

# APPROCCIO ALL'ADOLESCENTE DIFFICILE



ATTI DEL VI CONVEGNO DI  
PSICOPATOLOGIA POST-RAZIONALISTA

A cura di  
Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

in collaborazione con  
ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA



QUADERNI



## QUADERNI

ASUR - ZONA TERRITORIALE 7 - ANCONA  
*Direttore: Antonio Maria Novelli*

A cura del Centro Studi e Documentazione - Biblioteca  
*Coordinatore: Stefano Giuliodoro*

*Grafica e impaginazione:*  
**Roberta Casoli**

*Collaborazioni di:*  
**Laura Cortese**  
**Gianni Marconi**

*Sede:*  
**ASUR - ZONA TERRITORIALE 7**  
**Centro Studi e Documentazione - Biblioteca**  
Via C. Colombo, 106 - 60127 ANCONA  
Tel. 071.870.5682 - 5626  
Fax 071.870.5311  
e-mail: biblio2000@fastnet.it  
biblioteca@zona7.marche.it  
<http://www.asl7.marche.it>

*Stampa: Tip. Coopergraf - Ancona*

**Edizione:**



GLATAD Via A. Lucentini, 14 P.O. BOX 62 – 62029 Tolentino (MC)  
Tel./Fax 0733960845 E-mail: [glatad@tin.it](mailto:glatad@tin.it)



***Convegno accreditato E.C.M. realizzato sotto il Patrocinio di:***

- Consiglio Regionale delle Marche
- Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, Ancona
- ASUR, Zona 7, Dipartimento di Salute Mentale di Ancona
- Assessorato allo Sport e Turismo del Comune di Ancona
- Azienda di Promozione Turistica della Regione Marche
- Accademia dei Cognitivi della Marca

***Con il contributo di***

- Azienda Farmaceutica Pfizer

***Organizzazione del Convegno e Segreteria Scientifica***

Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci  
Centro Adolescenti, Clinica Psichiatrica  
Università Politecnica delle Marche - Ancona

***Segreteria Organizzativa***

Emidio Arimatea  
Marco Brandoni  
Ilaria Capecci  
Valeria Frattesi  
Bernardo Nardi  
Francesca Romagnoli  
Sara Rupoli  
Francesca Tittarelli

***Segreteria del Convegno***

Luisa Anibaldi  
Gianni Castellucci  
Rosella Colocci  
Marisa Del Papa  
Chiara Massaioli  
Chiara Mazzoni  
Maria Luisa Sabbatini

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria  
Via Tronto, 10/A – Torrette, Ancona

### **Curatori:**

Bernardo Nardi, M.D., Ph. D.

Marco Brandoni, M.D.

Ilaria Capecci, M. D.

*Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona-Torrette, Castelfidardo e Falconara Marittima (ASUR Marche, Zona 7, Dipartimento di Salute Mentale di Ancona - Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria)  
Accademia dei Cognitivi della Marca*

### **Autori:**

Emidio Arimatea

*Psicologo e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Socio Terapeuta dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Rita Bisanti

*Psicologa Psicoterapeuta, specialista in Psicologia Clinica e Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Professore a contratto presso la Facoltà Medica dell'Università di Milano Bicocca. Dottoranda presso la Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università della Svizzera Italiana (Lugano) e Responsabile del Centro Studi "Carlo Perris", Cooperativa "Il Volo" Onlus*

Gabriele Borsetti

*Psichiatra, Psicoterapeuta. Professore Associato, Direttore della Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Neuroscienze e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Politecnica delle Marche*

Marco Brandoni

*Psichiatra e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Dirigente Medico dell'U.O. di Psichiatria, Azienda Ospedali Riuniti di Ancona. Socio Terapeuta e Consigliere dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Luca Canestri

*Psicologo Clinico del Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Sezione di Scienze del Comportamento - Università di Siena*

Ilaria Capecci

*Psichiatra e Psicoterapeuta in formazione del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche). Socio dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Simona Castellani

*Psicologa e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche). Socio Terapeuta dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Gianni Castellucci

*Medico interno del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche)*

Cristina Ciarafoni

*Psichiatra in formazione dell'U.O. di Clinica Psichiatrica. Azienda Ospedali Riuniti di Ancona – Università Politecnica delle Marche*

Valeria Frattesi

*Psicologa e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Socio Terapeuta dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Paola Gaetano

*Psicologa e Psicoterapeuta dell'IPRA, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Post-Razionalista – Roma*

Jessica Gentili

*Psichiatra e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Dirigente Medico U.O. Ser.T., Zona 7 della ASUR Marche. Socio Terapeuta dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Furio Lambruschi

*Psicologo e Psicoterapeuta dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Azienda USL di Cesena. Socio Didatta SITCC. Co-Direttore della S.B.P.C., Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. Professore a contratto di Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Siena. Professore a contratto di Psicoterapia Cognitiva dell'Università di Modena e Reggio Emilia*

Marco Lazzarotto Muratori

*Psichiatra in formazione dell'U.O. di Clinica Psichiatrica. Azienda Ospedali Riuniti di Ancona – Università Politecnica delle Marche*

Silvio Lenzi

*Psichiatra e Psicoterapeuta, Socio Didatta SITCC. Co-Direttore della S.B.P.C., Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva. Professore a contratto di Psicodiagnostica dell'Università di Siena*

Chiara Mazzoni

*Medico interno del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche)*

Christine Meier

*Psicoterapeuta e Didatta SITCC. Direttore del Centro di Psicoterapia e Riabilitazione e del Centro di Formazione "Al Dragonato" del Ticino (Svizzera). Dottore di Ricerca in Psicologia Cognitiva. Docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Como e Torino, nella Scuola Universitaria Professionale per Operatori Sociali e nella Scuola Infermieri Cantonale del Ticino*

Andrés Moltedo Perfetti

*Psicologo e Psicoterapeuta. Post-titolo in Terapia Cognitiva Post-Razionalista INTECO del Cile. Professore della Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (Cile). Direttore della Sociedad Chilena de Sexualidad Humana*

Andrea Monaci

*Psichiatra in formazione dell'U.O. di Clinica Psichiatrica. Azienda Ospedali Riuniti di Ancona – Università Politecnica delle Marche*

Bernardo Nardi

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Neurologo, Responsabile del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Ricercatore confermato e Professore di Psicologia Clinica, Psicopatologia e Psicoterapia dell'Università Politecnica delle Marche. Presidente della Accademia dei Cognitivi della Marca*

Antonio M. Novelli

*Direttore Generale della Zona 7 di Ancona – ASUR, Azienda Sanitaria Unica Regionale, Regione Marche*

Giorgio Pannelli

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Incaricato dell'Ambulatorio di Alcolologia Ser.T., Zona 11 di Fermo. Vice Presidente della Accademia dei Cognitivi della Marca*

Maria Francesca Pilleri

*Psicologa e Psicoterapeuta del Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Sezione di Scienze del Comportamento - Università di Siena*

Giovanni Principato

*Biologo. Professore Ordinario, Direttore dell'Istituto di Biologia e Genetica dell'Università Politecnica delle Marche - Ancona*

Mario A. Reda

*Neuropsichiatra e Psicoterapeuta. Socio Didatta SITCC. Professore Ordinario e Direttore della Sezione di Scienze del Comportamento e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento dell'Università di Siena*



Giorgio Rezzonico

*Psicologo, Psichiatra e Psicoterapeuta, professore straordinario di Psicologia Clinica, Facoltà Medica, Università degli Studi di Milano Bicocca. Past President e didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Presidente dell'Accademia per le Scienze Cognitive, Direttore scientifico delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Como e Torino. Direttore di Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, Presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione "Progetto Il Volo" per il trattamento dei Disturbi di Personalità*

Gianfranco Rocchetti

*Neuropsichiatra, Dirigente Medico di II Livello. Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della Zona 7 di Ancona – ASUR Marche*

Francesca Romagnoli

*Medico Interno del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Socio dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Sara Rupoli

*Psicologa e Psicoterapeuta del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche)*

Giovanni Santone

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Neurologo. Dirigente Medico della U.O. di Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedali Riuniti di Ancona – Università Politecnica delle Marche*

Francesca Tittarelli

*Psicologa del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona (Dipartimento di Salute Mentale, Zona 7 della ASUR delle Marche – Università Politecnica delle Marche). Socio dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*



## INDICE

**Antonio M. Novelli, Gianfranco Rocchetti, Gabriele Borsetti**

*Presentazioni*

**Bernardo Nardi, Ilaria Capecci**

*Quanto è difficile il normale*

**Ilaria Capecci, Bernardo Nardi**

*Difficoltà maturative adolescenziali tra normalità e patologia*

**Prima Sessione**

*Le ricerche neurobiologiche ed i paradigmi epistemologici*

**Giovanni Principato**

*Le basi genetiche dei processi di diversificazione cellulare: contributo delle ricerche neurobiologiche alla comprensione del comportamento*

**Giorgio Pannelli**

*Approccio post-razionalista alle patologie da dipendenza*

**Giovanni Santone, Andrea Monaci, Marco Lazzarotto Muratori,**

**Cristina Ciarafoni, Gabriele Borsetti**

*Psicofarmacoterapia dei disturbi della condotta in adolescenza*

**Luca Canestri, Maria Francesca Pilleri**

*Ricerca applicata e prospettive terapeutiche*

**Furio Lambruschi**

*Difficoltà maturative e sistemi di attaccamento*

**Bernardo Nardi**

*Ruolo dei processi filogenetici ed ontogenetici nello sviluppo delle organizzazioni di significato personale*

**Bernardo Nardi, Ilaria Capecci**

*Organizzazioni di significato personale: adattamento e fisio-patologia*

**Seconda sessione**

*L'approccio esplicativo e l'intervento post-razionalista*

**Mario A. Reda, Maria Francesca Pilleri**

*L'approccio esplicativo e l'intervento post-razionalista: evoluzione dei modelli di intervento con l'adolescente difficile*

**Paola Gaetano**

*La nuova adolescenza*

**Silvio Lenzi**

*Prospettive di narrazione e retorica dell'identità nei resoconti di esperienze personali negative di adolescenti*

**Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Gianni Castellucci**

*Le difficoltà degli adolescenti con depressione dell'umore*

**Giorgio Rezzonico, Rita Bisanti**

*Aspetti dell'intervento con l'adolescente "borderline"*

**Christine Meier**

*Lavorare con l'adolescente con diagnosi di psicosi*

**Andrés Moltedo Perfetti**

*Manifestazioni autoaggressive dell'adolescente*

**Emidio Arimatea, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Simona Castellani,**

**Gianni Castellucci, Valeria Frattesi, Jessica Gentili, Chiara Mazzoni,**

**Bernardo Nardi, Francesca Romagnoli, Sara Rupoli, Francesca**

**Tittarelli**

*Le difficoltà della crescita nell'esperienza del Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile di Ancona: A) Le difficoltà giovanili nella casistica del Centro di Ancona (Marco Brandoni); B) Aiutare gli adulti: il gruppo terapeutico con i genitori (Sara Rupoli); C) La supervisione dell'attività clinica (Emidio Arimatea)*

## **Conclusioni**

**Bernardo Nardi, Emidio Arimatea**

*L'intervento terapeutico con l'adolescente difficile*

## PRESENTAZIONI

Antonio M. Novelli

Direttore Generale della Zona 7 di Ancona – ASUR Marche

*Il ruolo della prevenzione e degli interventi precoci, finalizzati a ridurre l'impatto delle patologie mentali e gli effetti invalidanti cronici che da esse possono derivare, è un punto essenziale in una programmazione sanitaria efficiente e al passo con i tempi.*

*Questo significa anche che, in una società complessa come quella nella quale viviamo ed operiamo, in costante cambiamento e che è al tempo stesso globale e multietnica, appare ancora più cruciale poter cogliere le diverse esperienze del disagio di chi si affaccia alla vita adulta e cerca di conseguire la necessaria autonomia per entrarne a far parte. Proprio per la dinamicità e la complessità del mondo attuale, il disagio giovanile può assumere espressioni patologiche nuove, di fronte alle quali è necessario essere preparati con un costante aggiornamento.*

*Siamo consapevoli, d'altronde, che proprio i soggetti in età giovanile sono i più fragili e i meno protetti nell'affrontare le difficoltà che l'esperienza propone loro, dato che essi attraversano il periodo più radicale di cambiamenti, che li coinvolge nel fisico, nella mente e nei rapporti con gli altri, mentre non sempre dispongono degli strumenti per gestire tali trasformazioni; infatti, mancano spesso l'esperienza, il distacco emotivo e le capacità di astrazione sul versante cognitivo per farlo.*

*Nella pianificazione sanitaria territoriale le forme di disagio adolescenziale richiedono quindi una attenzione particolare, in un'ottica di prevenzione e di trattamento specialistico precoce. Per questo, raccogliendo uno specifico progetto regionale, da anni nella Zona 7 di Ancona è attivo il Centro Adolescenti per la promozione dell'agio giovanile, che dispone di tre diversi punti ambulatoriali distribuiti nel territorio; per lo stesso motivo, la nostra Zona patrocina iniziative scientifiche come questa, rientranti nell'aggiornamento sanitario continuativo E.C.M.*

*Sia attraverso la ricerca e l'aggiornamento, sia tramite la pratica clinica specialistica, l'obiettivo è quello di ridurre, prevenendole o gestendole nella maniera migliore, le espressioni del disagio giovanile, contenendone pertanto le conseguenze negative che esso può determinare in termini di disabilità e*

*di cronicizzazione, che sono particolarmente gravi per soggetti che ancora hanno dinanzi tutta la vita adulta.*

*Mi fa pertanto particolarmente piacere presentare i lavori di questo convegno sull'approccio alle difficoltà adolescenziali e di accoglierne i contributi scientifici nell'ambito della collana editoriale costituita dai Quaderni della nostra Azienda.*

Gianfranco Rocchetti

Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della Zona 7 (Ancona)  
della ASUR Marche

*Vorrei innanzi tutto congratularmi per la realizzazione di questo VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista, organizzato dal "Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile" del nostro Dipartimento di Salute Mentale della Zona 7 di Ancona.*

*Si tratta di una ulteriore iniziativa, che si aggiunge alle altre realizzate negli anni precedenti e che evidenzia come nell'ambito del Distretto di Salute Mentale ci siano degli specialisti attenti all'evolversi continuo della necessità di confrontarsi su tematiche estremamente attuali, quali quelle adolescenziali.*

*L'adolescenza e le sue problematiche sono sempre più al centro dell'attenzione, non solo da parte degli specialisti, ma anche dei mass-media. Certo, questa età resta un po' misteriosa, ma anche grazie a iniziative come questa appare più accessibile rispetto al passato. Sul versante clinico, gli aspetti complessi che ne configurano le difficoltà iniziano a trovare strumenti più specifici e mirati, sia sotto il profilo psicofarmacologico che terapeutico, che ne consentono una migliore gestione.*

*Come ho avuto modo di sottolineare in altre occasioni, occorre sempre fare attenzione al rischio di passare dal nulla di alcuni anni fa alla confusione di "input", alla proliferazione di iniziative, analoghe a quella attuale, che sono frutto sicuramente di grande sensibilità e generosità, ma che risultano spesso prive di coordinamento.*

*Proprio in questa attuale ricerca di coordinamento si inserisce il "Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile", la cui ottima attività, sia in campo clinico che in quello della ricerca e della formazione, costituisce un punto nodale di riferimento all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, fornendo modalità di approccio assolutamente specifiche in un ambito, quale quello adolescenziale, che è lo specchio di un'età complessa, mutevole e che richiede una ricerca ed un aggiornamento continui.*

*Mi auguro pertanto che anche per il futuro non vengano a mancare le risorse per stabilizzare le professionalità di cui il Centro si avvale, in modo da continuare a lavorare concretamente e proficuamente nell'ambito adolescenziale, perfezionando anche quel lavoro di integrazione con le altre risorse disponibili sul territorio così ben avviato in questi anni.*

## Gabriele Borsetti

Direttore della Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Neuroscienze e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Politecnica delle Marche

*È con vero piacere che intervengo all'apertura di questo Convegno in cui il cognitivismo postrazionalista si integra e confronta con i contributi di altre ottiche ermeneutiche o, per meglio dire, con altri strumenti di studio e di intervento che vanno dalla genetica alla psicofarmacologia.*

*D'altronde la problematica adolescenziale impone, in prima istanza a livello istituzionale, una permanente elaborazione delle tematiche ed un confronto sulle possibilità di intervento.*

*Il Convegno è anche testimonianza della vivacità culturale della Università, e nello specifico della Clinica Psichiatrica, nella sua possibilità-necessità di estendersi sul "Territorio", al di là degli angusti confini della degenza ospedaliera.*

*Il Convegno è dedicato all'adolescente difficile che deve essere aiutato a crescere e strutturarsi in modo da trovare in sé le risorse per non essere sconfitto dalla vita, per non dover ricorrere a pseudo-soluzioni (la dipendenza patologica sarà uno degli argomenti all'ordine del giorno), alla fuga o all'espressione psicopatologica della propria sofferenza.*

*Non so se esista un'adolescenza non difficile, ma so con certezza che è una fase di vita delicata in cui conflitti, adattamenti, nuovi equilibri si proiettano violentemente sulla scena psicologica ed impegnano il soggetto stesso ed il suo ambiente.*

*L'adolescenza è di per sé una fase critica, nel senso etimologico del termine di svolta, cambiamento.*

*La vedrei come il riproporsi di un meccanismo di individuazione-separazione. Sicuramente in una ottica cognitivista la terminologia potrà essere differente, ma l'assunzione di un diverso vertice osservativo potrà portare nuove chiavi di lettura e possibilità di intervento soprattutto là dove il confronto con la patologia si fa più duro, sui Disturbi di Personalità, nelle Psicosi, quadri su cui alcuni relatori porteranno oggi i loro contributi.*

*Complimentandomi con la Segreteria scientifica ed organizzativa e con i Relatori, non mi resta che augurare a tutti i partecipanti un proficuo lavoro nella consapevolezza che sarà la loro attiva partecipazione a decretare il successo della iniziativa.*



## INTRODUZIONE

Bernardo Nardi, Ilaria Capecci

### QUANTO È DIFFICILE IL NORMALE

Nell'opinione pubblica, come nella letteratura, il fatto che l'adolescenza costituisca per definizione l'età critica della vita è condiviso pressoché universalmente e dato quasi per scontato.

Anche nei lavori scientifici questo aspetto sembra largamente suffragato e molte ricerche tendono a sottolineare l'esistenza di un rapporto tra complessità della società adulta e incremento della difficoltà nel raggiungere una adeguata capacità di autonomia.

Sembrerebbe quanto mai facile fare una equazione tra adolescenza e difficoltà del vivere, come se di per sé crescere fosse un processo comunque psicopatologico.

Viceversa, nel continuum che intercorre tra loro, normalità e patologia (che non sempre costituiscono entità nettamente distinte o distinguibili) molte volte presentano varie o ripetute aree comuni, identificabili nelle diverse espressioni di disagio (Nardi, 2001).

Legata a questa considerazione è l'altra per cui i periodi di stabilità e quelli di crisi rappresentano due modalità che connotano irriducibilmente l'intera vita di un individuo, alternandosi periodicamente in ogni sua fase e non soltanto nel corso della preadolescenza e della adolescenza (Nardi, 1995, 2001).

Occorre distinguere quindi i processi critici patologici (con le difficoltà che creano ai soggetti che li vivono e a chi interagisce con loro e cerca di fornire loro gli strumenti per gestirle in modo adattivo) dalle fisiologiche difficoltà della crescita. In altri termini, nel corso dell'intero arco di vita, periodi di maturazione e di evoluzione lineari e continui si alternano comunque con altri periodi di cambiamenti rapidi e critici. Entrambi costituiscono modalità fondamentali e irriducibili dell'esperienza umana, analogamente a quel che accade per altre variabili, come l'alternanza di fasi di veglia e di sonno, che esprimono modalità diverse di funzionamento dei processi di coscienza. Contrariamente a ciò che si ritiene comunemente, quindi, le crisi adolescenziali sono, di base, del tutto fisiologiche, almeno quando vengono

gestite con modalità autoreferenziali flessibili, integrate e sufficientemente connotate sul piano del pensiero astratto.

Un esempio emblematico di quanto si è detto è fornito dalla depressione del tono dell'umore (Nardi, 1999, 2004a). Essa è pressoché universalmente rintracciabile nel corso dell'adolescenza, rappresentandone un elemento propulsivo verso l'acquisizione di un più maturo senso di realtà; d'altra parte, in alcuni soggetti e in determinati periodi, essa esprime per intensità, durata, difficoltà di gestione delle emozioni ad essa correlate e rigidità delle trame narrative, caratteristiche patologiche da identificare e trattare nella maniera più tempestiva e adeguata possibile.

Venendo al tema specifico del Convegno, confrontarsi con le difficoltà dell'adolescenza comporta porsi di fronte a tre ordini di problematiche (Nardi, 2004b):

- come accade che assimilare l'esperienza sia difficile;
- cosa ci dice questa difficoltà del modo di funzionare dell'adolescente;
- come si può intervenire.

In relazione al primo punto, se si considera una difficoltà secondo una prospettiva asetticamente razionalista, per cui la realtà è qualcosa di condiviso e uguale per tutti, le difficoltà dell'esperienza possono essere viste come modi errati e devianti di percepire e di comportarsi, rispetto allo standard di normalità. Scopo di una terapia è pertanto quello di correggere gli errori individuati e diagnosticati.

In realtà, sappiamo che il problema è più complesso e che questo modo di procedere non produce risultati soddisfacenti e durevoli. Le difficoltà derivano infatti da attivazioni emozionali che rimandano alle modalità soggettive di assimilare l'esperienza. Occorre porsi in un'ottica per cui la ricerca di queste modalità soggettive sia privilegiata rispetto al prendere in esame solo gli aspetti esterni condivisi. In questo tipo di approccio, proprio del costruttivismo cognitivo "post-razionalista", un problema è anzitutto espressione di una modalità interna di funzionare e di esprimere una difficoltà, più o meno marcata e perturbante, di assimilare l'esperienza. La difficoltà non è dunque riducibile alla semplice conseguenza di un problema oggettivo e standardizzabile, esterno ed estraneo all'individuo che ne risulta coinvolto, ma rimanda ad una disfunzione, inizialmente non chiarita e da definire, relativa al mondo interno, che va dunque esplorato.

Questa considerazione ci introduce al secondo punto: una difficoltà esprime

il fatto che quel soggetto, nel suo procedere attraverso la maturazione e nell'assimilare attivamente l'esperienza, trasformandola in conoscenza, sperimenta certi eventi come discrepanti con il senso di sé e del mondo che si era fino ad allora costruito; essi sono avvertiti come qualcosa che altera l'equilibrio interno, minacciando la coerenza che fa da base all'identità. In certe condizioni, le esperienze possono essere così discrepanti e possono produrre una tale attivazione emozionale che il sistema individuale perde irreversibilmente la preesistente condizione di equilibrio ed entra in una fase critica di instabilità, dalla quale è possibile venire a capo solo raggiungendo un nuovo e più complesso equilibrio. La lettura soggettiva di ciò che è compatibile o discrepante con il senso di sé è legata alle specifiche modalità attraverso le quali ciascun soggetto costruisce la propria organizzazione di significato personale.

Siamo, così, al terzo punto: ciò che si può fare, attraverso interventi tanto tempestivi quanto mirati e specifici, è fornire gli strumenti più idonei per aiutare l'adolescente a raggiungere una nuova situazione di equilibrio, più ampia, complessa e flessibile, tale da consentirgli di assimilare anche quelle categorie di esperienza che lo avevano destabilizzato e messo in crisi. Questi interventi sono possibili solo se si parte da una corretta messa a fuoco delle modalità soggettive, uniche e irripetibili, attraverso le quali un soggetto assimila l'esperienza e la riordina in accordo con i suoi processi basilari di costruzione del sé e del significato personale ad esso correlato. Compito dunque del terapeuta è quello di fornire gli strumenti – non certo le risposte – che portino l'adolescente a cogliere consapevolmente le sue modalità perturbanti di assimilare l'esperienza, ricercando quindi modalità più adatte di viverla.

## BIBLIOGRAFIA

Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): Scoprire l'Adolescenza. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.

Nardi B.: Approccio cognitivo sistemico processuale alla depressione nell'adolescenza. In: Nardi B. (Ed.), La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale. Atti del I Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1999.

Nardi B.: Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001 (Prima ristampa, 2003).

Nardi B.: La depressione adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva, pp. 650-683. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Nardi B.: Psicoterapia con adolescenti: la especificidad del tratamiento; la propuesta terapeutica post-razionalista. Seminario, taller, supervision y consultoria. Escuela de Psicologia, Universidad Catolica de Valparaiso, Chile, 5-12 agosto 2004b.

Ilaria Capecci, Bernardo Nardi

## LE DIFFICOLTÀ MATURATIVE ADOLESCENZIALI TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA

Prima di addentrarci nel mondo delle difficoltà maturative, ci è sembrato importante tentare di dare una definizione di adolescenza e, soprattutto, valutare che cosa si intende per adolescente difficile. E allora, che cos'è l'adolescenza? La risposta a questa domanda sarebbe diversa se a rispondere fossero i ragazzi o i loro genitori, la società o i cosiddetti "esperti". Possiamo tentare di definirla, in modo sufficientemente univoco, come un lungo e faticoso tragitto dall'infanzia all'età adulta, durante il quale si tenta di costruire identità e progetto di vita. E se l'adolescenza è per definizione un percorso irto di difficoltà, chi è l'adolescente difficile? O meglio, per chi l'adolescente è difficile? Sicuramente i ragazzi sono i primi a fare le spese delle molteplici difficoltà maturative cui vanno incontro durante la loro crescita. Infatti non sanno ancora cosa diventare, non sanno più chi sono, si trovano in un limbo che spesso si rivela pericoloso o doloroso. Contemporaneamente i genitori, come descriveremo successivamente, a volte stentano a riconoscere i propri figli che vanno incontro a mutamenti repentini, quasi di giorno in giorno. La società, invece, definisce difficili quegli individui che non sottostanno alle regole del vivere comune o alla legge, quelli che creano problemi, "i piccoli delinquenti", senza considerare che alla base ci possa essere un disagio più o meno grave. Infine gli "esperti", psicoterapeuti, medici, tutti gli operatori del settore, trovano difficoltà nell'agganciare un adolescente che spesso viene trascinato dai genitori a fare colloqui di cui non sente il bisogno e con persone scelte per loro da altri; instaurare una relazione con loro è sicuramente difficile. Altre volte definiamo difficili i "casi disperati", quei ragazzi ai quali è stata fatta già una diagnosi psichiatrica pesante, come quella di psicosi o di schizofrenia, o che hanno subito abusi, o ancora che tendono a commettere gesti autolesivi fino a veri e propri tentativi di suicidio.

Fatta questa breve premessa possiamo andare a valutare l'origine e le manifestazioni di quelle che chiamiamo difficoltà maturative. L'uomo, come è noto, tra tutti gli esseri viventi è quello che presenta il più lungo percorso di crescita; essa occupa oltre un quarto del nostro ciclo di vita. Tale lunga durata della crescita umana è spiegabile attraverso lo studio delle caratteristiche

genetiche di specie, orientate ad un'elevata plasticità che consente l'evoluzione dei fenomeni culturali sottesi dall'evoluzione della coscienza (Nardi, Capecci e Romagnoli, 2004abcd). Inoltre, un ruolo rilevante deve essere assegnato alla complessità, molteplicità e mutevolezza dei fenomeni esterni (Maturana e Varela, 1980, 1987; Guidano, 1987, 1988, 1991ab). Infatti nelle culture evolute tutti i mutamenti psico-comportamentali ed i fenomeni puberali (ad es., il menarca) che li accompagnano tendono a manifestarsi in epoche precoci del ciclo di vita, per poi sfumare lentamente e giungere sempre più tardi, in alcuni casi mai, al loro completamento che conosciamo come età adulta. Un altro elemento importante, che deve essere considerato quando parliamo di "difficoltà maturative", è dato dalla irregolarità e dalla discontinuità con cui avviene la maturazione psico-fisica umana. Esistono, infatti, periodi di sviluppo lineari che si alternano a momenti critici, sia dal punto di vista del cambiamento fisico che psico-comportamentale. Tale variabilità è evidente sia tra individuo ed individuo che all'interno di un percorso maturativo in uno stesso soggetto.

Il fatto che la maturazione non sia uguale per tutti gli individui può avere conseguenze di tipo psicologico e comportamentale. Solo recentemente si è giunti alla scoperta che sono due le fasi di maturazione cerebrale, che si conclude verso i venti anni di età, coincidenti con la pubertà (Parry, 2001). Una fase è caratterizzata dall'incremento della mielina che circonda gli assoni e, in questo modo, accelera la conduzione degli impulsi. L'altro evento è la riduzione, di circa il 50%, dei collegamenti nervosi a livello della corteccia prefrontale, l'area cerebrale adibita alle "funzioni direttive", quali la capacità di fissare obiettivi e priorità, senso dell'organizzazione ed inibizione degli impulsi: quelle stesse funzioni che sembrano talvolta mancare agli adolescenti.

Diversi studi eseguiti negli ultimi anni hanno evidenziato la capacità dell'uomo adulto di "mettersi nei panni dell'altro"; già la scoperta dei neuroni specchio ("*mirror neurons*") ha consentito di focalizzare come comprendere il comportamento degli altri comporti il tradurre le azioni che osserviamo nel linguaggio neurale delle nostre stesse azioni (Rizzolati et al., 1996, 2004). È stato dimostrato che il cervello umano possiede sistemi specchio multipli ("*mirror systems*"), ad esempio nella corteccia somatosensoriale in relazione al tatto o al dolore (Singer et al., 2004); inoltre si è visto che le aree anteriori dell'insula si attivano sia quando si prova disgusto, sia quando si è testimoni del disgusto altrui (Keyers et al., 2004). Da altri studi è emerso che le aree frontali destre della corteccia cerebrale rispondono in maniera analoga sia di

fronte ad un movimento, sia nella motivazione legata a decifrare le intenzioni e le azioni future degli altri; inoltre la loro attivazione è determinata sia dall'osservazione che dall'imitazione delle espressioni facciali (Iacoboni et al., 1999, 2004). E ancora, è stato osservato che chi ha una compromissione della propria esperienza emozionale, come nell'autismo o nella sindrome di Asperger, non riesce a riconoscere e a giudicare le emozioni altrui (Adolphs, 2002); analogamente, l'empatia si realizza attraverso la simulazione dei presunti stati emozionali di un altro dentro noi stessi. Ma tali capacità, come precedentemente accennato, sono proprie dell'uomo adulto; un adolescente non ha, per definizione, ancora completato la maturazione di quelle aree cerebrali adibite all'interazione con l'altro.

