

Alcune riflessioni sull'incontro clinico con l'adolescente

Massimo, Matteo,

La signora B mi chiamò allo 'Spazio Giovani' in autunno per fissare un incontro. Non volle dirmi chi era nè darmi alcun recapito telefonico e quando arrivò – una donna forse sui 55-60 anni, capelli corti, minuta – altrettanto.

“Le dirò dopo, semmai, come mi chiamo. Lei cosa pensa degli spinelli?”

Non era lo psicologo che faceva domande.

Parlerò dell'incontro clinico con l'adolescente a partire dalle esperienze che ho avuto in alcuni contesti di lavoro. In uno di questi, lo 'Spazio Giovani', un consultorio pubblico per adolescenti dove ho lavorato 10 anni, era approdata la signora B, la mamma di Massimo, che era venuta a ‘studiarmi’ come uno dei supporti che avrebbero dovuto aiutare suo figlio, trasferito da pochi giorni dalle colline del Piemonte in un convitto parmigiano per completare la quinta liceo, lontano dalle ‘cattive compagnie’.

Era la signora B che voleva fare la sua diagnosi. Misi da parte una certa irritazione e accondiscesi al suo gioco.

D'altronde la signora B non poteva consegnare suo figlio a chiunque. Aveva sempre fatto così con le decine di specialisti ai quali si era rivolta nel nord-ovest della penisola: psichiatri, psicologi naturalmente, ma anche esperti di Fiori di Bach e di agopuntura, tossicologi e maghi.

Devo essere risultato idoneo ai suoi test perchè mi portò Massimo.

Nella sua particolarità la consultazione¹ psicologica con lui, che poi ha esitato in un complesso percorso psicoterapico, è interessante per illustrare diversi aspetti dell'incontro clinico con l'adolescente.

Intanto il contesto, dicevamo, un consultorio per i giovani, le sue modalità di accesso diretto allo psicologo ma anche la scelta di 'quello' psicologo che qualcuno, chissà in base a quali rappresentazioni di lui, dei problemi di Massimo, della sua famiglia, aveva loro consigliato.

Questo primo contatto diceva già alcune cose: a me di lei, e in qualche misura anche di Massimo, e a lei di me.

In realtà io ero un po' irritato, dicevamo. “Ho bisogno di raccogliere alcune informazioni, ci occupiamo di adolescenti qui, non di signore di mezza età! E poi caspita, valutarci? Sono abbastanza noto, come si permette?” Pensavo.

Noi 'psi' contribuiamo a creare il palcoscenico sul quale avverrà la rappresentazione della quale siamo anche attori. In questo caso la signora B, come avviene nelle *pieces* che si rispettano, introduce il protagonista: Massimo, che vedrò al secondo atto, la settimana dopo.

Ciò che facciamo fin dall'inizio è finalizzato a lui.

Può in realtà accadere che non vedremo mai l'adolescente del quale ascoltiamo la presentazione. Per molte ragioni. Ma è comunque lui il riferimento dei nostri pensieri e del nostro lavoro anche, *in absentia*.

Non è il caso di Massimo che si presenta, puntuale, al suo incontro.

La mamma però lo accompagna e lo sopravanza lasciandolo fuori dalla porta. Vuol dirmi qualcosa

¹ Trovo molto appropriata questa parola che si presta ad una multidirezionalità semantica: ‘Io ti consulto’, ‘tu mi consulti’, ma anche ‘noi ci consultiamo’ e che contiene un riferimento etimologico al latino ‘*consulere*’: deliberare, che richiama la decisionalità che, come vedremo, ne è parte fondamentale.

d'importante? Vuol ritardare l'incontro con lui?

La signora B aggiunge alcuni dettagli dell'ultima ora, poi me lo consegna. Chiudo la porta per quella mezz'ora di colloquio che oramai è rimasta.

Sono un po' sollevato.

La signora B però bussa e apre “Ti aspetto quà”. Si scusa con uno sguardo verso di me e si apposta lì fuori.

Ci sediamo: siamo distanti dalla porta, a vetri, che lascia comunque trasparire da lontano chi è in attesa là fuori.

Ci presentiamo e non posso non far riferimento agli antecedenti, al fatto che mi è stato già in qualche modo presentato, ma gli chiedo di dirmi di sè, di come ‘sta al mondo’.

'Beh, sono qua da poco, mi sto ambientando'.

