

Adolescenza e malattia al tempo del Covid-19. Colloquio-zoom interdisciplinare tra un padre pedagista e una figlia psicoterapeuta

Giuseppe Milan, Simonetta Milan

Università di Padova

Sinossi: L'articolo prende in esame, attraverso un'ottica interdisciplinare espressa dal dialogo tra le figure di una psicoterapeuta e di un pedagista, la condizione di un adolescente ammalato costretto inoltre a vivere la situazione di "quarantena" durante la fase di emergenza Covid19. Il dialogo sottolinea la complessità della crisi identitaria che riguarda l'adolescente e, accedendo a vari apporti sulla "cura" in prospettiva psico-pedagogica, mette in evidenza l'importanza di una strategia dialogica che diventi "cura partecipativa e narrativa", capace di invertire tendenze identitarie involutive e di promuovere nell'adolescente stesso la capacità di diventare "cura di sé".

Parole-chiave: adolescenza, malattia, vulnerabilità, cura partecipativa, cura narrativa.

Abstract: This article aims to present, in the interdisciplinary dialogue between a father and his daughter – a pedagist and a psychotherapist, some of the implications that might affect a teenager with a chronic illness during the Covid19 emergency. In this dialogue, the authors discuss the identity struggle that the young patient undergoes and, considering different psychological and pedagogical contributions about "care", highlight the importance of a dialogic approach that needs to become a "narrative and community-based care". This approach aims to invert the involutive identity route and to support the teenager during the process of becoming the protagonist of his own care.

Key-words: adolescence, illness, vulnerability, community care, narrative care.

Può capitare che, in tempi di quarantena per Covid19, un padre pedagista (P) e una figlia psicoterapeuta (F) si incontrino intorno a un tavolo di casa virtuale e, quasi per una simpatica e comunque involontaria sfida intergenerazionale-interprofessionale-interdisciplinare, uniscano al rito del caffè – rigorosamente sorseggiato “a distanza” - una non meno rituale conversazione sui fatti del giorno o, meglio, su “questioni professionali” che via via si presentano e che possono suggerire una condivisione. “Zoom”, piattaforma online che permette la comunicazione in teleconferenza, consente un setting non troppo diverso da quelli che normalmente si svolgono nelle round-tables dei professionisti della cura sanitaria, terapeutica, pedagogica.

Si tratta sempre di questioni specifiche, che tuttavia prestano il fianco a differenti approcci interpretativi permettendo all’uno (P) di risvegliare alcuni elementi della sua ormai matura, se non vetusta, epistemologia pedagogica, comunque arricchita dall’esperienza di padre e dalla conseguente psicologia della pratica quotidiana, e all’altra (F) di mettere in campo l’autorità degli studi recenti e dell’esercizio corrente della pratica terapeutica, oltre che l’ancora calda esperienza vissuta dei tipici scenari psicodrammatici dell’adolescenza.

Sta di fatto che in questa *zoom-table* si sviluppa un’interessante “psicopedagogia narrativa-dialogata”, che – forse con un pizzico di presunzione – può farsi “partecipativa” e “divulgativa” (che non è una parola sconveniente!) lasciandosi perfino trascrivere in un articolo per rivista scientifica.

La nostra conversazione in quarantena viaggia, come in una scarna mappa concettuale, intorno a una “triplice complicità”, dato che il “caso” proposto riassume tre condizioni: quella di un adolescente-malato-in quarantena.

Dopo gli affettuosi saluti di rito e le normali lamentele sulle restrizioni in atto, la conversazione scivola quasi involontariamente su uno dei frequenti argomenti di confronto.

F) Mi rendo conto, papà, che, per quanto abbia studiato, la pratica clinica e psicoterapeutica ti pone sempre di fronte a dilemmi non facili. Riconosco che sono frequentemente presa dall’insicurezza, tanto più in questa situazione che mi obbliga a tenere – pensa – colloqui a distanza, scardinando alcune delle “regole” del setting terapeutico.