Il rimodellamento della corteccia, dunque, spiega il livello sorprendentemente elevato di *egocentrismo* tipico degli adolescenti e i cambiamenti cerebrali che si verificano nella pubertà influenzano, soprattutto, motivazioni ed emozioni e si manifestano con cambiamenti repentini di umore, contrasti con l'autorità, propensione al rischio, tutte caratteristiche proprie dell'adolescenza. Per il periodo in cui avvengono le modificazioni cerebrali, infatti, i ragazzi hanno difficoltà a riconoscere le emozioni altrui. Questo potrebbe in parte spiegare la loro capacità a "mettersi nei guai", la difficoltà a cogliere i segnali di pericolo ed a valutare l'effetto delle loro azioni sugli altri; gli adolescenti si sentono al centro dell'universo.

In generale, se ci riferiamo alla mente umana ed a tutte le sue possibili espressioni comportamentali, il patrimonio genetico svolge un ruolo indiretto: quello di una maggiore o minore predisposizione ad un determinato comportamento. D'altra parte, anche l'ambiente svolge un ruolo indiretto, in quanto ogni apprendimento (come ogni conoscenza) è il risultato di processi attivi attraverso cui una persona, nel corso della sua evoluzione durante il ciclo di vita, seleziona, riordina ed attribuisce un senso, in termini di coerenza interna, a tutto quello che percepisce con i propri sensi. Non dobbiamo pensare, però, che l'ambiente agisca sul comportamento individuale in maniera meccanicistica; i vari stimoli esterni sono, infatti, raccolti tramite i diversi recettori e di lì trasmessi, attraverso vie più o meno specifiche, al sistema nervoso centrale ed ivi elaborati da specifici centri corticali, mediante processi di selezione e rielaborazione. In questo modo l'esperienza può essere gestita in modo personale ai fini del proprio adattamento ed utilizzata nella costruzione di un determinato senso di sé e del mondo.

Quindi, se prendiamo in considerazione l'insieme delle caratteristiche dei sistemi evolutivi umani, dobbiamo sottolineare l'esclusività e l'unicità

dell'esperienza soggettiva, derivante dalla costante interazione tra patrimonio genetico e le esperienze apprese nella costruzione dell'identità. Pertanto, nel lungo percorso per acquisire un senso maturo di identità, intervengono attivamente sia le potenzialità genetiche, espresse dal patrimonio cromosomico, sia i fattori ambientali. Già Howe e Brainedend (1988), come altri studiosi di genetica molecolare, hanno sottolineato che non è possibile distinguere in modo netto, all'interno del nostro ciclo di vita, le influenze genetiche da quelle ambientali, se non soltanto in linea puramente teorica. Più recentemente, nei suoi studi di neurobiologia, Calissano (1992, 2000, 2001) ha affermato che i geni agiscono principalmente sullo sviluppo delle diverse strutture cerebrali e dei circuiti principali che consentono attività, quali quelle motorie, sensitivo-sensoriali, neurovegetative, neuroimmunoendocrine, emozionali, cognitive e simboliche. È chiaro che l'apporto genetico sullo sviluppo ideo-affettivo e sul comportamento è per lo più indiretto e contribuisce soprattutto alla formazione del temperamento, del senso di dipendenza/indipendenza, di introversione/estroversione, ecc.

La costante interazione tra fattori appresi e fattori costituzionali è evidente per i vari aspetti comportamentali: ad esempio, la produzione ormonale gioca un ruolo determinante nella regolazione dell'aggressività (ormoni tiroidei), nella messa in atto di un comportamento esplorativo, nel corteggiamento e nell'accudimento della prole (ormoni sessuali). È proprio sul ruolo degli ormoni è importante fare un approfondimento; gli effetti di estrogeni e testosterone sul corpo rappresentano l'espressione più evidente dell'adolescenza. Gli estrogeni stimolano la crescita di utero e seno ma determinano anche la forma della silhouette femminile, ridistribuendo e ridepositando i grassi. Nei maschi il testosterone scolpisce il corpo e fa crescere i peli e la barba. Verrebbe da pensare, ed in effetti si è sempre pensato, che i comportamenti tipici degli adolescenti siano causati esclusivamente dagli ormoni. In realtà, le connessioni tra le concentrazioni ormonali ed i comportamenti poco equilibrati sono deboli o inesistenti (Parry, 2001). Non vi è alcun legame consolidato, infatti, tra le concentrazioni di testosterone in circolo e la violenza negli adolescenti. Anzi, esiste un legame ben più chiaro tra le concentrazioni di questo ormone e i livelli di simpatia e di rispetto ottenuti dai coetanei. Un'ipotesi è che i maschi adolescenti utilizzino i segnali ambientali per determinare la "normalità" del comportamento; infatti non sarebbero le concentrazioni di testosterone a rendere ribelli gli adolescenti, ma le persone che li circondano (Parry, 2001). Quello che definiamo "comportamento adolescenziale" non è dunque unicamente dovuto agli ormoni. Non è solo



il testosterone ad incentivare comportamenti a rischio: è l'incapacità del cervello immaturo di valutarli adeguatamente che porta gli adolescenti ad invischiarsi in situazioni difficili. Ulteriori implicazioni le troviamo a livello sessuale; le ragazze, attraverso gli ormoni, prendono le fattezze di donna ed i ragazzi, attraverso l'azione del testosterone, pensano al sesso ogni sei secondi. Intanto le funzioni razionali sono temporaneamente interrotte ed il cervello è momentaneamente "chiuso per rinnovo locali"!

Durante la pubertà, quando si scatenano quotidiane tempeste ormonali, avviene qualcosa di strano: ragazzi che prima erano dolci ed accondiscendenti diventano brontoloni, si vestono solo di nero, restano a letto fino a mezzogiorno e mangiano merendine da 5000 calorie ciascuna; sono pieni di acne e nel giro di pochi mesi non entrano più negli stessi vestiti; inoltre si annoiano a velocità supersonica e non sembrano in grado di concentrarsi su nulla per più di cinque minuti, tanto che viene da chiedersi se il proprio figlio non sia stato scambiato da un alieno del pianeta Mtv in un momento di distrazione. Gli adolescenti sono intrappolati in un limbo, non sono né bambini né adulti, o, meglio, si trovano in una fase di "non più" bambini e "non ancora" adulti (Cesari, 1994). Riuniscono in sé vulnerabilità e potenzialità, una micidiale combinazione che incuriosisce, ma al tempo stesso allontana, gli adulti; tutto quello che fanno è caratterizzato da una forte intensità emotiva. Le caratteristiche finora descritte, però, se da un lato li rende affascinanti, dall'altro lato fa di loro individui perennemente a rischio: dati preoccupanti, infatti, parlano di crescita esponenziale degli incidenti gravi, di uso di droghe e di alcol, di comportamenti sessuali a rischio e dei primi segni di disturbi emotivi ad elevata potenziale cronicità. L'ormone parzialmente implicato nella messa in atto di tali comportamenti e nella propensione al rischio è il cortisolo, l'ormone dello stress (Parry, 2001).

Un altro aspetto importante della maturazione adolescenziale è riconducibile a quella che chiameremo "depressione fisiologica"; infatti, i processi di maturazione, che hanno il loro fulcro nella costruzione dell'identità, si articolano attraverso momenti fisiologici di instabilità che comportano bruschi e transitori abbassamenti del tono dell'umore, espressione dei riassetti critici dell'equilibrio interno, in rapporto alle capacità soggettive di assimilare e di riferire a sé l'esperienza vissuta. Studi condotti all'inizio degli anni '80 da numerosi studiosi hanno dimostrato che gli scompensi depressivi adolescenziali conseguono ad eventi vissuti come perdita di persone care, separazioni o divorzi, gravi malattie, sradicamenti sociali o fallimenti scolastici, ecc. (Brown e Harris, 1978; Diener e Dweck, 1980; Nardi, 2001,

2004; Nardi, Brandoni e Santone, 2004).

Il senso di svalutazione e di disperazione, appreso in questo modo, comporta la sotto stima dei successi ottenuti e, contemporaneamente, la sopravvalutazione dei fallimenti, fino all'attivazione di scompensi nevrotici o, nel peggiore dei casi, psicotici. Il controllo inadeguato della rabbia, che caratterizza questi scompensi, fa oscillare l'adolescente tra autoimputazioni ed autocommiserazioni e può condurlo a mettere in atto comportamenti autodistruttivi (omicidi, suicidi) o a fare uso di sostanze anestetizzanti (alcol, droghe).

L'esistenza individuale, dunque, durante tutto il ciclo di vita, è costellata da periodiche perturbazioni critiche più o meno intense e persistenti. Quando tali oscillazioni superano la soglia di stabilità individuale, come accade con relativa frequenza in una fase delicata come l'età adolescenziale, innescano cambiamenti profondi con modificazioni del senso di identità personale (Nardi, Arimatea e Capecci, 2004). La "crisi" è un'esperienza soggettiva di discontinuità per la quale "non ci si sente più se stessi". A questo punto si apre la strada ad una ristrutturazione profonda, che può essere progressiva o regressiva e che si può associare a manifestazioni cliniche più o meno gravi. Come già accennato, l'adolescenza coincide con un periodo ricco di fasi critiche di cambiamento e di evoluzione; in questa fase i giovani si trovano ad affrontare due tipi di problemi: il passaggio dal controllo parentale all'autonomia e la consapevolezza della maturazione sessuale. L'adolescente deve scegliere quale persona intende diventare e cerca di aderire o si crea dei valori e degli ideali in cui credere. La situazione personale e sociale è cambiata rispetto alla generazione precedente e i principi ed i comportamenti accolti dai genitori devono essere confrontati con una nuova realtà, per essere oggetto di una rielaborazione autonoma.

## BIBLIOGRAFIA

Adolph R.: Sistemi neurali per riconoscere l'emozione. *Opinione Corrente di Neurobiologia*, 12, 169-177, 2002.

Brown G.W., Harris T.: *The Social Origins of Depression*. Tavistock, London, 1978.

Calissano P.: *Neuroni. Mente ed Evoluzione*. Garzanti, Milano, 1992.

Calissano P.: Il clamore intorno a una scoperta scientifica. Non esiste un gene per l'intelligenza. *Corriere della Sera*, 2000.

Calissano P., Mancina M., Parisi D.: *Mente e Cervello: Un Falso Dilemma? Il Nuovo Melangolo*, 2001.

- Cesari G.: Adolescenti e Adulti, Seminari di Adolescentologia (Introduzione di Bernardo Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.
- Diener C.I., Dweck C.S.: Un'analisi di helplessness istruito: l'elaborazione del successo. *Giornale di Personalità e Psicologia Sociale*, 1980.
- Guidano V.F.: *Complexity of The Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.F.: A systems, process-oriented approach to cognitive therapy. In: Dobson K.S. (Ed.): *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*. Guilford, New York, 1988.
- Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991a. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano V.F.: Affective changes in a cognitive therapy system approach. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.), *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991b.
- Howe M.L., Brainedend C.J. (Eds.): *Cognitive Development in Adulthood: Progress in Cognitive Development Research*. Springer-Verlag, New York, Berlin, 1988.
- Iacoboni M., Woods R.P., Brass M., Bekkering H., Mazziotta J.C., Rizzolatti G.: Cortical mechanism of human imitation. *Science*, 286, 2526-2528, 1999.
- Iacoboni M., Wilson S.M., Saygin A.P., Sereno M.I.: Listening to speech activates motor areas involved in speech production. *Nature Neuroscience*, 7, 701-702, 2004.
- Keysers C., Gallese V., Rizzolatti G.: A unifying view of the basis of social cognition. *Neuron*, 8, 396-403, 2004.
- Kohler E., Keysers C., Umiltà M.A., Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V.: Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurone. *Science*, 297, 846-848, 2002.
- Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).
- Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001 (Prima ristampa: 2003).
- Nardi B.: La depressione adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Terapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Nardi B., Arimatea E., Capecchi I.: Contributo allo studio della coscienza di sé negli psicotici: dalla epistemologia alle neuroscienze. In: Reda M.A., Pilleri M.F. (Eds.), *La Psicoterapia Post-Razionalista delle Psicosi. Atti del V Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista*, pp. 9-41. Università degli Studi di Siena Editrice, Siena, 2004.
- Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.): *Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M., Quaderni della ASL 7, Ancona, 2004.*
- Nardi B., Capecchi I., Romagnoli F.: *Evoluzione della conoscenza umana. Lettere dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. A Prima parte, Coscienza*

e conoscenza, 7(4), 19-23, 2004. B Seconda parte, significato adattivo della conoscenza, 7(5), 24-30, 2004. C Terza parte, Filogenesi e ontogenesi, 7(6), 21-27, 2004. D Quarta parte, Sviluppo e organizzazione degli stili di personalità, 7(7-9), 40-46, 2004.

Parry V.: *The Truth about Hormones*. Atlantic Books, London, 2001.

Rizzolatti G., Craighero L.: The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192, 2004.

Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L.: Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cogn. Brain Res.*, 3, 131-141, 1996.

Singer T., Kiebel S.J., Winston J.S., Dolan R.J., Frith C.D.: Brain responses to the acquired moral status of faces. *Neuron*, 41, 653-662, 2004.

*Prima Sessione*

*Le ricerche neurobiologiche ed i paradigmi epistemologici*



Giovanni Principato

**LE BASI GENETICHE DEI PROCESSI DI  
DIVERSIFICAZIONE CELLULARE:  
CONTRIBUTO DELLE RICERCHE NEUROBIOLOGICHE  
ALLA COMPrensIONE DEL COMPORTAMENTO**

Tutte le caratteristiche di un individuo sono il risultato della complessa interazione tra i geni differenzialmente espressi nei vari distretti dell'organismo, e tra gli stessi geni e l'ambiente che può esercitare influenze sia quantitative che qualitative. Il sistema è complesso ed il suo funzionamento non è mai esattamente il risultato della somma dei vari fattori, ma piuttosto qualcosa di differente che scaturisce dall'elevato livello di organizzazione. Che l'organizzazione possa dare origine alla comparsa di proprietà speciali e che l'insieme non sia semplicemente descrivibile come somma delle parti dovrebbe risultare comprensibile dal seguente esempio. Ciascuno di noi viventi non è altro che un sistema chimico in cui moltitudini di atomi sono organizzati in molecole, moltitudini di molecole sono organizzate in macromolecole che si ritrovano organizzate in sistemi sopramolecolari sulla base delle loro interazioni sia strutturali che funzionali. Superando un certo livello di organizzazione si ottiene come risultato la comparsa di quella particolare proprietà che il sistema chimico manifesta e che noi definiamo "vita". Se prendessimo gli stessi atomi di un vivente e li organizzassimo in modo differente otterremmo sicuramente qualcosa, ad esempio tante bottiglie di acqua minerale in pregiate confezioni ma niente di vivo.

Il comportamento è forse la più complessa funzione di un essere vivente in generale e di un essere umano in particolare. Il comportamento è un elemento dinamico in continua evoluzione, che risente in misura notevole e variabile del condizionamento ambientale. La distinzione tra ciò che è prodotto dai geni (e dalle loro interazioni) e quello che proviene dall'ambiente è estremamente difficile al punto da essere praticamente impossibile da realizzare. Quello che a mio parere sembra evidente è che sicuramente non tutto è genetico.

I geni sono ovviamente importanti e la loro conoscenza può sicuramente fornire molti elementi per la comprensione del comportamento umano, esiste in sostanza una certa prevedibilità che trascende la volontà stessa dell'individuo. Un aumento di serotonina aumenta l'aggressività, gli ormoni

sessuali possono influenzare notevolmente il comportamento, probabilmente non esiste un completo libero arbitrio ma un parziale libero arbitrio, almeno per noi esseri umani...

La scoperta dei geni ha entusiasmato molti scienziati al punto da far ritenere che la loro conoscenza potesse permettere di comprendere tutto dell'individuo. Geni buoni e cattivi per individui buoni e cattivi, una sorta di visione determinista per la quale il criminale doveva certamente avere qualche gene "criminale" che sarebbe stato meglio eliminare per il bene di tutta la società. La tentazione dell'eugenetica è stata molto forte del passato e probabilmente non è mai del tutto scomparsa. Sir Francis Galton (1822-1911, geografo, meteorologo, esploratore, inventore della identificazione mediante impronte digitali, pioniere della correlazione e regressione statistica, eugeneticista) è stato uno dei principali propugnatori dell'eugenetica che ha originato veri e propri crimini sociali.

I recenti progressi della ricerca in tema di genetica molecolare consentono di conoscere sempre più geni ed in molti casi anche di assegnare loro una specifica funzione. Tuttavia, anche se sono stati identificati geni che controllano in vario modo le capacità intellettive e cognitive di un individuo, resta comunque impossibile distinguere quanta e quale sia l'influenza esercitata dai geni rispetto a quella condizionata dell'ambiente. Le due componenti appaiono comunque indissolubilmente associate.

L'individuo è quindi la risultante di componenti ereditarie non soltanto genetiche, esiste comunque una sorta di eredità sociale (ad esempio ricchezza e povertà del contesto in cui si viene allevati, virus o batteri con cui si viene in contatto). Inoltre il comportamento umano è plasmato dalla cultura, dalle conquiste della tecnologia ...

La comunità scientifica è impegnata nella stima di quanto della variabilità di un determinato carattere nell'ambito di una popolazione si possa attribuire ai geni, e nella ricerca di geni specifici che svolgano un ruolo dimostrabile nel determinare un certo carattere, come ad esempio nel caso della malattia di Huntington che è legata ad un singolo gene. Tuttavia qualsiasi aspetto complesso del pensiero o dell'azione umana chiamano in causa così tanti geni che sono molto difficili da identificare in modo sicuro e completo. E' ragionevole pensare che le varianti alleliche di alcuni geni siano fattori determinanti l'intelligenza e, di conseguenza, la loro caratterizzazione funzionale potrebbe anche fornirci nuovi strumenti per la comprensione dei meccanismi molecolari della cognizione.

Esiste una amplissima gamma nell'ambito di quella che si può definire



come “normalità”, tuttavia quando le capacità comportamentali e cognitive si discostano in modo significativo dalla media si parla di ritardo mentale che, secondo una specifica definizione, è una disabilità caratterizzata da significative limitazioni sia nelle funzioni intellettuali che nel comportamento adattativo in termini di abilità concettuali, sociali e pratiche.

Il ritardo mentale si manifesta molto più spesso nei maschi che nelle femmine e ci sono ampie evidenze per sostenere l’idea che questa polarizzazione nel maschio sia in gran parte dovuta alla partecipazione di geni *X-linked* che svolgono un importante ruolo nella differenziazione e nella funzione del cervello umano. Circa due maschi su mille sono portatori di ritardo mentale *X-linked*, un terzo di essi presenta forme sindromiche in cui il ritardo mentale è associato con segni clinici riconoscibili, quali anomalie scheletriche o caratteristiche facciali dismorfiche, gli altri due terzi presentano invece forme non sindromiche le cui basi molecolari sono più difficili da individuare a causa dell’eterogeneità genetica, che preclude la riunione dei dati di linkage di famiglie differenti (Zechner et al., 2001; Ropers et al., 2003).

La Sindrome da X-Fragile rappresenta la più comune forma di ritardo mentale clinicamente rilevante dopo la Sindrome di Down e, come tutte le malattie genetiche legate al cromosoma X, colpisce i maschi più frequentemente delle femmine. I cromosomi X “fragili” sono caratterizzati dalla presenza di regioni satelliti visibili alle estremità dei cromosomi metafasici che sono dovute ad una lunga serie di ripetizioni della tripletta CGG. Nel fenotipo degli individui affetti da tale sindrome sono generalmente presenti peculiari caratteristiche fisiche (quali fauci prominenti, viso lungo e sottile, orecchie e mani lunghe e soffici, fronte prominente) e comportamentali nel senso che la sindrome è caratterizzata da grave ritardo mentale, talvolta anche associato con autismo.

Le prime indicazioni ufficiali circa il coinvolgimento del cromosoma X nel ritardo mentale, cioè che sono più colpiti i maschi che le femmine, risalgono al 1890 (Johnson, 1897), sono state confermate successivamente parecchie volte (Penrose, 1938; Lehrke, 1974; Herbst e Miller, 1980) ed è in continuo aggiornamento la catalogazione delle oltre 200 sindromi legate al cromosoma X e connesse con il ritardo mentale. I geni coinvolti sono tanti, ricercando nella banca dati OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) digitando le parole chiave *mental retardation* si ottengono 1286 voci che, aggiungendo *X-linked*, si riducono a 349. Questo indica che oltre il 27% di tutte le disabilità mentali mappano sul cromosoma X, anche se i dati di sequenza del genoma umano indicano che soltanto il 3,75% dei geni sono localizzati sul cromosoma

di X (Venter et al., 2001). Quindi, la densità dei geni che, una volta mutati, interferiscono con le prestazioni mentali sembra essere di oltre otto volte più elevata nel cromosoma X rispetto agli autosomi.

In regioni del cromosoma X conservate in uomo, scimpanzè, ratto e topo, sono state recentemente individuate nuove sequenze codificanti per proteine che si trovano in regioni strettamente legate a sindromi da ritardo mentale X-linked. La ricerca sul cromosoma X fornisce continuamente nuovi inaspettati risultati, come ad esempio quello che alcuni dei suoi cosiddetti pseudogeni sono in realtà espressi o per lo meno trascritti (Pandey e Mittal, 2004).

Il cromosoma X si evolve in modo peculiare rispetto agli autosomi anche per quanto riguarda gli eventi di ricombinazione, circa la metà dei quali avviene in meno del 10% di tutta la sequenza del DNA (Winckler et al., 2005), e l'evidenza di un elevato scambio di geni tra cromosoma X ed autosomi.

L'evoluzione del cromosoma X è diversa rispetto a quella degli altri cromosomi, per di più non ha lo stesso impatto sui due sessi. La femmina ha infatti due X mentre il maschio ne ha solo una, conseguentemente è molto più probabile per una X trovarsi in un corpo femminile piuttosto che maschile. La manifestazione nel fenotipo di eventuali geni sfavorevoli recessivi è molto più rara nella femmina che è generalmente eterozigote, al contrario del maschio che, avendo una sola X, è emizigote e non può evitare di esprimerla nel suo fenotipo. Il risultato di tutto ciò è che il cromosoma X si evolve nella femmina ma viene selezionato nel maschio, una mutazione favorevole sulla X beneficerà maggiormente le femmine anche se si manifesterà meglio nel maschio. Il cromosoma X tenderebbe quindi ad essere "demascolinizzato". Come conseguenza di ciò c'è il fatto che mediamente le femmine, potendo essere eterozigoti per i geni portati dal cromosoma X, anche per quel gran numero di geni che controllano le funzioni cerebrali, sono di fatto mediamente più intelligenti dei maschi. L'eventualità che in uno stesso cromosoma X confluiscono quasi tutte caratteristiche positive è piuttosto rara, ma quando succede si manifesta preferenzialmente nel maschio. Le femmine sono quindi mediamente più intelligenti, ma il genio è più probabilmente maschio.

La selezione sembra aver favorito nel cromosoma X il concentrarsi e l'evolversi di geni che conferiscono più elevate abilità cognitive. Solo in una femmina questi geni possono essere ricombinati per dare eventualmente un super-aplotipo che conferisce le più elevate abilità cognitive. L'individuo portatore di questo super-aplotipo lo potrà trasmettere soltanto alle sue figlie, che, tramite la ricombinazione meiotica del crossing-over, probabilmente lo

modificheranno rendendolo meno “super”.

Poiché molte sindromi in cui sia presente ritardo mentale sono caratterizzate anche da una diminuita fertilità, appare possibile una correlazione funzionale, nel cromosoma X, tra i geni addetti allo sviluppo delle abilità cognitive e quelli che contribuiscono in qualche modo a regolare la fertilità maschile. E' un grande problema del maschio che questi geni siano concentrati sul suo cromosoma aploide, in quanto questa situazione lo rende particolarmente incline a disfunzioni simultanee sia del cervello che del testicolo.

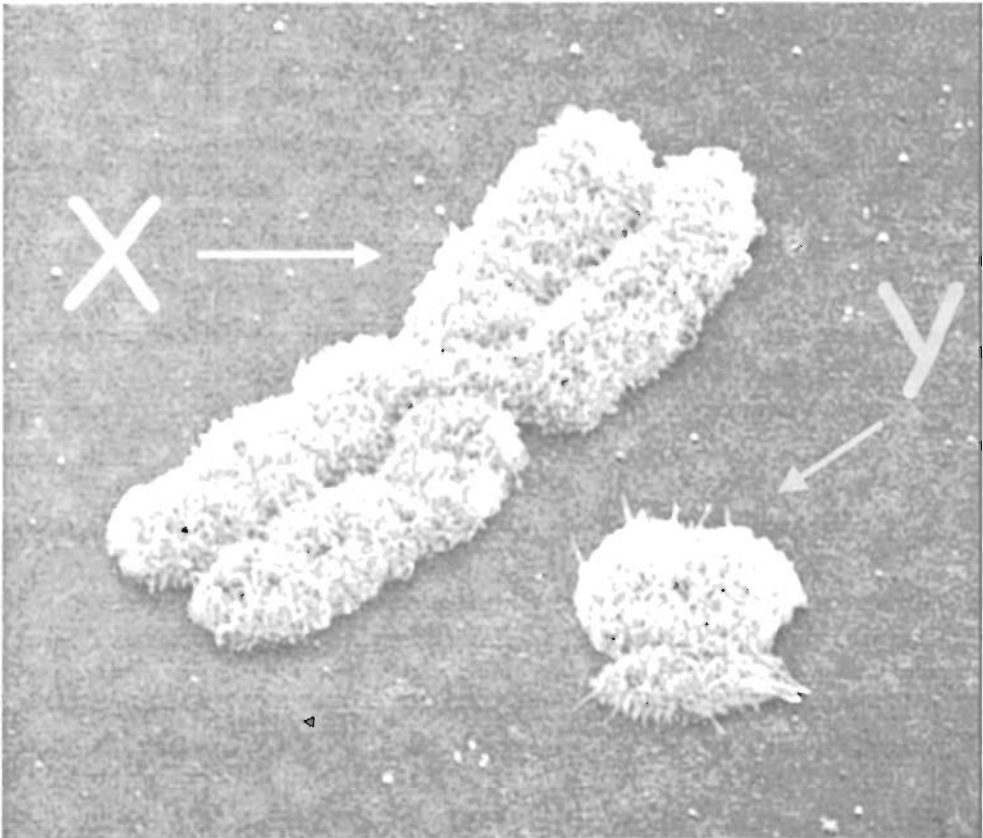
La mancanza del secondo cromosoma X è compensata nel sesso maschile dalla presenza di un piccolo cromosoma, il cromosoma Y che costituisce una specie di finestra da cui osservare il passato della nostra specie. Il cromosoma Y non subisce una consistente ricombinazione meiotica e quindi viene trasmesso quasi invariato di padre in figlio. Lo sviluppo di polimorfismi del cromosoma Y è molto lento ed affidato soprattutto alle rare mutazioni. In tale cromosoma maschile si ritrova la storia delle passate generazioni di padri ed i segni di un'antica guerra “biologica” tra i cromosomi sessuali maschile (Y) e femminile (X).

E' stato ipotizzato che i cromosomi X ed Y si siano evoluti da una normale coppia di cromosomi, uno dei quali avrebbe iniziato progressivamente a degradarsi mentre l'altro acquisiva sempre maggiore importanza e geni. I cromosomi sessuali dei mammiferi si sarebbero sviluppati da una coppia di cromosomi che non doveva essere necessariamente differente dalle altre coppie di cromosomi. Quindi le opposte variazioni di questi due cromosomi si potrebbero essere originate durante il lungo cammino evolutivo che ha portato alla comparsa della nostra e delle altre specie a noi vicine. Secondo Ohno (1967), il cromosoma Y avrebbe perso quasi il 97% dei suoi possibili geni ... di questo passo tra pochi milioni di anni non conterrà più alcun gene, nemmeno SRY.

L'evoluzione del genere umano e l'incredibilmente rapido sviluppo delle sue funzioni cerebrali sarebbero stati guidati da un processo di feedback positivo che avrebbe agito in entrambi i sessi sullo stesso sistema genetico. Ciò ha contribuito a quel consistente aumento, del triplo, nel volume del cervello durante i passati 2,5 milioni di anni. Lo sviluppo del cervello e delle sue funzioni possono essere viste nell'ottica di una caratteristica sessuale modulata dalla selezione naturale, equivalenti alla coda del pavone. Uno dei fattori più importanti che contribuiscono all'unicità del cammino evolutivo della specie umana è che ad un certo punto le femmine umane hanno

cominciato a selezionare i maschi sulla base delle loro abilità cognitive che meglio garantivano la sopravvivenza. Lo sviluppo di caratteristiche che influenzavano l'accoppiamento era selezionato positivamente diventando un processo continuo con accelerazione esponenziale, fino a portare allo sviluppo delle abilità cognitive generali degli esseri umani. L'intelligenza non sarebbe altro che un ornamento sessuale secondario che funziona come indicatore di idoneità all'accoppiamento, in accordo con l'ipotesi avanzata da Miller nel suo famoso libro "The Mating Mind" (Miller, 2000). Nel corso dell'evoluzione, la mente umana sarebbe stata modellata dalla scelta femminile del partner sessuale. L'elevata frequenza nel cromosoma X dei geni responsabili delle funzioni cognitive costituisce un elemento fortemente a favore dell'ipotesi di Miller.

Il cromosoma X è quindi un cromosoma in continua evoluzione, al contrario del cromosoma Y che le forze dell'evoluzione hanno trasformato in un'entità geneticamente isolata e non-ricombinante, preda di un'irreversibile involuzione che punta verso la completa perdita di funzione (Graves, 2004; Betran et al., 2004). Come sarà, se pure ci sarà, il maschio nel lontano futuro? Il tentativo di mantenere il sesso maschile porterà alla comparsa di una nuova specie di esseri umani, magari con meno muscoli ma più cervello? Non esiste una risposta a queste domande, ogni tentativo è solo un esercizio di fantasia.