E' un ragazzo bello e sciatto Massimo, con i capelli lisci, biondi, abbastanza lunghi, una tuta un po' lisa, ha un accento toscano che conosco bene e che, però, mi sorprende. La mamma mi aveva detto del papà dell'Elba e dei loro anni di vita là, ma sentirlo è un'altra cosa.

Mi guarda poco, di soppiatto quasi. È teso, e un po' anch'io. Sono anche un po' proteso a creare una dualità che tenga fuori....sappiamo chi.

Alla fine del breve incontro concordo con lui l'appuntamento successivo. Mi dice che non può venire quando vuole perchè il convitto ha un orario preciso di uscita. Penso, e decido di dirglielo, che ha molti intorno che si occupano di lui, che gli mettono dei paletti....e quindi poi anche a me. Mi guarda dritto negli occhi, poi distoglie lo sguardo e fa un sorrisetto e un suono d'assenso.

Questa 'trattativa privata' fra me e Massimo non era ancora del tutto legittima per la signora B che, all'uscita, non si accontenta di “Ci siamo messi d'accordo per....” che Massimo ed io proferiamo quasi all'unisono; vuol sapere e vuol entrare nel gioco, contrattare anche lei, portare i suoi argomenti.

Si tratta di una danza dunque, e prima di tutto di una danza di corpi e di parole che avviene in uno spazio.

Per provare a tradurlo per noi ora potremmo dire grosso modo che se “Ti posso affidare mio figlio?” era una delle domande iniziali implicite della signora B, ad un certo punto diviene “Non mi escludete!” e quella di Massimo? “Possiamo stare insieme? Creare un legame?” questo risuona dentro di me.

Tutto ciò e molti altri pensieri, più o meno brillanti, che potremmo fare, sono in realtà presenti solo un po' a livello consapevole nell'incontro (e vengono anche, in parte, verbalizzati, ad esempio nello scambio di battute con Massimo all'uscita della stanza).

E' invece ben presente e determinante una logica in gran parte inconsapevole.

La densità intersoggettiva e la rarefazione della sua consapevolezza sono, a mio parere, due questioni centrali della consultazione psicologica con l'adolescente.

Accadono cioè molte cose in tutti i protagonisti dell'incontro, che spesso sono più di due. Vengono prese molte microdecisioni da parte dei presenti², fluiscono molti affetti e molti pensieri.

Questa densità è una delle ragioni principali della fatica che si compie nella consultazione, molto più che nella psicoterapia strutturata, a parità di unità di tempo. Ne sanno qualcosa gli operatori che lavorano in emergenza, sollecitati alla continua creazione di relazioni ed alla loro conclusione.

Sono portati ad una ginnastica intersoggettiva molto intensa.

In uno dei luoghi che ho avuto modo di conoscere negli anni scorsi, il Pronto Soccorso (Vanni, 2009), questa dinamica è particolarmente significativa, e lo è in modo particolare in quanto ciò che viene portato dall'adolescente è soprattutto il suo corpo “Sono qui perchè mi sono fatto male” oppure “Sono qui perchè mi fa male qua” è abbastanza diverso da “Mi sento triste” oppure “Sono sempre arrabbiata”.

Il dolore fisico, il trauma, toccano parti viscerali di noi (Albasi, 2006). C'invitano a sentire qualcosa

2 Forse anche per questo molti modelli di consultazione (Senise, Charmet, Tavistock) prevedono brevi percorsi predefiniti che limitano la decisionalità dei partecipanti alla fine dei percorsi stessi.

in relazione a ciò che porta l'altro. Identificazione? Empatia? Reattività fisica prima ancora che mentale: tensione, debolezza, paura e poi distrazione, allarme, etc

Ciò che avviene nell'incontro con un adolescente che porta un problema fisico è una risposta anche fisica.

Questo d'altronde è vero anche fra me e Massimo. Il desiderio di creare una relazione mi faceva stare, all'inizio del nostro incontro, sulla punta della poltrona, proteso verso questo corpo e questo viso, rivolti quasi sempre altrove³.

Ma quando Matteo, 14 anni, nella sala d'attesa del Pronto Soccorso ortopedico, su una sedia a rotelle in attesa della radiografia, con una caviglia dolorante, ascoltava il dialogo fra me e suo padre, sembrava vieppiù insofferente.

Il signor C cominciava a capire: era la seconda volta che Matteo finiva in Pronto Soccorso nei primi tre mesi di scuola. Stavolta era successo durante l'ora di educazione fisica. I soliti compagni che lo prendevano in giro per la sua stazza, come due mesi prima.