P) Beh, ti direi che l’*insecuritas*, per le nostre professioni, deve essere una buona compagna di viaggio. Quando hai a che fare con persone sei sfidato da una realtà che lascia sempre spazio al mistero, e lo scandaglio interpretativo non può mai presumere di pervenire in via definitiva al fondo delle cose. L’altro è sempre, per certi versi, almeno in parte inaccessibile, indisponibile ai tentativi di possesso, sfugge alle pretese di definizioni causa-effetto. Guardarlo in faccia dovrebbe darti, insieme a un senso di mistero e di incommensurabile dignità, il senso di trovarti di fronte a un volto che è appello, che mette a nudo le tue presunzioni ma anche la tua responsabilità di persona e di professionista. È interessante, come sempre, l’etimologia delle parole. Professionista, dal latino *profiteri*, è colui che “parla davanti a”, che “si esprime davanti a”. Insomma, è chiamato a “stare”, a “fermarsi” ma anche a “pronunciarsi” di fronte a un volto che interpella. Pensa che Emmanuel Lévinas, grande filosofo, alludendo anche alle nostre professionalità, afferma che sono posto proprio dinanzi a un “Volto”, a una “nudità umana” che è debolezza, appello, bisogno, fragilità, vulnerabilità [...] ma che possiede anche “una strana autorità disarmata, ma imperativa, che mi interpella in qualità di io responsabile di questa miseria (Levinas, 1992, p. 7). Insomma, l’incertezza fa parte del mestiere, insieme all’umiltà e alla responsabilità.

F) Ok, papà...ma io non posso filosofeggiare. Oggi ho un appuntamento Zoom, logicamente, con un quindicenne che seguo da qualche tempo, che ha una malattia cronica e che perciò deve sottoporsi a cure sanitarie continuative che certamente influiscono anche sulla sua psiche di adolescente. Oltretutto è costretto in questa fase di emergenza a stare nel chiuso di un appartamento. Adolescente, malato, rinchiuso! Una bella complicazione! Non è facile contenere tutte le sue angosce...

P) Proprio una complicazione! Con questo “terzo incomodo”, la quarantena da coronavirus! Pensa che, etimologicamente, “complicato” significa “piegato insieme”, “avvolto con”, “ripiegato” (composto di *con-* e *plicare* «piegare»; *cum-plicum* deriva da un verbo greco denso di senso, *plekein*, cioè avvolgere, avvolgere, piegare assieme). Insomma: “messo in un plico” insieme a tante cose che rendono intricato e confuso tutto. Questa è proprio una situazione complicata! Un bel fascicolo: adolescente malato e messo nel plico della quarantena!

F) E dagliela con la tua etimologia! Ma voi pedagogisti avete sempre la testa tra le nuvole?

P) Tutt'altro! Stavo per dire, a volere essere davvero concreti, che tu – come psicoterapeuta – dovresti avere una *mente complicata*, perlomeno complicata come quella del paziente. È una competenza professionale: saper mettere nel tuo *plico-testa* tanti suoi problemi, tante sue questioni avviluppate: empatizzare la complicità, l'unico modo per tentare – per quanto possibile – di “spiegarla”! Avendo anche, nel *plico* della tua professionalità, una serie di nozioni teoriche che ti aiutino a capire qualcosa in più e che ti facilitino comprensione e spiegazione.