*Fig. 1.*

*CROMOSOMA X*

*154.824.264 nucleotidi*

*Geni =: 911*

*Pseudogeni =: 401*

*Densità genica media =: 5,9 geni/10 milioni di nucleotidi*

*CROMOSOMA Y*

*57.701.691 nucleotidi*

*Geni =: 103*

*Pseudogeni =: 54*

*Densità genica media =: 1,8 geni/10 milioni di nucleotidi*

## BIBLIOGRAFIA

- Betran E., Emerson J.J., Kaessmann H., Long M.: Sex chromosomes and male functions: where do new genes go? *Cell Cycle* 3, 873-875, 2004.
- Graves J.A.: The degenerate Y chromosome - can conversion save it? *Reprod. Fertil. Dev.* 16, 527-534, 2004.
- Herbst D.S., Miller J.R.: Non-specific X-linked mental retardation. II. The frequency in British Columbia. *Am. J. Med. Genet.* 28, 378-382, 1980.
- Johnson G.E.: Contribution to the psychology and pedagogy of feebleminded children. *J. Psycho-Asthenics* 2, 26-32, 1897.
- Lehrke R.: X-linked mental retardation and verbal disabilities. *Birth Defects* 10, 1-7, 1974.
- Miller G.: *The Mating Mind: How Sexual Choice Shaped the Evolution of Human Nature*, Heinemann/Doubleday, 2000.
- Ohno S.: *Sex Chromosomes and Sex Limited Genes*, Springer-Verlag, Stuttgart, 1967.
- Pandey U.B., Mittal B.: Molecular basis of X-linked non-specific mental retardation. *Indian J. Exp. Biol.* 42, 549-557, 2004.
- Penrose L.S.: A clinical and genetic study of 1280 cases of mental defects (The Colchester Survey). MCR Special Report, 229, 1938.
- Ropers H.-H., Hoeltzenbein M., Kalscheuer V., Yntema H., Hamel B., Fryns J.-P., Chelly J., Partington M., Gecz J., Moraine C.: Nonsyndromic X-linked mental retardation: where are the missing mutations? *Trends Genet.* 19, 316-320, 2003.
- Venter J.C., Adams M.D., Myers E.W., Li P.W., Mural R.J., Sutton G.G., Smith H.O., Yandell M., Evans C.A., Holt R.A., et al. : The sequence of the human genome. *Science* 291, 1304-1351, 2001.
- Winckler W., Myers S.R., Richter D.J., Onofrio R.C., McDonald G.J., Bontrop R.E., McVean G.A., Gabriel S.B., Reich D., Donnelly P., Altshuler D.: Comparison of fine-scale recombination rates in humans and chimpanzees. *Science* 308, 107-111, 2005.
- Zechner U., Wilda M., Kehrer-Sawatzki H., Vogel W., Fundele R., Hameister H.: A high density of X-linked genes for general cognitive ability: a run-away process shaping human evolution? *Trends Genet.* 17, 697-701, 2001.

Giorgio Pannelli

## APPROCCIO POST-RAZIONALISTA ALLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA

“...ai momenti di pazzia si alternavano  
lunghi momenti di lucidità  
che mi erano divenuti insopportabili.  
Durante questi attacchi  
d’incoscienza assoluta bevevo,  
e solo Dio sa quanto e con quale frequenza.  
Ovviamente, i miei amici imputavano  
la pazzia al bere e non il bere alla pazzia...”  
(*Edgar Allan Poe*)

### INTRODUZIONE

Il campo dei Disturbi da Uso di Sostanze (APA, 2000; Canali, 2003) rappresenta un territorio in cui nel corso dei decenni si sono, di volta in volta, intrecciati e accavallati orientamenti e approcci quanto mai eterogenei, da quelli ad impronta sociale, a quelli di natura biologica, a quelli ad indirizzo psicologico. A seconda dei momenti storico-culturali e dei diversi contesti politici, si è assistito al succedersi di modelli interpretativi e di intervento, sia in termini di prevenzione che di trattamento, che nel volgere di pochi anni sono stati regolarmente messi in discussione e hanno finito con il mostrare la loro limitatezza ed inefficacia. Si pensi, ad esempio, all’esperienza italiana dell’impiego del Metadone, inizialmente usato, poi accantonato, poi di nuovo utilizzato ma a dosaggi bassissimi e solo oggi impiegato a dosaggi più adeguati, anche in accordo a dati di letteratura *evidence-based*; oppure, si considerino i diversi modelli di Comunità Terapeutica, da quelli improntati ad interventi di tipo esclusivamente ergoterapico a quelli ad orientamento psicologico e psicoterapeutico, inizialmente rivolti solo a soggetti drug-free e oggi sempre più aperti a pazienti in trattamento con farmaci sostitutivi. Peraltro, tali cambiamenti riflettono non solo l’alternarsi di orientamenti epistemologici diversi, ma anche modificazioni nel tempo della tipologia del soggetto assunto di sostanze.

A questo proposito, va sottolineato come la popolazione adolescenziale rappresenti il target elettivo in cui si colloca il primo incontro con le sostanze

e quindi il possibile esordio di un Disturbo da Uso.

I dati epidemiologici sul fenomeno tossicodipendenza nella popolazione adolescenziale in Italia se, da un lato, indicano un decremento dei soggetti eroinomani, dall'altro, segnalano un progressivo aumento di soggetti consumatori di cocaina, di cannabinoidi e delle cosiddette "nuove droghe" o droghe ricreative. Relativamente a queste sostanze, peraltro, il dato è sicuramente sottostimato in quanto solo occasionalmente tali soggetti afferiscono ad un Ser.T. e possono quindi essere censiti (Tab. 1).

| <i>SOSTANZA</i>      | <i>1999</i> | <i>2000</i> | <i>2001</i> | <i>2002</i> |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Alcool</i>        | 86.5%       | 89.4%       | 87.4%       | 89%         |
| <i>Tabacco</i>       | 70.4%       | 67.9%       | 67.8%       | 68.1%       |
| <i>Ubriacarsi</i>    | 52.7%       | 55%         | 55.2%       | 54.6%       |
| <i>Cannabis</i>      | 33.3%       | 30.9%       | 32.7%       | 33.5%       |
| <i>Inalanti</i>      | 6.4%        | 6.1%        | 5.1%        | 6.6%        |
| <i>Cocaina</i>       | 4.8%        | 4.2%        | 4.1%        | 5.1%        |
| <i>LSD</i>           | 3.4%        | 2.7%        | 2.2%        | 2.3%        |
| <i>Amfetamine</i>    | 3.1%        | 1.5%        | 2.0%        | 2.0%        |
| <i>Ecstasy</i>       | 3.1%        | 3.1%        | 2.6%        | 2.7%        |
| <i>Eroina fumata</i> | 3.1%        | 4.2%        | 2%          | 3.8%        |
| <i>Eroina e.v.</i>   | 0.8%        | 0.8%        | 0.9%        | 0.7%        |

*Tabella 1. Prevalenza dell'uso di diverse sostanze in una popolazione di circa 20.000 soggetti di età compresa tra 15 e 19 anni. (ESPAD - European School Survey on Alcohol and Other Drugs 2002).*

Inoltre, appare importante segnalare un notevole aumento di pazienti con doppia diagnosi, cioè con diagnosi di tossicodipendenza e concomitante altro disturbo psichiatrico di Asse I o II. Se tale dato sia da interpretarsi come espressione del cambiamento del fenomeno "tossicodipendenza" o sia da attribuire ad una maggiore attenzione e precisione diagnostica è tutt'ora oggetto di discussione.

Mentre crescono le evidenze scientifiche circa i meccanismi neurochimici e i centri nervosi coinvolti nell'istaurarsi di uno stato di dipendenza (patogenesi), non vi è accordo su quali fattori etiologici possano essere alla base di tale fenomeno.

Peraltro, appare ormai chiaramente dimostrato come solo un intervento integrato e multidisciplinare, che affronti cioè anche le problematiche psicologiche che sottendono e accompagnano uno stato di tossicodipendenza,



permetta di ottenere risultati terapeutici efficaci e permanenti. E' pressante quindi l'esigenza di accrescere la comprensione di un fenomeno tanto complesso, così da disporre di modelli adeguati non solo nella fase diagnostico-terapeutica, ma anche e soprattutto nella fase di prevenzione. In questo senso, l'approccio cognitivista post-razionalista (Bardellini, 2000; Arciero, 2003; Damasio, 2003; Guidano, 1998), integrando la specifica e personale modalità di un soggetto di elaborare un proprio significato personale con i suoi percorsi di vita, più o meno viabili e adattivi, permette di comprendere, a partire da specifiche situazioni di disagio o di franca psicopatologia, gli itinerari evolutivi di una storia di abuso o dipendenza da sostanze e, parallelamente, di offrire al soggetto validi strumenti di gestione delle discrepanze emozionali alla base di tali itinerari.

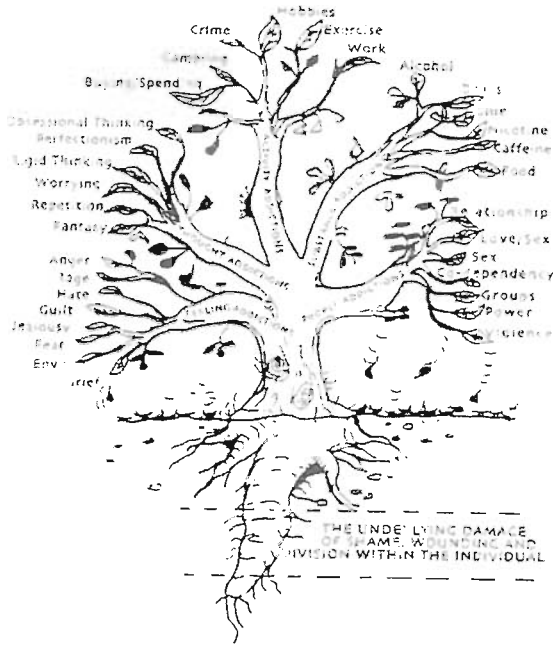
## PATOGENESI VERSUS ETIOLOGIA

Diversi spunti di riflessione scaturiscono dal tentativo di affrontare il problema dei Disturbi da Uso di Sostanze in maniera non riduzionista, ma che tenga conto della complessità del fenomeno.

In primo luogo, la definizione stessa del Disturbo sembra non reggere ad una analisi critica: il termine, infatti, pone una enfasi particolare sull'importanza della sostanza, e quindi del suo meccanismo d'azione, quale fattore primariamente responsabile dell'insorgenza di quadri di dipendenza (Simkin, 2002; Bignamini e Bombini 2003; Canali, 2003; Corbellino 2003; Stanzione, 2003). Oggi, in realtà, anche facendo riferimento ai criteri diagnostici ufficiali del DSM IV, emerge chiaramente come condizioni di dipendenza possono instaurarsi rispetto a situazioni e comportamenti che nulla hanno a che fare con l'azione farmacodinamica di specifici agenti "tossici": si pensi ad esempio alla crescente attenzione per quadri sindromici quali il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza dal sesso, il recentissimo quadro dello shopping patologico. Ciò è tanto vero che anche gli estensori del DSM stanno lavorando a ipotesi di revisione dell'inquadramento diagnostico di tali disturbi (Goodman, 2003), che condividono tutti i medesimi criteri descrittivi per la diagnosi, così da postulare una nuova categoria definibile come "Addiction Disorders" (Fig.1). Una ipotesi alternativa senz'altro più valida, anche se non completamente risolutiva del problema, è quindi quella di parlare delle "patologie da dipendenza", termine peraltro già adottato dagli Autori

delle linee guida per il trattamento della tossicodipendenza della Regione Piemonte.

## THE ADDICTION TREE



**Figura 1: “The addiction Tree”. A. Goodman, Medicina delle Tossicodipendenze, 2003.**

Per quanto riguarda gli attuali modelli interpretativi dei Disturbi da Uso di Sostanze, una prima considerazione scaturisce dalla crescente mole di informazioni e dati relativi ai meccanismi patogenetici di un quadro di dipendenza. Studi approfonditi di genetica, neurochimica e neurofisiologia hanno, infatti, permesso di individuare con crescente precisione le aree ed i meccanismi coinvolti nell’insorgenza e nel mantenimento di una dipendenza da sostanze.

I principali fattori che caratterizzano, anche in termini clinici, una condizione di dipendenza sono il *craving* e il *comportamento recidivante*, peraltro tra loro strettamente collegati. Il craving, come è noto, definisce quella condizione di desiderio irresistibile ed intrusivo che determina la perdita di controllo e una serie di azioni volte alla sua soddisfazione. Questa condizione, come detto, è stata chiamata in causa anche per situazioni

patologiche diverse dalla dipendenza quali la bulimia, il gioco d'azzardo patologico, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, etc. (o, per meglio dire, queste condizioni tendono sempre più ad essere assimilate ai quadri di dipendenza), ma è soprattutto nel campo dell'uso di sostanze che è stato studiato in modo approfondito. Nell'indurre una condizione di craving è oggi noto il ruolo di primaria importanza esercitato da due aree cerebrali: l'area ventro-tegmentale del mesencefalo e le sue proiezioni dopaminergiche verso il nucleo accumbens, la corteccia prefrontale, l'amigdala e l'ippocampo; tutte le sostanze (ma anche tutte le situazioni e tutti i comportamenti) in grado di indurre una condizione di dipendenza stimolano, infatti, i neuroni dell'area ventro-tegmentale con un conseguente incremento della stimolazione dopaminergica sul nucleo accumbens. Più in dettaglio, è ben noto che tali aree sono strettamente coinvolte con i circuiti del sistema piacere/dolore e della gratificazione oltre che con i centri del sistema limbico.

L'esposizione protratta e continua dei neuroni del nucleo accumbens all'ipertono dopaminergico comporta due conseguenze fondamentali. In primo luogo, si verifica un incremento di cAMP, responsabile, a suo volta, dell'induzione di un fattore proteico di trascrizione chiamato "cAMP Response Element Binding proteine" (CREB) le cui azioni determinano una progressiva desensibilizzazione delle aree del circuito della gratificazione con conseguente comparsa del fenomeno della *tolleranza* (necessità di aumentare la dose assunta per ottenere l'effetto ricercato o diminuzione dell'effetto mantenendo costante la dose). La *sindrome da astinenza* rappresenta la ovvia conseguenza di questo meccanismo a cascata.

In secondo luogo, lo stesso meccanismo è alla base dell'induzione di un altro fattore proteico di trascrizione chiamato Delta Fosf B, di cui si ipotizza un ruolo nel determinare modificazioni strutturali della plasticità delle aree cerebrali coinvolte attraverso un processo di "gemmazione dendritica" che sarebbe responsabile del fenomeno del craving.

Pertanto, se la sospensione dell'uso di una determinata sostanza comporta un rapido ritorno del CREB ai valori basali, con conseguente riduzione e poi scomparsa della tolleranza, i valori del Delta Fosf B tenderebbero a rimanere stabilmente elevati nel tempo, mantenendo il sovertimento sinaptico e causando, quindi, fenomeni di craving anche a distanza di anni dalla disintossicazione, con conseguente tendenza alla ricaduta (Nestler, 2001).

In questo senso, si può affermare che i meccanismi patogenetici alla base dell'istaurarsi di un Disturbo da Dipendenza da Sostanze sono oggi sufficientemente (anche se, certo, non completamente) chiariti.

Tali meccanismi, però, nulla dicono circa le cause (etiologia) che portano un soggetto a diventare prima consumatore, poi abusatore e infine dipendente da una data sostanza. Se è vero che sono stati condotti numerosi studi di genetica volti a dimostrare l'esistenza di una qualche fattore di predisposizione all'uso e all'abuso di sostanze (si pensi, ad esempio, alla classificazione dell'Alcolismo secondo Cloninger, che individua due tipi di Alcolismo, il secondo dei quali verosimilmente legato a fattori genetici) è altrettanto vero che i dati raccolti possono rendere ragione solo di una minima parte dei casi di dipendenza.

Il cosiddetto modello bio-psico-sociale, introdotto negli ultimi anni e che definisce le condotte di uso/abuso di sostanze e i quadri di dipendenza come risultato dell'influenza variamente combinata di fattori biologici, psicologici e di aspetti legati al contesto sociale di provenienza del soggetto, se, da un lato, tenta di spiegare la complessità del fenomeno in esame, dall'altro, ad una più attenta riflessione, mostra molti limiti concettuali ed epistemologici: in primo luogo, appare come un modello generico, *passé-partout*, teoricamente applicabile a qualsiasi condizione di pertinenza psichiatrica; in secondo luogo, utilizza, di fatto, criteri interpretativi di causalità lineare. E', invece, più opportuno riflettere ed indagare sulla circolarità e ricorsività dei fattori che caratterizzano la complessità del comportamento umano: quanto e come il fattore biologico agisce sul fattore psicologico, quanto e come il fattore psicologico determina e condiziona le interazioni sociali e quanto e come queste ultime retroagiscono sugli aspetti biologici e psicologici del soggetto (Morin, 1974, 2002). In definitiva, tale modello si concretizza in un approccio ulteriormente riduzionista e semplificante, che nel tentativo di spiegare tutto continua a lasciare senza risposta le domande fondamentali.

Anche i numerosissimi studi volti a valutare e quantificare il fenomeno della comorbidità psichiatrica tra i Disturbi da Uso di Sostanze ed altri Disturbi di Asse I o II se, da un lato, indicano un importante e significativo incremento di tali quadri compositi, dall'altro, come diretta conseguenza dell'approccio meramente descrittivo e ateoretico del DSM, nulla dicono dei legami, dei rapporti e dell'eventuale peso in termini di dimensione psicopatologica di queste situazioni. A questo proposito, alcuni Autori (Khantzian, 1985, 1990, 1997; Maremmanni et al., 2002; Simkin, 2002) hanno recentemente proposto un modello descrittivo della storia naturale della Dipendenza da eroina in cui si individuano due categorie di assuntori: i cosiddetti tossicodipendenti "*reattivi*" (nel senso di soggetti portatori di un non meglio precisato disagio socio-relazionale cui imparano a far fronte utilizzando

la sostanza stupefacente) e i cosiddetti tossicodipendenti “*autoterapici*” (cioè, soggetti affetti da altro Disturbo psichiatrico, clinicamente rilevante e diagnosticabile, che trovano nello stupefacente una risposta terapeutica alla loro sofferenza). Entrambi questi soggetti, dopo un prolungato e continuo uso della sostanza, a seguito delle ben note azioni farmacodinamiche dell’eroina (patogenesi) diventano tossicodipendenti “*metabolici*” (cioè, cominciano a manifestare craving e comportamento recidivante). Anche in questo caso, a prescindere dalle condivisibili considerazioni patogenetiche, l’osservazione etiologica appare condizionata dall’utilizzo di una epistemologia puramente descrittiva (la distinzione tra pazienti “reattivi” e “autoterapici” ha un senso solo nell’ottica dell’approccio categoriale del DSM); dalla prospettiva post-razionalista, in cui la normalità e la patologia si articolano lungo un continuum, tale distinzione appare priva di senso; di fatto, è chiaro che comunque, a monte di una condotta di uso/abuso, è possibile individuare una condizione soggettiva di sofferenza e disagio degna di essere indagata e compresa.

Si aggiunga a quanto detto che esiste un elevatissimo numero di consumatori che, non raggiungendo mai la condizione di dipendenza, cioè riuscendo a mantenere comunque un controllo sulla sostanza, non saranno mai censiti dagli studi epidemiologici, determinando di conseguenza una notevole sottostima del fenomeno di uso/abuso di sostanze psicotrope e, quindi, inevitabilmente anche errori di valutazione e di inquadramento dello stesso.

E’ come se, nell’approcciare scientificamente il problema, si fosse assunto il “*punto di vista della sostanza*”: in che modo la sostanza agisce (farmacocinetica), quali effetti determina nell’interazione con il Sistema Nervoso Centrale dell’essere umano (farmacodinamica), quali conseguenze biologiche e comportamentali provoca (clinica), perdendo o non riuscendo mai a focalizzare il “*punto di vista del soggetto assunto*”.

## IL MODELLO POST-RAZIONALISTA (SISTEMICO-PROCESSUALE)

Negli ultimi vent’anni il pensiero cognitivista è andato incontro ad una profonda e radicale evoluzione. In accordo con le tesi proposte dalla teoria dei sistemi complessi e dagli studi di Maturana e Varela (Maturana e Varela, 1987, 1988; Maturana, 1993) sulle capacità autopoietiche ed autorganizzantesi dei sistemi viventi, il focus dell’osservazione si è spostato da una prospettiva razionalista ed empirista, che presuppone una realtà

oggettivamente data e conoscibile come tale, ad una prospettiva post-razionalista (modello cognitivo sistemico processuale), che si interroga sulle modalità di costruzione della conoscenza umana (rivoluzione epistemologica) e in cui si afferma un fondamentale primato della soggettività: non si può più parlare di una conoscenza giusta e di una conoscenza sbagliata perché questo giudizio può provenire solo dall'organismo che conosce e che può decidere e valutare quanto sia viabile il percorso che sta compiendo (Guidano, 1988, 1992; Arciero, 2003).

In quest'ottica, l'ordine in cui viviamo coesiste con noi e con la nostra esperienza di essere al mondo. La conoscenza rappresenta, pertanto, l'attività base dell'organismo e conoscere significa esistere; lo stesso significato del termine "conoscenza" deve essere considerato da una prospettiva ontologica, cioè dalla prospettiva del soggetto che la possiede.

Più in dettaglio, si possono distinguere due possibili livelli di esperienza: immediata (livello emotivo della percezione del vivere, del sentire di essere se stessi) e spiegata: processo e necessità di riferire a sé e spiegare l'esperienza vissuta (livello razionale, peculiare dell'essere umano). I contorni del Sé risultano così emergere da una continua dialettica tra esperienza immediata (tacita) e spiegazione dell'esperienza (esplicita), finalizzata al mantenimento della coerenza interna e alla gestione delle perturbazioni provenienti dall'ambiente.

In accordo con Guidano, è così possibile proporre il concetto di "organizzazione di significato personale" come "lo specifico assemblaggio dei processi sottendenti l'elaborazione del significato personale grazie al quale ciascun individuo, pur sperimentando numerose trasformazioni nel corso del suo ciclo di vita, mantiene sempre il suo senso di unicità personale e di continuità storica" (Guidano, 1988, 1992). A partire dalle specifiche modalità di attaccamento con le figure genitoriali sperimentate nei primi anni di vita e dalla conseguente graduale selezione delle tonalità emotive di base che caratterizzano l'esperienza immediata, l'organizzazione di significato personale si viene delineando come la soggettiva modalità, peculiare di ciascun individuo, di costruirsi un senso e di dotare di senso la realtà esterna.

Partendo da queste premesse, è possibile individuare almeno quattro principali organizzazioni di significato personale. L'organizzazione "tipo disturbo alimentare psicogeno" (*DAP prone*) è tipica di soggetti che, sulla base di un attaccamento ambiguo, hanno strutturato un Sé dai contorni vaghi e indefiniti, costantemente dipendente da una realtà esterna percepita come

in grado di confermare o disconfermare la autostima e amabilità del soggetto. Pertanto, ogni input esterno percepito o temuto come disconfermante innesca vissuti emotivi di vergogna e inferiorità con conseguenti comportamenti di evitamento e/o di chiusura.

Nell'organizzazione "depressiva" (*DEP prone*), conseguenza di un'esperienza di attaccamento con genitori evitanti e freddi, il Sé si struttura intorno ad un tema centrale di perdita e di solitudine, di ineluttabile fallimento esistenziale, con attivazioni emotive oscillanti fra le polarità della rabbia e della disperazione.

L'organizzazione "fobica" (*FOB prone*) si osserva in soggetti che hanno sperimentato un pattern di attaccamento ansioso ed iperprotettivo; Il Sé si struttura pertanto sul tema centrale del controllo rispetto a due bisogni antitetici: quello di prossimità fisica da una figura percepita come protettiva e quello del mantenimento di una adeguata distanza da essa che consenta il necessario senso di libertà personale. La perdita di tale controllo si associa ad attivazioni emotive di paura o di costrizione.

Nell'organizzazione "ossessiva" (*OSS prone*), infine, tipica di soggetti con pattern di attaccamento ambivalente, i contorni del Sé oscillano tra la costante ricerca di adesione ad un modello esterno di perfezione e l'incapacità di conseguire tale obiettivo, con tendenza ad una rigida esclusione dei pattern di attivazione emotiva e ad analitiche spiegazioni razionali dell'esperienza.

Muovendo da una prospettiva post-razionalista, dunque, e considerando il ciclo di vita dell'essere umano come un processo evolutivo caratterizzato da crescenti livelli di complessità, da un equilibrio metastabile continuamente sollecitato da perturbazioni esterne e dalla conseguente necessità di armonizzare la dialettica interna tra continuità (coerenza interna del sistema e stabilità del senso di Sé) e cambiamento, l'adolescenza rappresenta una fase di passaggio particolarmente critica che il soggetto affronta sulla base della specifica organizzazione di significato personale e del grado di flessibilità e astrazione raggiunti dal sistema. Ad esempio, in precedenti studi è emerso come l'adolescenza sia contrassegnata in modo fisiologico da vissuti di disagio con equivalenti di tipo depressivo, che, soprattutto nelle organizzazioni "DAP prone" e "DEP prone", possono talora evolvere verso quadri clinici conclamati caratterizzati da tematiche di senso diagnosticamente riconoscibili e distinguibili nell'uno e nell'altro caso. In questo senso la depressione adolescenziale può rappresentare un ambito potenzialmente patologico in cui un adeguato intervento psicoterapeutico secondo il modello descritto può consentire un cambiamento del sistema,

con incremento della flessibilità interna e conseguente sviluppo di più adattivi pattern di gestione delle esperienze emotivamente perturbanti (Nardi e Pannelli, 1997, 1998; Nardi, 2001).

Di conseguenza appare quanto mai significativa una ipotesi di rilettura in ottica post-razionalista dei comportamenti di uso/abuso e dipendenza allo scopo di ricercare il senso soggettivo alla base di tali situazioni.

## LA RICERCA DI SENSO NEI COMPORTAMENTI DI ABUSO E DIPENDENZA

Da quanto detto finora e in accordo con Guidano (Guidano, 1988, 1992), secondo cui “i sintomi devono essere considerati alla stregua di processi conoscitivi in piena regola che evidenziano i tentativi di cambiamento infruttuosi, derivanti da un livello di consapevolezza ridotto e/o distorto che impedisce una piena e coerente assimilazione dell’esperienza personale prodottasi”, si può affermare che il primo contatto con una sostanza d’abuso in età adolescenziale, ma non solo, rappresenta una modalità poco adattiva e disfunzionale per gestire emozioni discrepanti, innescate da eventi particolarmente perturbanti che il soggetto non riesce ad assimilare, con conseguente perdita della coerenza interna del sistema.

Allo stesso modo possono efficacemente essere interpretati altri “sintomi” quali l’inizio di un disturbo alimentare, l’esordio di attacchi di panico, la comparsa di rituali e pensieri ossessivi, etc.: in tutti questi casi la ricerca del senso del disturbo, partendo dall’individuazione della specifica organizzazione di significato personale del soggetto, consente di cogliere come i suddetti aspetti psicopatologici rappresentino, seppure in maniera inconsapevole, una modalità di recuperare una coerenza interna e una stabilità del senso di Sé, ovviamente con tutte le conseguenze di disfunzionalità e maladattamento che comportano (Guidano, 1988, 1992).

Inoltre, tenendo presente il ruolo centrale che specifiche tonalità emotive assumono nel caratterizzare ogni organizzazione di significato, appare quanto mai suggestivo il fatto che ogni sostanza psicotropa d’abuso determina modulazioni e modificazioni dei diversi pattern emozionali. Tali sostanze, infatti, in linea generale possono essere distinte in inibenti e stimolanti, a seconda che favoriscano uno stato di rilassamento e appiattimento dell’arousal emozionale, con attenuazione di eventuali stati d’ansia (oppiacei, cannabinodi, alcool) o che provochino, viceversa, una



attivazione di tonalità emotive positive con aumento inadeguato e improprio di autostima e sicurezza nelle proprie capacità (cocaina, amfetamine, ecstasy). L'effetto finale sarà comunque, in entrambi i casi, una stimolazione del circuito della gratificazione che nel tempo indurrà il soggetto a riprodurre la sensazione piacevole sperimentata fino a determinare una condizione di dipendenza. A questo proposito, è ben noto come, soprattutto "all'inizio di carriera", i soggetti assuntori abbiano una specifica attrazione per un solo tipo di sostanza, prediligendo l'effetto più adeguato alla gestione di specifici e personali distress emozionali.

Quindi, facendo riferimento alle quattro organizzazioni di significato personale proposte dal modello post-razionalista, si possono delineare degli specifici itinerari evolutivi in cui, all'intersezione tra eventi di vita perturbanti e difficilmente assimilabili con la possibilità di incontrare le sostanze, i comportamenti di uso/abuso possono acquisire un senso dal punto di vista del soggetto. E' osservazione assolutamente normale, nelle ricostruzioni anamnestiche strategicamente orientate di una storia di dipendenza, il fatto che l'esordio in età adolescenziale di condotte di abuso si associ a momenti di vita particolari quali delusioni affettive, fallimenti scolastici o, più in generale, a situazioni familiari con pattern d'attaccamento particolarmente disturbati.

Ad esempio, per un soggetto con organizzazione "*DAP prone*", con modalità di costruzione del senso di Sé totalmente eteroriferite e con una spiccata dipendenza emotiva dal contesto e dal punto di vista esterno, il ricorso alla sostanza può rappresentare un modo per adeguarsi all'ambiente, per gestire l'ansia da esposizione e il senso di non accettazione, per migliorare la fiducia nelle proprie capacità rispetto a prestazioni verso cui si sente inadeguato, per definirsi in opposizione alle figure genitoriali, vissute come costantemente intrusive e disconfermanti.

