiche, psicologiche e sociali di grande intensità, tali da creare difficoltà di adattamento al soggetto, il quale tende a sentirsi inadeguato di fronte a questa crisi di trasformazione operata da energie di accrescimento, energie tanto potenti da non trovare riscontro in altre fasi della vita.

Se quella che viene definita l'età delle frustrazioni già evidenzia in un adolescente cosiddetto "normale" problemi pedagogici e psicologici abbastanza gravi, a maggior ragione le difficoltà aumentano quando ad esse si innestano disturbi di carattere patologico che consigliano l'intervento psicoterapeutico. E lo psicoterapeuta dovrà allora tener conto non solo della diagnosi per la quale il paziente è stato a lui indirizzato, ma anche delle tempeste interiori incluse in questa fase di sviluppo della personalità. Scoprirà allora che la psicoterapia dell'adolescente deve essere flessibile, come è flessibile l'adolescente stesso. Si tratterà di una esperienza che potrà provocare all'analista insicurezza ed ansia, ma lo stimolerà grandemente; potrà frustrarlo ma nel contempo offrirgli notevoli gratificazioni.

* Psicologo e analista adleriano

** Neuropsichiatra, primario O.P. di Alessandria

L'ISTITUZIONE IN CUI SI SVOLGE LA PSICOTERAPIA

La "Casa del Ragazzo" di S. Maurizio di Conzano (Alessandria)⁽¹⁾ è una comunità che accoglie adolescenti con problemi di comportamento. Ognuno di essi ha alle spalle situazioni ambientali che sono profondamente deprivanti e che hanno provocato in loro manifestazioni comportamentali gravi; disturbi non reversibili se non presi in tempo con un trattamento psicopedagogico e farmacologico adeguato e abbinato, per i casi più gravi, ed una psicoterapia volta a decondizionarli dalla sofferenza e puntata sulla modificazione del loro stile di vita.

Questa "Casa" rappresenta, per molti ragazzi, una via per evitare od uscire da esperienze gravemente frustranti, quali le sezioni di custodia o l'ospedale psichiatrico.

Il trattamento di ricupero è seguito dall'équipe psico-medico-pedagogica che agisce sui minori in modo diretto, sia attraverso la psicoterapia, le cure mediche e la logopedia, sia indirettamente, agendo cioè su educatori ed insegnanti che sono in tal modo condotti ad assumere, di fronte ai soggetti, un atteggiamento che contribuisce alla formazione di una atmosfera più clinica che rigidamente scolastica o di istituto tradizionale. Questo nella prefigurazione di un inserimento più valido degli adolescenti nella società come membri effettivi, e non continuamente emarginati per le loro irregolarità.

Gli autori della presente relazione hanno pensato fosse importante realizzare, oltre a quanto era già stato sperimentato, l'auspicio che da più parti era già stato manifestato: iniziare un trattamento di gruppo per soggetti con gravi disturbi di personalità, partecipandovi come coterapeuti. Hanno considerato la diversità di sesso, e la loro disponibilità ad operare in modo convergente, elementi positivi per una buona riuscita della psicoterapia di gruppo programmata.

PROBLEMI INERENTI ALLA SCELTA PER LA COSTITUZIONE DEL GRUPPO TERAPEUTICO

È bene precisare subito che per la formazione del gruppo avevamo un gran numero di soggetti a disposizione. Il primo problema era pertanto costituito dalla scelta dei partecipanti e dalla determinazione del numero. Per quanto riguarda il volume del gruppo, considerate le difficoltà che i pazienti da trattenere avrebbero comunque potuto

(1) Direttore Prof. Luigi Porta

presentare, decidemmo di non superare, almeno inizialmente, il numero di sette.

Per quanto riguardava il tipo di soggetti da inserire ritenemmo di puntare su alcuni soggetti con radicali psicotici e su alcuni altri con gravi elementi nevrotici.

Discutemmo a lungo tra noi e con altri colleghi questo criterio generale di impostazione e formazione di un gruppo psicoterapeutico.

Le difficoltà emerse possono essere così riassunte:

1° Difficoltà di comunicazione tra adolescenti con radicali psicotici e adolescenti con elementi nevrotici; possibilità di formazione di due sottogruppi non collaboranti tra di loro.

2° Tendenza dei nevrotici a respingere le loro fantasie ed a rafforzare le difese alla presenza di soggetti con atteggiamenti autistici.