F) Penso che ne parlasse Carl Rogers (1970, p. 28), definendo proprio l'empatia cognitiva-emotiva una delle competenze-chiave del terapeuta, chiamato a sentire il mondo personale del “cliente” come se fosse proprio, “*senza però perdere mai di vista questa qualità del ‘come se’ [...] Sentire l'ira, la paura, il turbamento del cliente come se fossero ‘nostri’ senza però aggiungervi la propria ira, la propria paura, il proprio turbamento*”. Certamente Rogers ha ragione, ma il terapeuta si trova oggi di fronte a tali forme di complicazione che, come quella che stiamo vivendo, gli comportano veri e propri “*problemi di empatia*” che, come ricorda proprio un tuo collega pedagogo, si collegano a “*difficoltà, paure, elementi di fragilità, interferenze non sempre positive del contesto sociale, fughe improvvise e cadute di stile, insicurezze legate alla percezione del futuro, che inducono a nutrire più che lecite preoccupazioni sui possibili sbocchi di questo percorso*” (Fabbri, 2007, p. 12). Difficile affrontare le molteplici sfide reali, individuali e contestuali, e avere la capacità di “spiegarle”, appunto, e di intuire anche vie d'uscita.

P) Hai usato un bel verbo, “*intuire*”. Pensa che il filosofo Martin Buber, nel suo libro “*Io-Tu*” del 1922, quando ancora non si utilizzava il concetto di “empatia”, diceva che per comprendere l'altro è necessario sviluppare un'attitudine relazionale complessa, la “*fantasia reale*”: saper comprendere le concrete sfide reali, saperle leggere nella loro concretezza, perciò saper capire i molteplici problemi, anche patologici, della persona, del “*tu*”, ma anche mettere in atto una vera e propria “fantasia”, andando più in profondità, con una competenza rara, una “*appercezione sintetizzante*” (“*synthesizing apperception*”). Così, dice, “*io percepisco la sua intimità, e che egli è diverso, essenzialmente di verso da me, in questo determinato, a lui caratteristico modo unico [...]. Dobbiamo sviluppare in noi un dono che vive nell'interiorità dell'uomo come Cenerentola, predestinata a divenire principessa. Qualcuno lo chiama intuizione, io preferirei il nome di ‘fantasia reale’*” (Buber, 1993, pp. 278-306; Milan, 1994, pp. 102-106). Direi che si tratta proprio di “*intuizione*”, nel senso più profondo del termine, che per lui significava cogliere dialogicamente il “*tu*”, l'unicità intima dell'altro: “un tuffo coraggioso” che ti consente una più autentica, per quanto mai totale e definitiva, comprensione.

F) È quella che in altro ambito Viktor Frankl, il fondatore della logoterapia, chiama “*chiaroveggenza*”, anche per lui tipica competenza del “logoterapeuta”, chiamato ad essere dialogico e, in questo modo, ad aiutare i propri clienti a trovare il significato, il *logos*, aiutandoli a rispondere agli appelli del reale, “*liberandosi così dalla loro ontologica sordità*” (Frankl, 1977, pp. 19-20). Ed è chiaro, per tornare al tuo richiamo alla cosiddetta “fantasia reale”, che noi terapeuti – come voi pedagogisti - dobbiamo davvero avere un po' “*la testa tra le nuvole*”. Non per ragionare a vanvera sui massimi sistemi, ma proprio per metterci nei panni del cliente, per metterci nella sua testa. Vedi, oggi avrò il colloquio con G., il quindicenne di cui ti parlavo, che come quasi tutti i suoi coetanei ha proprio “*la testa tra le nuvole*” e, oltretutto, l'unico suo aggancio con la realtà sembra essere quello con la sfida di una corporeità, questa sì complicata: un conglomerato fisico che da qualche tempo, e in maniera crescente, sta diventando per lui eccessivamente intrusivo, pesante, totalizzante e che, nello stesso tempo, sembra essere diventato un “*corpo estraneo*”, uno “*straniero interno*”, incontrollabile e tutt'altro che addomesticabile. Questo estraneo-nemico si è accomodato in casa, travolgendo definitivamente – ormai da tempo – la placida serenità dell'infanzia. E G. vive questo straniamento del sé dal corpo, questa dolorosa dicotomizzazione identitaria, questo marasma esistenziale interno ma anche una turbolenza comportamentale e dell'umore che lo rende comunque ribelle all'interno dell'ecologia quotidiana, che non è più il nido affettivo dell'infanzia ma è divenuto prigioniero esistenziale. E il suo tempo, in una fase in cui la nozione temporale sembra disarticolarsi completamente, diventa vero e proprio “*ergastolo*” (“*luogo sotterraneo di lavori forzati*” senza speranza, senza vie d'uscita). Un tempo-ergastolo di “*metamorfosi*”, nel quale, come già Ovidio diceva, si muovono “*forme alterate in forme di corpi mai visti [...] cose male accozzate tra loro*”, un caos in cui “*ogni cosa urtava nell'altra [...] nulla conservava una forma sua propria*” (Ovidio, 2014, p. 6).