Nelle organizzazioni "*DEP prone*", caratterizzate da oscillazioni emotive fra le polarità della rabbia e della disperazione come espressione di un Sé a lettura interna caratterizzato da un senso di ineludibile inamabilità personale, l'uso di sostanze può assumere il significato di sedare il dolore esistenziale legato al tema centrale di perdita e solitudine, mentre il ricorso a sostanze stimolanti può facilitare l'espressione di attivazioni di rabbia con finalità auto od eterodistruttive.

Le organizzazioni "*FOB prone*" più raramente incorrono nell'abuso di sostanze, e questo anche in relazione alla particolare attenzione che normalmente rivolgono al tema salute/malattia; inoltre, lo sperimentare

una modificazione della percezione corporea può rappresentare per questi soggetti un'esperienza assolutamente temibile, vissuta come perdita di controllo. Tuttavia, in qualche caso, l'uso di sostanze può assumere il senso di "esser malati" come modalità di gestione e controllo della figure che devono assolvere il ruolo di "base sicura" (genitore, partner): sono assuntori che spesso riescono veramente ad avere un controllo sulle modalità di assunzione, con remissioni e ricadute facilmente riconducibili all'andamento del rapporto con la figura affettiva di riferimento.

Ancora più raro è l'uso di sostanze nelle organizzazioni "*OSS prone*". Questi soggetti, i cui contorni del Sé, come detto, oscillano in maniera ambivalente tra un tema di perfezione legato a criteri logici esterni e temi di imperfezione legati all'incapacità di raggiungere tale obiettivo (secondo uno schema tipo "tutto o nulla"), con esclusione dal campo di coscienza delle attivazioni emotive e con analitiche spiegazioni razionali dell'esperienza, possono talora ricorrere all'uso di sostanze psicotrope per lo più in relazione a vissuti depressivi. In questo caso le modalità di assunzione si caratterizzano per una spiccata tendenza alla valutazione razionale e alla conoscenza dettagliata degli effetti della sostanza, delle dosi, dei meccanismi d'azione, degli effetti collaterali, etc., con l'illusoria convinzione di esercitare un controllo perfetto sui propri comportamenti.

## IMPLICAZIONI IN MATERIA DI TERAPIA E PREVENZIONE

Come detto, i diversi approcci terapeutici che si sono succeduti nel tempo hanno mostrato col passare degli anni la loro limitatezza e scarsa efficacia nel permettere di conseguire "guarigioni" stabili e durature in un numero significativo di soggetti. Se si prende come esempio il problema della Dipendenza da eroina, si vede come i trattamenti basati solo sull'impiego di farmaci sostitutivi, una volta conclusi, sono spesso seguiti da ricadute e lo stesso accade ai pazienti avviati a trattamenti residenziali in Comunità terapeutiche, spesso anche molto lunghi.

Anche i diversi approcci psicoterapeutici, da quelli ad orientamento psicodinamico, sia individuale che di gruppo, a quelli di tipo behaviourista (tutt'ora considerati come l'intervento psicologico d'elezione), mostrano continuamente la loro incapacità nel prevenire le ricadute nel lungo periodo. Relativamente al modello sistemico-relazionale, numerosi studi epidemiologici hanno ormai accertato l'impossibilità di definire una tipologia

familiare specifica alla base di una tossicodipendenza; quindi, intervenire a modificare e migliorare eventuali disequilibri patologici all'interno di un nucleo familiare non significa agire sul nucleo di un quadro tossicomane (Maremmani et al., 2002).

Peraltro, l'aver sempre più inquadrato la dipendenza come un Disturbo recidivante, e quindi teoricamente cronico, ha comportato una diffusa tendenza autoassolutoria rispetto agli insuccessi e alle ricadute tanto nei pazienti quanto, è questo è assai più preoccupante, negli operatori.

E' esperienza comune e frequente assistere a relazioni terapeutiche caratterizzate da un atteggiamento ambivalente delle varie figure professionali coinvolte nel progetto di cura: da un lato, si cerca di impostare il rapporto in modo empatico ed accogliente, dall'altro, si fa continuamente riferimento alla necessità che il paziente ci metta della "buona volontà", non lesinando critiche o rimproveri ogni qual volta si devono fronteggiare ricadute, comportamenti inadeguati o richieste ritenute improprie. Sull'altro versante, il paziente normalmente esibisce un atteggiamento assai eterogeneo, con tratti ora oppostivi, ora manipolativi, ora seduttivi, ora invischiati, che riflettono verosimilmente lo stile emotivo-relazionale che caratterizza la sua normale interazione con le figure significative. Da una prospettiva postrazionalista, non è difficile cogliere come le specifiche organizzazioni di significato personale e i conseguenti pattern emozionali di decodifica dell'esperienza immediata, sia degli operatori che degli utenti, siano i fattori che principalmente contribuiscono a determinare il tipo di relazione che si struttura rispetto ad un progetto di cura.

Nell'ottica, quindi, di una generale rilettura del complesso fenomeno di una patologia da dipendenza e degli eventuali possibili itinerari terapeutici, che restituisca il giusto valore e la necessaria centralità a quello che ho precedentemente definito "il punto di vista del soggetto assunto" e che tenga ben presente l'importanza di una adeguata riflessione etiologica, l'approccio post-razionalista si pone come un modello di riferimento forte, in grado di offrire una ermeneutica e quindi una chiave di comprensione del problema nelle sue molteplici sfaccettature.

Allo scopo di delineare un adeguato percorso terapeutico di tipo multidisciplinare ed integrato che riesca ad armonizzare i diversi tipi di intervento necessari, da quelli più specificamente medico-farmacologici, a quelli psicologici, fino a quelli socio-educativi, appare di fondamentale importanza l'adozione, da parte degli operatori, di un punto di vista che permetta di leggere i "sintomi" e i vari comportamenti disadattivi esibiti

dal paziente come qualcosa di sensato per lui in quel momento e non come qualcosa da stigmatizzare o da contrastare con argomentazioni razionali. Un approccio di questo tipo può garantire un percorso che, fin dalle sue prime fasi (dall'inquadramento diagnostico, alla definizione negoziata di un determinato tipo di trattamento), è realmente caratterizzato da una accoglienza empatica delle sofferenze della persona e permette, inoltre, di fargli sperimentare un'esperienza relazionale per lui nuova e già terapeuticamente significativa.

Più in dettaglio, l'opportunità e l'efficacia di un adeguato intervento psicoterapeutico non può prescindere da una primaria e indispensabile gestione del craving. Pertanto, le tappe caratterizzanti il percorso terapeutico si possono schematicamente delineare come segue:

1. individuazione di una adeguata farmacoterapia, là dove possibile, mirante a contenere e gestire il craving per la sostanza, eventualmente accompagnata da colloqui di counseling e sostegno;
2. conseguimento di una adeguata distanza dalla sostanza o dall' "addictive behaviour", che restituisca al paziente un buon livello di lucidità;
3. eventuale avvio di un percorso psicoterapeutico strutturato, finalizzato ad un aumento della consapevolezza del soggetto rispetto alle sue specifiche modalità emozionali di decodificare l'esperienza immediata e quindi di organizzare una conoscenza del mondo e di Sé nel mondo, con possibilità di estendere l'ambito di osservazione al suo peculiare itinerario di sviluppo (pattern di attaccamento) e quindi consentirgli una più articolata e flessibile comprensione della sua storia personale e delle sue difficoltà.

Altrettanto utile, come già accennato, è un approccio post-razionalista al delicato problema del disagio adolescenziale nelle sue multiformi manifestazioni. Come evidenziato in precedenti studi, adeguate strategie di prevenzione di possibili evoluzioni psicopatologiche (e, quindi, anche di possibili itinerari di abuso/dipendenza da sostanze) non possono prescindere da un precoce inquadramento diagnostico di quelle situazioni di difficoltà e sofferenza adolescenziale, distinguibili dalla cosiddetta "depressione fisiologica" tipica di questa fase del ciclo di vita, e pertanto riconoscibili come condizioni già subcliniche. Solo in questo modo è possibile attuare interventi tempestivi e mirati che consentano al soggetto di acquisire migliori strumenti di comprensione e di gestione delle emozioni discrepanti alla base del suo stato di disagio.

## CASO CLINICO

L. si presentò al Servizio Dipendenze di Porto San Giorgio, su consiglio del suo medico curante, per un problema di dipendenza da cocaina.

L. era una ragazza di 24 anni ed era l'ultima di 4 figli: aveva una sorella di 31 anni sposata e un fratello di 26 anni con pregressi problemi di tossicodipendenza da tempo risolti. Il primogenito morì in tenera età, tre anni prima della nascita di L. I genitori (padre di 65 e madre di 54 anni) sono titolari di una serra. L. descriveva la famiglia come molto unita e mite, segnata però nel tempo sia dalla morte del primogenito che causò una profonda depressione soprattutto nella madre (diedero al maschio successivo lo stesso nome del fratello morto) che dai problemi di tossicodipendenza del secondo figlio (risoltisi circa 6 anni fa). L. completò con ottimo profitto l'Istituto di Ragioneria e poi, contro il parere del padre, si trasferì a Roma per iscriversi all'Accademia d'Arte Drammatica (che però frequentò solo per pochi mesi, anche se il teatro rimane la sua grande passione) e poi alla Facoltà di Lettere. Lo scorso anno ha interrotto gli studi ed è tornata a casa. L. cominciò ad usare cannabinoidi a 14 anni; poi, a 16 anni iniziò a tirare cocaina, con un ingravescente quadro di abuso e, quindi, di dipendenza che condizionò negativamente tutti i cinque anni trascorsi a Roma, determinando anche il suo fallimento universitario.

Dal punto di vista affettivo raccontava tre storie significative. Conobbe il suo primo ragazzo a 15 anni: era un tossicodipendente più grande di lei che, dopo cinque anni, la tradì facendola molto soffrire (fu con lui che iniziò ad usare cocaina); la seconda storia si svolse a Roma con un altro ragazzo cocainomane e durò un anno (ma L. la ricorda come "*solo una storia di sostanze*"). Da circa un anno è fidanzata con G. (32 anni) un ragazzo del suo paese conosciuto al ritorno da Roma.

Da quando era tornata a casa L. aveva smesso di usare la sostanza, anche sostenuta da G. (peraltro, descritto come geloso e ipercontrollante). Nel corso di questo periodo, però, si erano verificate due ricadute, di cui l'ultima un mese prima.

Durante la prima seduta, oltre alla raccolta dei dati biografici, si era focalizzata l'attenzione sulle recenti ricadute e sulla sua situazione attuale. L. spiegò che entrambe le ricadute erano da attribuire a momenti di significativa delusione nei confronti del fidanzato: una prima volta aveva scoperto che la madre di G. non era stata informata dal figlio del loro progetto di sposarsi l'anno successivo e questo l'aveva fatta sentire ingannata e tradita. Da quel momento L. non era più stata serena e, circa un mese prima, aveva di nuovo usato cocaina ("è stato come se avessi voluto essere scoperta a tutti i costi, anche perché i miei fino a quel momento non avevano mai saputo nulla del mio problema e mi avevano sempre visto come una figlia perfetta e tranquilla"). In realtà la conseguenza era stata che i genitori avevano mostrato una profonda delusione nei suoi confronti: il padre aveva smesso di rivolgerle la parola e di fatto la ignorava completamente, mentre la madre alternava momenti di tristezza e forte preoccupazione a momenti di collera e rimproveri, tanto che L. aveva deciso di trasferirsi dalla sorella, non riuscendo a

sostenere l'atmosfera che viveva a casa sua. Anche G. aveva manifestato incertezza e delusione nei confronti di L.

Fu così possibile, fin dalla prima seduta, concordare con L. un lavoro sulle attuali difficoltà emotive in relazione alle figure parentali e, contestualmente, impostare una prima riformulazione del problema in termini di sensibilità al giudizio (organizzazione di significato personale DAP-prone).

Nelle sedute successive, mentre L. cominciava a focalizzare le sue attivazioni emotive di fronte all'atteggiamento dei suoi differenziandole dalle spiegazioni eteroriferite che normalmente si dava, si veniva delineando un suo atteggiamento di fondo per cui, nel tempo, aveva sempre cercato di apparire come una figlia irreprensibile e costantemente aderente alle aspettative genitoriali, anche per compensare la sofferenza loro causata dalla tossicodipendenza del fratello maggiore. Nell'arco di circa tre mesi, lavorando con adeguate ricostruzioni e messe a fuoco di molteplici eventi della quotidianità, L. imparò a riconoscere il suo personale stile di decodifica emotiva dell'esperienza immediata, caratterizzato da costanti vissuti di inadeguatezza ed incapacità di fronte a qualsiasi tipo di perturbazione nelle relazioni intersoggettive significative; parallelamente imparò a riconoscere gli stili e i contenuti emozionali e di significato dell'altro da sé, raggiungendo un ottimo livello di demarcazione, tanto che, al termine di un progressivo percorso di riavvicinamento, tornò a vivere con i suoi e riuscì a ricucire il dialogo con il padre.

Ovviamente, il lavoro di focalizzazione/demarcazione fu portato avanti anche rispetto al rapporto con G. e quindi con possibilità di rileggere le ricadute nell'uso di cocaina come il ripetersi di modalità disfunzionali di gestione di emozioni discrepanti e inaccettabili sensi di sé. Più in dettaglio, L. cominciava ad aver chiaro come il rapporto affettivo con G. fosse stato, fin dall'inizio, assolutamente sbilanciato, nel senso di un suo porsi in posizione chiaramente subalterna: lei era la "tossica", bugiarda e fasulla, fallita e incapace e G. era una sorta di "principe azzurro" perfetto, venuto in suo soccorso, nei confronti del quale L. doveva e poteva provare solo gratitudine e riconoscenza ed essere assolutamente felice per l'immeritata fortuna che le era capitata (*"chi altro si sarebbe potuto innamorare di me?"*). Quindi L. cominciò a vivere emozioni di insofferenza e intolleranza nei confronti degli atteggiamenti iperprotettivi e ipercontrollanti di lui: inizialmente mettemmo a fuoco come tendesse a sentirsi colpevole e indegna di fiducia di fronte ai comportamenti critici di G., poi, a mano a mano che aumentava la sua capacità di demarcazione, L. si accorse di come il suo fidanzato si fosse sempre definito nel ruolo di suo "salvatore", consentendosi così di non mettersi mai veramente in gioco all'interno della storia e di quanto faticasse ora a gestire una ridefinizione delle regole del rapporto su una base di maggiore parità. Inevitabilmente, L. cominciò a provare intense attivazioni di collera, arrivando a poter immaginare prima ed agire poi vere minacce di rottura del legame affettivo se G. non avesse mostrato segni di cambiamento: particolarmente significativa fu una seduta in cui L. mi descrisse, con molta soddisfazione, un'ennesima lite con G., alla fine della quale egli le disse "*devi*

*renderti conto che tu hai bisogno di me” e lei, con calma gli rispose “sei tu che hai bisogno di pensare che io ho bisogno di te!”.*

Dopo circa cinque mesi di terapia, concordammo con L. di cominciare la ricostruzione della storia di sviluppo. A questo proposito, emerse fin dall’inizio come L. fosse nata in un clima problematico: la madre era ancora afflitta e depressa per la morte del primogenito e di fatto non desiderava una nuova gravidanza, a differenza del padre che invece visse con particolare entusiasmo l’arrivo di una nuova figlia. L. racconta di essere sempre stata, da un lato, una *“figlia non voluta”* e, dall’altro, la *“cocca del papà”*. La ricostruzione di alcuni ricordi significativi permise a L. di mettere a fuoco come fin dai primi anni di vita sviluppò un atteggiamento compiacente nei confronti di entrambi i genitori e soprattutto della madre, verso la quale esperiva costantemente un accesso e un accudimento imprevedibile, con conseguente attivazioni emotive discrepanti caratterizzate da una percezione di sé come figlia indegna ed inadeguata (*“ero felice solo se vedevo i miei genitori felici”*). In sintesi, tutto il periodo della scuola dell’obbligo fu caratterizzato dall’ansia collegata agli impegni di studio (sostenuta dalla sua costante percezione di essere un bluff) e dagli sforzi di L. per ottenere sempre un eccellente rendimento scolastico da esibire ai genitori, peraltro ormai presi dai problemi di tossicodipendenza del figlio maschio (*“per me era assolutamente indispensabile continuare ad apparire la figlia perfetta che essi credevano che fossi”*).

Relativamente alla sua iniziazione all’uso di sostanze, L. raccontò che tutto accadde all’interno della sua prima storia affettiva, intorno ai 16 anni. Anche rispetto a questo, non fu difficile mettere a fuoco il fatto che L. sentisse il bisogno di adeguarsi ai comportamenti e alle aspettative del suo ragazzo e di come l’effetto percepito dopo l’assunzione della cocaina corrispondesse perfettamente alle sue necessità emotive: netto incremento dell’autostima e della fiducia in se stessa e nelle sue capacità. La rottura affettiva con quel ragazzo segnò, di fatto, un’ulteriore grave disconferma per L. e il trasferimento a Roma, apertamente osteggiato dal padre, rappresentò un tentativo di mettersi alla prova nel corso del quale la sostanza assunse un ruolo determinante.

Dopo circa un anno di lavoro terapeutico L. raggiunse un eccellente livello di flessibilità emozionale e una notevole capacità di rilettura delle proprie esperienze e di demarcazione rispetto a contesti problematici: riuscì ad impegnarsi con successo nella ricerca di un proprio impiego che la rendesse indipendente dalla attività lavorativa della famiglia, recuperò un buon rapporto con entrambe le figure genitoriali, riuscendo allo stesso tempo a gestire le intrusioni materne comunque presenti e ridefinì il rapporto con il fidanzato recuperando ampi spazi di autonomia personale. Fu pertanto possibile concordare una serie di incontri di follow-up più diradati nel tempo fino ad una adeguata conclusione del rapporto terapeutico. Nel corso di una di queste sedute L. raccontò con molta soddisfazione un episodio occorso durante una cena al ristorante con G.: incontrò nel bagno del locale un paio di vecchie amiche che si erano appartate per tirare cocaina e che subito la

invitarono a partecipare. Dopo un breve attimo di ansia L. affermò con sicurezza di non volerne sapere e con sdegno tornò al suo tavolo. L. mise agevolmente a fuoco come all'istante si fosse sentita vista come una tossicodipendente, anche se, verosimilmente, in quel momento, scattò in lei anche un effetto di craving che solo con il passare del tempo si attenuerà.

Il caso di L. offre diversi spunti di riflessione. Si trattava, infatti, di una situazione con alcuni punti critici ed altri favorevoli. Sicuramente, il fatto che la sostanza in questione fosse la cocaina comportava una notevole difficoltà da parte del terapeuta a gestire farmacologicamente una eventuale ricaduta in una condizione di dipendenza, non essendo al momento disponibile alcun sostegno farmacologico di accertata efficacia; peraltro, il dato anamnestico che L. nell'arco di alcuni mesi avesse assunto la sostanza solo in due occasioni se, da un lato, testimoniava quanto la ragazza fosse ancora invischiata e coinvolta nel problema, dall'altro, permetteva di lavorare più direttamente sulle sue componenti emotive e di personalità, senza doversi preoccupare di sostenerla e gestire una astinenza con sintomi fisici.

Di fatto, come sopra esposto, tutto il lavoro terapeutico si focalizzò sulle problematiche legate alle caratteristiche della sua organizzazione di significato personale mentre la storia del suo rapporto con la cocaina venne, strategicamente, posta in secondo piano ed utilizzata tangenzialmente nelle fasi in cui si procedeva alla ricostruzione e rielaborazione di una coerenza interna in cui l'essere stata una tossicodipendente poteva assumere un significato comprensibile e quindi assimilabile nel senso di sé.

In sintesi, il caso di L. consente di puntualizzare alcuni concetti di fondo. In primo luogo consente di vedere come, effettivamente, l'uso di sostanze psicotrope tenda a connotarsi come una soluzione autoterapica, ovviamente disfunzionale e disadattiva, in soggetti, nella maggioranza dei casi adolescenti, con temi emotivo-esistenziali critici ed irrisolti; in secondo luogo, permette di ribadire la necessità di interventi terapeutici primariamente volti alla "comprensione" di un comportamento di abuso/dipendenza e che non siano riduzionisticamente rivolti solo alle componenti neurobiologiche del problema; infine, permette di valutare l'efficacia dell'approccio post-razionalista: è evidente, infatti, come, già nelle fasi iniziali di costruzione del setting ed inquadramento e riformulazione del problema, lo spostare l'attenzione del paziente dalla definizione di tossicodipendente, spesso carica di implicazioni morali, su altri contenuti e temi di vita, gli consenta di sperimentare un nuovo modo di essere percepito, percepirsi e, conseguentemente, una accoglienza e una presa in carico davvero empatica e rispettosa del suo essere un "essere umano".



## CONCLUSIONI

Le considerazioni sin qui esposte rappresentano il risultato di una serie di riflessioni scaturite dal quotidiano confronto con centinaia di storie di tossicodipendenza e con le difficoltà legate alla gestione terapeutica delle innumerevoli problematiche socio-sanitarie di questi soggetti. Tali riflessioni, peraltro, si collocano nell'ambito di un più vasto territorio di indagine psicopatologica che da molti anni impegna e caratterizza le ricerche in ambito postrazionalista: quello, appunto, della rilettura e della interpretazione delle principali patologie di pertinenza psichiatrica, dalle nevrosi alle psicosi, secondo una ermeneutica delle emozioni e delle modalità di costruzione di senso come elementi base per la strutturazione e organizzazione di una conoscenza soggettiva di Sé e del mondo.

La necessità di elaborare modelli, al tempo stesso più complessi ed adeguati, di comprensione dei comportamenti umani appare quanto mai urgente nel campo delle patologie da dipendenza, all'interno del quale continuano a pesare approcci semplificativi di tipo riduzionista, oltre che etiche ed ideologie legate di volta in volta allo specifico contesto socio-culturale del momento. In questo senso, il cognitivismo post-razionalista, elaborato nel corso di oltre vent'anni di lavoro da Vittorio Guidano (alle cui opere si rimanda per una più approfondita descrizione), sta ricevendo continue conferme e validazioni da diversi settori delle neuroscienze, dalla neurologia al neuroimaging (Damasio, 1995, 2000, 2003), ponendosi come modello teorico e strumento di intervento di particolare rilevanza clinica.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition, Text Revised (DSM IV-TR). A.P.A., Washington DC, 2000.
- Arciero G: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale. Bollati Boringheri, Torino, 2003.
- Canali S.: Storia e critica del concetto di tossicodipendenza. *Med. Tossicodip.*, 38, 7-13, 2003.
- Bardellini L.F., Ricci R.V., Ferrari F., Bocchia M.: Proposta di un modello integrato di applicazione della psicoterapia cognitiva al trattamento dell'abuso di sostanze. *Boll. Farmacodip. e Alcolis.*, XXIII (4), 52-59, 2000.
- Bignamini E., Bombini R.: Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "Tossicodipendenze". *Med. Tossicodip.*, 38, 49-58, 2003.
- Corbellino G.: Il concetto evolucionistico di malattia. *Med. Tossicodip.*, 38, 15-20, 2003.

- Goodman A.: Gli “Additive Disorders” come categoria diagnostica. *Med. Tossicodip.*, 38, 39-46, 2003.
- Nestler E.J.: Molecular basis of long term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neurosciences*, 2 (vol 2), 103-104, 2001.
- Damasio A.: L'errore di Cartesio. Adelphi, Milano, 1995.
- Damasio A.: Emozioni e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000.
- Damasio A.: Alla Ricerca di Spinoza, Adelphi, Milano, 2003.
- Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Khantzian E.J.: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaina dependance. *Am. J. Psychiat.*, 142 (11), 1259-1264, 1985.
- Khantzian E.J.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and addictions. Similarities and differences. *Recent Dev. Alcohol.*, 8, 255-271, 1990.
- Khantzian E.J. : The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv. Rev. Psychiat.*, 4(5), 287-289, 1997.
- Maremmani I. et al.: Disturbi correlati a sostanze. In: Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V. (Eds): Trattato Italiano di Psichiatria Vol II, 1323-1438, Masson, Milano, 2002.
- Maturana H.: Autocoscienza e Realtà. Cortina, Milano, 1993.
- Maturana H., Varela F.: L'Albero della Conoscenza. Garzanti, Milano, 1987.
- Maturana H., Varela F.: Autopoiesi e Cognizione. Marsilio, Venezia, 1988.
- Morin E.: Il Paradigma Perduto. Che cos'è la Natura Umana. Bompiani, Milano, 1974.
- Morin E.: Il Metodo 5 – L'Umanità dell'Umanità. Volume 1 - La Personalità Umana. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Nardi B.: Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nardi B., Pannelli G.: Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico processuale. *Riv. Psychiat.*, 32(4), 157-164., 1997.
- Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scempenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Riv. Psychiat.*, 33(6), 277-286, 1998.
- Simkin D.R.: Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr. Clin. North Am.*, 49 (2), 463-477, 2002.
- Stanzione M.: Il problema mente corpo, il concetto di persona e comportamenti d'abuso. *Med. Tossicodip.*, 38, 21-30, 2003.

Giovanni Santone, Andrea Monaci, Marco Lazzarotto Muratori,  
Cristina Ciarafoni, Gabriele Borsetti

## **PSICOFARMACOTERAPIA DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA IN ADOLESCENZA**

### **1. INTRODUZIONE**

Studi epidemiologici condotti nei paesi occidentali rilevano, in soggetti di età 8-16 anni, una prevalenza dal 5 al 10% di disturbi della condotta (DC) caratterizzati da oppositività, dirompenza ed aggressività (Hill, 2004). La terapia di tali problematiche impone il ricorso a tutte le risorse terapeutiche disponibili, considerando non solo il carico di sofferenze attuali che esse comportano per il soggetto ed il suo contesto, ma anche per il rischio di evoluzione in età adulta verso disturbi strutturati, e verso l'abuso di sostanze (Hill, 2004).

#### *1.1 L'inquadramento nosografico*

I DC possono essere associati a svariati disturbi mentali (Hill, 2004; Steiner, 2003): disturbi schizofrenici e bipolari, Disturbo Post-Traumatico da Stress, disturbi da abuso di alcol e sostanze, ritardo mentale. Essi inoltre caratterizzano in larga parte i Disturbi da Deficit dell'Attenzione e da Comportamento Dirompente descritti nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Il riconoscimento di uno specifico disturbo mentale alla base del DC implica prognosticamente il fatto che il trattamento di tale disturbo esiti in una risoluzione del quadro di DC. Va però sottolineato come la comorbidità dei quadri sindromici sia molto frequente in adolescenza, e non appare chiaro se la comorbidità stessa rappresenti un fattore peggiorativo o protettivo rispetto alla evoluzione clinica (Hill, 2004; Roth e Fonagy, 1997; Steiner, 2003). Considerando, ad esempio, il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (DDAI), il rischio della sua presenza risulta, rispetto alla popolazione generale, 10 volte superiore in presenza di DC, e di circa 7 volte in presenza di quadro depressivo (Angold et al., 1999). Ciò impedisce, per lo meno, l'identificazione precisa di un disturbo il cui trattamento risulti efficace anche per il DC. Si associano inoltre difficoltà per

una diagnosi precisa: la presentazione clinica in età evolutiva in particolare dei disturbi psicotici e dell'umore assume peculiarità tali da rendere difficile un inquadramento diagnostico secondo i criteri diagnostici dettati dal DSM (ovvero il sistema nosografico maggiormente in uso) (Del Bello e Grcevich, 2004).

Infine, il disturbo mentale si sovrappone alla naturale evoluzione dell'individuo, ed il decorso risente delle potenzialità evolutive ed adattive della fase di vita in cui si manifestano (Hill, 2004). Si ritiene comunemente che DC ad esordio più precoce tendano a mantenersi durante il periodo evolutivo, anche esitando in condotte devianti (ed altre disfunzioni sociali) nell'età adulta, mentre i DC esordienti in adolescenza avrebbero un decorso autolimitante a questa specifica fase della vita (l'evoluzione benigna delle forme ad esordio più tardivo non è da tutti accettata).

### *1.2 I rapporti con l'ambiente*

Va infine ricordato come la diagnosi di DC non può prescindere dai rapporti con l'ambiente, inteso come la rete di rapporti che il soggetto ha con la famiglia, con il gruppo dei pari e, più in generale, con il contesto sociale (scuola, gruppi di attività sportiva, etc.). Tali rapporti sono importanti in quanto influenzano l'atteggiamento dell'adolescente verso la terapia psicofarmacologica (e conseguentemente influiscono sull'aderenza o meno alle prescrizioni) e possono attuare manovre più o meno adeguate all'estinzione o al rinforzo dei DC.

Risultano quindi particolarmente indicati interventi multimodali, che affianchino varie modalità terapeutiche. I vantaggi degli interventi multimodali sono molteplici: possono infatti garantire un rinforzo reciproco fra gli interventi stessi, con la possibilità di raggiungere risultati migliori, ed in minor tempo (ciò implica anche la possibilità di ricorrere a dosi inferiori di farmaco). Questo anche grazie alla riduzione di atteggiamenti disfunzionali da parte del contesto di appartenenza del soggetto (ad esempio, eccessivamente tolleranti o punitivi), ed alla attenuazione di tensioni e conflittualità presenti nell'ambiente. In conclusione, gli interventi multimodali permettono di instaurare una migliore alleanza terapeutica con il soggetto e con il suo contesto.

Sono vari gli interventi multimodali per i quali si valuta l'efficacia a lungo termine. Ad esempio, nel caso di adolescenti con disturbo bipolare, essi dovranno non solo focalizzarsi su una migliore accettazione della terapia psicofarmacologica, ma anche sulla individuazione dei fattori precipitanti

e sulla gestione degli eventi stressanti (per cui l'adolescente dovrà essere affiancato da figure significative) e sulla predisposizione di piani di intervento precoce da parte dei familiari. Inoltre, va posta attenzione al benessere dei soggetti, operando per lo sviluppo di un senso di identità dell'adolescente e per la cura del clima familiare (Miklowitz et al., 2004).

### *1.3 Quando iniziare una terapia farmacologia?*

Le potenzialità evolutive dell'adolescente ed il significato relazionale dei DC inducono a ritardare l'intervento farmacologico (più strettamente caratterizzante la problematica in senso medico e psichiatrico), sino a quando non sia chiara l'inefficacia di trattamenti alternativi di tipo educativo, psicoterapico e psicosociale. Un intervento psicofarmacologico prematuro comporta il rischio di scotomizzare la possibilità di interventi alternativi, ugualmente efficaci, così come di esporre troppo precocemente il soggetto al rischio di effetti avversi (va tenuto conto che, per molti farmaci, gli adolescenti presentano un maggior rischio di sviluppo di eventi avversi).