Matteo partecipava alla ricostruzione del papà, un discorso già fatto, ma solo in parte, a casa nei mesi scorsi, che riguardava il suo disagio, il mal di testa la mattina prima di andare a scuola, etc e poi, al rientro dopo le vacanze di Natale, l'incidente.

Man mano che ricostruivamo il senso della cosa, il suo papà ed io, e che ne emergeva una situazione un po' da vittima di qualche bullo suo compagno di classe, Matteo mostrava inquietudine. Avrebbe preferito avere uno scooter sotto il sedere invece della sedia a rotelle, per andarsene altrove.

Il papà, man mano che parlavamo, in piedi accanto a lui, in un angolo della sala semivuota, mostrava di essere preoccupato e protettivo verso Matteo e sembrava contento che qualcuno, io, potesse condividere l'esigenza di aiutare/proteggere suo figlio. Anch'io mi sentivo molto oblativo e un po' indignato, bisognava fare qualcosa, povero ragazzino! Magari anche avvisare la preside o l'insegnante non so....pensavo.

Ci sentivamo molto buoni. La ragione era tutta dalla nostra parte e i cattivi erano tutti là.

Ma Matteo non la pensava evidentemente così. Rimasi colpito per non essere riuscito a convincerlo. La vergogna di essere aiutato, ma implicitamente trattato da piccolo, forse, lo avevano indotto a respingere i miei/nostri 'buoni propositi'. Non voleva protezioni. Disse che ce la faceva da solo e che se la sarebbe cavata benissimo 'con quegli str....'.

Il mio/nostro pensare di capire si era trasformato in una sorta di prevaricazione. Non avevamo tenuto sufficientemente conto di lui, dei suoi movimenti nervosi sulla sedia a rotelle, non avevamo sostato ad attendere lo sviluppo dei suoi pensieri. Avevamo formulato la nostra 'verità', e Matteo ci stava dicendo 'no grazie'.

Qualche riflessione a monte

Vorrei provare a fare alcune riflessioni su quella particolare 'danza relazionale' (G. Bateson, 1984) che va sotto il nome di consultazione psicologica con l'adolescente.

Ne parlerò descrivendola come un processo che coinvolge due parti, la parte clinica e la parte dell'adolescente, che s'incontrano all'interno di un contesto che include un setting (una sorta di palcoscenico dove avviene la danza)⁴.

Lo scopo principale della consultazione psicologica è far evolvere l'apprendimento di sé da parte dell'adolescente.

Scriva Corrado Pontalti: *'La psicoterapia è quindi la costruzione di un campo comunitario per*

³ Questa idea di alcune persone 'intere' (non menti che ispirano dialoghi) che interagiscono in uno spazio-tempo mi sembra una questione centrale.

⁴ Configurazioni relazionali più semplici come quella duale, modello di tanta clinica psicoanalitica, sono piuttosto un'eccezione nella clinica dell'adolescenza, e comunque una semplificazione in un certo senso derivabile dal modello multipersonale citato. Non offro esemplificazioni di queste situazioni cliniche perchè più conosciute dall'uditorio in quanto più simili a quelle presenti nella clinica dell'adulto.

comprendere e attivare i percorsi dell'evoluzione mentale della comunità stessa, pur mantenendo il focus dell'intervento sul paziente. La psicoterapia è efficace se permette cambiamenti nelle matrici di senso capaci di costruire rapidamente nuovi pattern comportamentali ed affettivi." (2009)

e ancora, sulla consultazione,

"La costruzione del progetto di cura si ancora quindi sulla prefigurazione di una continua oscillazione tra campi duali (con il paziente, con un padre, con una madre, etc) e campi 'corali', cioè essere insieme per comprendere e decidere quale sembri essere il percorso più efficace, nel quale siano tutti coinvolti in un variare di assetti che solo la fattualità degli eventi potrà scandire. Si comprende quindi la mia prefigurazione del territorio terapeutico quale continua costruzione e decostruzione di campi gruppali, affinché ognuno possa sentirsi interpellato in quanto persona e interpellato in quanto membro di una comunità." (2009)

In pillole possiamo dire che la consultazione psicologica è già di per se pensata anche come un intervento terapeutico e non come una semplice premessa diagnostica.

Può esitare o meno in un percorso psicoterapeutico maggiormente strutturato che i protagonisti dell'incontro individueranno ognuno per la sua parte.

Nella rappresentazione che sto descrivendo sia i livelli della soggettività di ogni operatore implicato sia gli strumentari tecnici utili per intervenire sono molteplici. Ciò va a vantaggio dell'efficacia dell'intervento che è in grado di avere più armi a sua disposizione ma che sollecita il maneggiare dimensioni personali della parte clinica, e quindi dell'adolescente e della sua parte, più complesse.