Qui diventano quotidiane, diurne e notturne, le dolorose incursioni dell'infanzia nell'adolescenza, e viceversa: i tratti del bambino e quelli del ragazzo si confondono e si combattono, rendendo assai improbabile il tentativo di delineare con un minimo di attendibilità i contorni e le forme della propria identità. Un'identità friabile, "di sabbia" (Ternynck, 2012). Totale confusione.

P) Prima ti ho citato Martin Buber. Lui stesso, che poi sarebbe diventato il compostissimo "filosofo del dialogo", ha narrato alcuni aspetti della sua adolescenza: "*Sino al mio ventesimo anno, e anche in minor misura oltre tale età, il mio spirito era in continuo e molteplice movimento, in un alternarsi di tensioni e rilassamenti...senza centro...: era veramente...il 'mondo della confusione'*" (Poma, *Introduzione*, in Buber 1993, p. 2; Milan, 1994, p. 11). È pur sempre l'età del terremoto identitario.

Mi sembra di ricordare che proprio una psicoanalista, Francoise Dolto (1990), parli al riguardo di "vulnerabilità" dell'adolescenza: è l'età della "perdita del guscio", come per quei crostacei, aragoste e gamberi, che per crescere devono abbandonare il guscio e stare scoperti, senza protezione, senza difese e con la probabilità di ferirsi. L'adolescente prova perciò il *trauma del guscio caduto*, ma va detto che questa naturale *fase di esposizione* è maieutica, è la *conditio sine qua non* della "seconda nascita".

F) Ricordi bene, oltretutto proprio la Dolto, a proposito dell'adolescenza, parla di "età meravigliosa".

P) Appunto, un'età che implica per noi la messa in atto di una *strategia pedagogica dello stupore e della meraviglia*... Che bell'impegno per noi!

F) Certo, ma mettiamo i piedi per terra. Finora abbiamo parlato del "primo incomodo", cioè di quella che potremmo definire la "paradossale normalità della malattia adolescenza", fase che, come afferma Anna Freud (1979), non può non essere caratterizzata dall'eclatante interruzione della crescita pacifica, tanto che un equilibrio stabile sarebbe di per sé anormale.

Ma qui mi trovo di fronte a un ragazzo da tempo malato, che vive la malattia come un ulteriore carico emotivo, che rischia perciò di associare il cataclisma corporeo-sessuale-identitario che ho già descritto, naturale caratteristica della malattia-adolescenza, con la concreta e dolorosa malattia che si ritrova.

Questa "seconda complicanza" mi impone, per certi versi, di aggiungere carne al fuoco, di voltare metaforicamente pagina, dato che il *plico* identitario che G. mi presenta implica una lettura ulteriore. Il quadro clinico si arricchisce, come pure la portata della sfida terapeutica: mi trovo di fronte a una *metamorfosi potenziata* perché alla normale destrutturazione adolescenziale si somma ora il sovraccarico di disturbi sanitari, una specie di *orrore del nuovo sé*. A proposito, è Franz Kafka, proprio all'incipit de "*La Metamorfosi*" (1981) a descrivere mirabilmente questa che potrei definire *patologia della patologia*: "*Destandosi da sogni inquieti si trovò mutato in un insetto mostruoso. Era disteso sul dorso, duro come una corazza e, alzando un poco il corpo, poteva vedere il suo ventre bruno convesso [...]. Una quantità di gambe, compassionevolmente sottili in confronto alla sua mole, gli si agitava davanti agli occhi [...]. Che mi è accaduto? pensò. Non era un sogno*".