Particolare attenzione va però prestata alla presenza di sintomi definiti, gravi e sistematici, tali da determinare una compromissione funzionale severa e perdurante (Gérardin et al., 2002; Steiner, 2003). In tal caso, anche l'intervento psicofarmacologico potrà essere attuato precocemente rispetto all'esordio clinico. Ideale sarebbe la possibilità di identificare un disturbo ben definito, per cui l'intervento farmacologico si sia dimostrato efficace (evenienza questa non molto frequente, anche per la notevole prevalenza di quadri di comorbidità). Va tenuto presente che un intervento farmacologico precoce, quando esso sia indicato, presenta diversi vantaggi in termini di miglioramento della prognosi e di possibilità di ricorso a strategie meno aggressive.

### *1.4 Definire gli obiettivi*

Dinanzi alla complessità di un intervento farmacologico quale risulta dagli elementi più sopra delineati, è opportuno che gli obiettivi della farmacoterapia vengano preventivamente definiti, e concordati con l'adolescente e le persone significative del suo contesto. Ciò anche al fine di evitare la connotazione dell'intervento solo come controllo comportamentale, e di deresponsabilizzare il contesto stesso relativamente all'impegno necessario per individuare ed attuare interventi ambientali o di alimentare sensi di colpa per il fallimento di interventi precedenti. Realisticamente, una visione integrata della farmacoterapia deve puntare ad ottenere una più pronta

risposta all'intervento complessivamente messo in atto, a ridurre i rischi di ricaduta, ed a migliorare la possibilità di attuare altri interventi.

## 2. LA TERAPIA FARMACOLOGICA

La scelta di instaurare un trattamento farmacologico dovrebbe rispettare alcuni principi (Campbell et al., 1992). E' opportuno, innanzi tutto, individuare una specifica area sintomatologica oggetto del trattamento. Se possibile, va attuato un adeguato periodo di osservazione preliminare, al fine di stabilire un livello basale rispetto a cui riportare le modificazioni nel tempo. Importante l'anamnesi farmacologica, e la valutazione del rischio di effetti collaterali. Vanno infine valutati l'atteggiamento familiare, le aspettative rispetto alla terapia psicofarmacologica, e l'eventuale necessità di una rete che garantisca l'assunzione del farmaco da parte dell'adolescente.

Presupposto ideale per l'utilizzo di uno psicofarmaco consiste nella diagnosi di un ben definito disturbo mentale. Come precedentemente sottolineato, la notevole prevalenza di comorbidità nei quadri che sottendono i DC dell'adolescente, l'evoluitività dei quadri patologici, l'influenza del contesto di appartenenza (con le proprie problematiche, ma anche con le proprie potenzialità), non permettono di stabilire una corrispondenza precisa fra problematiche emergenti e terapia farmacologica. Inoltre, per molti disturbi non esistono evidenze sufficienti ad indicare in maniera netta un trattamento efficace, in relazione alla scarsità di studi disponibili.

### 2.1 Antipsicotici (AP)

Il ricorso agli AP per il trattamento dei DC negli adolescenti è da alcuni considerato un intervento di seconda scelta, cui ricorrere solo dopo il fallimento sia di interventi non farmacologici che di terapie con stabilizzanti del tono dell'umore (Masi, 2003). Per altri autori, gli AP rappresentano un approccio di elezione (Taylor et al., 2003), o comunque di provata efficacia (Findling e McNamara, 2004; Simeon et al., 2002). Va però ricordata la scarsità di evidenze sperimentali circa l'efficacia degli AP per i DC, nel quadro della più generale carenza di studi clinici randomizzati controllati mirati alla valutazione dell'utilizzo degli AP nella popolazione in età adolescenziale (Findling e Mc Namara, 2004), per cui non è fra l'altro ancora possibile indicare con sicurezza i dosaggi adeguati di farmaco con cui iniziare il trattamento, o adatti per una fase di mantenimento (Simeon et

al., 2002).

Il profilo più favorevole relativamente agli effetti collaterali, accanto alla maggior suscettibilità da parte degli adolescenti per i disturbi iatrogeni del movimento, inducono a preferire gli AP atipici (Taylor et al., 2003). D'altro canto, le linee-guida per il trattamento con AP redatte dal National Institute for Clinical Excellence (2002) consigliano il ricorso agli AP atipici (piuttosto che ai classici) nei pazienti per cui sia necessario instaurare una prima terapia per psicosi oltre a consigliare il passaggio a molecola atipica nel caso la terapia con AP tipico si riveli inefficace (anche nella prevenzione delle ricadute) o scarsamente tollerata. Va inoltre ricordato che gli AP presentano un effetto positivo sulle funzioni cognitive, in maniera maggiore rispetto ai tipici (Mishara e Goldberg, 2004), fattore di notevole importanza se si tiene conto delle necessità di apprendimento/maturazione dell'adolescente.

Il prototipo degli AP atipici, la clozapina, trova indicazione nelle forme psicotiche e bipolari resistenti al trattamento, considerato il profilo degli effetti collaterali, fra cui spiccano l'agranulocitosi, le convulsioni (il cui rischio ha un andamento dose-dipendente) e gli effetti metabolici (vedi avanti)(Kowatch et al., 2005). La clozapina è stata generalmente utilizzata fra i 180 ed 300 mg/die, anche se le linee-guida del Maudsley Hospital (Taylor, 2003) ne indicano un dosaggio sino a 500 mg/die.

Sempre relativamente ai dosaggi degli altri atipici, le esperienze consigliano di iniziare la terapia con dosi basse e, se possibile, di incrementare la posologia più lentamente che negli adulti. La raccomandazione è valida per la clozapina (Hollis, 2000), tenuto conto del rischio di effetti collaterali come le crisi convulsive le quali si manifestano in maniera dose-dipendente, ma anche per gli altri atipici in relazione alla particolare suscettibilità dell'adolescente per gli effetti collaterali dei farmaci. In base a tale cautela, la dose iniziale per il risperidone è stata da alcuni identificata fra 0,25 e 0,5 mg/die (preferendo la dose maggiore per i soggetti di peso superiore ai 25 kg)(Buitelaar et al., 2001; Simeon et al., 2002), incrementando quindi di 0,5 mg/d con cadenza settimanale oppure ogni 2-3 giorni (Frazier et al., 1999; Simeon et al., 2002). Per l'olanzapina, la dose iniziale può essere di 2,5 mg al dì, o a giorni alterni, per poi incrementare sino alla dose di 10-20 mg/die nell'arco di alcune settimane (Findling e Mc Namara, 2004). Relativamente alla quetiapina, infine, la dose iniziale può essere di 25 mg/die, e studi farmacocinetici e clinici indicano che si possono raggiungere posologie massime anche di 800 mg/die (Arango et al., 2004; Findling, 2002). Inoltre va considerata la possibilità che bassi dosaggi si rivelino efficaci nel

raggiungimento dei risultati in acuto e nel mantenimento. Così il risperidone è stato utilizzato a dosaggi medi di circa 2 mg/die in soggetti affetti da ritardo mentale (Buitelaar et al., 2001), o da disturbo bipolare (Frazier et al., 1999).

L'incremento posologico va seguito con particolare attenzione, anche perché si sono osservati viraggi ipomaniacali, o francamente maniacali, in corso di trattamento con AP atipici (non con clozapina)(Rachid et al., 2004).

Sulla scelta dell'AP da utilizzare incide anche il profilo di tollerabilità, ovvero il quadro degli effetti collaterali. Fra questi, l'adolescente si mostra particolarmente suscettibile ai disturbi del movimento, in relazione ad una maggiore densità rispetto all'adulto dei recettori D2 cerebrali (Lewis, 1998). Il risperidone rappresenta l'AP con il maggior rischio di induzione di disturbi del movimento (tremore, distonie, ma anche discinesie tardive). Altro effetto collaterale importante, per i riflessi sulla sfera sessuale, è rappresentato dalla iperprolattinemia, per cui un maggior rischio è connesso sempre al risperidone (Tandon e Halbreich, 2002).

L'affermarsi degli AP atipici ha negli ultimi anni richiamato l'attenzione sul rischio di alterazioni del quadro metabolico. Eccessivo aumento di peso, iperglicemia ed ipertrigliceridemia rappresentano le componenti di un quadro metabolico che può essere conseguente all'assunzione di AP, cui può associarsi una elevazione della pressione arteriosa (Chue, 2004; Jin et al., 2004; Meyer e Koro, 2004; Newcomer, 2004). Si tratta di eventi avversi temibili per gli effetti generali che possono esercitare con il tempo, riducendo l'aspettativa di vita del soggetto. Inoltre, l'incremento di peso può aggravare lo stigma legato al disturbo mentale. Recentemente, Vieweg et al. (2005) hanno proposto un algoritmo per il monitoraggio dell'insorgenza di effetti indesiderati metabolici:

- basale ed annuale: anamnesi familiare per obesità, dislipidemia, disturbi cardiovascolari e morte precoce;
- basale, a 3 mesi di trattamento e quindi annuale: PA, insulinemia e glicemia a digiuno, colesterolemia, trigliceridemia;
- ad ogni controllo: indagine su diabete clinicamente manifesto, calcolo BMI, richiesta glicemia a digiuno se BMI  $\geq$  95.o percentile.

Le alterazioni metaboliche compaiono più frequentemente in corso di terapia con clozapina ed olanzapina (Goldstein e Henderson, 2000; Sheiman et al., 1999), così come a questi farmaci appare associato un maggior incremento ponderale (stimabile in 5-10 kg)(Vieweg et al., 2005).



Minor rischio di alterazioni metaboliche appare associato a risperidone e quetiapina, e per queste molecole l'aumento ponderale può essere stimato in 2-3 kg (Vieweg et al., 2005). Ziprasidone e aripiprazolo si associano a minor rischio di incremento ponderale, e probabilmente non hanno di per sé alcun effetto sul peso corporeo (Veweg et al., 2005).

Vanno ricordati gli eventi avversi legati alla alterazione della conduzione cardiaca e in particolare la possibilità di sviluppo di una torsione di punta, disturbo per lo più autolimitante, ma talora letale (Cardiac Safety in Schizophrenia Group, 2002; Elming et al., 2003; Taylor, 2003). Lo sviluppo di torsione di punta è significativamente associata ad un prolungato tempo QT all'elettrocardiogramma, condizione che può essere non solo iatrogena, ma anche congenita, ed aggravata da farmaci fra cui gli antipsicotici. Fra gli AP atipici, lo ziprasidone appare a particolare rischio di incremento dell'intervallo QT, e quindi di induzione di torsione di punta<sup>1</sup>.

## *2.2 Stabilizzanti del tono dell'umore*

L'interesse per gli stabilizzanti del tono dell'umore discende dall'osservazione della frequenza di DC in corso di disturbo bipolare adolescenziale. Va però notato che, seppure si ritenga comunemente che gli adolescenti presentino agli stabilizzanti la stessa risposta degli adulti, ciò non può ritenersi provato (Giedd, 2000), ed anzi molti ritengono che gli stabilizzanti "convenzionali" (litio, acido valproico e carbamazepina) presentino una scarsa efficacia in età pediatrica (Wozniak, 2005), con litio ed acido valproico che comunque potrebbero esercitare una azione terapeutica superiore rispetto alla carbamazepina (Davanzo et al., 2003). Allo scopo di ottenere una maggiore efficacia, alcuni autori sono ricorsi con buoni risultati alla associazione fra acido valproico e risperidone (Pavuluri et al., 2004) o quetiapina (Del Bello et al., 2002).

Va ricordato come il disturbo bipolare adolescenziale presenti una elevata comorbidità con disturbi dell'attenzione e dirompenti (Reddy e Srinah, 2000), il che comporta anche difficoltà per il trattamento farmacologico. Infatti, non solo non esistono dati sufficienti ad individuare specifiche modalità di approccio alla terapia del disturbo bipolare in comorbidità, ma i farmaci stimolanti, indicati per il DDAI, comportano un elevato rischio di viraggio maniacale, ed andrebbero utilizzati solo dopo che la stabilizzazione

---

<sup>1</sup> Un elenco costantemente aggiornato dei farmaci associato a rischio di prolungamento dell'intervallo QT è pubblicato nel sito [www.qtdrugs.org](http://www.qtdrugs.org) (ultimo accesso 18 giugno 2005).

dell'umore sia stata affrontata con successo (Wozniak et al., 2001).

Relativamente ai dosaggi, questi possono essere individuati (Licht et al., 2003) in 20 mg/kg/die per l'acido valproico, ed in 10-20 mg/kg/die per la carbamazepina. Il litio può essere utilizzato agli stessi dosaggi indicati per gli adulti, ma con maggiore cautela nella fase di introduzione della terapia.

Infine, vari autori richiamano l'attenzione sugli effetti collaterali dell'acido valproico, con la sua associazione ad ovaio policistico, consigliando prudenza nell'utilizzo di questo farmaco in età adolescenziale (Alderfer e Allen, 2003).

### *2.3 Antidepressivi (AD)*

Come più sopra evidenziato, DC possono presentarsi in associazione a Disturbo Post-Traumatico da Stress (Steiner, 2003), per il quale è negli adulti indicato il trattamento con SSRI. Recenti revisioni della letteratura (Courtney, 2004; Jureidini et al., 2004) hanno evidenziato limitazioni importanti negli studi condotti con SSRI e SNRI in adolescenti. In particolare, si è evidenziata la necessità di chiarire il profilo costo/benefici, e allarme ha suscitato l'osservazione di un incremento dell'ideazione suicidaria in adolescenti trattati con SSRI e SNRI, pur in assenza di un incremento dei suicidi riusciti. Per questo motivo l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha recentemente emesso una nota con cui si invita a non utilizzare SSRI e SNRI al di fuori delle indicazioni ufficiali se non in caso di effettiva necessità, e monitorando comunque attentamente il paziente, soprattutto all'inizio del trattamento, per il rischio di insorgenza di comportamento suicida, autolesionismo e ostilità (Editoriale, 2005).

Un utilizzo particolare degli SSRI è per il trattamento dei DC nei soggetti con disturbi dello spettro autistico (Aman, 2004), per i quali si è dimostrata una buona efficacia di fluoxetina e sertralina, mentre si sono ottenuti risultati non univoci con la fluvoxamina.

Un utilizzo particolare è previsto per l'atomoxetina, molecola inizialmente studiata come possibile antidepressivo, ma successivamente registrata negli Stati Uniti per il trattamento del DDAI. L'atomoxetina ha mostrato una buona efficacia anche verso le condotte iperattive/impulsive del DDAI sia negli adulti che negli adolescenti (Caballero e Nahata, 2003; Michelson et al., 2003). Rimane da chiarire il rischio, più sopra segnalato per gli stimolanti, di induzione di viraggi maniacali in soggetti con disturbo bipolare (condizione spesso in comorbidità con il DDAI).

### 3. CONCLUSIONI

Il trattamento farmacologico dei DC nell'adolescente risente della scarsità di dati derivanti da studi clinici, e spesso gli approcci terapeutici derivano da una estrapolazione dei risultati di trattamenti per patologie analoghe negli adulti. Ciò nonostante i quadri clinici degli adolescenti presentano, in molti casi, aspetti peculiari.

Al momento gli AP si dimostrano i farmaci per cui esistono maggiori evidenze nel trattamento dei DC. L'intervento psicofarmaterapeutico deve comunque sempre inserirsi in un intervento più complessivo, rivolto non solo all'adolescente, ma anche al suo contesto, e deve mirare alla conservazione delle capacità e necessità evolutive. L'atteggiamento di base deve il più possibile mirare alla osservazione nel tempo, adottando schemi posologici non aggressivi.

### BIBLIOGRAFIA

- Aderfer B.S., Allen M.H.: Treatment of agitation in bipolar disorder across the life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(s4), 3-9, 2003.
- Aman M.G.: Management of hyperactivity and other acting-out problems in patients with autism spectrum disorder. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11, 225-228, 2004.
- Angold A., Costello E.J., Erkanli A.: Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87, 1999.
- American Psychiatric Association: DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. IV Edizione, Text Revision. Masson, Milano, 2000.
- Arango, C., Parellada, M., Moreno D.M.: Clinical effectiveness of new generation antipsychotics in adolescents patients. *European Neuropsychopharmacology*, 14, s471-s479, 2004.
- Buitelaar J.K., Van der Gaag R.J., Cohen-Kettenis P., Melman C.T.M.: A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 239-248, 2001.
- Caballero J., Nahata M.C.: Atomoxetine hydrochloride for the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Therapeutics* 25, 3065-3083, 2003.
- Campbell M., Gonzalez N.M., Silva R. The pharmacologic treatment of conduct disorder and rage outbursts. *Psychiatric Clinic of North America*, 15, 69-85, 1992.
- Cardiac Safety in Schizophrenia Group: Minimizing the risk associated with significant QTc prolongation in people with schizophrenia: a consensus statement by the Cardiac Safety in Schizophrenia Group. *Australasian Psychiatry*, 10, 115-124, 2002.
- Chue P.: The assessment and management of antipsychotic-associated metabolic disturbances

- from a psychiatric perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 200-207, 2004.
- Courtney D.B.: Selective serotonin reuptake inhibitor and venlafaxine use in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review of published controlled trials. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 557-563, 2004.
- Davanzo P., Gunderson B., Belin T., Mintz J., Patagi C., Ott D., Emley-Akanno C., Montazeri N., Oppenheimer J., Strober M.: Mood stabilizers in hospitalized children with bipolar disorder: a retrospective review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 504-510, 2003.
- Del Bello M., Grcevich S.: Phenomenology and epidemiology of childhood psychiatric disorders that may necessitate treatment with atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(s6), 12-19, 2004.
- Del Bello M.P., Schwiers M.L., Rosenberg L.H., Trakowski S.M.: A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment fo adolescent mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1216-1223, 2002.
- Editoriale: Dichiarazione pubblica dell'EMEA sugli antidepressivi nei bambini e negli adolescenti. *Bollettino d'Informazione sui Farmaci*, 2, 76, 2005.
- Elming H., Sonne J., Lublin H.K.F.: The importance of the QT interval: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 96-101, 2003.
- Findling R.L., Mc Namara N.K., Braniky L.A., Schluchter M.D., Lemon E., Blumer J.: A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 39, 509-516, 2000.
- Findling R.L.: Use of quetiapine in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(s13), 27-31, 2002.
- Findling R.L., McNamara N.K.: Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents: clinical applications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(s6), 30-44, 2004.
- Frazier J.A., Meyer M.C., Biederman J., Wozniak J., Wilens T.E., Spencer T.J., Kim G.S., Shapiro S.: Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder: a retrospective chart review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 960-965, 1999.
- Gérardin P., Cohen D., Mazet P., Flament M.F.: Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12, 361-370, 2002.
- Giedd J.N.: Bipolar disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(s9), 31-34, 2000.
- Goldstein L.E., Henderson D.C.: Atypical antipsychotic agents and diabetes mellitus. *Primary Psychiatry*, 7, 65-68, 2000.
- Hill J.: Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 133-164, 2002.
- Hollis C.: Adolescent schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 83-92, 2000.
- Jin H., Meyer J.M., Jeste D.V.: Atypical antipsychotics and glucose dysregulation: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 71, 195-212, 2004.
- Jureidini J.N., Doecke C.J., Mansfield P.R., Haby M.M., Menkes D.B., Tonkin A.L.: Efficacy

- and safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal*, 328, 879-883, 2004.
- Kowatch R.A., Suppes T., Gilfillan S.K., Fuentes M.D., Grannemann M.S., Emslie M.D.: Clozapine treatment of children with bipolar disorder and schizophrenia: a clinical case series. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5, 241-253, 1995.
- Lewis R.: Typical and atypical antipsychotics in adolescent schizophrenia: efficacy, tolerability, and differential sensitivity to extrapyramidal symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 596-604, 1998.
- Licht R.W., Vestergaard P., Kessing L.V., Larsen J.K., Thomsen P.H.: Psychopharmacological treatment with lithium and antiepileptic drugs: suggested guidelines from the Danish Psychiatric Association and the Child and Adolescent Psychiatric Association in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s419), 1-22, 2003.
- Masi G.: Disturbi in età evolutiva. In: Pancheri P. (Ed.), *Usa Atipico degli Antipsicotici Atipici*. Scientific Press, Firenze, 2003.
- Meyer J.M., Koro C.E.: The effects of antipsychotics therapy on serum lipids: a comprehensive review. *Schizophrenia Research*, 70, 1-17, 2004.
- Michelson D., Adler L., Spencer T., Reimherr F.W., West S.A., Allen A.J., Kelsey D., Wernicke J., Dietrich A., Milton D.: Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biological Psychiatry*, 53, 112-120, 2003.
- Miklowitz D.J., George E.L., Axelson D.A., Kim E.Y., Birmaher B., Schneck C., Beresford C., Craighead W.E., Brent D.: Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 82s, s113-s128, 2004.
- Mishara A.L., Goldberg T.E.: A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. *Biological Psychiatry*, 55, 1013-1022, 2004.
- National Institute for Clinical Excellence: *Guidance on the Use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia*. Technology Appraisal Guidance – No. 43. National Institute for Clinical Excellence, London, 2002.
- Newcomer J.W.: Metabolic risk during antipsychotic treatment. *Clinical Therapeutics*, 26, 1936-1946, 2004.
- Pavuluri M.N., Henry D.B., Carbray J.A., Sampson G., Naylor M.W., Janicak P.G.: Open-label prospective trial of risperidone in combination with lithium or divalproex sodium in pediatric mania. *Journal of Affective Disorders*, 82s, s103-s111, 2004.
- Rachid F., Bertschy G., Bondolfi G., Aubry J.M.: Possible induction of mania or hypomania by atypical antipsychotics: an updated review of reported cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1537-1545, 2004.
- Reddy Y.C.J., Srinah S.: Juvenile bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 162-170, 2000.
- Roth A., Fonagy P.: *Psicoterapie e Prove di Efficacia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997.
- Sheiman B.D., Bird P.M., Sacher C.: Olanzapine-induced elevation of plasma triglycerides levels. *American Journal of Psychiatry*, 136, 767-770, 1999.

Simeon J., Milin R., Walzer S.: A retrospective chart review of risperidone use in treatment-resistant children and adolescents with psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 267-275, 2002.

Steiner H.: Valutazione e gestione dell'aggressività nei minori. *Directions in Psychiatry (Edizione Italiana)*, 2, 91-105, 2003.

Tandon R., Halbreich U.: The second-generation 'atypical' antipsychotics: similar improved efficacy but different neuroendocrine side effects. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 1-7, 2003.

Taylor D.M.: Antipsychotics and QT prolongation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 85-95, 2003.

Taylor D., McConnell H., McConnell D., Kerwin R.: *Le Linee Guida per la Terapia Psicofarmacologica del Maudsley Hospital*. Martin Dunitz, Londra, 2002.

Vieweg W.V.R., Sood A.B., Paandurangi A., Silverman J.J.: Newer antipsychotic drugs and obesity in children and adolescents. How should we assess drug-associated weight gain? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 177-184, 2005.

Wozniak J.: Recognizing and managing bipolar disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(s1), 18-23, 2005.

Wozniak J., Biederman J., Richards J.A.: Diagnostic and therapeutic dilemmas in the management of pediatric-onset bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(s14), 10-15, 2001.

## RICERCA APPLICATA E PROSPETTIVE TERAPEUTICHE

### CRONOPSICOBIOLOGIA DELL'ADOLESCENZA

L'adolescenza rappresenta un periodo di forte cambiamento nella vita di ogni essere umano: è in questa fase, infatti che si completa la maturazione biologica e cognitiva dell'organismo.

Nel corso della transizione da adolescenti ad adulti si ha un decremento della sostanza grigia cerebrale che è più evidente a carico dei lobi frontali e della corteccia prefrontale, anche se tale processo di maturazione coinvolge molte aree cerebrali in modo differenziato. È un fenomeno che presenta una propria cronobiologia (Sowell et al., 1999) che non riflette una diminuzione di efficienza nella attività sinaptica che, al contrario, aumenta a livello dei sistemi funzionali associativi e di modulazione. Tale processo è comunemente definito come *frontalization* (Rubia et al., 2000). Si tratta di un cambiamento funzionale età correlato che si evidenzia inizialmente nelle regioni cerebellari e sottocorticali (collicolo superiore, talamo, striato, ippocampo): in forma molto intensa a 13-14 anni per raggiungere la piena maturità funzionale intorno ai 17 anni (Luna et al., 2001; Mueller et al., 1998). Negli esseri umani i recettori dopaminergici e gabaergici sottocorticali sono rappresentati in modo ridondante nella prima adolescenza e diminuiscono di numero nella tarda adolescenza e nella prima fase adulta (Spear, 2000). Nello specifico i recettori dopaminergici non subiscono grandi variazioni nel nucleus accumbens, implicato nella elaborazione di stimoli collegati al piacere (Teicher et al., 1995).

La corteccia frontale aumenta la sua massa nel periodo pre-adolescenziale con un picco intorno ai 12 anni, per poi decadere durante tutta la seconda decade di vita. La perdita di sostanza grigia riflette una diminuzione (pruning) delle giunzioni sinaptiche e dei relativi dendriti ed un aumento del volume della sostanza bianca (aumentata mielinizzazione delle fibre) con una migliore trasmissione del segnale in termini di rapidità e distanza (Sowell et al., 1999, 2001).

Un parallelo incremento a livello metabolico si evidenzia nell'attività dei lobi frontali nella prima decade di vita, con un successivo decremento che

raggiunge il picco intorno ai 16-18 anni (Chugani, 1998).

Nel lobo parietale, implicato nella processazione di stimoli sensoriali, il volume di sostanza grigia raggiunge il picco all'età di 11 anni e quindi decresce nel periodo adolescenziale.

A livello del lobo occipitale, preposto alla elaborazione di stimoli visivi, si ha un aumento della massa fino ai primi anni della terza decade di vita.

Nei lobi temporali, preposti alla processazione di stimoli visivi ed uditivi e coinvolti nella formazione di tracce mnestiche, il picco massimo di volume ed attività viene raggiunto all'età di 16-17 anni.

Il corpus collosum, che è implicato nel collegamento e nella coordinazione dell'attività tra i due emisferi, subisce un incremento di volume durante l'adolescenza, mentre la mielinizzazione in entrambi gli emisferi aumenta dagli 11-12 anni fino all'età adulta (Giedd, 2004; Giedd et al., 1999).

La maturazione delle aree fronto-temporali è asimmetrica e mostra una prevalente attività nell'emisfero sinistro "*speech-dominant*"; è un processo graduale, che si completa nella tarda adolescenza (probabilmente implicato nell'organizzazione delle funzioni motorie e linguistiche) (Paus et al., 1999).

Nel corso di questo processo di maturazione vi è una differenziazione a seconda del genere: nei maschi si osserva una maggiore oscillazione del volume di massa grigia e bianca sia attraverso un maggiore pruning sinaptico che con un aumento di volume della sostanza bianca per aumentata mielinizzazione delle fibre (De Bellis et al., 2001).

## AFFECTIVE STYLE, EMOTION REGULATION, ATTACCAMENTO E PSICOPATOLOGIA

Le differenze nell'attivazione tonica e nella reattività fasica delle aree frontali, orbitofrontali, prefrontali e sottocorticali, rilevate in modo differenziato per ogni individuo, determinano una modalità specifica di attivare e modulare le emozioni, che prende il nome di "*affective style*". L'attività funzionale organizzata ed asimmetrica di questi circuiti cortico-sottocorticali gioca un ruolo chiave nei processi di regolazione affettiva (Davidson, 2004, 2002, 2000; Davidson et al., 2000; Goldsmith e Davidson, 2004), che in ogni caso riflettono la capacità individuale di modulare le proprie emozioni, correlate in gran parte con lo stile di attaccamento (Fox, 1994).

I deficit nella regolazione emotiva, pur apparendo non specifici, comprendono deficit nella regolazione di emozioni diverse e risultano implicati nella genesi



di numerosi quadri psicopatologici, che si evidenziano specialmente nella prima e media adolescenza. (Silk et al., 2003; Mayne, Bonanno, 2001).

Il contributo dei modelli operativi interni (*internal working model*), nella percezione ed espressione delle emozioni riveste un ruolo centrale che si riflette nella organizzazione del sé e nel mantenimento della coerenza nell'organizzazione intermodale, evidenziando nel contempo alcune specifiche caratteristiche di resilienza e di vulnerabilità.

Gli adolescenti sicuri si adattano più facilmente al gruppo, ma non sono necessariamente immuni dallo sperimentare comportamenti a rischio.

Gli adolescenti ansiosi si adattano con difficoltà al gruppo, hanno un senso di sé povero e presentano i livelli più elevati di sintomi e comportamenti a rischio. Nel tentativo di sperimentare emozioni molto intense corrono il rischio di assumere comportamenti violenti e pericolosi che possono condurre alla delinquenza e alla criminalità. Possono sentire la necessità di appartenere ad un gruppo, specialmente se intraprendono attività illegali o comunque di ribellione alle "regole della società". Alcuni presentano una necessità ossessiva al mantenimento delle relazioni affettive con marcata dipendenza.

Gli adolescenti evitanti presentano in genere alti livelli di sintomatologia, un concetto di sé molto povero e mostrano livelli di comportamenti a rischio simili al gruppo con attaccamento ansioso (Spangler, Zimmermann, 1999; Cooper et al., 1998). Gli adolescenti evitanti cercheranno sempre la perfezione e il successo, che anche se raggiunti non li renderanno tranquilli e felici. Il rischio per questi adolescenti è che se non riescono o falliscono, il sentimento di vergogna li possa condurre a scompensi psicopatologici di tipo depressivo, all'abuso di sostanze o al suicidio. Si tratta di ragazzi che trovano difficile accettare l'intimità, che spesso adottano un comportamento promiscuo riguardo alla sessualità e che si procurano il piacere fisico rimanendo psicologicamente distanti. Possono arrivare ad una depressione completa quando scoprono che né l'affetto né determinati comportamenti possono portare alla risoluzione dei problemi che quotidianamente si presentano nella loro vita.

