

TRE CASI DI RAGAZZI SINGOLARI  
(COME SINGOLARI SONO TUTTI I RAGAZZI)  
Roberto Merlo

**I tre casi**

Vorrei iniziare illustrando brevemente tre casi emblematici della fatica del vivere l'adolescenza oggi:

X è un ragazzo di 17 anni figlio di genitori separati non conflittualmente che ha un ottimo rendimento scolastico, comportamenti socialmente più che accettabili, una ragazza di cui è innamorato che lo ricambia, una passione per il tennis e per i social... insomma un ragazzo che molti genitori vorrebbero avere. X è venuto in psicoterapia perché ha tentato più e più volte di accoltellare la madre in modo molto deciso tanto da aver ferito il padre che lo ha più volte trattenuto. Tutte queste volte dopo il tentativo che, per fortuna, a oggi non ha mai dato esito infausto X cade in una sorta di delirio in cui immagina che le persone stiano intorno a lui per ucciderlo e manifesta una angoscia e una disperazione molto profonda. X, oggi, in quelle situazioni mi chiama e sono sufficienti 20-25 minuti di ascolto della mia voce (mindfulness) per calmarlo e farlo uscire dal "delirio". X è sicuramente un narcisista ma assolutamente non un narcisista maligno (John F. Clarkin, Frank E. Yeomas, Otto F. Kernberg, (2000), non è uno psicotico né un antisociale, non è neppure un bipolare e così via. Ad un anno dall'inizio della psicoterapia ha smesso i tentativi di uccisione da sei mesi.

Y è una ragazza di 18 anni che è venuta in psicoterapia perché, a suo dire, da anni, si sentiva in un corpo estraneo al suo. Voleva affrontare un percorso di transizione. Y viene da una famiglia apparentemente unita, ha un fratello minore, va molto bene a scuola, ha una buona cerchia di amiche e amici, una passione per i social. Si presenta con il seno fasciato in modo molto stretto e con una peluria

sulle gambe faccia e a suo dire su tutto il corpo. È molto collaborativa e accetta di buon grado di prendere contatto con un centro specializzato per i percorsi di Transizione di Torino che inizia a frequentare. In psicoterapia è molto collaborativa e porta come problema principale la fatica dei suoi genitori ad accettare ciò che lei sente. Non è bipolare, né antisociale, ne presenta altri tratti di personalità che facciano pensare a una qualche forma di disturbo. Dopo circa nove mesi mi annuncia in seduta che si sta scoprendo bisessuale spariscono peli e inizia a portare un reggiseno. Dopo un altro mese mi annuncia di aver scelto di essere eterosessuale e mi dichiara (cosa verificata) che si è fidanzata con un ragazzo. Nel frattempo passa la maturità e vince una borsa di studi per una prestigiosa Università degli USA. Lo scorso mese è partita per gli States.

W è un ragazzo di 16 anni che è in pieno ritiro sociale. Non va più a scuola, sta chiuso in camera sua e, di fatto, dorme di giorno e sta al computer quasi tutte le notti. È figlio unico. I suoi genitori hanno tentato di tutto per rompere il copione che interpreta. Hanno portato W da diversi psichiatri e psicoterapeuti ma tutte le diagnosi e relative cure farmacologiche e ricoveri sono stati un totale fallimento. Hanno tentato anche con la forza senza nessun risultato. Mi portano W appunto letteralmente trascinandolo sino allo studio. W si siede per terra a gambe incrociate chiaramente deciso a non collaborare. Decido di non parlare e mi siedo davanti a lui a gambe semi incrociate (a 73 anni le articolazioni non sono più competitive) e con decisione gli prendo una mano e la tengo stretta. Dopo 40 minuti mi alzo e chiamo i suoi genitori che, questa volta, senza nessuno sforzo, lo portano via dallo studio. Mi lascia fare. Per tre sedute il copione si ripete sempre identico. Ogni seduta io sto sempre peggio. Avevo già avuto a che fare con ragazzi e ragazze in ritiro sociale ma mai con un muro così duro e persistente. Alla quarta seduta dopo circa mezz'ora dello stesso copione scoppio ben poco professionalmente a piangere di pura disperazione. Mi alzo e appoggiandomi alla scrivania faccio cadere i fazzoletti di carta che cercavo di prendere. Faccio per raccogliarli ma W si alza li raccoglie e me li porge. Credo di aver provato raramente una emozione così intensa. W si siede sulla sedia e io su quella di fronte a Lui e come se nulla fosse incomincia parlare del suo terrore. Sì, del suo terrore. W ha subito bullismo violento per circa un anno e mai nessuno aveva compreso quanto stava accadendo anche perché a domande molto accoglienti dei suoi genitori e di una insegnante aveva sempre negato in modo apparentemente sereno e i suoi amici avevano

negato di essere a conoscenza di quello che era accaduto. Questo luglio ha preso la maturità col massimo dei voti e ha deciso di iscriversi a psicologia...

Ho scelto di iniziare con questi casi perché mi pare che dicano nella loro cruda “normalità” ciò che uno dei tanti maestri a cui sono debitore dimostrava già il secolo scorso. Parlo di Ludwing Binswanger, in particolare dei suoi due libri *Il caso Ellen West* (2011) e *Tre casi di esistenza mancata* (1992). In somma sintesi ciò che ci appare nei nostri pazienti di patologico e “malato” è in realtà il senso dell’esistenza che in loro si manifesta. X, W, Y non sono malati o patologici. In prima e ultima istanza sono forme di esistenza che ci dialogano e come tali necessitano di dialogo.