P) Davvero un incubo: ritrovarsi a essere un insetto immondo, mostruoso ed enorme, ripugnante. Immagino che qui possano entrare in campo anche l'auto-colpevolizzazione, la vergogna per un male di cui ci si sente colpevoli e l'accusa da parte di un mondo che ti rifiuta e ti costringe a nascondersi. Nella narrazione di Kafka, il protagonista Gregor Samsa vive tutto questo.

F) Secondo me il pericolo maggiore, che tuttavia appare più frequente in altre età della vita (specie tra gli anziani, vero papà?), è che questo dramma identitario induca a precipitare negli abissi della depressione da parte di chi si sente abbandonato, disprezzato, considerato un insetto ripugnante dall'altrui brutalità. Comunque, come si fa a invertire questa tendenza all'autodefinizione negativa? È questo il compito che mi spetta, ma non è semplice trovare il bandolo della matassa...

P) Certo, come dicevamo prima non puoi ricorrere a un vademecum terapeutico o educativo. Qui non esistono ricette. Ma puoi certamente far tesoro, da un lato, dei tuoi studi che pur sempre costituiscono uno sfondo teorico significativo, un ricettacolo di conoscenze che ti supportano, e, dall'altro, provare a giocare quell' "intuizione" – anche di questa abbiamo già parlato – che può consentirti di trovare le parole giuste o, meglio, lo "sguardo" giusto: uno sguardo che ti conduca a cogliere più chiaramente il mondo di G. e a G. stesso di sentirsi "guardato", ma non attraverso le lenti di una "valutazione" esterna, meramente "tecnica", bensì attraverso le lenti dell'autentica condivisione

e comprensione. Credo che soltanto in questo modo la tua “narrazione” con lui potrà essere una cura efficace.

F) Tu hai accennato ora a due parole-chiave, secondo me importanti: *condivisione* e *narrazione*. Per *condivisione* intendo proprio la capacità di ascolto, empatica, che sa farsi carico della “crisi identitaria” e dell’appello che essa veicola “chi sono io?”. La parola del terapeuta, come pure quella dell’educatore, può essere *performativa* e capace di invertire la tendenza. Parola che si fa innanzitutto *conferma*: “Tu esisti per me”, “Tu sei importante”, “Io ci sono e dialogo con te”, “Tu sei ok”. La conferma è segno di *presenza*, di attiva partecipazione, di *sguardo* attento – come si diceva prima – uno sguardo accogliente e capace di mettere in luce il positivo, di farti sentire “pensato” e, quindi, di “esistere” per l’altro. È una parola-atteggiamento che, nel colloquio, confuta senza dirlo le “parole sbagliate”, quelle che annientano e deprimono, che tante volte l’adolescente avverte nei suoi riguardi. Ed è una parola “accettante” che sollecita l’adolescente proprio a un’inversione di tendenza: dalla “non-accettazione” di sé all’“auto-accettazione”, proprio perché c’è qualcuno di credibile che lo guarda, gli dà un luogo dove poter esistere in modo autentico, lo accetta. È perciò una *parola-condivisione* che può aprire a una *narrazione* non a senso unico, ma *partecipativa*, nella quale il dialogo terapeuta-paziente assume perfino delle connotazioni che danno crescente protagonismo e intraprendenza proprio all’adolescente. Naturalmente questo non lo si ottiene con la bacchetta magica. Sono necessari umiltà e pazienza...ma davvero può costituirsi un dialogo, una reciprocità di parola-ascolto.

P) Sì, è così anche in educazione. Pensa che è stato proprio Martin Buber ad avere introdotto il concetto di “conferma”, sempre nel testo del 1923. Un concetto che poi è stato utilizzato in vari altri ambiti delle scienze umane.