Gli adolescenti disorganizzati non riescono a sviluppare la competenza nella percezione, codifica e integrazione dei propri sistemi cognitivo-affettivi. Nella strutturazione del sé le componenti emozionali, i pensieri, i sistemi di memoria, il dialogo interno, la reciprocità non vengono integrati e non permettono una chiusura dell'organizzazione cognitiva.

Sebbene gli adolescenti sicuri siano il gruppo che presenta le maggiori caratteristiche di resilienza, la spinta a sperimentare sensazioni intense o

insolite li espone ad un elevato livello di comportamenti a rischio e ad una vulnerabilità specifica verso alcuni comportamenti pericolosi o illegali (abuso di sostanze, scarsa percezione e valutazione del pericolo, ecc.).

## CRONOPSIKOBIOLOGIA E INTERVENTO TERAPEUTICO

La cronobiologia e la psicobiologia dello sviluppo adolescenziale possono fornire un interessante punto di vista rispetto alla pratica psicoterapeutica nelle varie fasi adolescenziali, in quanto i sistemi di elaborazione emozionale e cognitiva maturano in epoche diverse: in una prima fase si determina una prevalenza dell'attività delle strutture funzionali implicate nei processi emozionali con prevalente attività sottocorticale, a cui segue una seconda fase di pruning sinaptico che prevale a livello delle strutture corticali frontali e parietali maggiormente connesse con le capacità associative e computazionali ed infine una terza fase in cui si completa la mielinizzazione assonica e l'aumento di volume del corpus callosum che permette un migliore collegamento interemisferico. Sempre in questa fase si osserva una stabilizzazione dell'attività di rimodellamento anche nelle aree corticali occipitale e temporale, implicate nei processi percettivi e mnestici.

Nella prima fase adolescenziale l'esperienza di sé è prevalentemente emozionale data l'immaturità delle strutture che sono deputate alla modulazione degli affetti. La competenza nella regolazione funzionale delle fluttuazioni emotive viene acquisita in ogni caso nella seconda adolescenza per consolidarsi intorno all'età di 22-23 anni attraverso la maturazione delle strutture funzionali che permettono maggiori capacità di associazione e di attribuzione di significato, sia mestiche che percettive.

Utilizzare in terapia le acquisizioni legate allo studio della cronopsicobiologia dell'adolescenza ci ha permesso di valutare meglio le possibilità di proporre interventi opportuni nei momenti giusti, aiutandoci a non orientare il lavoro psicoterapeutico su competenze non ancora strutturate e permettendoci di rispettare la cronologia delle tappe maturative biologiche.

Nella nostra esperienza frequentemente gli adolescenti difficili sono quelli che non hanno strutturato sistemi di attivazione e regolazione emozionale adattivi, quelli che hanno una scarsa o nulla capacità di generare significati autoriferiti ed adattivi, quelli che presentano modelli operativi di attaccamento e di intersoggettività disturbati. Sono soggetti che forse la difficoltà non la percepiscono o non la esprimono, ma sono in grado di evocarla in noi

terapeuti, nel nostro modo di relazionarci a loro e a noi stessi in quel contesto di reciprocità che si determina in psicoterapia.

## BIBLIOGRAFIA

Chugani H.: Biological basis of emotions: Brain systems and brain development. *Pediatrics*, 102, 1225-1229, 1998.

Cooper M.L., Shaver T., Collins N.L.: Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397, 1998.

Davidson R.J.: Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214, 2000.

Davidson R.J.: What does the prefrontal cortex "do" in affect: Perspectives in frontal EEG asymmetry research. *Biological Psychology*, 67, 219-234, 2004.

Davidson R.J.: Anxiety and affective style: Role of prefrontal cortex and amigdala. *Biological Psychiatry*, 51, 68-80, 2002.

Davidson R.J., Jackson D.C., Kalin N.H.: Emotion, Plasticity, Context and Regulation. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909, 2000.

De Bellis M.D., et al.: Sex differences in brain maturation during childhood and adolescence. *Cerebral Cortex*, 11, 552-557, 2001.

Fox N.: The Development of Emotion Regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 240, 59, 223-228, 1994.

Giedd J., Blumenthal J., Jeffries N., Castellanos F., Liu H., Zijdenbos A., Paus T., Evans A., Rapoport J., Grant K.: Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neurosci*, 2, 861-863, 1999.

Giedd J.N.: Structural Magnetic Resonance Imaging of the Adolescent Brain. *Annals NYAS Online*, 1021, 77-85, 2004.

Goldsmith H.H., Davidson R.J.: Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*, 75, 361-365, 2004.

Luna B., Thulborn K., Munoz D., Merriam E., Garver K., Minshew N., Keshavan M., Genovese C., Eddy W., Sweeney J.: Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *Neuroimage*, 13, 786-793, 2001.

Mayne T.J., Bonanno G.A.: *Emotions: Current Issues and Future Directions*. Guilford, New York, 2001.

Mueller R.A., Rothermel R.D., Behen M.E., Muzik O., Mangner T.J., Chugani H.T.: Developmental changes of cortical and cerebellar motor control: A clinical positron emission tomography study with children and adults. *J. Child Neurol.*, 13, 550-556, 1998.

Paus T., Zijdenbos A., Worsley K., Collins D.L., Blumenthal J., Giedd J.N., Rapoport J.L., Evans A.C.: Structural maturation of neural pathways in children and adolescents: In vivo study. *Science*, 283, 1908-1911, 1999.

Rubia K., Overmeyer S., Taylor E., Brammer M., Williams S.C., Simmons A., Andrew C., Bullmore E.T.: Functional frontalisation with age: Mapping neurodevelopmental trajectories with fMRI. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 24, 13-19, 2000.

Silk J.S., Steinberg L., Sheffield A.: Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74, 6, 1869-1880, 2003.

Sowell E.R., Thompson P.M., Holmes C.J., Jernigan T.L., Toga A.W.: In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience*, 2, 10, 859-861, 1999.

Sowell E.R., Thompson P.M., Holmes C.J., Bath R., Jernigan T.L., Toga A.W.: Localizing age-related changes in brain structure between childhood and adolescence using statistical parametric mapping. *NeuroImage*, 9, 587-597, 1999.

Sowell E. R., Thompson P. M., Tessner K. D., Toga A. W.: Mapping continued brain growth and gray matter density reduction in dorsal frontal cortex: Inverse relationships during postadolescent brain maturation. *J. Neurosci.*, 21, 8819-8829, 2001.

Spangler G., Zimmermann P.: Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attach. Hum. Dev.*, 1, 3, 270-90, 1999.

Spear L.: The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 24, 417-463, 2000.

Teicher M.H., Andersen S.L., Hostetter J.C.: Evidence for dopamine receptor pruning between adolescence and adulthood in striatum but not nucleus accumbens. *Dev. Brain Res.*, 89, 167-172, 1995.

## DIFFICOLTÀ MATURATIVE E SISTEMI DI ATTACCAMENTO

Esattamente un anno fa discutevamo insieme di psicosi, ed io in particolare di gravi uscite psicopatologiche dell'età evolutiva: dei gravi disturbi della condotta, dei cosiddetti stati limite e delle psicosi infantili.

Da una prospettiva cognitivo-evolutiva e in un'ottica esplicativa, avevamo collocato il bambino "grave" laddove i pattern d'attaccamento, che nutrono il senso di sé del bambino, si declinano verso *i livelli più bassi di concretezza e di integrazione*, dove quindi i contorni del Sé del fanciullo si fanno sempre meno coesi e vanno a sfaldarsi le competenze metacognitive e autoriflessive, che svolgono appunto la funzione di integrare e armonizzare in una versione narrativa di sé coerente e stabile, le diverse disposizioni rappresentazionali provenienti dai diversi sistemi di memoria (immagini, procedure, episodi e costruzioni semantiche).

Già allora ribadivamo che chi si occupa d'attaccamento definisce tali modelli *disorientati/disorganizzati* (Main e collaboratori), oppure pattern *coercitivi e difesi ad alto indice* (Crittenden e collaboratori). In queste organizzazioni del sé derivanti da situazioni relazionali elevatamente pericolose e minaccianti l'integrità personale, il bambino non può correre il rischio di considerare la mente altrui e propria (né in termini cognitivi né in termini affettivi), per il dolore e l'angoscia che ciò comporta.

In situazioni di elevato pericolo e minaccia al Sé (ad esempio, abuso fisico e sessuale, gravi forme di maltrattamento), il fanciullo può organizzare un peculiare assetto difensivo, in cui si osserva proprio una specifica difficoltà nella comprensione degli stati mentali altrui e propri, che diventa appunto una forma di adattamento a tali intollerabili situazioni. Piuttosto che contemplare l'idea intollerabile di ciò che sta accadendo nella mente del proprio genitore abusante (i suoi desideri, sentimenti, ecc.) questi bambini preferiscono *inibire la propria capacità di pensare a ciò che gli altri pensano e sentono*. Recidono il legame tra rappresentazione del Sé e azione e si distolgono dal mondo dei pensieri, sentimenti, desideri (almeno nel contesto di intensa relazione d'attaccamento). Al di là del contenuto, si privano di una forma particolare di processamento dell'informazione, il guardare il proprio e altrui flusso rappresentativo. I bambini gravemente maltrattati sono in assoluto quelli che mostrano la maggiore difficoltà nell'acquisizione di parole atte a nominare gli

stati mentali. Ciò viene anche definito come *difficoltà di mentalizzazione*.

Dato tale deficit nell' autoriflessività e nei processi di mentalizzazione, rimangono, a gestire la relazione col mondo, solo drammatici agiti autoprotettivi o angosianti immagini sensoriali, senza possibilità di adeguata regolazione.

Quest'anno mi è stato chiesto di far crescere quel bambino "difficile" per cercare di cogliere i passaggi critici, i fattori relazionali ed emozionali di rischio che possono condurre al delinarsi di quello che definiamo come adolescente "difficile".

Chi opera nei servizi di neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva quotidianamente si confronta con una serie variegata di "segni" con cui oggi può manifestarsi una condizione di disagio o di sofferenza in pre-adolescenza e in adolescenza. Potremmo, seppure un po' artificiosamente, riassumerli in tre grandi categorie.

1. Alcuni di questi, pur connotati talora da gravità riconosciuta e condivisa, certamente ci preoccupano, ma forse non ci inquietano più di un tanto, perché (tutto sommato) siamo in grado di farli rientrare in quelle che sono le nostre *categorie nosografiche psichiatriche tradizionali*. Mi riferisco agli scompensi, alle possibili e conosciute uscite psicopatologiche a cui può andare incontro una particolare struttura di personalità in questa fase:
  - disturbi *d'ansia*, fobie sociali, disturbi ossessivo compulsivi
  - disturbi *depressivi* maggiori o reattivi, di entità più modesta
  - problemi di *identità*, con i sentimenti di confusione e di vuoto caratteristici, che quando si focalizzano sul corpo e sull'immagine fisica, prendono la forma, ad esempio, di disturbi alimentari psicogeni.Tutte queste costellazioni sintomatologiche franche, tutto sommato, sono abbastanza ben riconoscibili e comprensibili nelle loro diagnosi, prognosi, decorso ed evoluzione nel tempo. Qui, di solito è *presente, da parte del ragazzo o del suo sistema familiare, una qualche forma di richiesta esplicita d'aiuto (egodistonia)*.
2. C'è poi un'ampia area intermedia di sofferenza (*dove invece è più difficile trovare una richiesta d'aiuto esplicita e chiara*) che si esprime non necessariamente in un sintomo ben definito e chiaro, ma piuttosto in uno *stile generale di vita e di condotta*:
  - forme croniche di *disadattamento scolastico* e/o sociale, rifiuto o

abbandono della scuola, alcune forme di “bullismo”, ecc.

- *disturbi della condotta*, comportamenti devianti o disturbi di personalità di tipo antisociale, comportamenti autolesivi
- *comportamenti additivi*: consumo/abuso di alcool o di sostanze stupefacenti.

Una delle caratteristiche sempre più evidenti di queste forme di disagio è il loro carattere sempre più spesso *polisintomatico* in momenti diversi e in contesti diversi: un esempio tipico potrebbe essere quello del ragazzino per il quale gli insegnanti in prima media chiedono una consulenza al Servizio dell’Età Evolutiva, per comportamenti un po’ bizzarri e di ritiro, qualche scoppi d’ira; sfiora poi una volta il Consultorio Giovani per un problema sessuale; contatta successivamente un gruppo di prevenzione per le “nuove droghe”; si sa poi che ha iniziato a far uso di sostanze e oggi i genitori chiedono consulenza al SerT per sapere come comportarsi perché sta abbandonando la scuola. *E’ come se in queste situazioni si riuscisse a ricostruire minimamente un’immagine del ragazzo solo rimettendo insieme i pezzi provenienti da Servizi diversi, da cui l’importanza del “mettere in rete” le conoscenze.*

3. C’è poi una terza area di espressività del disagio, francamente più inquietante, in cui osserviamo (come un fulmine a ciel sereno) *agiti estremi di tipo suicidario o aggressivo* (come i drammatici omicidi intrafamiliari a cui le cronache ci stanno abituando) entro un contesto di apparente normalità, o comunque senza un corteo sintomatologico particolare pregresso o di contorno. Rimangono, in questi casi, tutti sorpresi e sgomenti di fronte a tali efferate emergenze. In questi casi, *la consapevolezza di malattia o di sofferenza interna, non esiste proprio.* Le spiegazioni che il soggetto stesso si dà, si confondono e sono distorte dalle necessità, di vincoli legali e giuridici e dai percorsi di vigilanza/controllo che vengono attivati dall’Autorità Giudiziaria.

Queste ultime due gravi forme di disagio (sarà ormai chiaro quindi che non stiamo parlando delle fisiologiche fluttuazioni comportamentali ed emotive tipiche dell’adolescenza) hanno in comune qualcosa, pur nella loro variabilità sintomatologica. *Corrispondono, proprio come nel bambino “grave”, a organizzazioni del Sé e ad itinerari di sviluppo caratterizzati da peculiari assetti difensivi, da cospicui deficit integrativi tra parti diverse del Sé: i miei pensieri, le mie emozioni, i miei comportamenti.* In alcuni casi si tratta di un

grave deficit di integrazione di tipo emotivo-affettivo (gli affetti non sono adeguatamente integrati in quanto minaccianti lo stato di relazione. In altri casi si tratta di deficit integrativi opposti, caratterizzati da una emotività dilagante senza alcuna capacità di ordinamento concettuale dell'esperienza (pattern "caldi").

In effetti, quelli che noi abbiamo definito come "segni" di disagio caratteristici della fase adolescenziale, che spesso ci appaiono assurdi e che comunque veicolano gradi di sofferenza e di inquietudine notevoli, riacquisiscono una loro comprensibilità e un senso, che è sempre un senso di marca inesorabilmente affettiva, qualora vengano ricollocati all'interno dei legami d'attaccamento di cui si nutrono. Non già incidenti di percorso, ma specifici mezzi volti al mantenimento dello stato di relazione con le figure significative del proprio ambiente, e quindi coerenza e stabilità nel proprio sentimento di Sé, che in quelle relazioni prende forma. Anche quando sembra che ci attacchino, che ci buttino addosso tutta la rabbia o la sessualità che sono in grado di agire, anche in quel caso, stanno facendo un'operazione di "cura" per sé e per le proprie relazioni di attaccamento. È il modo che loro hanno trovato per tenere il legame. Gli schemi interpersonali che hanno consolidato nel corso del loro infelice itinerario di sviluppo, così come i sintomi, che in un dato momento possono emergere, rappresentano mezzi disperati in vista di un obiettivo affettivo profondo: quello di recuperare un senso minimo di stabilità nel senso di Sé e di appartenenza.

Ad esempio, alcune condotte tossicomane, devianti, o autolesive, alcune forme di rifiuto scolastico, sono connesse a contesti relazionali di grande discontinuità e pericolo, elevata emotività espressa, in cui il ragazzo tenta drammaticamente di rendersi visibile appesantendo lo stato di relazione con qualcosa di "grosso" calibrato sulle priorità emotive genitoriali (pattern coercitivi). C'è, qui, un visibile ipercoinvolgimento dei familiari nella drammaticità sintomatologica e scarsa demarcazione dei confini individuali. Gli inevitabili effetti collaterali (note scolastiche, punizioni, ritorsioni genitoriali, ecc.) sono un'inezia rispetto al vantaggio affettivo che il ragazzo riesce ad averne (stabilizzare una relazione affettiva avvertita come intollerabilmente discontinua e insicura). In altri casi, connotati sul piano relazionale da pattern difesi, condotte analoghe possono assumere un senso e una funzione relazionale completamente diversa, ad esempio: condotte tossicomane, più centrate sulla "sostanza" che non sul "ruolo": la sostanza ha qui un effetto anestetico o antidepressivo; condotte autolesive, non già ostentate ed esternalizzate, ma tutte giocate sul rapporto tra sé e il proprio



corpo, come forme di autostimolazione, modo primario ed estremo per sentirsi; condotte suicidarie (o di violenza omicida intrafamiliare) “fredde” (che s’innescano a partire da eventi di vita apparentemente banali; ad esempio, un brutto voto scolastico, un semplice rifiuto da parte di un compagno, ecc.): si tratta, in questi casi, di adolescenti difesi che in questa fase entrano drammaticamente in contatto con i propri sentimenti di inautenticità e distanza dal mondo; by-passano le emozioni di disperazione e di rabbia attraverso una fuga fredda nel suicidio (e in effetti “ci prendono” al primo colpo, a differenza dei tentati suicidi a valenza tutta comunicativa e dimostrativa caratteristici dei pattern coercitivi in cui il significato è più espressivo, di richiesta di soccorso: “qualcuno che mi contenga e che mi regoli!”).

Vediamo ora brevemente i possibili riflessi di queste considerazioni sull’organizzazione di percorsi preventivi e di presa in carico con preadolescenti e adolescenti. Da quanto detto mi pare che si possa dedurre che il senso di interventi preventivi/educativi centrati su questa fascia d’età sia quello di puntare a restituire potenzialità integrative a organizzazioni conoscitive e contesti relazionali che a tali potenzialità hanno dovuto rinunciare a scopo protettivo.

Un primo importante elemento di condivisione tra noi come terapeuti ed educatori: una delle nostre più importanti funzioni dovrebbe essere quella di spostare il nostro sguardo, la nostra mente e il nostro cuore al di là della struttura del comportamento, della morfologia del comportamento dei ragazzi con cui operiamo, delle loro diagnosi di carattere descrittivo, per tentare un’operazione di tipo esplicativo, di significazione affettiva e storica dei loro agiti. Cercare una modalità di osservazione partecipata, che ci consenta di cogliere l’organizzazione del sé e la qualità dei legami di cui quei comportamenti si nutrono. Dovremmo, insomma, sforzarci di osservare non già la *morfologia* dei comportamenti quanto piuttosto la loro *funzione* relazionale e affettiva.

Dovremmo quindi imparare ad appuntare la nostra attenzione più sull’armonia o la disarmonia della struttura che non sul comportamento esplicito del ragazzo. Cercare di osservare l’organizzazione globale del sé. Come il bambino riesce a mettere insieme i suoi comportamenti, le sue emozioni e i suoi pensieri. Alcuni bambini, in particolare quelli provenienti da itinerari evitanti, come progetto educativo hanno più bisogno di essere aiutati a recuperare registri e tonalità emotive e affettive; e, in questo, lo strumento fondamentale di lavoro è rappresentato dalla sintonizzazione affettiva e dalla condivisione empatica delle emozioni. Altri, invece, già vagabondano

penosamente per i propri stati emotivi e difettano invece di coerenti capacità di ordinamento cognitivo della propria esperienza, di opportune abilità di *problem solving*; e hanno necessità di sponde relazionali che fungano da solide basi ordinatrici della loro caotica esperienza interna. L'esperienza educativa dovrebbe per loro configurarsi come graduale e sofferta *esperienza emozionale correttiva* riguardo a tali penose aspettative di imprevedibilità sul mondo.

Come già accennato, ciò che caratterizza queste organizzazioni del Sé è che, *più grave è il disturbo e meno probabile è la domanda, la richiesta d'aiuto*. Questo è uno dei pochi campi della salute in cui c'è un *rapporto inverso tra gravità del problema sanitario e desiderio di guarire/cambiare*. In effetti, la maggior parte dei fruitori dei servizi per l'adolescenza ad accesso spontaneo (Consultorio Giovani, Centri di Aggregazione, Sportelli Nuove Droghe, ecc.) sta abbastanza bene per essere capace di chiedere aiuto e per immaginare l'altro come dotato di una mente, di un cuore, di intenzioni di cura verso il sé. E questo è davvero *uno dei più grossi paradossi della prevenzione*. Ad esempio i genitori che partecipano agli incontri scolastici, entro i vari "Progetto Genitori" o analoghe iniziative scolastiche, sono in genere proprio coloro che non ne avrebbero bisogno. Anzi, spesso questi lavori con gruppi di genitori o insegnanti (ad esempio: "diventare genitori", percorsi di consapevolezza sul proprio stile relazionale nei confronti del bambino; "essere genitori di adolescenti", riflessioni sul significato di alcuni comportamenti di demarcazione tipici dell'adolescenza) se non sono ben modulati, possono anche produrre significativi effetti iatrogeni; nel senso di determinare o induzione d'ansia o ipercoscienzizzazione e perdita secca di autenticità su aree di funzionamento genitoriale che dovrebbero invece mantenersi nel dominio della spontaneità e dell'esperienza immediata.

Quindi, un primo punto critico sta nella modalità di contatto, e ancor prima di riconoscimento delle situazioni di rischio. Maggiore è la gravità della struttura del Sé, più si riduce la richiesta d'aiuto e il riconoscimento della sofferenza. Dobbiamo, quindi, andarla a cercare. E dobbiamo andarla a cercare con grande rispetto e con grande umiltà, perché queste sono situazioni che noi possiamo soltanto *accompagnare* con grande attenzione e con grande disponibilità, rendendoci anche conto che quell'affetto con cui noi ci proponiamo, può non essere assolutamente colto o compreso, così come noi comunemente lo interpretiamo e lo sentiamo. La vaghezza, la asintomaticità o talora la polisintomaticità di queste situazioni richiedono un più attento sforzo osservativo e integrativo da parte nostra come Servizi.

Occorre pensare a delle possibilità di condivisione, scambio, messa in rete di informazioni ed esperienze tra servizi diversi. Questi momenti di scambio a volte si determinano per buona volontà degli operatori, altre volte andrebbero creati, inventati costruiti creativamente tra Scuola, Servizi per l'età evolutiva, Consultori Giovani, Servizi Comunali, Quartieri, SerT, Servizi Nuove Droghe, Operatori di Strada, ecc. Un esempio dell'utilità/opportunità di tale integrazione e messa in rete tra servizi è rappresentato dai Disturbi da Deficit di Attenzione-Iperattività e dai Disturbi della Condotta (disturbi, cosiddetti, da esternalizzazione), spesso precursori importanti di alcune condotte tossicomane e comportamenti devianti in adolescenza. Quando tra i due quadri c'è comorbidità (e si determina in oltre il 50% dei casi), si delineano le situazioni con persistenza maggiore ed esiti più infausti. Occorrerebbe, da un lato, dedicare molte più risorse terapeutiche di quelle che attualmente si riservano a questi bambini, nei servizi di neuropsichiatria infantile; dall'altro dovremmo pensare a stabilire connessioni più sistematiche e significative con gli operatori scolastici e a dare continuità al lavoro in adolescenza su questi sistemi familiari. Di nuovo, ricordiamoci che occorre guardare all'armonia o disarmonia della struttura più che ai sintomi, che possono cambiare nel tempo e in contesti diversi.

È importante ovviamente la prevenzione primaria e la possibilità di intercettare precocemente le relazioni a rischio (Servizi per l'infanzia, Pediatri, Scuole infanzia). La scuola, in particolare, può rappresentare un contesto di grande potenzialità sul piano osservativo e di raccolta di possibili segnali di rischio evolutivo, al di là ovviamente del palese rifiuto scolare, abbandono o interruzione del percorso scolastico. Dovremmo cercare di tenere a mente che le strutture di personalità più a rischio sono quelle che hanno a disposizione poche modalità rigide per gestire il proprio rapporto con l'altro e l'ambiente. Un concetto un po' *naive* di salute mentale, che a me piace molto riproporre perché operativamente molto utile, potrebbe essere riassunto in questi termini: il bambino psicologicamente "sano" è dotato di una gamma ampia e flessibile di configurazioni comportamentali, emotive e ideative che gli fanno prevedere la ragionevole raggiungibilità dello stato di relazione e gli consentono di esprimere tale variabilità di schemi (nell'adattamento a contesti diversi) senza timore di mettere a repentaglio lo stato di relazione interpersonale. I bambini più a rischio di disturbi psicologici avranno invece a disposizione un repertorio limitato, coartato e rigido di schemi interpersonali, sentiranno di difficile conseguimento lo stato di relazione e si aspetteranno che gran parte dei propri comportamenti o stati interni possono minacciarlo,

disconoscendo, in tal modo, gran parte della propria potenziale esperienza interiore.

In tale prospettiva, il lavoro educativo e riparativo con questi bambini e le loro famiglie, dovrà essere volto non tanto alla riduzione o alla eliminazione di quegli schemi “disfunzionali”, “rigidi” o “stereotipati”, che comunque rappresentano l’unico modo che essi hanno a disposizione per sentirsi connessi, quanto piuttosto alla co-costruzione di un repertorio più ricco e flessibile di modi di essere con l’altro. Qualunque schema interpersonale diviene fonte di sofferenza qualora sia percepito dal bambino come l’unica disperata modalità per avvertire un senso minimo di appartenenza e di legame col mondo.

Tutto ciò dovrebbe indurci ad un atteggiamento di grande rispetto verso quelli che abbiamo definito “deficit integrativi” e di riconoscimento della funzione autoprotettiva che essi hanno avuto nella storia evolutiva di ogni singolo ragazzo. Dimentichiamoci di poter entrare, in modo onnipotente, in termini di “interazione istruttiva” e massicciamente perturbativa nella relazione con lui: ciò produrrebbe soltanto quel movimento che clinicamente viene definito come “resistenza”. Ogni organizzazione del Sé elabora la propria realtà in termini autoreferenziali e di relativa conferma del proprio senso di Sé e il nostro compito dovrebbe essere, appunto, umilmente quello di *metterci nel punto di vista di chi sta facendo l’esperienza*.

Nella relazione con l’adolescente, e tanto più con l’adolescente “difficile” (in accordo con G. Tallone, 2001) diventa essenziale modulare il nostro atteggiamento educativo e terapeutico:

DAL



AL

PORTARE

“salvare” e “cambiare” l'altro

L'altro è “malato”  
se ne vedono/sottolineano  
gli aspetti carenti, deficitari,  
per “asportarli”

Si cerca di “afferrare” l'altro,  
di “agganciarlo” per “salvarlo”

Si risponde alla domanda  
(in modo negativo o affermativo),  
sostituendosi all'altro

Chi “porta”  
decide meta ed obiettivi del viaggio,  
“sa cosa è bene” per sé e per gli  
altri

“Chi porta”  
è competente nel risolvere problemi

L'ottica è direttiva-manipolativa

Il metodo prevale sul singolo  
si chiede all'individuo  
di rientrare nel modello proposto,  
nel progetto (pensato a priori).

ACCOMPAGNARE

offrire possibilità ed opportunità  
nuove

Si cerca di esplorarne  
le parti “sane”  
alleandosi con queste

Si condivide un cammino,  
per accompagnare l'altro,

“si sta nella domanda”,  
senza necessariamente esaudirla,  
cercando di leggerne il senso

Chi “accompagna”  
concorda la meta del tragitto  
con l'altro,

“Chi accompagna”  
è competente nel costruire  
relazioni,

L'ottica è relazionale-dialogica

Ogni “caso” è una storia a sé,  
un itinerario nuovo  
rispetto a cui ripensare i  
progetti,  
le proprie ipotesi e se stessi.



Bernardo Nardi

## RUOLO DEI PROCESSI FILOGENETICI ED ONTOGENETICI NELLO SVILUPPO DELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

### DALLA “STRUTTURA” DELLA PERSONALITÀ AL “PROCESSO” DI ORGANIZZAZIONE DEL SIGNIFICATO PERSONALE

A lungo la psicologia ha considerato la personalità nel suo complesso e le funzioni psichiche che la caratterizzano in un’ottica categoriale e sostanzialmente statica.

Dall’insieme dei contributi prodotti sull’argomento (Katz, 1960; Hebb, 1966; Bini e Bazzi, 1971; Benedetti, 1976; Kolb e Whishaw, 1980; Marchesi et al., 1993), la *personalità* individua l’insieme delle varie *funzioni psichiche*, che si esprimono nel corso del ciclo di vita in maniera dinamica attraverso i *comportamenti*. Il termine deriva dal latino “*persona*”, indicante la maschera teatrale che identificava nel teatro antico il sesso, l’età, il ruolo e i tratti caratteristici del personaggio interpretato da un attore.

Per *funzione psichica* si intende un processo mentale dovuto all’attività di specifiche strutture del sistema nervoso centrale, più o meno numerose e disperse, collegate tra loro a formare, in accordo con la definizione di Luria (1980), un “*sistema operativo-funzionale*” tale da garantire quella determinata funzione. Un concetto analogo è quello di “*costellazione neuronale*”, che si rifà alle “*assemblee cellulari*” descritte da Hebb (1966).

Per *comportamento* si intende ogni manifestazione esteriore individuale (sotto forma di mimica, gesti, atteggiamenti, azioni, ecc.) coerente con l’attività psichica di un dato momento. Il comportamento individua il modo di porsi, di condursi e di esprimere l’autonomia di un soggetto nella sua interazione con l’ambiente. Esso risponde alla esigenza adattiva di gestire le diverse situazioni affrontate nel ciclo di vita modificandole a proprio vantaggio, al fine di mantenere la sua coerenza interna. Una modalità abituale di comportamento, che caratterizza i rapporti sociali, prende il nome di *condotta*.

In tale ottica, si è soliti includere le varie funzioni psichiche ed i comportamenti ad esse correlati nell’ambito di una *sfera istintivo-motivazionale e volitiva*, di

una *sfera affettivo-emozionale* e di una *sfera cognitivo-intellettuale*. Infine, nel loro insieme, le funzioni psico-comportamentali costituiscono anche le basi soggettive delle *interazioni sociali* che l'individuo ha con l'ambiente in cui vive.