3° Difficoltà di gruppo da parte dei soggetti con nuclei psicotici e conseguente possibilità di abbandono del gruppo stesso.

Gli aspetti positivi possono essere così sintetizzati:

1° Per alcuni soggetti autistici, caratterizzati da accentuato senso di isolamento e da uno spiccato sganciamento dalla realtà e con notevole produzione fantastica, il clima eterogeneo del gruppo può attenuare la minaccia che è costituita da una vicinanza eccessiva del terapeuta che può essere vissuto come figura autoritaria.

2° Poiché questi soggetti possono essere contemporaneamente nel gruppo e fuori dal gruppo, possono in tal modo muoversi a loro agio e collaudare così, senza troppi traumi, l'efficacia delle loro difese durante il contatto con gli altri membri del gruppo, opportunità che favorisce la correzione del loro stile nelle relazioni interpersonali, altrimenti destinate a scomparire del tutto, a causa della tendenza a ritirarsi in se stessi.

Vogliamo sottolineare a questo punto che è stato da più studiosi⁽²⁾ affermato che in un gruppo ben integrato le manifestazioni individuali di uno psicotico possono svolgere una funzione positiva e, in un certo senso, equilibratrice per il gruppo e per lui stesso, rilievo, questo, che ha costituito per noi incoraggiamento ad affrontare l'esperienza.

LA SCELTA DEI SOGGETTI PER LA FORMAZIONE DEL GRUPPO

La scelta dei soggetti da inserire nel gruppo è avvenuta in due tempi. Anzitutto i continui contatti con gli educatori ed il personale

(2) Kadis, Kasnei, Winich, Folkes - Manuale di psicoterapia di gruppo Ed. Feltrinelli, Milano, 1967.

dell'istituzione ci hanno permesso di prendere in considerazione una rosa di quindici candidati.

Successivamente con colloqui individuali abbiamo sondato la disponibilità dei singoli soggetti ad affrontare l'esperienza e, per i casi più gravi, l'opportunità di entrare in trattamento, indipendentemente da una reale presa di coscienza del significato di un inserimento in un gruppo terapeutico.

Diamo un breve profilo degli adolescenti che, dopo l'ultima selezione, abbiamo ritenuto di inserire:

R. L. (Gigino) - anni 14,3

Gigino, si presenta spiccatamente coartato, chiuso in se stesso, ripiegato, a tratti nettamente autistico. Spesso risponde a situazioni di stimolo con movimenti stereotipati di dondolamento, cui si abbandona ad occhi chiusi, l'espressione del volto indifferente. Va tuttavia rilevato che riesce a stabilire un contatto saltuario, ma solo con i più piccoli e per brevissimo tempo; per il resto egli rimane in un canto a giocare con una biro gialla, sempre la stessa; con questo oggetto parla, gioca, bisticcia, confida le sue paure e le sue speranze ad alta voce; spesso si limita a ripetere lunghe litanie di parole senza senso.

Dipendente sul piano fisico dal fratello (che nel passato lo lavava e lo accudiva) non sembra aver stabilito rapporti affettivi con lui.

Ai tests proiettivi emerge chiaramente la tendenza ad un accentuato sganciamento dalla realtà e una grave difficoltà a stabilire rapporti interumani.

R. G. (Beppe) - anni 14,

Il minore è illegittimo. Dichiarato adottabile dal Tribunale per i Minorenni dal 1971, ha alle spalle innumerevoli esperienze di rifiuto e di abbandono. Dei suoi primi anni di vita non abbiamo notizie. Comunque all'età di cinque anni, appena inserito in una comunità-educativa, fu esaminato da uno psichiatra che consigliò all'educatrice che l'aveva accompagnato di "chiuderlo in un recinto" perché non c'era più niente da fare per lui. Ma la sua tendenza a provocare lesioni a se stesso e agli altri, nonché a rifiutare per lunghi periodi il cibo, si ridusse allorché i consigli di uno degli attuali terapeuti furono seguiti dalle educatrici che erano venute per una consulenza.

Quando questi lo riesaminò all'ingresso nella nostra comunità ebbe modo di constatare un certo miglioramento della situazione; ma l'approccio con il reale si manteneva difficoltoso e il livello di socializzazione appariva notevolmente inferiore all'età cronologica del ragazzo.