### **Alcune considerazioni di contesto**

Negli ultimi quattro anni si sono via via accentuati una serie di fenomeni nel mondo adolescenziale che, seppur presenti anche anteriormente, hanno acquisito una rilevanza quantitativa e una profondità qualitativa che mi hanno e, credo, ci hanno interrogato. Mi riferisco a:

1. Il problema di vivere ed essere in grado di elaborare il distacco in tutte le varie forme che la vita e il quotidiano presenta;
2. La questione della costruzione di un mondo di relazioni e significati e significanti in cui sempre di più il reale è tranquillamente sostituibile con il virtuale;
3. Il problema del vivere in una società palliativa in cui il dolore il lutto la sofferenza sono disfunzione da sedare senza possibilità di senso e significato.

### **Il problema del distacco**

Sulla prima questione per me, il punto di partenza è ciò che John Bowlby ci ha insegnato nelle sue quattro opere fondamentali: *Attaccamento e perdita* (1978,1999, 2000) e *Una base sicura* (1988). Le sue ricerche e teorie

sull'attaccamento sono a tutt'oggi una chiave di lettura indispensabile per comprendere il fenomeno umano della crescita e della costruzione dell'Io e del Sé.

Quello che a me ha colpito in questi ultimi cinque anni nella mia pratica clinica è la terza fase dei processi di separazione dalla figura di riferimento "Care-giver": il distacco appunto<sup>1</sup>.

Bowlby sostiene, tra l'altro, che il bambino può distaccarsi in modo "sicuro" dal caregiver-madre se vi è la presenza di un fratello o di un'altra persona che lo sostituisca in modo emotivamente e affettivamente per lui adeguato e se l'ambiente in cui questo processo avviene è anch'egli percepito come adeguato.

Ora a me pare che sempre più di rado si verificano queste condizioni e che sempre di più si manifesti una sorta di impossibilità a distaccarsi

Molti sono i fattori che concorrono, nelle nostre culture, a rendere così difficile questo passaggio inevitabile dell'esistenza di qualsivoglia persona.

Vi sono fattori sociologici come il prevalere sempre più diffuso di famiglie con un solo figlio avuto generalmente dopo i 30-35 anni e di famiglie che dispongono quindi, nonostante l'innalzamento dell'età media della popolazione, sempre meno del supporto dei nonni e della famiglia allargata. I potenziali risvolti psicologici di questi due "evidenti" fenomeni possono risolversi nell'aumento dell'investimento affettivo e relazionale delle madri verso il figlio o la figlia unica (soprattutto in presenza di un abbandono da parte del partner) e nella difficoltà a distaccarsi da parte di questi ultimi visti i meccanismi di dipendenza economica che procrastinano la possibilità di autonomia ben oltre i 30 anni di vita.

Vi sono fattori antropologici. A me pare che il più rilevante sia la scomparsa nelle nostre culture di quei processi (riti iniziatici) che sancivano socialmente il distacco dall'infanzia e l'entrata della persona nella età adulta. Non si tratta soltanto, a mio parere, di un prolungamento "innaturale" dell'adolescenza quanto dell'introduzione concreta di elementi di forte incertezza e precarietà (sociale economica esistenziale) che possono mettere alla prova duramente anche le persone che hanno avuto una *base sicura* (Bowlby 1989).

Vi sono fattori educativi che intervengono a creare difficoltà nei processi di distacco. Basta consultare le statistiche sull'abbandono scolastico e sulla interruzione dei cicli di studio secondari per darsi conto di una forte difficoltà del sistema

<sup>1</sup> Le altre due fasi di cui parla Bowlby sono *protesta* e *disperazione*. Sul *distacco* si vedano in particolare nel (2011) Capitolo 2, nel (1995) pp. 30-45, nel (2000) pp. 30-32.

educativo a includere, in modo pieno e efficace, nei processi di costruzione delle premesse sociali e relazionali della autonomia della persona.

A tutto ciò si aggiunge la diffusione sempre più massiccia in età adolescenziale di abuso di sostanze, di comportamenti antisociali, di autolesionismo, “di psicopatologie”, di segnali insomma di una forte sofferenza dei nostri ragazzi e delle nostre ragazze

Gustavo Pietropolli Charmet (2010) nel suo bellissimo libro afferma: “ciò che colpisce nel lavoro clinico con madre e figlio... è la distanza dolorosa e intollerabile che li separa o, viceversa, la vicinanza soffocante, pericolosa e confusiva che li vede inesorabilmente rivali avvinti in un corpo a corpo pericoloso e fonte di gravi e ingiustificati dolori” (p. 113).

Il problema è molto più complesso del processo di separazione dalla madre o da chi ne fa le veci. Sono tanti i distacchi con cui l'adolescente deve misurarsi: dal corpo che cambia al contesto di vita che propone forme percepite come impossibili, dal reale al virtuale, dal presente che si priva di senso e lo priva di senso al futuro che è dominante nella sua impossibilità.