Un contributo innovativo a tale impostazione è venuto dalle ricerche epistemologiche nate dal progresso delle neuroscienze (Popper e Eccles, 1977; Prigogine, 1973, 1997; Morin, 1977, 1981, 1990, 2001; Ricoeur, 1993), soprattutto all'interno dell'approccio cognitivista e, in particolare, del cognitivismo più recente, noto come post-razionalista (Maturana e Varela, 1980, 1987; Guidano e Liotti, 1983; Maturana e Varela, Greenberg e Safran, 1987; Mahoney, 1974, 1980, 1988, 1991; Varela, 1979, 1996; Villegas, 1993; Maturana, 1997). In tale ambito è stato privilegiato un modello dinamico (approccio "*processuale*") dello sviluppo della personalità, intesa come sistema complesso, in grado di evolvere verso livelli crescenti di complessità interna (aspetto "*sistemico*" e "*autopoietico*") e di riferire a sé l'esperienza percepita (aspetto "*autoreferenziale*").

Fondamentali, in questo approccio, sono state le ricerche di Vittorio Guidano (1983, 1987, 1988, 1991ab, 1995abc), che hanno portato ad una concezione evolutiva della personalità, centrata sulla costruzione e sul mantenimento di uno specifico significato personale. Va in ogni caso tenuto presente che le singole "funzioni psichiche" e le "sfere" di riferimento esprimono "aspetti" operativi interconnessi, che non possono essere nettamente distinti tra loro o assegnati esclusivamente ad una sfera (ad es., la memoria non è una funzione esclusivamente cognitiva, ma esprime anzitutto aspetti di tipo emozionale; così le stesse emozioni costituiscono esperienze complesse che progressivamente arricchiscono i coloriti soggettivi che le individuano con schemi e spiegazioni di ordine cognitivo). Analogamente le varie funzioni non rappresentano nel ciclo di vita strutture statiche, quanto piuttosto "processi" in costante divenire.

Pertanto, con il concetto di "*organizzazione di significato personale*" ("*Personal Meaning Organization*", P.M.O.) Guidano ha evidenziato la natura evolutiva e sistemico-processuale della personalità, colta nel suo essere processo e non come struttura, concepandola come lo "*specifico assemblaggio dei processi ideo-affettivi che consente ad ogni individuo di mantenere il suo senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante le numerose trasformazioni che sperimenta nel ciclo di vita*" (1987).

Nella formazione di ogni organizzazione di significato personale svolgono un ruolo fondamentale, a partire dalla *predisposizione genetica* e dai *sistemi*



*comportamentali motivazionali* a base istintiva, le modalità di *attaccamento*.

Si viene in questo modo a determinare progressivamente il *colorito soggettivo emotivo ed affettivo*, con tonalità di attivazione, nell'assimilare le esperienze significative, che attraverso le emozioni di base e gli schemi emozionali fanno emergere *modalità cognitive* di lettura degli eventi del ciclo di vita sempre più integrate e complesse. Questa *lettura* può essere prevalentemente *orientata all'interno* ("sono ciò che mi sento di essere") o, viceversa, *all'esterno* ("sono ciò che gli altri mi fanno capire che sia").

La modalità soggettiva di organizzare l'esperienza, che emerge gradualmente nel corso dello sviluppo, si esprime quindi attraverso una trama generale di riferimento per cui, come ha osservato Guidano, tutti i processi conoscitivi umani – impliciti ed espliciti, inconsapevoli e consapevoli – vengono organizzati all'interno di questa configurazione complessiva, che dà ai singoli elementi una coerenza sistemica e che consente una lettura autoreferenziale dell'esperienza percepita. La possibilità che ogni individuo effettui uno specifico assemblaggio dei processi cognitivi è legata alle modalità tendenzialmente costanti di ordinare la propria esperienza, tanto che queste modalità rappresentano una sorta di cornice generale di riferimento entro cui vengono assimilati, decodificati e riordinati in maniera soggettiva tutti gli eventi vissuti nel corso della vita.

Come ha osservato Guidano, l'elaborazione dell'esperienza avviene nell'ambito delle stesse polarità di significato personale su cui si basa il senso di individualità e di unicità personale.

A proposito della costante interazione tra fattori genetici e ambientali, i sistemi cognitivi umani sono caratterizzati da una attiva dinamica tra due esigenze contrapposte e coesistenti: quella di *stabilità*, che fornisce la costanza di base alla identità, e quella di *cambiamento*, che consente alla identità di dispiegarsi gradualmente nel ciclo di vita, affrontando compiti e problemi di crescente complessità che si incontrano nel ciclo di vita. Alla stabilità e al cambiamento corrispondono le caratteristiche di chiusura organizzativa e di apertura strutturale proprie di ogni organizzazione di significato personale (Nardi, 2001; Reda e Canestri, 2002; Rezzonico e Strepparava, 2002).

Infatti, nell'ambito di una medesima organizzazione di significato personale vanno considerati due differenti aspetti, in costante e reciproca interazione tra loro: la "*chiusura organizzativa del livello tacito*" e la "*apertura strutturale del livello esplicito*" (Guidano, 1991; Nardi 2001; Arciero, 2003).

La *chiusura organizzativa*, legata al livello tacito, agli schemi emozionali che si organizzano nello sviluppo a partire dalle scene nucleari e alla memoria

procedurale, garantisce una sostanziale invarianza di ogni sistema individuale, presupposto per una identità personale coerente e stabile nel tempo. Essa è quindi espressione di un processo autoreferenziale che vincola lo sviluppo della organizzazione cognitiva personale, dandole stabilità e costanza.

L'*apertura strutturale*, legata al livello esplicito, grazie alla memoria dichiarativa, consente di esperire le trasformazioni evolutive come cambiamenti personali, dando al sistema individuale *produttività* e *generatività*. Essa utilizza la graduale maturazione delle capacità logico- astratte e porta a definire spiegazioni di sé e del mondo progressivamente più ampie e complesse, consentendo al soggetto di elaborare una concezione di vita personale, caratterizzata da propri valori etici, principi filosofici e assiomi metafisici.

L'interazione tra chiusura strutturale ed apertura organizzazionale permette quindi sia di elaborare un'identità personale coerente e stabile nel tempo, sia di operare le necessarie trasformazioni strutturali che, articolando progressivamente la propria coerenza interna, facilitino l'adattamento ("*viability*") e consentano una visione di sé e del mondo sempre più complessa.

Riprendendo le ricerche di Witkin (1977-1978) sullo sviluppo di uno *stile* cognitivo dipendente o meno dal campo percettivo esterno (rispettivamente, "*campo dipendente*" o "*campo indipendente*") e quelle di Lewis (1992-1994) sulla messa a fuoco centrata sulla interiorità o sulla variabilità del contesto relazionale (rispettivamente, soggetti "*inwards*" o "*outwards*"), Guidano (1991) e Arciero (2003) hanno proposto una lettura delle organizzazioni di significato personale sulla base delle modalità di messa a fuoco del sé.

La *messa a fuoco dall'interno* ("*inward*") si sviluppa a partire da modalità di attaccamento in cui la prevedibilità genitoriale alle richieste di accudimento e di prossimità del bambino è alta, consentendo quindi al bambino di differenziare precocemente e in maniera piuttosto definita il flusso senso- percettivo interno e le corrispondenti attivazioni emotive, con una buona discriminazione tra la propria esperienza e quella degli altri. La costruzione dell'identità viene centrata sulla interiorità e sul mantenimento del senso di sé ("*medesimezza*", "*sameness*") attraverso il costante tentativo di modificare l'ambiente esterno per renderlo consono con le attivazioni interne: l'ipseità (vedi oltre) viene messa a fuoco attraverso la medesimezza. Ciò che si sente viene percepito come primario, esistendo una precoce messa a fuoco delle emozioni di base (paura, rabbia, tristezza, gioia).

La *messa a fuoco dall'esterno* ("*outward*") si sviluppa invece a partire

da modalità di attaccamento in cui la prevedibilità genitoriale alle richieste di accudimento e di prossimità del bambino è bassa e variabile, per cui la discriminazione delle proprie senso-percezioni e delle corrispondenti attivazioni emozionali è più sfumata e tardiva, come pure la demarcazione tra sé e l'altro è meno marcata ed è influenzata dalla variabilità delle situazioni e dei contesti relazionali. La costruzione dell'identità viene operata attraverso la sintonizzazione con un riferimento esterno ed è centrata quindi sull'alterità e sulle caratteristiche del contesto relazionale (“*ipseità*”, “*selfhood*”); essa comporta la tendenza a modificare il mondo interno perché sia conforme con l'esterno: la medesimezza viene messa a fuoco attraverso l'ipseità. Prevalgono gli stati emotivi autocoscienti (ad es., colpa, vergogna, disgusto), che comportano un'attenzione orientata sulla corrispondenza con l'esterno e che compaiono più tardi rispetto alle emozioni di base, richiedendo capacità cognitive di tipo autoriflessivo.

Per quanto concerne la “*campo-dipendenza*”, cioè la tendenza o meno a ricercare nel campo percettivo esterno informazioni, segnali sociali, punti di vista, atteggiamenti degli altri, lo *stile relazionale* “*campo dipendente*” si osserva nei soggetti che orientano la postura eretta privilegiando il campo percettivo esterno rispetto alle sensazioni corporee. Pertanto si sviluppa gradualmente uno stile cognitivo e relazionale che organizza la relazione con il mondo facendo prevalentemente affidamento su riferimenti esterni (caratteristiche interpersonali, ricerca di vicinanza emotiva e fisica, buona competenza relazionale). Si delinea nel corso della maturazione una notevole sensibilità ai segnali emotivi immediati del contesto interpersonale. Corrisponde a modalità di *attaccamento evitante o difeso* (A) e *coercitivo resistente* (C).

Lo *stile relazionale* “*campo indipendente*” si osserva nei soggetti che orientano la postura eretta utilizzando prevalentemente le sensazioni corporee rispetto al campo percettivo esterno. In questo caso si sviluppa uno stile cognitivo e relazionale più impersonale e distaccato, meno sensibile alle relazioni sociali, con il mantenimento di una certa distanza sia fisica che emotiva dagli altri, mentre emerge la tendenza a fare affidamento prevalentemente su idee, principi, ipotesi e spiegazioni. Si delinea nel corso della maturazione una prevalenza della lettura cognitiva del contesto esterno, basata sulla sua struttura e configurazione. Corrisponde a modalità di *attaccamento evitante o difeso* (A) e *misto ambivalente* (A/C).

Per quanto riguarda l'itinerario di sviluppo che porta all'emergere in maniera stabile della organizzazione cognitiva peculiare di un individuo, è opportuno ricordare che le varie forme di attaccamento, più che come categorie qualitativamente ben distinte le une dalle altre, vanno viste lungo

un *continuum* che va da modalità ben compensate ed equilibrate (pattern B “sicuro”, “bilanciato”, “organizzato”, “integrato”) ad altre marcatamente alterate e scompensate (pattern D “disorganizzato e disorganizzante”, “spaventato e spaventante”, “disorientato e disorientante”, “non integrato”). Almeno nell’infanzia, tali modalità non possono essere considerate stabili e imm modificabili e, d’altra parte, le figure accudenti, specie in una società complessa, sono multiple; attraverso l’insieme delle interazioni con queste figure significative intrafamiliari, scolastiche e sociali, dallo stile di attaccamento emerge, nel corso dello sviluppo, lo stile relazionale e affettivo peculiare di ciascun individuo (Nardi, 2001).

Le varie forme di attaccamento rimandano a modalità comportamentali che, gradualmente, nell’interazione reciproca con le figure significative, selezionano specifiche tonalità di attivazione emozionale e di lettura cognitiva dell’esperienza. Ad esempio, soggetti con attaccamento di tipo evitante o difeso (pattern A) privilegiano il *canale cognitivo* nello stabilire le relazioni con le figure significative, avendo sperimentato un impatto negativo sul piano della reciprocità affettiva; al contrario, soggetti con attaccamento coercitivo (pattern C) sperimentano che, di fronte alla marcata imprevedibilità del contesto relazionale significativo, l’utilizzo preferenziale dei *segnali affettivi* consente di risintonizzare e rendere quindi più stabile e comprensibile l’attenzione e l’accudimento esterni. Soggetti con modalità più sicure di attaccamento (pattern B) riescono ad armonizzare e ad integrare meglio le espressioni di tipo sia emozionale che cognitivo (Lambruschi, 2004).

Comunque, in generale, non è possibile individuare una corrispondenza rigida ed univoca tra una singola categoria di attaccamento e una specifica organizzazione di significato personale. Infatti, in un’ottica post-razionalista sistemico processuale, più che ad una singola modalità di attaccamento in sé, l’organizzazione di significato personale, peculiare di ciascun individuo, è legata ad un processo che si dispiega nel corso dello sviluppo sulla base delle *attivazioni emozionali* e degli *schemi cognitivi* che si strutturano a partire dai processi di attaccamento (Nardi, 2001).

## FILOGENESI ED ONTOGENESI DEGLI STILI DI PERSONALITÀ

Una caratteristica fondamentale degli umani è quella di avere una personalità ben definita e sufficientemente stabile, con specifiche modalità di assimilare l’esperienza, di attivarsi emotivamente e di dare un senso a ciò che accade all’interno del campo della coscienza soggettiva (Nardi e Capecci, 2004).

A questo punto, tenendo presenti le ricerche sopra citate e facendo specifico riferimento a ciò che dà stabilità alle caratteristiche personali (processi di “*chiusura organizzazionale*” che definiscono il senso di identità) e a ciò che consente di adeguare la personalità alle nuove acquisizioni (processi di “*apertura strutturale*” che integrano le nuove esperienze nel senso di sé), appare fondamentale porsi il quesito di indagare come emerga, in rapporto alle necessità adattive e come si stabilizzi una organizzazione di significato personale nel corso della maturazione, tenendo d’altra parte conto che la maturazione e le conseguenti possibilità di cambiamento non si arrestano mai, ma coprono l’intero ciclo di vita (Nardi, 2004, 2005).

Se si considera che il patrimonio genetico definisce i limiti superiore e inferiore entro i quali le potenzialità individuali si possono esprimere, sono i processi di accudimento e attaccamento a orientare lo sviluppo emozionale e cognitivo e a definire attraverso l’apprendimento e la memorizzazione, l’emergere dei contorni dell’identità.

Accudente ed accudito interagiscono quindi attivamente: ciascuno, sulla base delle proprie modalità di attivarsi, sul piano psicomotorio ed emozionale, accentua o inibisce le espressioni comportamentali dell’altro, come un musicista che, suonando uno strumento, all’interno delle possibili potenzialità sonore di quest’ultimo, produce o meno determinate melodie. Quanto detto avviene sulla base di finalità adattive, volte ad ottenere quelle risposte che risultano vantaggiose ai fini della sopravvivenza e della realizzazione. Inoltre, non va dimenticato che, se nella storia di ogni individuo emerge una relazione prevalente con una determinata figura di riferimento, le interazioni significative non sono mai a due e coinvolgono nel corso della maturazione varie persone, ciascuna delle quali gioca un ruolo attivo (nel senso appena precisato) sulla costruzione dello stile personale dell’accudito.

A questo proposito risultano quanto mai interessanti i recenti studi sulla presenza, nel cervello dei primati e in particolare degli umani, di sistemi neuronali “*specchio*” (“*mirror neurons*”, “*mirror systems*”; Miller, 2005). Questi sistemi, che si attivano sia quando si fa o si prova qualcosa direttamente, sia quando si osserva un altro che la fa o la prova, sono stati descritti dal gruppo di Rizzolatti (2002) a livello motorio nei primati (nell’area F5, omologa a quella verbale di Broca negli umani) e successivamente sono stati individuati anche nelle aree somatosensoriali e insulari anteriori coinvolte, rispettivamente, nelle senso-percezioni e nel disgusto (Keysers et al., 2003), nella corteccia frontale per quanto riguarda le espressioni facciali e la motivazione (Iacoboni et al., 2005), nell’amigdala, nell’insula, nel giro fusiforme e nella corteccia orbitofrontale e

temporale per l'empatia (Singer et al., 2004; Iacoboni et al., 2005). La presenza dei "sistemi specchio" dimostra che, per comprendere il comportamento degli altri, il cervello deve tradurre le azioni, le senso-percezioni e le emozioni osservate nel proprio linguaggio neurale.

A mio avviso, questo meccanismo, alla base delle relazioni affettive e sociali, consentendo di apprendere per imitazione mediante le strutture anatomo-funzionali predisposte a ciò, fa luce su come hanno origine i processi di attaccamento e su come interagiscono strutture geneticamente predisposte e stimoli esterni appresi.

Sulla base dell'esperienza clinica maturata in questi anni mi sono pertanto orientato verso un modello evolutivo, filogenetico ed ontogenetico delle organizzazioni di personalità, che tenga conto degli apporti conoscitivi emersi nell'ambito delle neuroscienze. Seguendo questo orientamento esplicativo, le osservazioni fatte rendono evidente come lo sviluppo e l'organizzazione del significato personale emergano e si "chiudano" gradualmente, a definire il senso di individualità e di coerenza interna soggettiva, lungo *tre assi fondamentali*, differenti per tempo di comparsa, livello di concretezza/astrazione e rilevanza della componente non verbale o verbale che li caratterizza (Fig. 1):

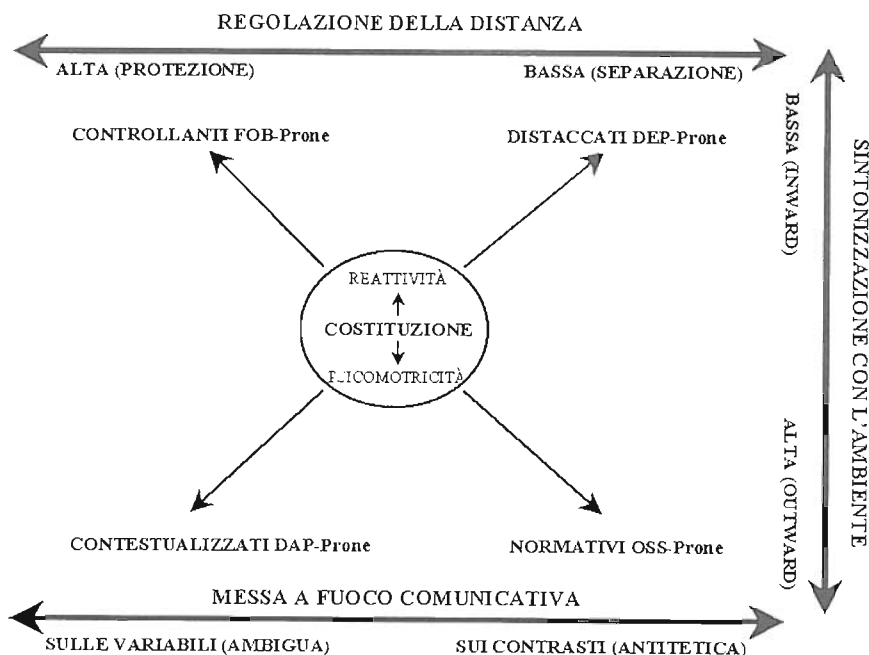


Fig. 1. Assi invarianti di attaccamento e sviluppo delle organizzazioni di personalità

- 1) *Regolazione della distanza (asse protezione-distacco)*. Costituisce un asse “arcaico”, basato su modalità concrete di pensiero. Favorisce l’emergere nell’accudito di tonalità emotive di sicurezza-paura, con comportamenti verso l’accudente che possono essere di ricerca del contatto (tipo “coercitivo”, per risintonizzare la base sicura su di sé) o di distacco (tipo “evitante”, con mantenimento della distanza entro limiti che consentono una sufficiente prossimità senza sperimentare un rifiuto). Gli stili personali che sviluppano specifiche competenze nella ricerca e nel mantenimento della protezione da parte di figure significative tendono a regolare il loro bisogno di protezione individuando e controllando i fattori che diano sicurezza, sia affinando le proprie competenze operative e gestionali, sia cercando riferimenti affidabili esterni anche in situazioni di distacco e di lontananza dalle figure accudenti (*personalità “controllanti” o FOB-Prone*<sup>2</sup>). Gli stili personali che sviluppano specifiche competenze nella gestione di situazioni di distacco e di solitudine tendono a privilegiare una gestione cognitiva delle condizioni di separazione e di isolamento, evitando in tal modo le meno gestibili instabilità emotive, per cui affinano un precoce senso di auto-responsabilizzazione e di determinazione nel conseguire i propri obiettivi, anche quando il loro conseguimento comporti notevoli sacrifici (*personalità “distaccate” o DEP-Prone*).
- 2) *Sintonizzazione con l’ambiente (asse alta-bassa sintonizzazione)*. Richiede modalità più astratte di pensiero rispetto al precedente. Nel primo caso (alta sintonizzazione), la variabilità di atteggiamenti dell’accudente porta l’accudito ad una costante attenzione verso i segnali e le decodifiche dell’esperienza fatte dall’accudente, orientandosi quindi verso una messa a fuoco del mondo interno dall’esterno (atteggiamento “outward”: verifica di quanto ciò che si percepisce risponde alla lettura fornita da altri). Le organizzazioni di significato personale basate sulla lettura esterna sono due: quelle che sviluppano specifiche competenze nell’orientare il proprio comportamento in base al riconoscimento ed alla conseguente gestione del giudizio esterno, centrando la decodifica interna sulle conferme o sulle disconferme ricavate dalle figure significative (*personalità “contestualizzate” o DAP-Prone*) e quelle che apprendono

---

<sup>2</sup> I termini utilizzati per definire le *principali organizzazioni di significato personale* sono quelli proposti da Guidano (1987, 1991), derivati dalle modalità di scompenso più tipiche di ciascuna organizzazione (il termine “prone”= “tendente a”, proposto da Arciero nel 2003, sta ad indicare tale eventualità, che ovviamente non si verifica nella maggior parte dei soggetti, ma che può comparire in determinate condizioni di fragilità interna e situazionale): disturbi fobici nelle *organizzazioni FOB-Prone*; disturbi depressivi nelle *organizzazioni DEP-Prone*; disturbi alimentari psicogeni nelle *organizzazioni DAP-Prone*; disturbi ossessivi nelle *organizzazioni OSS-Prone*.

a confrontarsi con la complessità e con la contraddittorietà del mondo esterno per sviluppare precocemente un codice logico-analitico ed etico interno, in base al quale verificare il proprio comportamento e individuare le linee guida della propria vita (*personalità "normative" o OSS-Prone*). Nel secondo caso (bassa sintonizzazione dell'attenzione verso l'esterno), la costanza di atteggiamenti dell'accudente facilita nell'accudito la decodifica dei segnali interni (atteggiamento "inward": messa a fuoco dall'interno, con verifica di quanto l'ambiente esterno corrisponde alle esperienze percepite). Le organizzazioni di significato personale basate sulla lettura interna sono sia quelle "*controllanti*" *FOB-Prone* che, soprattutto, quelle "*distaccate*" *DEP-Prone*).

- 3) *Messa a fuoco comunicativa (asse messa a fuoco sulle variabili (ambigue) – messa a fuoco sui contrasti (antitetici)*. Si tratta dell'asse che richiede maggiori capacità astratte di elaborazione, specie sul versante semantico-verbale. Nel caso di comunicazioni indefinite e ambigue, la marcata richiesta di adeguarsi a standard esterni continuamente variabili e vaghi comporta una notevole attenzione agli atteggiamenti esterni ed al giudizio, percepiti come strumenti continui di validazione interna, sulla base di processi di conferma-disconferma (*personalità "contestualizzate" o DAP-Prone*). Nel caso invece di comunicazioni di tipo definito ma antitetico, la simultanea presentazione di aspetti contrastanti della realtà da parte dell'accudente e la pressante richiesta di perfezione comportano nell'accudito una precoce attenzione verso una costruzione della conoscenza logico-analitica, finalizzata alla gestione o all'esclusione degli aspetti contrastanti e conflittuali percepiti (*personalità "normative" o OSS-Prone*).

Esistono soggetti con organizzazioni prevalenti meno "pure", quando la chiusura organizzazionale si colloca più verso il centro di uno stesso asse di riferimento (ad es., tra soggetti con marcata lettura esterna e soggetti con marcata lettura interna esistono innumerevoli possibilità intermedie, pur verificandosi in ogni caso una chiusura organizzazionale lungo un verso rispetto all'altro); inoltre, caratteristiche su un asse meno "pregnante" per la chiusura organizzazionale individuano un sottotipo clinico (ad es., l'atteggiamento vincolante o distaccato nel caso di una organizzazione centrata sull'attenzione verso l'esterno e sulla coerenza comunicativa).

È possibile pertanto individuare *organizzazioni di significato personale* prevalentemente di tipo "*controllante*" *FOB-Prone* (sottotipi ambivalente o ambiguo), "*distaccato*" *DEP-Prone* (sottotipi ambivalente o ambiguo),



“contestualizzato” *DAP-Prone* (sottotipi *vincolante* o *distaccato*) e “normative” *OSS-Prone* (sottotipi *vincolante* o *distaccato*), tenendo comunque conto del fatto che non esistono vere “organizzazioni miste”, quanto piuttosto organizzazioni più o meno “pure” e che in ciascuna organizzazione possono essere considerati almeno i due sottotipi sopra riportati tra parentesi.

Per mettere a fuoco la genesi delle diverse organizzazioni di significato personale è utile fare riferimento ad alcuni aspetti cerebrali di ordine anatomico-fisiologico. Come hanno evidenziato recenti ricerche (tra le quali i contributi di Damasio, 1999, e di LeDoux, 2002), gli stimoli di natura emozionale, se da un lato attivano direttamente le strutture limbiche responsabili delle risposte motorie, endocrine, neurovegetative e immunitarie a tali stimoli (circuito adattivo “breve” o “rapido”), sempre attraverso il talamo, per una via più lunga, attivano anche la corteccia (inizialmente i centri di una singola modalità sensitivo-sensoriale, successivamente quelli di discriminazione percettiva unimodale e, infine, quelli associativi multimodali). Da tali centri corticali, vie di collegamento discendenti raggiungono l’amigdala recando *informazioni oggettuali* (quelle provenienti dalla corteccia unimodale) o *informazioni concettuali* (quelle provenienti dalla corteccia multimodale), consentendo risposte “emozionali” più mirate e mediate, sebbene possibili solo qualche millisecondo dopo le risposte attivate dalla via breve. Ma un ulteriore elemento di regolazione dell’informazione è fornito dai circuiti mnesici e, in particolare, dall’ippocampo e dalle strutture del circuito di Papez: il confronto tra l’esperienza in corso e le esperienze memorizzate consente infatti una specifica *contestualizzazione dell’esperienza* fatta all’interno di aspettative e modelli soggettivi, configurando precocemente esperienze prototipiche di vario genere (“*scene nucleari*”; Tomkins, 1978).

Applicando questo modello operativo neuronale alle modalità di accudimento-attaccamento, attraverso la mimica, la postura, la voce e le modalità comportamentali della figura accudente il bambino ricava (iniziando a costruire un modello di sé) informazioni relative a singoli oggetti percettivi (ad es., sguardo o voce della madre) e, successivamente, informazioni più complesse di ordine concettuale (ad es., conferma o disconferma, protezione o abbandono) e contestuali (categorie di situazioni di giudizio, pericolo, ecc.). In base a tale schema è possibile un approfondimento sugli itinerari di sviluppo dei vari stili di personalità.

Un ulteriore aspetto di notevole interesse euristico è costituito dalla individuazione del significato adattativo che ha portato, nel corso dell’evoluzione umana, alla comparsa ed al mantenimento delle varie

organizzazioni di significato personale.

Sotto il *profilo filogenetico*, un'analisi dei fattori precedentemente presi in esame consente di ipotizzare che, con la comparsa dell'*Homo sapiens*, lo sviluppo e la diffusione delle organizzazioni di significato personale siano andati di pari passo con l'emergere di due elementi: anzitutto, il progressivo incremento di massa e di complessità encefalica che, dai primi soggetti individuabili come *homo sapiens*, ha consentito strategie generali di costruzione di un adattamento attivo all'ambiente e la produzione di culture impossibili per i loro predecessori; in secondo luogo, lo straordinario sviluppo di aree e di connessioni legate alle funzioni prassiche, gnosiche e fasiche, che ha permesso in particolare di acquisire modalità riflessive di pensiero (di pensare ciò che si pensa: "*metacognizione*") e di creare un universo simbolico sia personale che socialmente condiviso, a livello di linguaggio non verbale e, soprattutto, verbale. Proprio alle maggiori strategie adattive e alle superiori capacità simboliche si dovrebbe, secondo diversi ricercatori tra i quali Arsuaga (1999), il graduale affermarsi dei nostri antenati, di provenienza africana e medio-orientale e inquadrati nell'ambito dell'*Homo di Cro-Magnon*, rispetto ai più robusti e già ambientati in Europa appartenenti all'estinto *Homo Neandertalensis*. Al contrario dei Neandertaliani, i Cro-Magnon hanno infatti appreso a costruire e ad usare con perizia utensili (collane, bastoni) e ornamenti (indumenti distinti per sesso e status) comprendendone appieno il loro valore simbolico, sfruttandoli quindi, grazie alle migliori facoltà simboliche e linguistiche, per esprimere il proprio status e per costruire legami di gruppo, all'interno del quale era evidentemente possibile comunicare, comprendere e, quindi, condividere specifici significati.

Venendo al significato adattivo che ha portato alla comparsa ed alla diffusione delle diverse organizzazioni, è verosimile che in *contesti protosociali* abbiano avuto particolare importanza – ed abbiano quindi svolto un ruolo evolutivo primario – le situazioni di pericolo e quelle di solitudine e di isolamento, legate alle attivazioni emotive di base ed alla messa a fuoco dell'esperienza dall'interno ("inward").

