

## QUESTIONI DI SETTING NEL LAVORO CLINICO CON GLI ADOLESCENTI

*“E quanto poco rimane di ogni individuo nel tempo inutile come la neve scivolosa, di quanto poco rimane traccia, e di quel poco tanto si tace, e di quello che non si tace si ricorda dopo soltanto una parte minima, e per poco tempo: mentre viaggiamo verso il nostro sfumare lentamente per transitare soltanto alla schiena o al rovescio di quel tempo, dove non si può continuare a pensare se non si può continuare a prendere commiato: Addio risate e addio oltraggi. Non vi vedrò più, né voi mi vedrete. E addio ardore, addio ricordi.”<sup>1</sup>*

Javier Marias

I tranelli della memoria e la scoperta di zone che prima appartenevano all'ombra ci mostrano quanto non solo l'avvenire, ma anche il passato sia instabile, incerto e modulabile e quanto neanche ciò che sembra fermo e sicuro è dato una volta e per sempre.

La speranza del nostro lavoro forse dipende proprio da questo e consiste nel fatto che il passato potrebbe, anche grazie al nostro aiuto, comporsi di qualcosa che ancora non è stato e che ciò che è stato potrebbe ancora essere e divenire.

Il gioco della memoria ci riguarda da vicino quando siamo investiti del ruolo di terapeuti...ma come affrontarlo, come sfruttarlo, come declinare queste riflessioni nella pratica clinica resta un compito arduo e complesso....che non tutti organizziamo allo stesso modo.

Questo quaderno tenta di offrire come filo conduttore una visione prospettica -in prevalenza centrata sul lavoro con gli adolescenti- di tematiche inerenti questioni di setting, tecnica e riflessione metodologica.

Partiamo dal lavoro con gli adolescenti stranieri.

*“Tu lo vedi...io sono italiano, anche se ho la pelle più scura di te. I miei amici sono italiani. I miei genitori sono egiziani e parlano male....ma io mi chiamo Paolo e parlo italiano...anche con te parlo italiano...io mi sento italiano e quando vado in Egitto mi sembra tutto strano”.*

Riecheggiano le parole di un mio “pazientino” figlio di egiziani, ma nato e cresciuto in Italia. Ancora adesso resta per me aperto l'interrogativo di quanto la forma di riconoscimento che lui ha sentito di aver ottenuto -anche attraverso un lungo lavoro terapeutico- non sia stata fortemente mediata dal fatto che io sono italiana, mi sento molto distante dalla cultura egiziana e ho dato forte rilievo a questa forma identificatoria, raccogliendo forse i frutti di una collusione speculare dei genitori che percepiscono Paolo come il figlio (Paolo è il secondogenito e ha un fratello di solo 1,2 anni più grande e una sorellina minore) meno visibile ed individuato.

La domanda posta in termini metapsicologici potrebbe essere: quanto il potere organizzante del pensiero, strumento ineliminabile del nostro lavoro, abbia la tendenza a funzionare per assimilazione, inglobando ciò che è estraneo fino a farlo percepire come qualcosa di familiare e simile a ciò di cui abbiamo esperienza e conoscenza.

La cultura costituisce uno dei principi differenzianti per eccellenza e come tale diviene un elemento imprescindibile nella strutturazione dell'individuo.

La cultura, intesa come un continuum che va dal personale, al familiare fino ad un estremo più allargato all'ambientale e all'identità di appartenenza etnica è il fulcro d'interesse da cui Bassetti e Riva partono per delineare, da un punto di vista teorico, le problematiche connesse al lavoro clinico con “lo straniero”.

Il tentativo ammirevole è di conciliare prospettive filosofiche, antropologiche e psicoanalitiche.

<sup>1</sup> J. Marias (1994) Tr. It. *Domani nella battaglia pensa a me*. Einaudi, Torino.

In particolare la trattazione si concentra sulle prospettive teorico-applicative che hanno affrontato il concetto di cura per lo straniero immigrato, esplicitando come i maggiori contributi provengano da una matrice francese o anglosassone. Nel contesto italiano vengono invece individuati, con posizioni piuttosto antitetiche, il filone dell'etnopsicologia -orientata al livellamento delle differenze culturali- e dell'etnopsichiatria -votata a riconoscerne invece la sostanziale irriducibilità.