Davvero difficile distaccarsi, spiccare il volo, “l'adolescente sente che l'ecosistema in cui vive gli rivolge uno sguardo saturo di domande relative alla sua identità e valore, avverte la richiesta sociale di spicciarsi a chiarire chi veramente sia, se è capace, buono, intelligente... o se invece sia ciò che in certi momenti appare, cioè irresoluto, annoiato, violento... e tutte le altre messe in scena di cui è capace per rendersi irriconoscibile agli adulti e riuscire a tenerli a distanza” (pp. 31-32).

Penso che di fronte a questa complessità il terapeuta possa fare tesoro e reinterpretare alcune posizioni che appartengono alla storia di questa professione. Ne cito alcuni:

*Essere disponibili a far a meno in prima istanza dei nostri saperi e pre-giudizi*

Quando incontriamo una adolescente incontriamo un mondo che non ha bisogno di essere classificato, definito. Al contrario ha bisogno di essere scoperto compreso compatito. Questo è possibile se e solo se ci poniamo nella posizione di colui che cammina con e non di colui che cammina per raggiungere una meta. La nosografia la stessa applicazione di test e tutto ciò che definisce è secondario rispetto all'astensione dal giudizio che costruisce la possibilità di un dialogo.

L'emozione di fondo che ci può accompagnare è lo stupore dell'inatteso. Lo scontato è la morte della possibilità dell'incontro e senza incontro non si dà cura.

Certo questo pone dei problemi di non poco conto. Forse il più rilevante è che assumere questa posizione è impossibile senza rischiare il relativismo e il soggettivismo. Per fortuna la filosofia della scienza ci viene in soccorso. Ogni cosa che è detta è detta da un osservatore e come tale sta nel dominio del sistema di premesse dello stesso e questo sistema di premesse è svelabile. Il "mestiere" della cura soprattutto con adolescenti non è un mestiere solitario. Il confronto continuo coi colleghi e con la famiglia e con i ragazzi è la strada maestra per svelare quel sistema di premesse e per consentirci di non farlo diventare un assoluto ma anzi per farlo diventare un generatore di conoscenza.

Dubitare di ciò che ci appare ovvio e dei giudizi, con-centrarsi e ricordarsi del *πάντα ῥεῖ* eracleiteo sono le "regole" che presiedono il metodo.

### *Essere accanto, mai davanti o dietro*

Condurre: questa tentazione è davvero pericolosa per chi si prende cura di adolescenti.

Astenersi: questa pratica è mortifera se ci si prende cura degli stessi.

Gli adolescenti cercano adulti con cui confrontarsi e anche scontrarsi non condottieri e non sopportano il continuo ricorrere a trucchi come "E tu cosa pensi?" che non mostrano mai la faccia di chi si espone.

È un equilibrio difficile ma possibile.

Vi sono alcune premesse per cercare di acquisirlo. La prima, non in ordine di importanza, è quella che dice "guarda con simpatia ma mai con compiacimento gli errori che fai nel cercare di raggiungerlo. Non nasconderli né a te stesso né altro se te li fa notare". La seconda si rifà al lavoro sul controtransfert che soprattutto in supervisione si può attivare. La terza è pensare per processi. Mi soffermo su quest'ultima perché è forse, almeno per il sottoscritto, la più difficile.

Nell'interagire con i fenomeni sociali o con la cura si incontrano sempre sistemi molto complessi che sono per loro natura dinamici e mai statici.

Per usare una metafora semplificatrice: la realtà è fatta da fiumi che si intersecano, si separano, si dividono. Ciò che fa un fiume sono il suo procedere e la sua interazione tra acqua e terra. È proprio il procedere che crea le sponde e

definisce quell'interazione che muta le stesse, così come le stesse mutano la forma dell'interazione.

Ciò non significa che non possiamo studiarne una parte osservando solo quella senza vedere il suo costante interagire con le precedenti. Allo stesso modo possiamo prevederne il futuro in base a determinate leggi (tutti i fiumi vanno al mare... o meglio una buona parte) o persino "indirizzarne il flusso" tramite ponti, dighe ecc. Ma se nel compiere queste operazioni ci dimentichiamo che è il suo procedere a costituire il fiume, andremo incontro al fallimento della nostra previsione e delle nostre manipolazioni (la storia dei fiumi italiani lo ha dimostrato ampiamente, tra l'altro).

Allo stesso modo, quando incontriamo una persona o un fenomeno incontriamo processi che interagiscono con i nostri processi. Pensare che possiamo controllarlo e prevederlo in misura determinante e infine possiamo cambiarlo secondo un nostro progetto o modello, è commettere un grave errore ermeneutico.

Non sono tanto o solo le nostre azioni o i nostri progetti a determinare il "reale" e l'altro: è innanzitutto il procedere con lui o loro, è l'interazione tra, che cambia e ci cambia. È il nostro camminare insieme a produrre il processo di cambiamento e di cura in modo solo in parte "determinabile".