In gruppo Beppe è un adolescente poco adeguato sul piano emotivo-affettivo, spesso chiuso in se stesso, poco incline alle amicizie coi compagni. Egli sovente trova rifugio in un mondo pieno di fantastiche in cui grandi protagonisti sono i modelli (o fotografie) di automobili, giocattolo che per primo ebbe in dono da una delle sue educatrici di un tempo.

P. G. (Gianni) - anni 14,2

Gianni è stato accolto presso il nostro centro dopo aver vissuto traumatizzanti esperienze nell'ambiente familiare, dove i genitori, in conflitto grave fra di loro, non avevano nemmeno avuto il tempo per provvedere a fargli adempiere l'obbligo scolastico.

Si tratta di un adolescente triste, melanconico, affetto da uno strabismo convergente (ora corretto chirurgicamente), menomazione che è stata vissuta con viva angoscia e che è alla base della sua tendenza all'autosvalutazione e ai sentimenti di inferiorità. Ai tests proiettivi si rilevano elementi di carattere depressivo, spunti fobici, scadente comprensione dei fattori umani e insufficiente valutazione della realtà. Per un certo tempo frequenti erano gli allontanamenti dalla comunità; Gianni non si recava a casa, ma girovagava in città sconosciute.

R. E. (Enzo) - anni 14,5

Quando i primi problemi scolari e di comportamento sono apparsi, Renzo è stato allontanato dalla famiglia che non si sentiva di affrontare le difficoltà che presentava e che si sono aggravate con la nascita della sorellina. Tuttora l'accettazione di Enzo da parte dei familiari, in particolare della madre, è scarsa: i genitori "lo reggono" in casa solo per brevissimi periodi, durante i quali gli concedono denaro e divertimenti purché stia "fuori e tranquillo".

Renzo è un ragazzo spiccatamente irrequieto, distraibile, spesso malinconico e depresso, con ideazione prevalentemente polarizzata su temi concernenti la propria salute fisica, che egli vive continuamente minacciata. Anche ai tests proiettivi elementi chiaramente fobici e spunti persecutori caratterizzano la sua personalità. In gruppo alterna richieste di aiuto agli altri a periodi in cui si fa aggressivo, reattivo, in preda ad una irrequietezza psicomotoria difficilmente controllabile.

Z. A. (Nino) - anni 14,2

Nino è stato per lungo tempo spettatore di litigi in famiglia, vittima di paure che hanno lasciato il segno. Da questo stato di cose trae origine la richiesta di inserimento presso il nostro centro.

All'ingresso si presenta depresso, chiuso, coartato; l'esame della personalità dimostra una efficienza intellettuale buona anche se condizio-

nata negativamente dalla influenza della famiglia. Il pensiero, non privo di originalità, manca di chiarezza e precisione nelle situazioni stressanti; nelle situazioni incoraggianti si manifesta invece la validità della sua comprensione e della sua creatività. La risonanza affettiva depone per uno spiccato ripiegamento introversivo con difficoltà di adattamento al mondo esterno. La personalità appare timorosa, con riserve emotivo-aggressive ipercontrollate con sofferenza.

M. M. (Rino) - anni 14,2

I modelli dissociali offerti dalla famiglia, genitori compresi, hanno condizionato negativamente la personalità di Rino. La trascuratezza della famiglia e i gravi disturbi comportamentali sono alla base del suo inserimento presso la nostra Comunità, dove, già dall'inizio, ha alternato periodi di relativa serenità ad altri in cui si faceva irrequieto, provocatorio e ribelle. Comunque l'elemento più rimarchevole in Rino era rappresentato dalla costante depressione del tono dell'umore, rotta da brevi esplosioni di rabbia e di aggressività.

Dopo una crisi depressiva profonda per cui, dopo essersi portato sul cornicione del tetto, aveva minacciato di gettarsi, si è presentato spontaneamente ad un membro dell'équipe per chiedergli di essere inserito nel gruppo psicoterapeutico di cui aveva sentito parlare. "Voglio stare meglio ora... mi interessa questa cosa con voi".

G.L. (Ciano) - anni 15,1

Quando giunge da noi Ciano appare rallentato sul piano ideomotorio, non sa provvedere a sé e per vestirsi deve essere aiutato dalla educatrice. I suoi problemi sono con la figura materna. In gruppo sta isolato, non esegue giochi organizzati, tocca solo gli elementi del gioco, rinunciando poi ad usarli. Ride senza motivo e urla in modo inarticolato.