F) Certo, gli autori della “*Pragmatica della comunicazione umana*”, ad esempio, scrivono sull’importanza della “conferma” e, giustamente, citano Buber: “È probabilmente il più grande fattore singolo che garantisca lo sviluppo e la stabilità mentali. Per quanto sorprendente possa sembrare, senza l’effetto che produce la conferma di sé è difficile che la comunicazione umana avrebbe potuto svilupparsi oltre i confini assai limitati degli scambi indispensabili per la difesa e la sopravvivenza; sarebbe mancata ogni ragione di comunicare per il mero amore di comunicare” (Watzlawick, 1971, pp. 76-77). Insomma, la conferma è generativa della comunicazione e, in quanto tale, dà protagonismo e identità a chi può farne tesoro.

P) Se imposti così il colloquio terapeutico – ma questo vale anche per la relazione educativa – la parola diventa maieutica, è un modo di dire “ti voglio bene” e questo dà energia, dà vita, diventa “cura”. Lo dice anche Hanna Arendt (1964, p. 187). E proprio questo “colloquio” è quanto propone anche un grande pedagogista, il brasiliano Paulo Freire (2002, p. 89), quando parla del dialogo in educazione: “Attraverso il dialogo si verifica il superamento da cui emerge un dato nuovo: non più educatore dell’educando, non più educando dell’educatore; ma educatore/educando con educando/educatore. In tal modo l’educatore non è solo colui che educa, ma colui che, mentre educa, è educato nel dialogo con l’educando, il quale a sua volta, mentre è educato, anche educa. Ambedue così diventano soggetti del processo in cui crescono insieme e in cui gli ‘argomenti di autorità’ non hanno più valore. A questo punto nessuno educa nessuno, e neppure se stesso: gli uomini si educano in comunione, attraverso la mediazione del mondo”.

F) Interessante questa idea del dialogo. Direi che, come per il rapporto educatore-educando, anche nell’ambito della psicoterapia e della cura sanitaria è inscindibile il binomio di *reciprocità dialogica* che lega *terapeuta-paziente* e *paziente-terapeuta*, *medico-paziente* e *paziente-medico*. Io professionista in questo dialogo mi faccio carico della vulnerabilità dell’altro e nel dialogo stesso l’altro mi offre la sua ferita, e così anche riesce a liberarsene. Mi riferisco anche all’idea ampiamente esposta sia da Carl Gustav Jung (“*Solo il medico ferito guarisce*”) (1965) che da Hans Georg Gadamer (1994), per il quale una medicina umana implica, da un lato, che il medico sia un *guaritore-ferito*, disposto a lasciare i panni del tecnico asettico per farsi vulnerabile dinanzi alla vulnerabilità dell’altro, e dall’altro, che il malato superi lo stato di passività assistita per accedere alla condizione di essere *paziente-medico*. Vale anche per noi.

Allora possiamo parlare di *cura narrativa*, che fa leva proprio su una dialogicità viva, su una parola che promuove l’attitudine a dirsi, a pronunciarsi, a farsi attore, in poche parole ad essere “narratori di

se stessi” nel dialogo. Narratori anche della propria difficoltà, della propria sofferenza, delle proprie disillusioni, dei propri desideri. Certamente questo si può esplicitare nei diversi contesti della “cura”, cioè come *psicologia narrativa*, *pedagogia narrativa*, *medicina narrativa* (Charon, 2001), dove la comunicazione non si limita a misurazioni standard, all’analisi del *caso*, ma si fa realmente innovativa: non significa trasferire l’enfasi dal terapeuta al paziente, come nella cosiddetta *patient centred care*, ma mettere davvero al centro la relazionalità complessiva, il modello di reciprocità dialogica inteso come *modus operandi* in un contesto significativamente narrativo- partecipativo.