Le conseguenze del trauma migratorio sul piano identitario vengono illustrate attraverso materiale clinico relativo ad adolescenti alle prese con il complesso compito di conciliare non solo il processo di cambiamento con la caratterizzazione forte della loro cultura di origine, ma anche di integrare le differenze percepite tra la propria matrice di appartenenza culturale e quella dei genitori che hanno un percorso etnico più solido e strutturato. Questo delicato lavoro psichico nella pratica clinica ingenera particolari specificità e difficoltà.

L'incontro con l'Altro, estraneo, diverso, ignoto viene riletto alla luce dell'incontro con il perturbante fuori e dentro di noi.

Il lavoro di *Colombini, Ferri, Panti, Picozzi e Zipoli* affronta da vicino la tematica del coinvolgimento dei genitori nel setting terapeutico di adolescenti, superando una rigida visione dicotomica -forse più tipica di lavori del passato- che vedeva sostanzialmente estromessi i genitori dal lavoro specificatamente clinico con gli adolescenti.

Il materiale clinico dei tre casi presentati illustra alcune modalità di accoglimento della presenza del genitore, accoglimento che deve necessariamente passare attraverso un attento filtro, non solo dei moventi concreti che spingono i genitori ad avvicinarsi al setting terapeutico, quanto anche alla dimensione fantasmatica ad essi sottesa.

Gli autori sostengono che fare barriera all'intrusività genitoriale non sia sempre e comunque una manovra protettiva verso lo spazio interno dell'adolescente. Accogliere e dare più voci al conflitto tra le generazioni e tra le aspirazioni genitoriali e filiali non necessariamente significa effettuare una deroga inaccettabile "all'inviolabile" privacy del setting terapeutico. Rivolgersi ai genitori come interlocutori attivi per sostenere anche presso di loro l'elaborazione di alcune rappresentazioni che interferiscono nel legame con l'adolescente -come è d'uso fare nel lavoro con i bambini- costituisce una manovra tecnica che, sebbene appaia inadeguata rispetto al bisogno di segretezza e intimità dell'adolescente, non sempre finisce per esserlo. Questa scelta di lavoro può, infatti, essere messa a frutto -teorizzano gli autori- per permettere l'espressione più articolata e il riconoscimento a livello familiare di modalità di funzionamento e bisogni infantili che l'adolescente non ha ancora potuto disinvestire.

Questi sono alcuni dei quesiti sollevati dalla riflessione sui casi clinici presentati. Il fulcro ruota attorno ad interrogativi connessi alla definizione del setting. Il setting è un contenitore flessibile...ma da chi può essere formato? E in che misura -in un continuum dal "saltuario al duraturo"- si può sostanziare di cambiamenti o deviazioni dalla tecnica codificata?

Nel lavoro "Aspetti di una professione impossibile" *Panti* offre un approfondimento sulle variazioni di setting e di modalità d'intervento che gli psicologi "esperti nell'ascolto, nel rispecchiamento e nella restituzione" sono chiamati a compiere nei Centri di Ascolto delle scuole quando incontrano adolescenti "sani" che attraversano una crisi adolescenziale.

Ai genitori e agli insegnanti non si può ricorrere come baluardo conoscitivo -e indirettamente protettivo-, i noti strumenti testistici sono da riporre nel cassetto, un setting strutturato e prolungato mal si adatta alle richieste permeate dalla fisiologica ambivalenza dell'adolescente...come affrontare allora l'ansia della responsabilità di una risposta tempestiva da restituire ad un adolescente che chiede di sentirsi confrontato con se stesso, ma che in fondo ne ha paura e mentre vuole in parte non vuole?

Le richieste degli interlocutori scolastici, spesso "starate" rispetto al proprio mandato, la mancanza di riconoscimento dell'istituzione pubblica -che talvolta sconfinava in una vera forma di svalutazione del ruolo dello psicologo- motivano vissuti di inadeguatezza che in qualche modo

pongono l'adulto più vicino all'adolescente nella bufera della sua "Crisi". Difficile muoversi, capire le richieste dell'adolescente e, soprattutto, rispondere ad un'esigenza di cura più profonda qualora se ne ravveda la necessità.

Spesso, tuttavia, riuscire a connotare un contatto di ascolto terapeutico -seppur breve- come un'esperienza di fiduciosa scoperta nel caldo abbraccio di una continuità relazionale con un adulto permette di far sorgere anche solo Una Domanda...su di sé, su di sé nel mondo, sul mondo verso di sé. Questa domanda costituisce il "Possibile": essa è sempre fruttuosa anche quando non esita in una chiara richiesta di aiuto psicologico o terapeutico, perché è un seme che contiene in potenza un'evoluzione. Non dimentichiamo che ci sono persone (perdonate il cinismo -non tutti lo condivideranno) che percorrono la vita senza porsi Una domanda, senza Un dubbio, senza Un'apertura.....

