

# LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON L'ADOLESCENTE: UN EQUILIBRIO TRA MOTIVAZIONI

## INDICE:

Introduzione

Paziente e terapeuta: due età a confronto

Il sesso del paziente e del terapeuta: ricadute cliniche

Flussi e riflussi motivazionali in terapia

Un orientamento cognitivo-comportamentale come sfondo

Conclusioni

## Introduzione

La terapia in adolescenza rappresenta un caso particolare di intervento psicologico, dove il paziente mostra livelli motivazionali fluttuanti e dove il particolare momento evolutivo gioca un ruolo spesso rilevante.

Il terapeuta, figura spesso ricoperta da timori arcani, si propone come fornitore di aiuto che non sempre vuole essere accettato o considerato come tale dall'adolescente, che spesso mette in atto un atteggiamento di natura oppositiva, con aspetti comportamentali più o meno espliciti. Anche nei casi in cui la sofferenza sfocia in uno o più sintomi, l'adolescente mette in atto quello che gli viene naturale fare nella relazione con l'adulto: opporsi, negarsi, fingere.

È chiaro che tutto ciò è, per noi terapeuti, fonte preziosa di informazione sul funzionamento del ragazzo che abbiamo di fronte, ma nella pratica clinica questi agiti si dimostrano spesso non chiari da rilevare e terreno fertile per collusioni e incomprensioni.

Soprattutto nell'abbinamento adolescente problematico e terapeuta giovane, varie combinazioni di fattori entrano in gioco nella relazione e devono essere oggetto di attenta analisi. L'età, così come il sesso, sia del terapeuta sia del paziente, si legano intrinsecamente alla formulazione del caso e formano una sinergia nella quale il cambiamento di pochi fattori ne determina la buona riuscita o il drop-out (ovvero l'abbandono della terapia).

## Paziente e terapeuta: due età a confronto

Una **giovane età** del terapeuta è, nella terapia, un'arma a doppio taglio.

Da un lato troviamo i **vantaggi** che un aspetto giovane ha sulla relazione, il ragazzo si sente più vicino al terapeuta, percepisce la relazione meno asimmetrica e vi è una condivisione maggiore di vissuti ed esperienze. In opposizione, gli **svantaggi** derivanti da una vicinanza anagrafica si concretizzano in una minore percezione di autorevolezza e in una collaterale inesperienza.



## Il sesso del paziente e del terapeuta: ricadute cliniche

Nella fase adolescenziale c'è, forse tra i primi obiettivi evolutivi, la scoperta e la differenziazione della sessualità. All'interno della relazione terapeutica, il grado di emancipazione raggiunto dall'adolescente, il livello di maturazione sessuale e i rapporti con il sesso opposto entrano in modo dirompente e si innestano nel rapporto con il terapeuta che viene più che mai percepito in prima istanza come uomo o donna e, solo in un secondo passaggio, terapeuta uomo o terapeuta donna.

Una diade **terapeuta-paziente dello stesso sesso** presenta alcuni importanti vantaggi: nei casi in cui l'adolescente non ha nella sua storia di vita figure genitoriali positive trova la possibilità di sperimentarne una all'interno della terapia. Allo stesso modo, un adolescente che fatica nel relazionarsi con il sesso opposto è ampiamente avvantaggiato nel trovare di fronte a sé una figura professionale che non è fonte di ansie generate per il solo genere.

I vantaggi di una **diade di sesso opposto** si possono sicuramente individuare nelle dinamiche transferali e controtransferali che sicuramente si mostrano più esplosive e ricche di significato ma che, allo stesso tempo, minano la relazione e la terapia perché non sempre l'adolescente è in grado di reggerle e le agisce tramite il drop-out.

Solo una maggiore esperienza del terapeuta e una conoscenza dettagliata della storia del paziente può arginare questi rischi legati al drop-out.

## Flussi e riflussi motivazionali in terapia

In generale si sperimentano, nel corso di tutte le terapie, **andamenti fluttuanti della motivazione**.

Se la relazione è buona, la linea della motivazione del terapeuta e del paziente si trovano, in un grafico immaginario, quasi sempre sovrapposte. Nel momento in cui la motivazione del paziente cala, è il terapeuta a intervenire per cercare di ripristinarla, mentre nel caso in cui sia il terapeuta a essere poco motivato, mette in atto strategie per capirne l'origine e agirle nella terapia.