Nei primi colloqui si limita a rispondere monosillabicamente spesso sorridendo con fatuità, sempre in modo emotivamente inadeguato per l'età e per i contenuti espressi. Sospira spesso, esegue movimenti di dondolamento sorridendo.

Con il procedere del tempo compaiono spunti deliranti persecutori mal strutturati: spesso vi è il fenomeno della ecolalia ed ecoprassia; si fa più spiccata la bizzaria comportamentale; compare una certa aggressività motoria verso gli altri compagni; è ormai evidente per Ciano una diagnosi di psicosi autistica.

A conferma di ciò sono i dati emersi dal protocollo Rorschach dove si evidenzia una tendenza a risposte originali negative, contraddistinte da una prevalente infrazione dell'obiettività; Ciano è portato a struttu-

rare confabulazioni che allargano gli scarsi confini delle risposte.

Perseverazioni e stereotipie caratterizzano il protocollo ed emerge una forte tendenza allo sganciamento dalla realtà circostante. Vi sono segni di organicità.

ALCUNE CONSIDERAZIONI PRELIMINARI ALL'APPROCCIO

Considerato il fatto che nel gruppo ci sono anche soggetti che presentano radicali psicotici⁽³⁾, abbiamo dovuto tener conto che il difetto di autocritica ed il distacco dalla realtà rappresentano elementi che hanno sempre costituito una notevole difficoltà nella psicoterapia, massimamente quella di gruppo.

Poiché, secondo l'indirizzo adleriano, l'individuo elabora in questo caso finzioni rafforzate e più distorte che nel caso delle nevrosi, la distanza dall'ambiente aumenta notevolmente.

Comunque attraverso l'analisi dei contenuti si può rilevare in questi disturbi di carattere psicotico un finalismo essenzialmente affermativo o autoprotettivo. In sostanza la volontà di potenza elabora in questi casi ipercompensi volti a ridurre l'inferiorità e l'insicurezza di base, che non vengono, tuttavia, frenati o controllati adeguatamente. In tal modo il rapporto interpersonale (scambio delle comunicazioni) è reso problematico ed il controllo della realtà non è possibile.

È chiaro allora che, sulla base di questi rilievi, la psicoterapia da noi impostata doveva tener conto anche di questa realtà.

In particolare ci siamo subito resi conto che in questo caso avremmo dovuto adottare particolari cautele nell'approfondimento dell'analisi al fine di non favorire contenuti deliranti. Nello stesso tempo avremmo dovuto puntare sullo smantellamento delle finzioni rafforzate.

Secondo Adler, però, questo obiettivo si può raggiungere permettendo al soggetto con nuclei psicotici di venire a patti con la costruzione fittizia di compenso.

Che cosa si sarebbe potuto fare, allora, nel nostro caso?

Favorire nel gruppo delle fantasie che coinvolgessero tutti, nevrotici compresi. In tal modo si sarebbe potuto realizzare l'approfondimento di una serie di temi di interesse comune che, grado a grado, avrebbero determinato una certa convergenza di indirizzi emotivi, se non ancora una comunicazione valida. Ci è sembrato che questo dovesse essere il

(3) Si sottolinea che si è consapevoli di quelle che sono le problematiche attuali a livello delle psicosi e delle nevrosi (interazione fra elementi biologici ed ambientali nell'ambito delle psicosi e delle nevrosi).

primo passaggio obbligato: stimolare all'inizio fantasie che portassero gli interessi e le emozioni a convergere in modo da creare le condizioni per rendere possibile un minimo di comunicazione verbale da parte degli adolescenti con tratti psicotici, ed attività fantastiche che favorissero l'analisi nei nevrotici.

Quale la tecnica dell'approccio da adottare?

Abbiamo pensato al fumetto.

SITUAZIONE PRATICA DI APPROCCIO

Al fine di evitare ai giovani pazienti situazioni di approccio che rivestissero un significato di mortificazione narcisistica (soprattutto per i nevrotici) che li avrebbe potuti danneggiare, abbiamo proposto l'analisi dei fumetti che più li interessavano; erano loro che avrebbero dovuto portare nella sala delle riunioni le pubblicazioni in loro possesso, spiegarle, commentarle, eventualmente interpretare qualche scena, disegnare qualche striscia, creando nuove situazioni fantastiche. Queste avrebbero dovuto essere le prime sedute. In un secondo tempo i ragazzi in grado di comunicare avrebbero potuto, insieme a noi, analizzare le gesta dei loro eroi, gli stili di vita alla base delle loro azioni.