L'offerta di "una cura" all'adolescente non può passare sempre attraverso la *presenza assidua*, che per l'adolescente significa dipendenza, la *conoscenza*, che può essere vissuta come affermazione di un potere da parte di un adulto, e la *condivisione*, che può venire reinterpretata come una particolare forma di controllo.

Lasciamo fare all'adolescente il suo mestiere....e facciamo il nostro Ascoltando ed Accogliendo le nostre incertezze, i nostri disorientamenti, le nostre ansie e..... Raccoglieremo.

Sempre in merito a riflessioni di setting nel lavoro con gli adolescenti l'articolo "La Visione fluttuante" di *Richaud e Scharmann* sollecita importanti quesiti: "Chi occupa la sedia vuota nel setting vis-à-vis? E' al paziente che si chiede di cambiare posizione o all'analista? Chi è il soggetto attivo del cambiamento? A chi sono ascrivibili le difese?

Chi si deve "disarmare" della corazza?

Il paziente non vuole forse vedere e l'analista non vuole farsi vedere.

Gli autori sostengono che vi sono situazioni terapeutiche in cui è bene che l'analista non si sottragga alla visione e al controllo del paziente e accetti di affrontare il gioco "seduttivo" che è sinergicamente connesso all'interazione visiva.

In queste stesse situazioni, secondo gli autori, l'analista è chiamato a sviluppare, parimenti a quanto avviene per il canale uditivo (attenzione fluttuante), la capacità di mantenere sul paziente una "visione" fluttuante, intesa come un movimento di progressiva epurazione che conduce ad una percezione non oggettivata, ma strettamente intessuta sulle trame delle problematiche individuali del paziente.

A supporto di questa prospettiva vengono presentati stralci di situazioni cliniche in cui a partire dalla "Visione" l'intervento terapeutico può essere efficacemente costruito per "aggredire" in specifiche situazioni in cui l'adolescente è portatore di una desertificazione psichica che rischia di far scomparire l'analista tra la folta schiera dei suoi oggetti vuoti, mortiferi o abbandonici....

Inoltre, questa modalità di lavoro viene particolarmente consigliata qualora si valuti che il livello di simbolizzazione sia primario e non permetta una grande mobilitazione e padronanza di risorse espressive; infine il setting vis-à-vis per gli autori è rilevante nel trattamento delle problematiche narcisistiche e identitarie, peraltro considerate fase-specifiche nell'adolescente.

Basti pensare metaforicamente a *Narciso*: se mai arrivasse a sentirsi ferito.... avrebbe bisogno di qualcuno che prima lo possa guardare in volto amorevolmente per aiutarlo a trasformare la percezione della propria difettosità nella sensazione di essere "umano e vulnerabile" e avrebbe necessità solo dopo che questo stesso qualcuno mutasse posizione -affiancandosi a lui- per sostenerlo nell'atto di osservare la sua immagine modificata nello stagno.

L'articolo di *Wainrib* "L'efficacia simbolica della psicoanalisi" prosegue su questa linea metateorica proponendo una riflessione sulle pratiche terapeutiche che hanno come sfondo un orientamento psicoanalitico: "Esiste una gerarchia tra analisi degli adulti, psicodramma e psicoanalisi dei bambini? O piuttosto "Quanto all'interno di ogni singola metodologia si incontra una matrice comune che resta invariata nonostante le variazioni di tecnica?"

Wainrib, passando in rassegna alcune specificità tecniche delle singole tipologie di cura, con un approccio antiriduzionista, riesce a far emergere proprio gli apporti di tali diversità che confluiscono verso un unico punto di convergenza.

Partendo da una revisione dei presupposti metodologici della Klein che utilizzava la tecnica di gioco in senso analitico finalizzandola al lavoro di interpretazione, l'autore evidenzia come da questo saranno poste le premesse per lo psicodramma psicoanalitico. E' proprio in questo setting che il gioco, fungendo da agente di cofantasmizzazione, permette ai terapeuti di facilitare il lavoro interpretativo anche con pazienti che hanno difficoltà a simbolizzare.

Winnicott, invece, -attraverso la tecnica dello scarabocchio- manifesta un atteggiamento più cauto e si pone in modo critico verso le interpretazioni intempestive e troppo precoci, evidenziando come il lavoro interpretativo debba necessariamente muovere i suoi passi a partire dal materiale "maturato" dal paziente e non da presupposti teorici dell'analista.