P) Sai, l’idea della narrazione richiama proprio, a mio parere, l’intensità della vicinanza, della *prossimità autentica*. Non si può narrare restando, per così dire, “a distanza”. Non intendo, naturalmente, che il colloquio-Zoom che avrai oggi con G. non sia valido: si può essere “prossimi” nella relazione anche occasionalmente da continenti diversi, grazie le tecnologie attuali. Intendevo la distanza abissale dell’indifferenza, o della svalutazione dell’altro che può avvenire anche se convivi a stretto contatto di gomito. La *narrazione-prossimità* di cui parlo è, invece, la disponibilità ad essere “acrobati” insieme all’*adolescente-acrobata*, che – come nel trapezio del circo - nel passaggio da un appiglio ad un altro è chiamato a lasciarsi andare – almeno per un po’ – in un vuoto senza appigli e legami: “*acrobaticità*” simile anche a quella di chi cammina su una corda tesa in alto, e sperimenta un difficile *equilibrisimo* nel quale, per superare la difficoltà e per portare a termine l’esercizio, bisogna andare avanti col rischio tuttavia di perdere il giusto bilanciamento e di cadere. Ecco, noi dovremmo essere agenti di *acrobaticità*, disponibili a traiettorie relazionali-educative spesso impensabili, libere da qualsivoglia gabbia programmatica rigida e scontata. Proprio per essere vera *narrazione-prossimità*, perché le nostre non siano parole al vento.

F) L’adolescente – è sto proprio pensando a G. – è proprio un acrobata che si libra nel vuoto e spesso, oltretutto, un “*acrobata senza rete*”, vero?

P) Verissimo, anche se succede a tutte le età... ma nell’adolescenza la mancanza dello sfondo protettivo è più evidente.

F) Ecco perché qui dovremmo aprire un capitolo nuovo, quello della “rete”. Non si può pensare che soltanto il colloquio terapeutico diretto sia risolutivo. Bisogna allestire la “rete”, dare forza, consapevolezza e responsabilità alle relazioni primarie, a partire da quelle familiari, da quelle scolastiche. C’è tutto un sistema da incentivare, per renderlo un tessuto relazionale atto a contenere il disagio, le solitudini, la disperazione. La rete, quando funziona, è segno di una speranza che è presente. So che il mio compito è anche quello di agire in quest’ottica, chiamando in causa anche i genitori, ad esempio. Non solo: la comunità locale. Ma è un discorso lungo, dovremo riparlare...

P) Bene, ne riparleremo. Ma, tornando a un discorso precedente, secondo te bastano l’accettazione, l’ascolto, l’empatia per una relazione d’aiuto efficace? Io credo di no.

F) Ma cosa dici?

P) Vedi, io credo che Martin Buber abbia ragione quando dice che non bastano e che – ascolta bene – una relazione efficace, anche nei nostri ambiti, deve essere una *lotta*: una calda, profonda lotta interpersonale, per costruirci l’un l’altro. È, come abbiamo detto, disponibilità ad essere vulnerabili, dato che ogni lotta ferisce, nel delicato dinamismo della relazione. È un appassionato dialogo, concreto, reciproco. Lotta *con* l’altro, *per* l’altro e anche, a volte, *contro* l’altro. Non contro l’altro, per negarlo, ma contro dei comportamenti inadeguati: le paure, le chiusure, le inibizioni, le violenze, il disimpegno, l’adesione a modelli stereotipati proposti dai media, l’impulsività, il sottoporsi passivamente a tradizioni sociali o ad ordini imposti senza una presa di posizione personale ed originale. La lotta diventa esortazione o contrasto nel dire “non sono d’accordo con te”, “puoi fare meglio”, sempre all’interno di una dinamica di dialogo interpersonale. Non se ne esce *vincitori* o *perdenti*, ma sempre *vincenti insieme*, *con-vincenti*, perché c’è la comune gratificazione nell’avvertire una crescita e il raggiungimento di traguardi importanti. Questo lo dico in generale, per le relazioni d’aiuto efficaci. Ma, se ci pensi, credo possa valere anche per il tuo G.! La psicoterapia, come la relazione educativa, può e forse deve essere anche una “lotta”.