A questo punto saremmo poi facilmente giunti ad analizzare gli stili di vita dei nostri giovani pazienti per passare successivamente al tentativo di modificarli dopo aver smascherato le finzioni inconscie e gli artifici costruiti per difenderle. Con i soggetti in difficoltà per queste realizzazioni, quelli cioè più ripiegati su se stessi, più portati ad isolarsi, ci saremmo regolati in base alle loro reazioni, ma sempre agendo sulla base dei criteri adleriani di intervento.

Ma in pratica, come avremmo dovuto motivare le riunioni ai soggetti scelti senza cadere in una finzione seduttiva o in un atteggiamento chiaro, ma traumatizzante o comunque implicante in taluni un rifiuto o resistenze difficili da superare?

A tal fine abbiamo a più riprese fatto discorsi che in sintesi possono essere così riportati:

“Per noi (analista e psichiatra) è importante capire gli adolescenti, i loro interessi, ecc... queste riunioni ci permetteranno di capire meglio come deve essere svolto il nostro lavoro. È interessante per noi cominciare a vedere con i vostri occhi di adolescenti, quasi a sentire con le vostre emozioni un settore importante dei vostri interessi infantili: i fumetti.

Capire meglio i giovani significa anche capire meglio voi e, se è possibile, aiutarvi a superare le vostre difficoltà; saremmo contenti se chi è troppo nervoso riuscirà alla fine capire meglio il perché, e chi ha paura di comunicare con gli altri i suoi sentimenti riuscirà a vedere meglio dentro di sé e tutti a modificarsi per vivere più contenti".

Ripetiamo che questa è stata una comunicazione lunga, non così breve come appare nella sua sintesi, sia pur fedele, e realizzata più attraverso il dialogo che attraverso il monologo, soprattutto con i nevrotici.

Il fumetto ci ha permesso, poi, di far ruotare il gruppo sia attorno al materiale analitico che è emerso con le intense produzioni fantastiche slatentizzantesi, sia offrendo possibilità terapeutiche fondate sulla informazione e il consiglio, tutti elementi atti a migliorare la situazione di trattamento.

Dührssen⁽⁴⁾ affermava che i più frequenti fallimenti si hanno nel trattamento psicoterapeutico per adolescenti. Perché?

Nella psicoterapia degli adolescenti è di grande ostacolo anzitutto la generale e normale mancanza di volontà di parlare, propria dei giovani, particolarmente dei problemi personali; essi in fondo cercano di difendersi da una problematizzazione troppo ampia della loro esistenza attuale. Si tratta di una difficoltà iniziale che costituisce un ostacolo non insormontabile, se il terapeuta si orienta in senso adleriano, diciamo noi, offrendo cioè al ragazzo oltre che una situazione analitica nella quale egli sia in grado di rivolgere le maggiori attenzioni possibili al proprio mondo interiore, una situazione di realtà che gli permetta di recepire stimoli ed informazioni.

Insomma, ipotizzata l'iniziale, generica indisponibilità dei soggetti in età adolescenziale ad una psicoterapia di gruppo, abbiamo pensato al fumetto quale elemento ponte per partire inizialmente da un lavoro in superficie, ma interessante per i partecipanti al fine di giungere, grado a grado, ad una sempre maggior profondità di intervento.

In pratica pensammo a questa successione di momenti di approccio:

1° Invitare i soggetti a portare i fumetti che più ritengono interessanti (muovere dagli interessi dei giovani pazienti significa creare le condizioni per superare molte delle difficoltà che si basano sulla inibizione della verbalizzazione e disporre tutti ad un proficuo livello di partecipazione).

2° Invitare i soggetti a raccontare le storie lette. Dalla partecipazione emotiva del narratore e degli altri componenti del gruppo valutare

(4) A. Dührssen, *Psicoterapia dei bambini e degli adolescenti*, Armando Armando Editore, Roma 1973.

l'opportunità di scegliere episodi da interpretare (con dialoghi, disegni di strisce, disegni che riproducono una scena particolarmente importante, plastica, ecc.).

3° Favorire nel paziente il passaggio al momento della creatività, non solo manuale, ma di invenzione, in modo da permettere a noi di intravedere, attraverso la tematica delle scene create, i retroscena che sono alla base delle difficoltà.

4° Interventi da parte nostra, nei momenti adatti, volti a favorire l'analisi degli obiettivi reali degli eroi.