Come è evidente, nella danza interattiva della consultazione si dicono molte cose ma soprattutto si muovono molte relazioni.

Il processo consultivo è pensato come un'attivazione che mette insieme gli aspetti rappresentazionali con quelli procedurali (Stern, 2005; Beebe e Lachman, 2002)

La complessità, in questa parte molto alta, tende a ridursi man mano che si prefigura e si struttura un percorso, pur provvisoriamente, definito.

Dando piena cittadinanza alla funzione di 'attori sociali'⁵ dei diversi protagonisti e considerando l'interazione come l'esito dell'incontro di diverse soggettività (arricchite, sul versante clinico, da teorie e tecniche, cioè da saperi maggiormente riflessivi e validati nella comunità scientifica di riferimento) la qualità della presenza personale della parte clinica è il portato delle sue soggettività mentre la tecnica è la traduzione operativa della teoria che la parte clinica ha in mente.

Mi pare che i principali contenitori nei quali si coagula l'incontro fra tecnica e spontaneità nella consultazione psicologica con l'adolescente siano costituiti da:

- il luogo ed il tempo dell'incontro
- le modalità d'accesso
- gli attori in gioco

Assumo un punto di vista per cui la parte clinica parla sì attraverso la parola ma, soprattutto all'inizio, parla attraverso atti e cose espressivi della parte clinica stessa e sono interessato a come la posizione dell'adolescente e della sua parte si disponga esprimendosi in relazione alla configurazione della parte clinica per dare avvio ad una danza interattiva.

Il luogo ed il tempo dell'incontro

Il luogo dell'incontro può essere costruito in modi molto diversi, più o meno esplicitamente espressivi di aspetti di sè.

L'asetticità di certi studi o il loro calore, espresso per esempio attraverso la presenza di foto di famiglia o di oggetti cari, o la loro sciatteria, dice comunque qualcosa di noi.

Alcuni di voi ricorderanno il primo colloquio fra Will e Sean in "Will Hunting - Genio Ribelle" (Good Will Hunting, 1997 di Gus Van Sant), nel quale il ragazzo fa un'acuta disamina di alcuni oggetti presenti nello studio dello psicologo e trae da un quadro da lui dipinto interessanti

⁵ Non sviluppo qui questo concetto che ha a che fare con la collocazione sociale dell'intervento psicologico.

osservazioni sul professionista (ricordiamoci che non siamo solo noi che stiamo cercando di capire l'altro) e ricorderete come ciò diventi significativo nell'ingaggio del loro rapporto anche in quanto Sean si sente 'toccato' da ciò che Will dice a partire dal quadro stesso.

La percezione, che ho avuto in alcune occasioni, di mettere a disposizione di qualche adolescente, informazioni sui miei affetti (il nome di un figlio al telefono, una foto, etc), ma anche, a volte, l'inattesa delicatezza con la quale essi venivano trattati, mi ha spesso sollevato e fatto riflettere, altre volte la condivisione di questi dati sensibili mi ha messo in allarme e, qualche volta, turbato.

Per usare le parole di Pontalti, mettevo in campo anch'io una parte della mia comunità di appartenenza, inserendola in qualche modo nel gioco.

Il carattere 'sanitario' o 'da salotto' o 'da biblioteca' di certi studi costituisce un messaggio molto pregnante: 'siamo qui per curarti' 'per chiacchierare', 'per pensare insieme', 'per fare', etc

Tito Baldini scrive *“Per quel che mi riguarda il mio setting con l'adolescente in difficoltà è molto versatile: per questo, quasi senza avermi consultato, il mio inconscio ha gradualmente allestito nel mio studio tre ambienti diversi: uno è la stanza per il setting analitico classico, quello con poltrona, divanetto, libreria, quadri allusivi, radica di noce su mobili d'antiquariato e così via; poi c'è una stanza che era la cucina, con l'acquaio e il piano di marmo, è calda e accogliente; infine c'è una stanza piuttosto grande e disordinata, senza quadri, con ai muri fogli scritti da ragazzi di oggi e di ieri, mille cose messe dove non dovrebbero essere ma che stanno bene per chi ve le ha posate.*

A parte gli adulti, per i quali scelgo io la stanza in cui lavorare e cioè la classica stanza di analisi, i pazienti adolescenti negli anni abitano invece la stanza che scelgono loro, quella dove sentono di volersi collocare. Molto spesso la ex cucina è il regno degli adolescenti che amano parlare con me e impostare la relazione d'aiuto su di un piano dialogico.