"Dipende"... Ecco un avverbio che dovrebbe essere molto più utilizzato da chi si occupa di sofferenze e fragilità. Non vi è in ciò nessun relativismo e nessun rifiuto dei saperi teoretici e metodologici di intervento. Ma questi vanno radicalmente ripensati se si vuole rispettare la natura dinamica del reale. In questo ripensamento, va coltivata la consapevolezza che osservare una realtà significa perturbarla: per potervi partecipare (esserne parte) è quindi necessario agire in e con essa. I saperi e i metodi, le nostre azioni e anche le nostre strategie sono quelle perturbazioni che ci consentono di partecipare alla realtà senza dominarla.

Partecipiamo e promuoviamo processi che ci servono per essere parte di ciò che solo marginalmente dipende da noi, e per il resto dipende invece da ciò che non possiamo determinare: l'altro i sintomi e il contesto.

Dice Gunther Anders: «Cambiare il mondo non basta. Lo facciamo comunque. E, in larga misura, questo cambiamento avviene persino senza la nostra collaborazione. Nostro compito è anche interpretarlo. E questo, precisamente, per cambiare il cambiamento. Affinché il mondo non continui a cambiare da solo, indipendentemente da noi. E, alla fine, non si cambi in un mondo senza di noi" (Galimberti 1994. p. 200).

### *Non avere paura*

Se il ragazzo o la ragazza che abbiamo di fronte percepisce che noi temiamo la sua distruttività, il suo lato oscuro, la possibilità sempre presente del suicidio, dell'autolesionismo o dell'omicidio, non camminerà con noi.

So bene quanto anche questo sia difficile. Quanto sia difficile stabilire sin dove si può non ricorrere ai ricoveri in strutture psichiatriche e quando invece non si può non ricorrervi. So quanto è ambiguo ciò che sto affermando. Quanto dietro l'accettare la sfida che l'adolescente ci fa sia sempre in agguato l'onnipotenza del terapeuta e la sua codardia.

Il punto mi pare sia acquisire la capacità di esitare. Il tempo dell'esitare è un tempo molto importante. Esitare significa mettersi nella posizione di chi sa di non vedere, sa che lo spiegare impedisce la vista di ciò che ci è nascosto proprio dalle premesse inevitabili che lo spiegare implica. Sa che l'altro non è riducibile a qualsivoglia rappresentazione che inevitabilmente ci facciamo di lui.

Sa che se non accetti di perdere tempo non troverai il tempo della parola muta, quella non ancora detta e che può essere detta se non la soffochi col rumore del tuo sapere.

Ma sa anche che non si può non costruire una rappresentazione dell'altro, non si può non avere pre-giudizi, non si può prescindere dal nostro rumore e usare questa coscienza per porsi domande e non per trovare risposte.

### **Il conflitto tra reale e virtuale**

Sulla seconda questione, parto da una premessa che fa parte del mio percorso di formazione e di ricerca. La domanda che presiede a questo approccio è: come costruiamo e individuiamo il mondo di relazioni significanti e significate in cui viviamo?

Il concetto di rete è un modo di definire la realtà di una persona, di una microcultura riconosciuta, di un contesto identificantesi in termini organizzativi e/o culturali.

Esso disegna lo spazio-tempo in cui detti soggetti si identificano e vengono identificati. Questo spazio-tempo è il frutto di un dare e ricevere significati tra i

vare punti rete. È ovvio che, quindi, detto concetto designa un punto di vista sempre e comunque soggettivo.

Ognuno di noi se prende una settimana tipo e guarda con chi instaura relazioni significative – il significato di questa parola è volutamente impreciso, poiché ognuno lo deve intendere a suo modo (altrimenti si perde il suo punto di vista soggettivo) – indicherà un certo numero di persone: 20-50, non molte di più.

L'80/90% del suo tempo-spazio si svolge quasi sempre lì. È lì nella sua rete, dove scambia identità, dove vive l'appartenenza. È a quella rete che ricorre per aiuto, per superare un disagio... per vivere. È lì dove cerca conferma, dove agisce polarizzazione o conflitto. È lì dove si genera e persiste (quando persiste) e si esprime la devianza, lo stigma, etc... concretamente. È lì dove ci si definisce, si definisce e si è definiti socialmente.

È lì dove, in ultima istanza, si controlla e si è controllati etc... La rete è anche il luogo ove ci si rappresenta e si rappresenta la "realtà". Nella rete coesistono le coppie che identificano i vincoli e le possibilità: ad es. l'autonomia-dipendenza, ciò che è inutile, etc... e le procedure che le fanno coesistere (ad es. il governo delle dipendenze che produce autonomia e viceversa, etc...).

La rete è il luogo della conformazione delle rappresentazioni collettive. Sono queste i veicoli e i sensori di riconoscimento di ciò che si "deve" pensare per essere riconosciuti in una rete. Al di là del fatto che ogni singolo nodo possa pensare in profondità il contrario di ciò che si manifesta in superficie, sono le regole di conformazione il luogo in cui si giocano i meccanismi di controllo e di definizione sociale. Sono i quadri (le rappresentazioni) che contano.

La rete ammalia, la rete cura. La rete è il luogo ove si celebrano i riti con i loro simboli che danno senso al vivere. Nell'adolescenza ci si costruisce il mondo attraverso la costruzione di questo sistema di sensi e significati che ci rappresentiamo. Si esce dal modo di relazioni che sono in gran parte definite dal mondo soggettivo dei nostri genitori e ci si fa un nostro mondo

Ora questo processo vitale e complesso oggi si è profondamente modificato. 50 anni fa era il gruppo dei pari, le frequentazioni di gruppi e associazioni varie che costituivano il terreno di costruzione, oggi in gran parte è il virtuale

Quello che a me nell'esperienza clinica mi capita sempre di più di osservare è che, al di là di ogni giudizio, essendo il virtuale essenzialmente "tecnica" ed essendo la tecnica, come moltissimi autori hanno sottolineato (tra i tanti U.