5° Stimolazione atta a far rivivere i sentimenti degli eroi, passaggio necessario per giungere a sentire, a provare i propri sentimenti.

6° Favorire le condizioni per una modificazione di sé negli adolescenti attraverso l'addestramento a vivere emozioni positive (sia degli eroi, sia partendo dagli aspetti positivi del soggetto). Si tratta di un intervento sullo stile di vita dei giovani pazienti.

Pensammo che un approccio come quello descritto comporta una successione di stadi volti a rivelare le radici delle difficoltà, favorisce da parte nostra l'accesso al modo interiore soggettivo, utilizzando i commenti spontanei, i riferimenti personali e le eventuali catene associative; inoltre ritenemmo che fosse un modo per agire sull'assetto emotivo dei giovani, facilitandone l'espressione in una dimensione prevalentemente ludica, consentendone una elaborazione successiva su basi di realtà al fine di ottenere una modificazione dello stile di vita.

UN ACCENNO ALLE PRIME SEDUTE

Le prime sedute sono caratterizzate da una ricerca degli eroi dei fumetti che vengono di volta in volta identificati in Braccio di Ferro, Blek Macigno, Uomo di pietra ed altri ancora; eroi che hanno sempre come tratto fondamentale la forza e la potenza.

I ragazzi accettano di esprimere graficamente i loro modelli, commentandone le gesta con libere associazioni.

Ma se la maggior parte dei componenti del gruppo ha per lo più un approccio di questo tipo, emergono tuttavia momenti relazionali senz'altro più difficili, ma indubbiamente interessanti e sintomatici.

Ad esempio Ciano presenta un chiaro choc alla prima seduta di gruppo in cui egli, contrariamente a quanto gli accade nelle sedute individuali, diventa logorroico, turpiloquente, in preda a viva agitazione psicomotoria. Tale elemento di choc si riscontra nelle strutture con nucleo psicotico.

Sottolineiamo che in questo caso lo choc indica, per alcuni autori, il crollo o la mancanza delle difese dello psicotico, crollo che provoca una tale angoscia da spingere il paziente al suo primo impatto ad una fuga in avanti sul piano delle parole e delle azioni.

Invece la chiusura in sé di Gigino, all'inizio più rimarchevole, per cui egli rimaneva isolato, quasi non accorgendosi dei presenti, non partecipando alla dinamica del gruppo, man mano si è fatta meno serrata. Alla seconda seduta, inaspettatamente, egli batte con la matita, la matita gialla, il suo oggetto transizionale, batte sulle spalle di un terapeuta dicendo "ascolta" e mostrando senza aggiungere altro un disegno eseguito di nascosto.

Ci sembra interessante notare che nelle situazioni stressanti del gruppo emergesse a turno un soggetto che assumeva una funzione contenitrice, visto che i terapeuti si limitavano a ribadire le regole concordate ed a interpretare nei momenti di ascolto le loro azioni. Quando abbiamo considerato riuscito l'approccio tentato?

Quando i nostri adolescenti hanno cominciato a socializzare attraverso lo scambio di strumenti utilizzati per l'attività. Da allora le comunicazioni nel gruppo sono state sempre più facili in quanto sostenute da esperienze sociocreative. Questo ci ha permesso, sulla base della teoria adleriana, di sviluppare nei ragazzi un senso di appartenenza, indispensabile premessa per la formazione e l'accrescimento del sentimento sociale; inoltre ha creato le condizioni per un incremento della presa di coscienza del proprio valore, momento necessario per il superamento delle crisi originate da frustrazioni e scoraggiamenti protratti nel tempo.

L'uso dei fumetti, di questa nuova tecnica di approccio terapeutico, adlerianamente impostata, ha favorito, seduta dopo seduta, l'attenuazione dell'isolamento attraverso l'addestramento alla partecipazione.

Con il procedere del tempo, eccezion fatta per il caso Ciano (trattato verso la fine dell'anno anche con l'intervento psicoterapeutico individuale, essendo ancora scarsi i suoi miglioramenti), abbiamo percepito una sensibile riduzione delle sofferenze relazionali ed una evidente attenuazione dell'ansia in ognuno dei partecipanti al gruppo. Ma parlare di un anno di lavoro e dei primi risultati raggiunti ci fa andar fuori dal tempo consentitoci e dal tema che abbiamo fissato.

Sarà perciò argomento di altre relazioni.