Gli adolescenti più 'difficili' inizialmente non trovano interesse per la stanza in cui si parla e vanno invece spediti nella terza, quella piena di confusione; credo che in essa sia rappresentata la mia parte 'di frontiera', 'al limite' e i ragazzi lo sentono e sentono che solo in quello spazio può essere accolta la propria parte borderline, certamente più estesa e meno gestibile della mia, piccola e addomesticata da anni d'analisi personale.

Quindi sono gli adolescenti a scegliere: ma si può dire che gli adolescenti scelgono la stanza da soli? Forse no. Io sono rappresentato in ciascuna delle stanze e sono comunque lì a condividere empaticamente la scelta. Sono io colui che ha preparato quell'ambiente per loro, anche senza conoscerli, eppure è altrettanto vero che sono gli adolescenti che lo scelgono: è una stanza che nasce nel 'campo bipersonale' tra loro e me, tra i loro vissuti psichici e i miei” (2005)

Mi sembra importante sottolineare che se la nostra finalità è scambiarsi parole probabilmente struttureremo lo spazio in funzione di questo ('talking cure'). Se però c'interessa lavorare sulla soggettività nella relazione sarà opportuno allestire contesti coerenti.

Un giovane collega che lavora nel mio studio si sente a disagio perchè, adottando un approccio che utilizza molto il corpo, avrebbe bisogno di poter fare alcuni esercizi, compreso urlare o battere, senza che il condominio accorra allarmato.

Analisti francesi che utilizzano lo psicodramma già in fase di consultazione in adolescenza ricevono in stanze con ampi spazi vuoti, tappeti e cuscini.

Questi dati esprimono posizioni relative a cosa mi aspetto nell'interazione con l'altro, a come mi dispongo verso di essa, a che livello di dati mi propongo di ascoltare.

Anche la tempistica della consultazione, proprio perchè è co-definita e non pre-definita, si presta ad esprimere e dialettizzare le reciproche posizioni.

All'interno di vincoli concreti (tempi e spazi disponibili nelle agende di ognuno) vengono fatte scelte di prossimità o di distalità che rispondono anch'esse alle esigenze cliniche del soggetto adolescente e della sua parte trattata dalle reciproche sensibilità.

Gianluca, 17 anni, non andava a scuola da dieci giorni quando sua mamma, su indicazione del medico di base, mi chiamò al Programma Adolescenza e Giovane Età dove lavoro per un appuntamento. Stava a casa di guardia. Il papà, buttato fuori per l'ennesima volta da casa, faceva frequenti e minacciose incursioni, telefoniche e di persona, per riprendere possesso del suo posto al

desco familiare. Gianluca non poteva assentarsi. Doveva stare lì, a regolare la relazione di coppia che i due coniugi non riuscivano a gestire tanto bene da soli.

Feci cinque colloqui in dieci giorni con i tre partecipanti (due con Gianluca, uno con mamma e Gianluca, uno con il papà, uno con la mamma), uno telefonico con il medico di base ed uno, sempre telefonico, con la collega del Centro di terapia della famiglia.

La situazione si è rasserenata e Gianluca è tornato a scuola “che posso farci, in fondo sono fatti loro” ha detto alla fine di questa tranche di percorso, durata complessivamente un mese, alla collega che lo ha visto una volta con papà e mamma.

La mamma di Massimo dopo quell'incontro mi chiamava molto, ma la mia esigenza era di costruire una relazione privata con Massimo prima di aver bisogno di lei.

I tempi della mia interazione con lei furono quindi assai diradati e di contenuto scarno fino a che, forse un mese e mezzo dopo il primo incontro, la incontrai con il papà e Massimo stesso. Avevo difeso la relazione con Massimo forse più con i fatti (chi vedo e con che tempi) che con le parole, che pure avevano accompagnato questa scelta.

Quanto e come stavo gestendo l'invasività, anche con me, della signora B? Cosa stavo facendo, già così, con Massimo, che ben conosceva questo aspetto di sua madre?

Le modalità d'accesso

Le modalità di accesso all'incontro possono essere estremamente varie e spesso solo in parte dipendenti, specialmente in ambito pubblico, da scelte individuali⁶. Ho avuto finora quasi sempre la fortuna di poter gestire direttamente il contatto con il richiedente fin dall'inizio trovando assai prezioso il materiale della telefonata o della visita per prendere l'appuntamento.