Galimberti, 1999), funzionante e in quanto tale non questionabile, quest'ultimo è non questionabile.

La conseguenza, di tutto ciò, è che nella costruzione del mondo tutti noi non possiamo prescindere dal virtuale e dalla tecnica che lo crea. Io posso con un clic interrompere qualsiasi relazione aprirne quante ne voglio vere o false che siano in un modo assolutamente emotivamente poco rilevante per me stesso e per il mondo che mi posso creare.

Già, perché io mi posso creare un mondo di sensi e significati così come mi aggrada e dirmi, senza che nessuno e nulla mi questioni, che quel mondo è il mio mondo.

Ma se tutto mi è possibile nulla è possibile. L'uccisione del reale – per riprendere l'argomento di un vecchio saggio di Jean Baudrillard (1996) – è questione davvero seria in riferimento ai processi di crescita degli adolescenti.

Quando infatti faccio riflettere sulla loro rete soggettiva ciò che emerge è o una povertà assoluta (riconoscono meno di 10 relazioni significative per loro) o una ipertrofia (citano centinaia di relazioni) che rimandano appunto alla rappresentazione di un mondo interno insignificante.

Senza significanti o con significanti insignificanti non abbiamo uno sfondo su cui, col tempo, costruire una figura, una identità ma possiamo cadere nella illusione di una onnipotenza dove i significati e i significanti sono proprio ed esclusivamente quelli che vogliamo noi. Questo rischio negli adolescenti è fonte di una sofferenza profonda.

## **La società palliativa**

Sulla terza questione mi permetto qui di fare alcune considerazioni da vecchio antropofenomenologo:

### *Classificare e non classificare*

La prima riguarda il rischio che si corre con gli adolescenti (particolarmente quelli di questa generazione) di aderire a una nosografia che sostanzialmente è stata pensata per adulti e che, anche per questi ultimi, mi appare spesso inadeguata a comprendere la weltanschauung del paziente.

Tornando ai casi che ho molto sommariamente descritto credo sia evidente come l'utilizzo del DSM-V e successivi sia sostanzialmente ben poco utile alla comprensione dei processi che individuano le tre persone.

L'adolescenza molto spesso si presenta molto più compatibile e comprensibile con ciò che L. Binswanger dice in generale sulle psicopatologie "l'esaltazione fissata, la stramberia e il manierismo non vengono giudicati in senso medico psichiatrico, come "minorazioni" patologiche, "deviazioni" morbose o "sintomi". Vengono bensì considerati come forme di mancata riuscita dell'esistenza umana."

A me pare infatti che proprio di questo si tratti: di esistenze mancanti, di "essere nel mondo" profondamente problematici proprio nell'esserci. Mi sembra che su questo terreno ermeneutico ci svelano e si svelano come un grido che dice: per poter essere libero e me stesso lasciatemi essere, lasciatemi poter essere.

### *Le nostre emozioni*

Secondariamente credo che ci dobbiamo dire come psicoterapeuti che spesso il problema siamo anche noi. Di fronte a X vivere di seduta in seduta, come paradigma, la paura che si compia ciò che appare inevitabile (l'uccisione o il ferimento della madre) è non ascoltarlo.

Commenterò più oltre la questione della paura. Voglio però qui condividere il profondo insegnamento che ho ricevuto quando per la prima volta lessi "Il caso Ellen West"<sup>2</sup>. Restai esterrefatto che L. Binswanger avesse scritto un libro così profondo relativamente a un caso di apparente totale fallimento del suo lavoro.

Che lezione per l'arrogante e presuntuoso Roberto Merlo di allora (e forse anche se un po' meno di oggi) e mi colpirono tantissimo le ultime pagine di commento:

---

<sup>2</sup> Oggi Ellen West sarebbe stata diagnosticata come affetta da una grave forma di anoressia ecc. Tutto l'ultimo capitolo del libro da p.147 a p. 2002 è dedicato all'analisi clinico patologica del caso e ogni analisi ha sempre come corollario un bel e grande punto interrogativo...

Tutti concordiamo nello stabilire che non si tratta di una nevrosi coatta né di una psicosi maniaco depressiva e che non è possibile nessun trattamento di sicura efficacia. Giungiamo così alla conclusione di assecondare il suo assillante desiderio di essere dimessa... il terzo giorno del suo ritorno a casa appare come trasformata... Scrive alcune lettere; l'ultima è indirizzata alla paziente con cui si era intimamente legata nella nostra casa di cura. A sera prende una dose mortale di veleno e al mattino successivo spira "apparve allora, come mai nella sua vita serena e felice e in pace con sé stessa (Binswanger 2011).

Non tocca a noi definire l'orizzonte del senso e del significato della vita dei nostri ragazzi. Non tocca a noi dissuadere persuadere decidere e così via.