Raramente, se appunto la relazione terapeutica è buona e improntata sull'aiuto, il paziente ha una bassa motivazione, proprio perché è spinto dal sintomo e dal malessere che lo portano a essere prettamente collaborativo, o comunque a porre fine alla situazione di sofferenza.

In pazienti adolescenti, troveremmo nel nostro grafico immaginario due linee completamente autonome, dove la motivazione del terapeuta si trova costantemente con punteggi più alti rispetto a quella del paziente adolescente. Al contrario del terapeuta, il paziente adolescente non è necessariamente motivato dallo stato di sofferenza psicologica, ma anzi, proprio perché in uno stato di sofferenza, non vede la soluzione a essa nella figura del terapeuta. La motivazione diventa così una merce di scambio, con una quantità e un peso.

La **motivazione del terapeuta**, presente in quantità maggiori e con un peso calibrato, deve essere presente in maniera costante e, talvolta, colmare il vuoto che si trova dall'altra parte del tavolo. La motivazione del paziente adolescente assume invece caratteristiche quantitative decisamente minori, ma con un peso maggiore che si può e si deve estrapolare in segnali che non sempre rientrano nell'esplicito di una relazione, ma che anzi navigano nell'implicito di un comportamento o di un non-detto.



## Un orientamento cognitivo-comportamentale come sfondo

Un terapeuta cognitivo comportamentale si trova talvolta, nel setting terapeutico con l'adolescente, in un **paradosso teorico**. Se da una parte c'è un'impostazione basata sulla focalizzazione sul sintomo, sulla collaborazione terapeutica paritaria e sulla scoperta guidata dal paziente, dall'altra parte del tavolo troviamo i limiti evolutivi di un paziente che non è sempre in grado di guidare se stesso o l'altro alla scoperta di qualcosa che è a lui per primo oscura.

La sintomatologia è priva di concettualizzazione semantica, la sofferenza è vista in maniera univoca e poco differenziata in termini di intensità e durata. Tutto ciò che è vita psichica, metacognizione, gestione e controllo delle emozioni sono aree che l'adolescente sta sperimentando e quindi non completamente accessibili o chiare.

Ecco quindi come, anche da questo punto di vista, la terapia in adolescenza deve appoggiare su equilibri delicati. Il paziente adolescente ci porta a essere **terapeuti meno dogmatici e più elastici**.

Tutto ciò che è comportamentale deve essere proposto senza dare l'impressione di essere un compito con valenza scolastica (soprattutto per adolescenti con problematiche di questo tipo), tutto ciò che è cognitivo deve essere calibrato con lo sviluppo soggettivo raggiunto dal paziente. Tutto ciò che è relazione è materiale ancora più prezioso.

## Conclusioni

I terapeuti che attuano la scelta di lavorare con pazienti che rientrano in questa fase evolutiva, si trovano a gestire situazioni che sono profondamente diverse dal lavoro con l'adulto.

Sono rari i casi in cui è l'adolescente stesso a proporsi al terapeuta e sono invece frequenti, quasi in modo esclusivo, le richieste di presa in carico da tutti quegli istituti che gravitano attorno al paziente e che spesso egli stesso vive come intrusivi: famiglia e scuola. Le richieste poste da questi soggetti sono di porre rimedio a situazioni di sofferenza che non sempre sono condivise dal paziente e, se lo sono, proprio per questo motivo vengono negate e rifiutate. È chiara l'influenza che tutto questo ha sulla motivazione alla terapia.

Un adolescente inviato a uno psicologo, per problemi che non ritiene di avere, da familiari a cui tenta di opporsi o da insegnanti da cui non si sente capito, avrà un atteggiamento fortemente oppositivo e svalutante.

È proprio nelle **prime battute della terapia** che si gioca la possibilità di compliance o l'eventuale drop-out; il paziente, con un'attenzione selettiva per le mosse del terapeuta, cercherà di carpire tutti gli indizi che lo possano portare a confermare la sua idea di nemico. Il terapeuta avrà solo poche possibilità per ingaggiare l'adolescente che tenderà a sfuggire.

Solo attraverso una posizione distanziata e indipendente nei confronti dell'inviante e un atteggiamento di sincero coinvolgimento nel punto di vista dell'adolescente, si può iniziare a costruire una reale relazione terapeutica.