In particolare mi pare importante cogliere fin da subito come l'adolescente si presenta all'interno della configurazione relazionale.

Mi pare fosse Giampaolo Lai a scrivere che nei primi dieci minuti di un colloquio c'è già tutto il paziente, ma qui stiamo andando ancora oltre. Non si tratta solo della comunicazione verbale dell'inizio del colloquio, si tratta invece dell'interazione multipersonale che avvia l'incontro.

Massimo e la sua mamma sono un buon esempio della ricchezza di dati contenuti già a questo primo livello di rapporto, ancor prima di aver scambiato delle parole con lui.

La presenza di interlocutori che ci precedono (infermieri, segretarie, etc) costituisce, di conseguenza, un orientamento già significativo che mette in luce, ad esempio, come il nostro rapporto sarà inserito all'interno di un contesto che lo caratterizza come sanitario, psichiatrico, sociale, etc

Se ci stiamo occupando della dimensione soggettiva, del 'sito', direbbe Morin (2004), di una persona la sua declinazione, in qualsiasi misura, ad altri prima di noi o dopo di noi o a fianco di noi non può essere irrilevante.

Perché avviene? Siamo noi che lo vogliamo per diluire l'incontro? C'interessa invece non sporcarci le mani con atti (amministrativi, ad esempio) che affidiamo ad altri?

Se sono da solo o c'è con me un collega, magari un tirocinante, cosa voglio significare? Qualsiasi scelta facciamo offrirà dati su di noi e sul contesto della cura prima e insieme all'incontro con noi.

Alcuni ambiti scolastici nei quali per andare dallo psicologo devo semplicemente mettere un bigliettino in una cassetta e presentarmi ad un certo orario, sono significativi della posizione dell'istituzione verso il nocciolo del nostro lavoro che è, a mio parere, la privatezza.

Quanto cioè l'organizzazione dove sono la riconosce, la rispetta oppure, viceversa, la nullifica attraverso mezzi diversi di svelamento e visibilità che si manifestano già nelle modalità di accesso.

Ritengo che l'emergere della privatezza costituisce l'orizzonte, la prospettiva, della consultazione.

Il nostro mostrare o non mostrare, nell'ambiente dove lavoriamo, segni del nostro privato mi pare abbia a che fare, allora, con antecedenti di questa emersione più piena che auspichiamo. Forse dei

⁶ Fanno cioè parte, nella terminologia qui proposta, in parte del contesto ed in parte del setting.

segnali impliciti del livello dell'interazione che proponiamo all'altro⁷.

Gli attori⁸

E' possibile che la parte clinica non sia costituita da una sola persona, e non mi riferisco qui tanto ai personaggi antecedenti all'incontro con lo 'psi' (segretaria, CUP, etc) ma ad altri attori che quest'ultimo attiverà all'interno del processo consultivo per svolgere delle parti: il medico specialista per i farmaci, la dietologa, il collega esperto di test, etc⁹

Come la parte dell'adolescente anche la parte clinica può essere composita e l'introduzione di altri soggetti sul suo versante comporta, naturalmente, conseguenze relazionali importanti.

La prima mi pare sia costituita dalla condivisione. Non sono solo io che rappresento la parte clinica ma essa comprende altre figure, che si muovono a partire da una loro prospettiva, e con le quali dunque condivido le sorti del lavoro.

Il gruppo 'Minotauro' (Lancini, 2007) teorizza esplicitamente una 'mente' costituita dai tre 'psi' che vedono in parallelo l'adolescente ed i suoi genitori (in uno schema familiare classico) e sottolinea come ognuno di essi porti agli altri le 'ragioni' del soggetto con il quale ha interagito (per esempio il padre o la madre) I tre fanno una sintesi 'democratica' degli delle rappresentazioni affettive in campo.

In altre configurazioni, penso a quanto avviene abitualmente con persone con DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare), ogni clinico porta una parte del paziente, per esempio l'internista porterà dati e rappresentazioni cognitivo-affettive riguardanti i parametri vitali di una ragazza, la ginecologa metterà in evidenza i problemi possibili del perdurare di un amenorrea unitamente magari alla sua significazione di essi, lo psicoterapeuta porterà tutta la sua rappresentazione di come la ragazza si porrà in ordine a sè. Avrà poi, lui o un altro, il compito di rappresentare una narrazione su come, per esempio, la mamma, il papà e la nonna vivono la vicenda, etc

Vi è qui un aspetto interessante della privatezza ovvero la sua gestione all'interno della parte clinica come team di lavoro.