Tocca a noi fare con loro i conti con le forme di esistenza che manifestano o che non manifestano ma possono manifestare. Tra queste c'è il suicidio e la morte. È quest'ultima questione centrale nella relazione di cura con gli adolescenti.

Trovo davvero illuminante ciò che Davide Comazzi scrive nel capitolo del libro *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* (pp. 200-229) e in particolare quando afferma che "per un adolescente fragile narcisisticamente, parlare realmente della morte con l'adulto significa permettergli di interloquire con una parte di sé molto privata e intima, una parte alla quale sono stati affidati i destini di equazioni simboliche importantissime sulla vita, la crescita, il corpo, la mente, la morte stessa" (p. 215).

Rispetto ci va, molto rispetto e pudore e sguardi che non manifestino mai la pretesa superiorità del curatore.

### *I paradigmi della cura*

In terzo luogo la necessità per me urgente di ridiscutere i paradigmi del curare.

In un bellissimo articolo Marco Cerri (2001) poneva la questione delle forme di interpretazione della categoria della cura dal punto di vista del lavoro. Vorrei riprendere il suo ragionare per ampliarlo a tutte le forme di cura alla persona e di intervento sui fenomeni di sofferenza e fragilità sociale particolarmente

degli adolescenti. Il concetto di cura è stato declinato negli ultimi due secoli secondo tre linee ermeneutiche diverse:

- la cura come distruzione dell'altro in quanto altro;
- la cura come cambiamento dell'altro;
- la cura come compassione dell'altro in quanto altro.

Per ognuna di quest'ermeneutiche il punto di partenza è lo stesso: il prendersi carico dell'altro. Ma per ognuna il processo di realizzazione di tale "prendersi" segue percorsi completamente diversi. Vediamoli:

– *La cura come distruzione dell'altro in quanto altro*

L'aver definito come "traiettoria" dell'adolescenza quella dell'eroe semidio forte, invincibile e immortale ci ha reso emotivamente impraticabili la malattia, il dolore, l'incertezza e l'indefinizione.

Ciò ci ha precluso la possibilità di compatire quelle esperienze relegandole alle categorie dell'errore, del deficit, della patologia. E ci ha reso viepiù disumani nel senso che, spostando la nostra prospettiva di senso verso dio o l'eroe, ci siamo progressivamente privati del senso dell'umano e del comune.

Di qui alla costruzione dell'indispensabilità di un unico modello di forma "buona"; la differenza come segno di errore; la residualità di certe virtù come ad esempio la mitezza, ecc. il passo è molto breve.

Il risultato è di questi processi è, prevalentemente, l'insopportabilità dell'altro inteso come diverso e nulla è più diverso incerto, non conforme anche nel suo conformismo, di un adolescente.

Il corpo dell'adolescente, non a caso, è, come la sua anima, il luogo. L'altro è "ridotto", disarmato, reso inoffensivo; è oggetto. È l'oggetto della cura, non ha parola. È la psicopatologia che gli viene attribuita, la sua parola. È la biochimica alterata di quella psicopatologia, la sua parola. Ed è nella mano del medico che ne dispone, nel suo linguaggio volutamente criptico, la via della sua "riduzione". Il "sapere" gli è negato perché il sapere è del "curatore" e soltanto suo. È sua soltanto la voce che dice chi è "il malato" e quale "la malattia". La sua parola è scienza nel

senso della legge, non dell'approssimazione. E quando è legge, la scienza, si fa verità inoppugnabile.

L'adolescente è quindi separato e scomposto in modo tale che in realtà, alla fine dei conti, non esiste. La diagnosi non è quindi un processo di conoscenza in cui l'altro mi svela e si svela quanto me. La diagnosi è classificazione funzionale alla scomposizione che procede quindi all'aggiustamento del "pezzo".

Il prodotto non è più un altro da me che mi interpreta e mi chiede interpretazione. Non è un'ermeneutica dell'essere nel mondo che mi interessa. Non è, punto! E come tale non dice, non svela, non sorprende, non...

*– La cura come cambiamento dell'altro*

In questo paradigma l'altro non è più insopportabile... è sbagliato, è non ancora, incompleto.

Più precisamente è fuori norma nel senso che è fuori del range (minimo↔massimo) che definisce la salute. Come, per analogia, nelle analisi del sangue o nella epidemiologia o nella statistica.

Il folle e il diverso sono uno scarto nel senso matematico del termine, un vicolo cieco che va riaperto, un inesperto che va liberato.

La reazione che si ha di fronte a questo "errore" è "così non va bene". La colpa è di secondaria importanza; è "il non andar bene" la questione centrale.

Quindi il paradigma diventa: cambiare e riparare.

L'altro diventa soggetto nella misura in cui si lascia trasformare, si lascia cambiare. Ha parola nella misura in cui ridonda la parola del terapeuta e gli fornisce il materiale per farlo cambiare. È anche una biografia e non solo una patologia, nella misura in cui ritorna a essere come avrebbe dovuto essere. Esiste nella misura in cui è nella competenza del curatore che lo riconduce attraverso la sua conoscenza allo stato dell'essere che avrebbe dovuto essere.

"Nella misura in cui"... L'altro, in quanto altro, è condotto, segue. Se cambia è guarito. La guarigione è l'orizzonte del curatore, non l'altro in quanto altro. E il curatore non può fallire, pena il perdere l'orizzonte di senso e, quindi, sé stesso.