Gli abusi di simbolizzazione rischiano, infatti, di interrompere il processo creativo attraverso cui sia il paziente che l'analista si esprimono e distruggere l'efficacia simbolica degli apporti terapeutici.

E questo sarebbe un grave danno....la psicoanalisi non può svilupparsi al di fuori del regno della simbolizzazione: la psicoanalisi tratta il gioco "umano", "inconscio", "spontaneo" dove viene rappresentata nella sua pienezza la continuità simbolica del Sé e le relazioni con i suoi oggetti.

L'analista è chiamato a creare, penetrare uno spazio di gioco con il paziente, lasciandosi prendere come oggetto, facendosi di volta in volta guardiano del setting, osservatore silenzioso, agente interpretante per aiutare progressivamente il paziente a diventare -come potrebbe esprimere una formulazione post-freudiana- Autore del Gioco e del Gioco dei Simboli nel proprio Immaginario.

Un'ultima prospettiva sui criteri di terminabilità nel lavoro analitico con gli adulti ci è offerta dal lavoro "Dialettica della relazione tra la fine della psicoterapia e vita".

L'illusione del tempo infinitamente dilatato -osserva *Resta*- può essere rivista e reinterpretata alla luce dei bisogni e delle effettive possibilità espressi e riconosciuti dal paziente nel corso della terapia.

Se nella psicoterapia infantile, e in parte anche in quella adolescenziale, la fine -per la mobilità delle forze evolutive e maturative da un lato e per le resistenze molto attive dei genitori dall'altro- è inscritta nella costruzione del setting fin dal principio del lavoro, nell'analisi degli adulti (ai "più") questa non sembra invece così scontata.

Si può, tuttavia, pensare che quando la nevrosi di transfert si sviluppa in un crescendo che sembra estendersi all'infinito, la vita "reale" del paziente e il suo "essere nel mondo" rischiano di sfumare come un paesaggio evanescente sullo sfondo della relazione con l'analista...è proprio allora che i confini del tempo perdono consistenza.

Resta suggerisce e teorizza, attraverso segmenti di situazioni analitiche da lui condotte, che i criteri di terminabilità dell'analisi non esistano oggettivamente, ma che possano essere ridefiniti, ampliati in relazione alla qualità della vita raggiunta dal paziente e soprattutto calibrati sulle necessità da lui effettivamente percepite.

"Genitalità, emancipazione, oblatività o individuazione e così via fanno parte del modello ideale di persona, ma non costituiscono assolutamente un criterio per valutare se la cura si possa considerare conclusa" osserva *Resta*, solleticando un acceso dibattito relativo alla definizione delle specificità dell'analisi e della psicoterapia psicoanalitica. Quando la struttura di personalità dell'individuo e l'organizzazione del suo assetto interno rimodulato dall'azione terapeutica permettono un discreto adattamento all'esistenza ad esempio, o quando l'analisi riesce a rendere la vita del paziente soddisfacente in riferimento a mete e a spinte motivazionali da lui riconosciute ed investite, si possono formulare le premesse per un "saluto".

Per dilatare il tempo terapeutico oltre questa soglia e verso altre mete più tipicamente "psicoanalitiche" risulta, quindi, necessaria una diversa adesione del paziente, un'adesione da lui creata, cercata, condivisa a cui l'analista potrà allora dare voce e sostanza.

Rievocando una frase di Brecht -“Tutte le arti concorrono a una sola, la più difficile di tutte: quella di vivere.”- l'autore commenta come la sofferenza psichica possa essere intesa come fallimento più o meno parziale o totale da parte della persona nella più difficile arte, quella di vivere. Allineandomi a questa prospettiva concedetemi di aggiungere -in modo affatto acritico- che troppo spesso un certo tipo di narcisismo terapeutico rischia di farci dimenticare che fare il nostro lavoro significa forse e soprattutto restituire il paziente alla “propria” esistenza...

....un'esistenza vissuta -anche grazie a noi- (ci auguriamo) con maggior autenticità e meno soggetta a vincoli inconsci, ma che appartiene a qualcun altro che mantiene a pieno titolo il diritto di trovare in libertà il tempo e il modo per detenerne le fila.

La mia esperienza -di paziente (più lunga e articolata) e di terapeuta (in itinere)- mi ha insegnato che a volte (anche se solo a volte) è davvero importante saper rispettare il bisogno del paziente di decidere quando separarsi da noi.

*Roberta Vitali*