E' un tema molto delicato perchè essere parte di un'équipe clinica può essere una grande risorsa ma può anche costituire un limite proprio in relazione alla gestione della privatezza di ogni livello di rapporto.

Ho, ad esempio, il ricordo della minacciosità che alcune ragazze sentivano rispetto al fatto che un percorso clinico psicologico per DCA venisse proposto unitamente, in certe situazioni, ad un monitoraggio delle condizioni nutrizionali-internistiche e di quelle ginecologiche. Possiamo considerarlo una resistenza ma....non ci aiuterebbe molto.

Ma penso anche al mio disagio, talvolta, nello scambiarsi alcune informazioni, sia 'in entrata' che 'in uscita', con la ginecologa con la quale lavoravo.

D'altra parte comprendevo come una certa dose di condivisione delle proprie rappresentazioni ed informazioni fosse utile.

Inevitabilmente la relazione fra psicoterapeuta e adolescente si arricchisce e si complessifica, in questi casi, divenendo una relazione fra due parti ognuna delle quali è internamente costituita da soggetti in interazione.

Alcuni autori francesi che lavorano con adolescenti con gravi patologie (per es. P. Jeammet o X. Pommereaux) teorizzano e praticano assetti di cura costituiti, sempre, da più terapeuti con ruoli diversi: uno per la psicoterapia ed uno per il milieu oppure uno per psicoterapia e farmaci ed uno per la decisionalità clinico-educativa (ricoveri, ambito scolastico-lavorativo, etc).

Ma anche i più noti modelli inglesi (Brent, Tavistock) o italiani (Senise, Minotauro) prevedono,

⁷ Ho conosciuto un anziano analista che aveva il suo studio al sesto piano senza ascensore di un anonimo palazzo della periferia; quando sono andato a trovarlo il suo appartamento, piuttosto spoglio e polveroso, odorava di broccoli. Ho pensato, ricordo, che, nonostante la sua accoglienza gentile nei modi, stesse in realtà per smettere di lavorare, fosse ammalato, non avesse voglia d'incontrare altre persone.

⁸ Uso questa parola facendo riferimento al suo etimo che richiama l'agire.

⁹ Non discuterò qui della presenza di attori virtuali e potenziali che oggi occupano uno spazio specifico nella clinica dell'adolescenza (e non solo, naturalmente). Mi riferisco sia all'ingresso di altri attraverso msg, mail, etc sia all'uso di impianti di videoregistrazione etc da parte del clinico. Tutti fili dell'interazione sociale presentificata in seduta.

anche in situazioni che non richiedono competenze mediche, assetti multipli.

Personalmente ritengo importante l'attribuzione di una regia in capo a chi porta competenze clinico-psicologiche nell'équipe laddove questo è riconosciuto essere il livello principale del problema, regia che consente di modulare le diverse collaborazioni in gioco.

In tal modo si perviene ad una definizione di psicoterapia che non è fatta solo da psicoterapeuti (Pontalti, 2009), così anche per la consultazione.

Vi è quindi una scelta multipersonale, in questi casi, che si giustifica con l'opportunità di costituire una compagine collettiva a fronte di un problema psichico di un ragazzo o di una ragazza.

Ho voglia di accompagnarti?

Una questione centrale che va discussa riguarda inoltre l'impatto o il significato che l'incontro con l'adolescente e la sua configurazione relazionale determina nella parte clinica. In sostanza la domanda che ben presto dobbiamo porci riguarda la nostra voglia d'incontrarci con quelle sollecitazioni che costoro, ed in particolare l'adolescente all'interno di codesta configurazione, ci propongono.

Anche qui le domande sono molte e richiederebbero molto tempo: che effetto mi fa la condivisione del rapporto con altri colleghi, se c'è? E' un sollievo o una limitazione o un rischio d'ingerenza? Mi aspetto di mostrare le mie incapacità e debolezze? O le mie magnifiche e risolutive competenze? Etc

Ma poi naturalmente c'è proprio la domanda 'che effetto mi fa' in relazione a quella persona lì, a quel ragazzo o a quella ragazza che abbiamo intravisto, del quale cogliamo in parte i modi di essere. Abbiamo voglia di accompagnarlo? Abbiamo voglia di essere aggrediti da lei perchè si sente non capita? o scoperta? Abbiamo voglia di sentire il suo profumo?

Sono domande che possono ripresentarsi anche successivamente, beninteso, ma che fin da subito si pongono. Prima che si abbia qualsiasi contatto e dunque qualsiasi indizio dell'arrivo di una persona da noi siamo, in realtà, già portatori di una disposizione generale verso l'incontro con una persona ignota, che fra poco busserà a quella porta.