La diagnosi è la costruzione dell'orizzonte di senso del curatore, è l'individuazione dell'errore, della disfunzione. È la separazione dell'errore dall'errante che diventa così non solo non colpevole ma anche oggetto della riparazione.

L'altro in questa separazione perde il senso del sintomo che, al contrario di ciò che questa parola significa, non è più ciò che tiene insieme il paziente bensì il "nemico" da estirpare. Sicché può capitare che il paziente impazzisca, perdendo ciò che lo tiene insieme, attraverso proprio la cura del curatore. Si chiamerà allora questo: fuoco amico. Ciò che comunque lo terrà insieme è la cura del curatore, anche eventualmente per sempre.

Il prodotto è un estraneo da me. Non è un'ermeneutica dell'essere nel mondo che mi interessa.

L'altro è interpretato e deve imparare a interpretare il nuovo che non è mai stato: il cambiato, il guarito, il sano. È, se... puntini! E solo come tale, è detto, è svelato. Se cambia, se guarisce.

– *La cura come compassione dell'altro in quanto altro*

Questa è la parte più difficile per il curatore poiché sentire l'altro in quanto altro indipendentemente da ogni qualsivoglia categoria o condizione è letteralmente impossibile. L'altro, sul sentire, è e resta un luogo oscuro per il curatore. L'altro, dicevano i nostri vecchi maestri, è irriducibile a qualsivoglia parola o sentimento venga vissuto dal curatore

Irriducibile, non incompatibile. La differenza è enorme. La conosce bene chi fa clinica autentica e non "trucco".

Compatire non significa denudare l'altro sul piano del sentire e delle emozioni, né denudarsi. Significa essere disponibile a sentire ciò che l'interazione con l'altro fa pathos in noi e accettare questo pathos, prima di interpretarlo, come un "dono".

Il segno della compassione autentica è sempre la sorpresa, l'inatteso, l'arcipelago di cui parla Eugenio Borgna<sup>3</sup>.

---

3 Eugenio Borgna *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria* (Feltrinelli, Milano, 2000); *Melanconia* (Feltrinelli, Milano, 2002); *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza*

L'altro, allora, non è ridotto. L'altro ci chiede ascolto e attenzione autentica. Dialogo. Egli e io siamo dialogo così come ne parla Gadamer (2001) e dialogo è anche conflitto, discussione accesa a volte lunga e incerta nella sua definizione, ma mai monologo.

L'altro ha sempre qualche cosa da dire che vale la pena ascoltare. Ascoltare è interpretare, inevitabilmente. Ogni cosa compresa da un ascoltatore è tale poiché sta nel dominio del sistema di paradigmi con il quale egli ascolta, appunto. E questo dominio non è mai tutto il possibile poiché ogni ascoltatore è un soggetto e come tale è parziale.

Il dolore dell'adolescenza allora è parola, è significato significante, va compreso.

Esse ci parlano di volta in volta dei vari sensi che l'essere nel mondo ha, e spesso non sa di avere, ci schiudono alla nostra parzialità e precarietà e al senso che questo ci dà (e al non senso che danno l'onnipotenza e i suoi simulacri): sono le sponde che fanno il fiume e quindi la storia e il processo, non l'acqua (sono i limiti che danno senso...).

Esse sono voce da interpretare, voce oscura poiché la verità non è certezza ma approssimazione. È scienza autentica e come dice Conrad H. Waddington: "Il mondo che la scienza cerca di analizzare non è il puro mondo della logica, ma il mondo grezzo e disordinato di quanto accade realmente. (...) Tutto ciò che la scienza può fare è mostrare che certe cose sono molto probabili, altre improbabili. La sua raffigurazione del mondo assomiglia molto di più a un ritratto eseguito da un pittore copiando dal vero che non a un rigoroso teorema della logica" (1977, pp. 123-124).

Abbiamo assoluto bisogno dell'altro. Non per compiacerlo, non per costruire elegie sulla sua fatica (che anch'essa ci rimanda alla nostra), per buonismi da dame di carità. Invece, per guardarlo dritto negli occhi e aprire il pugno in una mano tesa.

E in quarto ma non ultimo punto, consentitemi, un richiamo al nostro compito di amare questi ragazzi. So bene che l'utilizzo del termine amore scandalizzerà molti ma nella mia parziale esperienza è questo un elemento importante.

Ho voluto e voglio davvero bene a X, Y, W e tutti gli altri e le altre che ho incontrato. Credo che lo abbiano sentito e credo che questo sentimento abbia concorso a far sì che il curarsi e il curarci sia diventato la possibilità unica e singolare con cui siamo usciti dal dolore negato di cui tutti siamo portatori.

Parlo di dolore negato perché è questa una questione davvero decisiva nel riflettere e nel praticare la cura.

Come argomenta Byung-chul Han nel suo bel libro *La società senza dolore*:

Oggi il dolore è reificato al punto da essere mero strazio corporeo [...] L'insensatezza del dolore suggerisce più che altro che la nostra vita ridotta a processo biologico è a propria volta svuotata di senso. La sensazione del dolore presuppone una narrazione che inserisce la vita in un orizzonte di senso. Il dolore insensato è possibile solo in una vita nuda, spogliata di senso, che non racconta più (pp. 27-28).