F) Questa cosa mi spiazza un po’, ma devo pensarci. Mi ricordo tuttavia che un noto psicoanalista, Luigi Zoja (2001, p. 270), sostiene che la sofferenza di molti adolescenti, di molti giovani, sta anche nell’impossibilità di *combattere con qualcuno*, per confrontarsi, per crescere, per essere esortato e misurarsi anche nel conflitto. Amare significa lottare. E chiama in causa soprattutto l’assenza dei padri. Ma ora dovrei lasciarti!

P) Che *dimenticono* che sei! E il “terzo incomodo”? La terza complicità? Il coronavirus??

F) Caspita, hai ragione! Abbiamo troppo divagato.

P) Ok, forse ti spazzo ancora se, paradossalmente, ti dico che secondo me la quarantena potrebbe non essere soltanto negativa per G.!

F) In che senso??

P) Credo che questo “*stato di fermo*” potrebbe essere davvero una concreta possibilità di tessere prossimità, di *so-stare* nella relazione, di creare rete all’interno del contesto familiare, di riscoprire il “volto” di ciascuno da parte di tutti. E, su questa base, giocare insieme, fare da mangiare insieme, leggere qualche libro interessante, dialogare, etc. Anche uno come G., con tutte le “complicità” che lo deprimono, potrebbe ritrovarsi, riscoprire uno slancio salutare e sentirsi coinvolto e attore di una “*cura-prossimità narrativa*”, capace di aiutarlo a diventare anche “*prossimo di se stesso*”, padrone della propria cura, capace davvero di invertire la rotta e di venirci fuori.

F) Credo che tu abbia ragione, in fondo potrei ammettere che anche tu sei un narratore passabile!

P) Grazie del complimento! A proposito di adolescenza, dovrei dirti un’ultima cosa. F) Cosa?

P) Sai quante notti in bianco mi hai fatto passare qualche anno fa, durante la tua adolescenza?

F) Ok! E tu sai quanti disastri educativi hai fatto come padre negli anni scorsi?

P) Va bene, dai, nel nostro campo per imparare “non è mai troppo tardi!”

Bibliografia

- Arendt, A. (1964). *Vita activa*. Milano, Bompiani.
- Buber, M. (1993). *Il principio dialogico e altri saggi*. Milano, San Paolo.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902..
- Dolto, F. (1990). *Adolescenza*. Milano, Mondadori.
- Fabbri, M. (2007). *Problemi di empatia, Ricerche di Pedagogia e Didattica*. Bologna, CLUEB.
- Frankl, V.E.(1977). *Fondamenti e applicazioni della logoterapia*. Torino, SEI.
- Freire, P. (2002). *La pedagogia degli oppressi*. Torino, EGA.
- Freud, A. (1979). *Adolescenza*. In *Opere 1945-1964*, vol. 2. Torino, Boringhieri.
- Kafka, F.(1981). *La metamorfosi*. Milano, Adelphi.
- Gadamer, H.G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano, Raffaello Cortina.
- Jung, C.G. (1965). *Ricordi sogni riflessioni*. Milano, Il Saggiatore.
- Laufer, M., Laufer, E. (1986), *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Milan, G. (1994). *Educare all’incontro. La pedagogia di Martin Buber*. Roma, Città Nuova.
- Ovidio (2014). *Le metamorfosi*. Milano, Rizzoli.
- Rogers, C.R. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze, Martinelli.
- Ternynk, C. (2012). *L’uomo di sabbia. Individualismo e perdita di sé*. Milano, Vita e Pensiero.
- Zoja, L. (2001). *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Zoja, L. (2009). *La morte del prossimo*. Torino, Einaudi.