Come siamo disposti all'incontro è una condizione che merita riflessione.

Mi pare che l'incontro con l'altro, con la realtà¹⁰ dell'altro, costituisca sempre una discontinuità significativa. Sia che mi aspetti conferma del mio essere o che tema irreparabili ferite, so che l'altro, per definizione, si porrà in qualche misura in discontinuità rispetto a me e dunque mi solleciterà.

Non sarà un abito da portare ma un partner in una danza. Se sono consapevole che verrò toccato, se sarò un po' disponibile a farmi fecondare da quell'esperienza lo scoprirò, inizierò a scoprirlo, negli incontri di consultazione. Anche l'altro (o gli altri) faranno altrettanto. E se questa disponibilità ci sarà da parte dei principali attori in campo la relazione avrà probabilmente uno sviluppo utile.

D'altra parte se è di apprendimento di sè che auspico si occupi l'adolescente è di apprendimento di me che sarò sollecitato ad occuparmi anch'io.

Will: Sono uscito con una giorni fa.

Sean (Psicologo): Come è andata?

Will: Molto bene.

Sean: E la rivedrai?

Will: Non lo so.

Sean: Perché no?

Will: Non l'ho chiamata.

Sean: Cristo, sei un dilettante.

Will: So quello che faccio.

Sean: Ah sì, eh?

Will: Sì. Non si preoccupi per me, so quello che faccio. Sì, ma questa ragazza, insomma, è bellissima, intelligente, divertente. È diversa dalle altre con cui sono stato.

¹⁰ dò qui alla parola 'realtà' il significato di ciò che non dipende da noi.

Sean: E allora chiamala, Romeo.

Will: Così mi rendo conto che non è poi tanto intelligente? Che mi rompe i coglioni? Sì, insomma, ecco, questa ragazza, cazzo, è perfetta ora; non voglio rovinare questo.

Sean: Forse tu sei perfetto ora. Forse è questo che non vuoi rovinare. Questa la chiamerei una super filosofia, Will, così puoi in effetti passare tutta la vita senza dover conoscere veramente qualcuno....(...) Tu non sei perfetto, campione. E ti tolgo dall'incertezza. La ragazza che hai conosciuto, non è perfetta neanche lei. Ma la domanda è se siete o no perfetti l'uno per l'altra. È questo che conta. È questo che significa intimità. Puoi sapere tutte le cose del mondo, ma il solo modo di scoprire questa qui è darle una possibilità. Certo non lo imparerai da un rincoglionito come me. E anche se lo sapessi non lo direi a un piscione come te.

Will: Perché no? Mi ha detto già qualunque cazzata. Cristo Santo. Parla più di tutti gli strizza-cervelli che ho visto in vita mia.

Sean: Io insegno questa merda, non ho detto di saperlo fare.

Will: Già...Ha mai pensato di risposarsi?

Sean: Mia moglie è morta.

Will: Indi la parola risposarsi.

Sean: È morta.

Will: ..Sì. La chiamerei super filosofia, Sean. Insomma così lei può in effetti passare tutta la vita senza dover conoscere veramente qualcuno.

Sean: ...Il tempo è scaduto.

(da "Will Hunting - Genio Ribelle" - Good Will Hunting, 1997 di Gus Van Sant)

Bibliografia

Albasi C (2006) *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*, UTET, Torino

Baldini T. (2005) *La costruzione del setting in Adolescenze*, a cura di P. Carbone, Magi Editore, Roma

Bateson G. (1984) *Mente e natura*, trad. it. Adelphi, Milano

Beebe B., Lachmann F.M. (2002) *Infant research e trattamento degli adulti* trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano

Lancini M. a cura di (2007) *Genitori e psicologo*, Franco Angeli, Milano

Manghi S. (2009) *Il soggetto ecologico di Edgar Morin*, trad. it. Erickson Editore, Trento

Morin E. (2004) *Il metodo 2: la vita della vita*, trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano

Pontalti C. (2009) *Psicoterapia: dal 'caso' alla 'situazione'. L'intervento contestuale precoce come prevenzione risanatrice*, in I nodi attuali della psicoterapia, a cura di R. Piperno, Franco Angeli Editore, Milano

Stern D.N. (2005) *Il momento presente* trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano

Vanni F. a cura di (2009) *Giovani in Pronto Soccorso*, Franco Angeli Editore, Milano