Per questi ragazzi la società palliativa in cui siamo immersi è fonte di una lacerazione dell'essere che li priva della possibilità di accedere alla costruzione di senso, a un sentire in cui l'essere amati è possibile al punto che vale davvero la pena diventare adulti.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDREOLI A., BORGNA E., GIACONIA G.; a cura di Grasso G. (1995) *Le ragioni dell'adolescenza. Il disagio giovanile tra neuropsichiatria infantile e psichiatria*; Milano: Guerini Associati
- BAUDRILLARD J. (1995) *Le crime parfait*; Paris Galilée, trad. it. Piana G. (1996) *Il delitto perfetto. La televisione ha ucciso la realtà?*, Milano: Raffaello Cortina.
- BINSWANGER L. (1944) *Der Fall Ellen West* Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, vol. 53, 1944; trad. it. di C. Mainoldi, *Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Bompiani, 1973; (2011) *Il caso Ellen West* Torino: Einaudi

- (1956) *Drei Formen Missglückten Daseins*, Tübingen, Max Niemeyer Verlag; trad. it. di E. Filippini (1964), *Tre forme di esistenza mancata. Esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, a cura di E. Filippini, Milano, Il Saggiatore.
- BOLWBY J. (1969) *Attachment and Loss, 1, Attachment* London: Hogarth Press; trad It. (2000): Laura Schwarz e Maria Antonietta Schepisi *Attaccamento e perdita 1 Attaccamento alla madre*; Torino: Bollati Boringhieri
- (1973) *Attachment and Loss, 2: Separation: Anxiety and Anger* London: Hogarth Press; trad It. (1995): *Attaccamento e perdita 2: la separazione dalla madre*; Torino: Bollati Boringhieri
- (1980) *Attachment and Loss, 3 Loss: Sadness and depression* London: Hogarth Press; trad It. (2000): Carla Sborgi *Attaccamento e perdita 3 la perdita della madre* Attaccamento alla madre; Torino: Bollati Boringhieri
- (1988) *A Secure Base* London: Routledge; trad It. (1989): Mariella Agostinelli *Una Base sicura*; Milano: Raffaello Cortina
- CERRI M. (2001) *I paradigmi della cura e il lavoro* in *Animazione Sociale*, n. 11: Torino: Edizioni Gruppo Abele pp.11-22.
- CHARMET G. P., BIGNAMINI S., COMAZZI D. (2010) *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* Milano: Franco Angeli
- DSM V (2013) American Psychiatric association; edizione it. A cura di M. Biondi (2013) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*; Milano: Raffaello Cortina
- GADAMER H.G. (1972) *Wahrheit und Methode* Tubinghen: J.C.B. Mohr; trad it R. Dottori (2001) *Verità e Metodo* volume 1 parte terza; Milano: Bompiani
- GALIMBERTI U. (1999) *Psiche e Techne*; Milano: Feltrinelli.
- GUNTER A. citato in GALIMBERTI U. (1994) “*Parole nomadi*”, Feltrinelli, Milano, p 200.
- WADDINGTON C.H. (1977), *Tools for Thought* (1997) USA: Palladin; ediz. It tradotto da V. Sala (1997) *Strumenti per pensare*, pp. 123-124; Milano: Mondadori

PAROLE CHIAVE: *Senso dell'esistenza, Paura, Virtuale, Società palliativa.*

KEYWORDS: *Sense of existence, Fear, Virtual, Palliative society.*

## AUTORE

Roberto Merlo è uno psicoterapeuta che ha svolto prevalentemente lavoro clinico e si è impegnato nella realizzazione di diversi progetti per conto di diverse istituzioni (UE, Caritas Tedesca, Regione Emilia Romagna, Comune di Bologna), Associazioni (Gruppo Abele, Fondazione Zancan. New Start Project in Giappone) e Università (SUPSI università di Locarno, Universidad Ibero Americana) per citare le principali. Oltre alla clinica si è impegnato nella realizzazione e progettazione di progetti di prevenzione del disagio giovanile in diversi paesi Messico, Centro America, Giappone, Costa D'Avorio, Burundi.

## SINTESI

L'articolo si propone di approfondire tre aspetti della attuale condizione adolescenziale sia sul versante fenomenologico sia sul versante delle conseguenze per il trattamento clinico. Mi riferisco a: (1) Il problema di vivere ed essere in grado di elaborare il distacco in tutte le varie forme che la vita e il quotidiano presenta; (2) La questione della costruzione di un mondo di relazioni e significati e significanti in cui sempre di più il reale è tranquillamente sostituibile con il virtuale; (3) Il problema del vivere in una società palliativa in cui il dolore il lutto la sofferenza sono disfunzione da sedare senza possibilità di senso e significato.

## ABSTRACT

The article aims to investigate three aspects of the current adolescent condition both on the phenomenological side and on the side of the consequences of clinical treatment. I mean: (1) The problem of living and being able to process detachment in all the various forms that life and everyday life presents; (2) The question of building a world of relationships and meanings and signifiers in which the real is increasingly easily replaceable with the virtual; (3) The problem of living in a palliative society in which pain, mourning and suffering are dysfunctions to be overcome without the possibility of meaning and meaning.