Le situazioni di pericolo e la conseguente necessità di difendere il territorio in relazione ai bisogni della sopravvivenza (demarcazione e tutela del proprio ambito; caccia e pesca; allevamento di animali addomesticabili e sviluppo dell'agricoltura) hanno orientato le relazioni di accudimento-attaccamento verso una duplice necessità: da un lato, quella di protezione e coesione (sia all'interno del gruppo etnico-sociale e familiare di appartenenza, sia

all'esterno nei confronti di altri gruppi o simili considerati "amici"), con mantenimento della prossimità o ricerca di altre basi sicure; dall'altro lato, la necessità di esplorare e conoscere l'ambiente circostante, allargando il proprio raggio d'azione (distacco dalla base sicura per scoprire altri territori, ricerca di nuove fonti di sopravvivenza, sviluppo dei commerci, migrazioni alla ricerca di nuovi pascoli o nuove vie di comunicazione, opportunità di stabilire o trovare altre basi sicure). Sono in questo modo emerse *organizzazioni di significato personale "controllanti"* o "*proto-FOB*".

Le situazioni di solitudine e di isolamento hanno invece favorito le capacità di autodeterminazione e autogestione dei singoli individui, in contesti di scarsa o assente possibilità di aiuto esterno, portando a far leva sulle proprie risorse fisiche e cognitive (ma anche a condividerle con altri soggetti disponibili), per cui si sono sviluppate *organizzazioni di significato personale "distaccate"* o "*proto-DEP*".

In *contesti sociali più complessi e dinamici*, si sono evolute altre due organizzazioni, entrambe con messa a fuoco dell'esperienza dall'esterno ("outward"), capaci di esprimere il repertorio emozionale modulandolo con adeguati schemi cognitivi.

Anzitutto, il cambiamento dei modelli etnici, tribali e familiari ha proposto in maniera evidente condizioni di confronto sociale, con evoluzione dinamica delle condizioni, dei ruoli e degli atteggiamenti culturali e relazionali, che hanno richiesto una notevole sensibilità a percepire e gestire le situazioni di accettazione e di rifiuto man mano incontrate, in modo da avere il massimo delle conferme possibili per la propria realizzazione, con conseguente comparsa di *organizzazioni di significato personale "contestualizzate"* o "*proto-DAP*".

In alternativa, lo sviluppo delle prime culture complesse ha inevitabilmente richiesto – ed è stata anche consentita, inizialmente da parte di sacerdoti sciamani aventi anche il ruolo di proto-scienziati – di polarizzare l'attenzione sugli aspetti sconosciuti e talvolta contrastanti della realtà esterna, in modo da distinguere gli aspetti "positivi" da quelli "negativi" e di elaborare modelli adeguati, progressivamente perfezionati, di sé e del mondo; ciò ha spinto anche a ricercare i criteri per spiegare e controllare meglio possibile i molteplici e contraddittori fenomeni dell'esperienza, con conseguente comparsa di *organizzazioni di significato personale "normative"* o "*proto-OSS*".

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Riverberando le riflessioni fatte sui dati offerti dalla clinica odierna, anche in considerazione dell'evidenza che le percentuali delle varie organizzazioni si modificano in relazione ai cambiamenti ed alle pressioni sociali (in termini di impatto sulle figure accudenti di mode e modelli, di pressioni dei mass media, di maggiore o minore percezione della pericolosità del contesto esterno, di decodifica della complessità esterna, ecc.), va tenuto presente il valore adattivo di ciascuna organizzazione di significato personale, che può offrire specifiche e mirate opportunità di esprimere in maniera utile le risorse di cui ogni soggetto dispone a livello genetico, da modalità più abitudinarie e ripetitive a forme creative ed originali.

Nel continuum che esiste tra ciò che viene definito "normale" e ciò che appare "patologico" (quando l'assimilazione dell'esperienza appare incompatibile con il mantenimento dell'equilibrio interno mantenuto fino a quel momento), grazie al modello esplicativo post-razionalista, i comportamenti espressi da ciascun individuo possono essere colti non solo nel loro aspetto categoriale (una depressione od un delirio sono apparentemente qualcosa di sufficientemente omogeneo e condiviso sotto il profilo psicopatologico da tutti quelli che ne sono affetti), ma come espressione soggettiva che rimanda alla peculiare modalità interna di percepire l'esperienza e di riferirla a sé, sulla base della chiusura organizzazionale e delle conseguenti aperture strutturali che la costruzione del proprio significato personale consente nel corso del ciclo di vita.

## BIBLIOGRAFIA

Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Arsuaga J.L.: El Collar del Neandertal. En Busca de los Primeros Pensadores. Ed. Temas de Hoy, Madrid, 1999. (Ed. it.: I Primi Pensatori e il Mondo Perduto di Neandertal. Feltrinelli, Milano, 2001).

Benedetti G.: Neuropsicologia. Feltrinelli, Milano, 1976.

Bini L., Bazzi T.: Trattato di Psichiatria. Vallardi, Milano, 1971.

Damasio A.R.: The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness, 1999. (Ed. it.: Emozione e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000).

Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): Emotions in Psychotherapy. Guilford, New York, 1987.

Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: La Complessità del

Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: A systems, process-oriented approach to cognitive therapy. In: Dobson K.S. (Ed.): *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*. Guilford, New York, 1988.

Guidano V.F.: Affective change events in a cognitive therapy system approach. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.), *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991a.

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991b. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Guidano V.F.: Constructivistic psychotherapy: A theoretical framework. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995a.

Guidano V.F.: Self-observation in constructivistic psychotherapy. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995b.

Guidano V.F.: A constructivistic outline of human knowing processes. In: Mahoney M.J. (Ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research and Practice*. Springer, New York, 1995c.

Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.

Hebb D.O.: *A Textbook of Psychology*. Saunders, Philadelphia, 1966.

Katz D.: *Trattato di Psicologia*. Boringhieri, Torino, 1960.

Keysers C., Kohler E., Umiltà M.A., Nanetti L., Fogassi L., Gallese V.: Audiovisual mirror neurons and action recognition. *Exp. Brain Res.*, 153(4), 628-636, 2003.

Kolb B., Whishaw I.Q.: *Fundamentals of Human Neuropsychology*. Freeman, London, 1980.

Iacoboni M., Molnar-Szakacs I., Gallese V., Buccino G., Mazziotta J.C., Rizzolatti G.: Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PloS Biol.* 3(3), E79, 2005.

Lambruschi F.: Dall'attaccamento allo stile affettivo e relazionale. In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), *Normalità e Disagio nell'Adolescenza*. Quaderni, Ancona, 2004.

LeDoux J.: *Synaptic Self: How our Brains Become Who We Are*. Viking Penguin, New York, 2002. (Ed. it.: *Il Sé Sinaptico*. Raffaello Cortina, Milano, 2002).

Lewis M.: *Shame, The Exposed Self*. Free Press, New York, 1992.

Lewis M.: *Myself and me*. In: Taylor Parker S., Mitchell R.W., Boccia M.L. (Eds.), *Self Awareness in Animals and Humans*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

Luria A.R.: *Higher Cortical Functions in Man*. Basic Books, New York, 1980.

Mahoney M.J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1974.

Mahoney M.J.: *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions*. Plenum Press,

New York, 1980.

Mahoney M.J.: Constructive metatheory. *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.

Mahoney M.J.: *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991.

Marchesi G.F., Nardi B., Santone G.: Sindromi psiconeurologiche. In: Pancheri P., Cassano G.B. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano, 1993.

Maturana H.: *Autocoscienza e Realtà*. Cortina, Milano, 1997.

Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).

Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).

Miller G.: Reflecting on another's mind. *Science*, 308, 945-947, 2005.

Morin E.: *La Methode. La Nature de la Nature*. Seuil, Paris, 1977. (Ed. it.: *Il Metodo. Ordine, Disordine, Organizzazione*. Feltrinelli, Milano, 1983).

Morin E.: *Self and Autòs*. In: Zeleny M. (Ed.), *Autopoiesis: A theory of Living Organization*. North Holland, New York, 1981.

Morin E.: *Introduction a la Pensée Complexe*. Seuil, Paris, 1990.

Morin E.: *La Méthode 5: L'Humanité de l'Humanité. Tome 1: L'Identité Humaniene*. Seuil, Paris, 2001 (Ed. It.: *Il Metodo, 5. L'Identità Umana*. Cortina, Milano, 2002).

Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica*. Franco Angeli, Milano, 2001 (Prima ristampa, 2003).

Nardi B.: *Psicoterapia con adolescenti: la especificidad del tratamiento; la propuesta terapeutica post racionalista. Seminario, taller, supervision y consultoria*. Escuela de Psicologia, Universidad Catolica de Valparaiso, Chile, 5-12 agosto 2004.

Nardi B.: *Evoluzione della conoscenza umana. Quarta parte: sviluppo e organizzazione degli stili di personalità. Lettere dalla Facoltà. Bollettino della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, Anno VII, 7/9, 40-46, 2004.*

Nardi B.: *Valenze adattive dello sviluppo filogenetico ed ontogenetico delle organizzazioni di significato personale. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2005 (in stampa).*

Nardi B., Capecci I.: *Evoluzione della conoscenza umana. Parte terza, filogenesi e ontogenesi. Lettere dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, 7(6), 21-27, 2004.*

Popper K.R., Eccles J.C.: *The Self and its Brain*. Springer, New York, 1977 (Ed. it.: *L'Io e il suo Cervello*. Armando, Roma, 1981).

Prigogine I.: *Irreversibility as a symmetry-breaking process*. *Nature*, 246, 67-71, 1973.

Prigogine I.: *La Fine delle Certezze*. Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

Reda M.A., Canestri L.: *Continuità e cambiamento in psicoterapia: plasticità e sistemi biologici*. In: Reda M.A.,

- Pilleri M.F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Atti del III Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista. Istituto di Psicologia Generale e Clinica, Università di Siena, Siena, 2002.
- Rezzonico G., Strepparava M.G.: *Ansia e psicopatologia. Alcuni aspetti*. In: Nardi B., Brandoni M. (Eds.), *Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva*. Atti del IV Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.
- Ricoeur P.: *Sé come un Altro*. Jaca Book, Milano, 1993.
- Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V.: *Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action*. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 661-670, 2002.
- Singer T., Kiebel S.J., Winston J.S., Dolan R.J., Frith C.D.: *Brain responses to the acquired moral status of faces*. *Neuron*, 41, 653-662, 2004.
- Tomkins S.S.: *Script theory: Differential magnification of affects*. In: Howe H.E., Page M.M.: (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln, 1978.
- Varela F.: *Principles of Biological Autonomy*, 1979.
- Varela F.J., Thompson E., Rosche E.: *La Via di Mezzo della Conoscenza*. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Villegas M.: *La entrevista evolutiva*. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87, 1993.
- Witkin H.A.: *Cognitive styles in personal and cultural adaptation*. The 1977 Heinz Werner Lectures. Clark University Press, Worcester, Mass., 1978.
- Witkin H.A., Goodenough D.R.: *Field dependence and interpersonal behavior*. *Psychological Bulletin*, 84, 661-689, 1977.





Bernardo Nardi, Ilaria Capecci

## **ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE: ADATTAMENTO E FISIO-PATOLOGIA**

### **ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE E BISOGNO ADATTIVO**

Come si è detto nel capitolo precedente, il rapporto tra adattamento e costruzione di un significato personale è tipico degli umani; nell'*Homo Sapiens*, infatti, i processi mentali sono costantemente impegnati nella individuazione e nel mantenimento di un senso di sé in grado di rispondere, in maniera attiva, ai problemi posti dalle perturbazioni ambientali (Arsuaga, 1999; Nardi, 2004ab).

Ogni aumento di complessità interna, come si osserva soprattutto nel corso della fase adolescenziale del ciclo di vita, apre nuovi orizzonti e pone nuovi problemi, che vanno affrontati e risolti utilizzando strategie adattive più astratte, flessibili e generatrici di nuovi significati (Guidano, 1987, 1991b; Nardi, 2001). In questa ricerca si gioca la possibilità di individuare sbocchi adattivi, creativi e socialmente integrati o, viceversa, percorsi disadattivi, espressione di un disagio che può assumere connotati psicopatologici, tipici dei vari disturbi mentali (d'ansia, dell'umore, schizofrenici, ecc.).

Come in un bosco, nel quale tra il fitto intreccio degli alberi sono possibili molteplici percorsi, ogni scelta costituisce al tempo stesso una novità ed una sfida, da sperimentare sul campo della vita. Come ha osservato Cesari (1994), da un lato, i modelli ed i riferimenti infantili vengono meno di fronte al non sentirsi più parte dell'universo infantile ("non più"); dall'altro lato, i riferimenti adulti vengono percepiti, non infrequentemente in modo conflittuale, come estranei alla propria tensione realizzativa ed ai propri orizzonti attuali ("non ancora"). In questi sentieri, quando si è rotta quella magica simmetria temporale del tempo propria dell'infanzia, per cui sembrano mancare riferimenti e sbocchi sicuri (Progogine, 1973, 1997), l'adolescente e chi si confronta con lui/lei possono manifestare disagio e proporre situazioni di effettiva difficoltà, progredendo (non "regredendo" secondo un classico ma superato punto di vista) verso sintomi che costituiscono pur sempre una risposta adattiva (anche se precaria, parziale ed insufficiente). Si tratta di casi in cui

altri percorsi non appaiono all'orizzonte o, comunque, non sono praticamente percorribili (Maturana e Varela, 1980, 1987). Proprio partendo dai sintomi (o, in ogni caso, dal disagio e dalle difficoltà del crescere) si può mettere a fuoco la personalità individuale, nelle sue modalità basiche di funzionamento, nelle sue chiusure organizzazionali e nelle sue possibilità – almeno potenziali – di apertura strutturale (Nardi, 2002).

Non è certamente un caso se Vittorio Guidano – utilizzando un approccio scientifico simile a quello che dalla epilettologia e dalla neuropatologia aveva consentito di localizzare, a livello del sistema nervoso centrale, numerose funzioni psichiche – muovendo dall'esperienza clinica arrivò a formulare il concetto di “*organizzazioni di significato personale*” (1987), osservando che i processi di autoregolazione di tutte le strutture di personalità coincidono con la loro tendenza a mantenere la coerenza interna. Questo approccio epistemologico è evidente, come si è sottolineato nel precedente capitolo, nella denominazione stessa delle principali organizzazioni, tratta dalle più caratteristiche modalità di scompenso psicopatologico, proprie di ciascuna organizzazione.

D'altra parte, abbiamo avuto modo di sottolineare come sia il significato adattivo a far emergere e consolidare – nello sviluppo di ciascun individuo come nella comparsa e nella diffusione dell'*homo sapiens sapiens* – le varie organizzazioni e che per tale motivo si è cercato di individuare una terminologia “fisiologica” (vedi anche capitolo precedente).

Se per ciascuna organizzazione è l'adattamento a orientare la chiusura organizzazionale e le aperture strutturali possibili nel corso del ciclo di vita, di fronte ad una difficoltà, più o meno grave, improvvisa e duratura di assimilare una nuova esperienza, percepita come perturbante rispetto all'ordine interno, il disagio riflette comunque uno sforzo adattivo. Quando entra in crisi, l'individuo mette in campo le sue risorse e ricerca sentieri percorribili utilizzando le modalità intrapsichiche di riordinamento implicito ed esplicito e le relative strategie comportamentali di cui dispone al momento.

Alla luce di quanto si è detto, le modalità basiche di ciascuna organizzazione di significato personale consentono una nuova lettura esplicativa del disagio e delle difficoltà adolescenziali, a partire dalle strategie adattive che emergono all'interno dei processi di attaccamento.

## STRATEGIE DI ADATTAMENTO CONSENTITE DAGLI ASSI DI ATTACCAMENTO E DALLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Per inquadrare in chiave adattiva il nuovo modo di considerare le organizzazioni di personalità ed il modo in cui siamo giunti ad esse ci è sembrato utile riprendere alcuni aspetti riportati nel precedente capitolo.

### *Primo Asse: Regolazione della distanza*

Questo asse (vedi Fig. 1) consente di mettere gradualmente a fuoco come la vita sia un pendolo tra l'esplorare e l'essere protetti all'interno del "nido", da un lato, e la possibilità/necessità di esplorare l'ambiente circostante, dall'altro. Essere protetti è un bisogno universale presente anche negli animali; contemporaneamente esiste il bisogno, anch'esso adattivo, di allontanarsi dal nido e di conoscere il mondo per procurarsi il cibo, un territorio, per difendersi. Le attivazioni emozionali connesse con questo asse consentono di mettere a fuoco e di affinare la paura e la curiosità per l'ambiente. Come le diverse modalità di attaccamento si sono andate evolvendo e si sono mantenute in base al loro potenziale adattivo, per cui in determinati contesti modalità "non sicure" di tipo difeso o reattivo sono persino vantaggiose (Crittenden, 1997; Lambruschi, 2004), più in generale lo stesso significato adattivo può essere attribuito ai processi emozionali e cognitivi che sono alla base della costruzione e del mantenimento dell'identità.

La difesa del "nido", quindi la presenza di una base sicura" e, contestualmente, a partire da essa, i movimenti di esplorazione del territorio costituiscono una dimensione fondamentale dell'attaccamento a garanzia dello sviluppo di un individuo. Proprio in quanto risponde a bisogni concreti, l'asse allontanamenti-avvicinamenti non richiede necessariamente l'utilizzo delle funzioni logico-verbali ed ha fornito una fondamentale strategia adattiva nei contesti proposociali, sia come catalizzatrice dei legami di gruppo e di appartenenza, sia per costituirne di nuovi (ad es., si pensi ai flussi migratori, più o meno ritualizzati, di molti popoli antichi, come nel caso del "ver sacrum" degli antichi Piceni, che cercavano nuove terre seguendo un picchio, loro animale totemico). Analogamente, situazioni di solitudine e di isolamento, in seguito a perdite o separazioni, ha promosso strategie alternative, centrate sulla capacità di attingere alle risorse individuali in situazioni di inaiutabilità. Sono pertanto emersi stili di personalità centrati sul controllo della distanza (nel primo caso), con la possibilità di gestire i bisogni antitetici di protezione

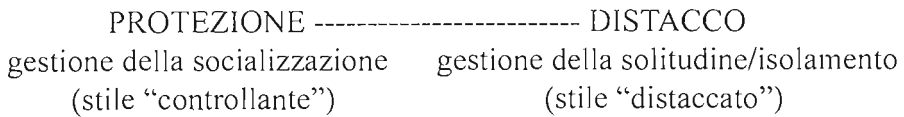
e libertà, oppure stili personali centrati sulla gestione del distacco, con perno sull'autonomia per sopperire alla solitudine ed alla finitezza dell'esistere (nel secondo caso).

Le tematiche evolutive sopra citate si configurano con vivacità nel corso dell'adolescenza, i cui cambiamenti critici possono spesso far percepire al soggetto o una improvvisa sensazione di non controllo, oppure la necessità di gestire quei sensi di vuoto, di diversità e di estraneità che tante volte la crescita stessa propone.

D'altra parte occorre ricordare che anche gli umani, come molte specie animali, hanno bisogno di essere protetti e, allo stesso tempo, di esplorare l'ambiente al fine di sopravvivere. Esistono situazioni o contesti in cui la chiusura nel nido è essenziale e permette una conquista "a gradini" dell'ambiente; sono quelle che definiamo esplorazioni controllate, in cui si prevedono i rischi, oppure l'abbandono del nido viene effettuato solo dopo aver individuato un altro luogo sicuro. Gli stili di personalità concreti, come appunto il tipo controllante, utilizzano queste modalità adattive solo se perfettamente in salute; inoltre, poter gestire i pericoli procura benessere e rinforza la sicurezza nelle proprie capacità. Tale organizzazione si rivela vantaggiosa in situazioni esterne di pericolo o di cambiamento inteso come instabilità (l'individuo si arrocca in attesa di cercare nuovi punti di riferimento). Come si è accennato, probabilmente quello della gestione della distanza è il primo asse in ordine di comparsa perché non richiede la verbalizzazione ma permette l'aggregazione tra i simili ("sei dei nostri o dei loro?"); tutto questo però avviene a svantaggio riproduttivo.

Lo stile di personalità distaccato è, in qualche modo, l'opposto di quello controllante. In questi soggetti avviene un precoce e netto taglio del "cordone ombelicale", per cui l'individuo è perennemente immerso in una sensazione di solitudine nella quale "deve cavarsela". D'altra parte, è possibile scegliere dei compagni di viaggio in base a quanto essi ci siano nonostante tutto, a quanto accettino di "viaggiare" con uno che si percepisce come un solitario di fondo (cammino parallelo di due solitudini). Prima c'è il sentimento di solitudine, poi la sua consapevolezza; insieme sono alla base di ogni rapporto sociale. In una società complessa e individualistica, come l'attuale, diventano sempre meno evidenti gli aspetti controllanti perché sono aggregativi e discriminativi, sebbene essi forniscano un buon senso di sé e la capacità di individuare, anche in contesti nuovi, situazioni persone e riferimenti affidabili e sicuri. Lo stile distaccato, invece, risulta vantaggioso sia in contesti di nicchia che in spazi sociali, purché riesca a gestire il senso di perdita; allora, essendo

tendenzialmente creativo, può far emergere sia nello studio o nel lavoro che nei rapporti interpersonali, attraverso la messa in pratica di pensieri del tipo “sono solo e so che tutto finirà ma, finché dura, faccio del mio meglio”.



*Fig. 1. Primo asse di attaccamento*

*Secondo asse: Dipendenza dal campo percettivo*

Accanto all’asse della regolazione della distanza, una seconda grande direttrice orienta i processi di accudimento e attaccamento. Come si è avuto modo di descrivere nel capitolo precedente, essa concerne l’attenzione prestata agli stimoli interni ed esterni (vedi Fig. 2). In particolare, nell’ambito delle relazioni primarie di attaccamento, emerge gradualmente la tendenza a centrare l’attenzione sulle percezioni interne, leggendo in base ad esse il contesto esterno (ad es., provo paura, quindi c’è pericolo); in altre situazioni, viceversa, l’attenzione viene prevalentemente orientata sull’esterno, con lettura del mondo interno sulla base delle percezioni ricavate dal contesto (ad es., mi dicono che questo è buono, quindi mi piace). Recenti studi basati su tale messa a fuoco nel corso l’età evolutiva (Witkin e Goodenough, 1977; Witkin, 1978; Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1988, 1991ab, 1995abc; Lewins, 1992, 1994; Arciero, 2003) hanno individuato nella prevedibilità/imprevedibilità dell’accudente e nella stabilità/variabilità del contesto esterno, così come viene percepita soggettivamente dal bambino, i principali fattori che orientano, nel primo caso (prevedibilità e stabilità), verso una lettura interna (“*inward*”) e, nel secondo caso (imprevedibilità, variabilità), verso una lettura esterna (“*outward*”).

Pertanto, attraverso l’attaccamento il bambino è orientato a dare attenzione a stimoli diversi, interni ed esterni; elementi chiave per questo sono, come si è detto, l’affidabilità e la predittività della figura accudente (“*care-giver*”). Alcuni soggetti imparano a decodificare l’esterno attraverso l’interno; altri fanno il contrario. Alcuni individui prendono un modello esterno e vedono se va bene per loro, altri valutano se quello che si prova è adeguato all’esterno. Questo asse è più complesso del precedente, mentre le scene nucleari si arricchiscono progressivamente di elaborazioni verbali e simboliche.

I due stili di personalità che sono andati delineandosi lungo l’asse I, sopra

descritti, appartengono a modalità inward, essendo entrambi caratterizzati da una messa a fuoco dall'interno: nel caso dei controllanti, la messa a fuoco è centrata sul senso di sicurezza percepito in relazione alla pericolosità dell'ambiente ed alla protezione ricevuta; nel caso dei distaccati, essa è ancora più marcata ed è in relazione alla solitudine e, quindi, all'autodeterminazione percepita come necessaria per portare avanti il progetto personale di vita.

L'adolescente controllante riprende il senso del pericolo dalle "saghe familiari"; il filo della memoria dà il senso di rete protettiva. Anche le trame narrative verbali acquistano una pregnanza emotiva, quella di sentirsi "uno che appartiene", da cui deriva il senso di protezione. Nel continuum tra attenzione e disattenzione, il verbale dell'altro viene percepito nella misura in cui lo si sente proprio. Vengono mantenute le trame narrative "etniche" del genitore, che, a volte, le tiene sepolte per anni. I controllanti, infatti, funzionano più come nonni che come padri (spesso assenti), in quanto il nipote non "fa ombra". È importante il gruppo, che dipende da lui/lei e che lui/lei sceglie; anche in contesti che non gli/le piacciono si crea delle nicchie in cui vive bene.

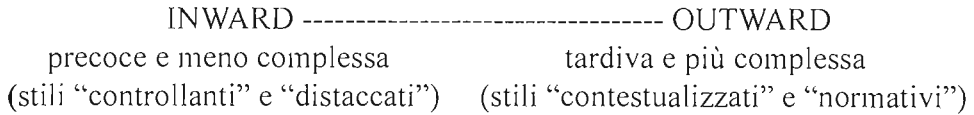
L'adolescente distaccato si adatta precocemente come un piccolo adulto, con un controllo cognitivo delle attivazioni emotive di tristezza e rabbia che sono sempre fortemente disturbanti e, per questo, poco gestibili. Tale aspetto rende l'adolescenza, con le sue crisi ed i cambiamenti che configurano la perdita delle sicurezze e degli aspetti rassicuranti dell'infanzia, un periodo particolarmente delicato e fonte di disagio, con tendenza alla chiusura e al ripiegamento su di sé o, al contrario, alla sfida verso tutto e tutti (si veda, in proposito, il capitolo sulla depressione). L'adattamento si gioca così sulle capacità di autodeterminazione e di gestione del senso di relatività e finitezza, collegato con l'emergere e l'affermarsi del pensiero astratto.

Le modalità di messa a fuoco dall'esterno sono osservabili in stili di personalità che emergono lungo un terzo asse, di cui si parlerà a seguire.

La possibilità di rivolgere l'attenzione verso l'esterno, come modalità principale di decodificare il mondo interno e le proprie percezioni ed emozioni propone nuove strategie adattive: rivolgere l'attenzione agli altri consente di allinearsi, di seguire nuove tendenze, di trovare conferme utili non solo alla sopravvivenza, ma anche all'autoaffermazione. Questi adolescenti acquisiscono la capacità di leggere la variabilità ogni volta che la società cambia. La loro ricerca di conferme consente la sintonizzazione sul mondo interno dell'altro, capacità molto minore nei controllanti e nei distaccati. D'altra parte, essi si trovano a loro agio, in una società variabile e con riferimenti sfumati e multipli come quella moderna, solo se sono capaci di selezionare

le conferme; inoltre, nel momento in cui riescono a far passare la creatività, possono gestire anche le disconferme. La “sfida”, infatti, consiste proprio nel vedere quanto il soggetto riesce a trasformare una disconferma in una conferma, mentre quando essa diventa un gioco fine a se stesso non produce esiti adattivi. Questa organizzazione può risultare vantaggiosa anche nei rapporti affettivi e consente di imparare a “gestire” l’altro, sia sul versante cognitivo (ad es., negli sviluppi di modalità “compiacenti” di attaccamento), sia sul versante emozionale (negli sviluppi di attaccamento reattivi punitivi, seduttivi o, apparentemente, indifesi e fragili). Queste dinamiche sono evidenti soprattutto in una società tradizionalista, nella quale una donna ha un ruolo minore: se e quando riesce a manipolare partner e figli, ne esce vincente. Nella società moderna invece, la donna diventa protagonista visibile del proprio futuro e le conferme sono dirette. Il soggetto in grado di cogliere bene il contesto riesce a manipolare il senso di sé e a modificarlo; è in questo modo che fa il suo ingresso la capacità di ridefinire se stessi e, allo stesso tempo, di divenire “intrusivi e ridefiniti” nei confronti degli altri. In questi stessi individui compare anche la capacità di dare nuovi valori a vecchie cose.

Un’altra modalità di messa a fuoco dall’esterno tende invece a rispondere alla variabilità ambientale individuandone i contrasti e trovando il modo di superarli attraverso modelli, norme e regole. In questi casi, già nella preadolescenza si evidenzia una dipendenza meno diretta dal contesto contingente, per cui il soggetto lavora per classi e per astrazione, diventando un instancabile costruttore di teorie. L’aspetto fondamentale di questa tendenza normativa è il senso dell’etica, la percezione del bene come ricerca a priori. Nel corso dell’adolescenza, le capacità di adattamento ai cambiamenti della società dipendono proprio dalla possibilità di individuare soddisfacenti criteri etici e categoriali. “Fisiologicamente” l’adolescente normativo deve sempre scegliere e mettere in ordine, in modo coerente, in base ai propri criteri (quelli su cui si costruisce la propria coerenza interna); deve decidere quali aspetti scegliere, quali scartare, quali sono integrabili. Ciò può essere difficile in un periodo nel quale il pensiero astratto propone nuovi scenari, la realtà appare polimorfa (si passa dall’*universo* infantile al *multiverso* adulto) e si impongono nuovi modelli interpretativi dell’esperienza, mentre le emozioni e le immagini legate all’assimilazione dell’esperienza possono essere percepite come perturbanti e destabilizzanti. In questi casi, le scelte da compiere autonomamente possono apparire complicate se non impossibili e possono avviare dubbi, incertezze, quando non franche ruminazioni ossessive.



*Fig. 2. Secondo asse di attaccamento*

*Terzo Asse: Coerenza verbale*

Un terzo asse di attaccamento (Fig. 3) è legato alla capacità di percepire la comunicazione in termini che possono andare da una scarsa chiarezza e ambiguità ad una netta messa a fuoco nei chiaroscuri. Questa dimensione dell’attaccamento fa marcato riferimento alla coerenza verbale e richiede, quindi, competenze più evolute rispetto a quelle richieste dai precedenti assi.

Un linguaggio ambiguo, a margini sfumati, comporta una pressoché costante messa a fuoco dei contesti percettivi, con conseguente variabilità degli stati interni in rapporto a ciò che accade (o potrà accadere) all’esterno. Essa produrrà dunque l’emergere di stili personali altamente contestualizzati, in grado di cogliere le maggiori o minori ambiguità dei soggetti con i quali si entra in relazione. Questa capacità di lettura dell’altro (outward, come si è sottolineato a proposito dell’asse precedente) ha un elevato valore adattivo, ma può, se mancano riferimenti adeguati o se prevalgono quelli disconfermanti, produrre notevoli turbolenze e insicurezze nel momento in cui, cambiando l’aspetto corporeo, emergendo i caratteri sessuali primari e secondari e maturando il pensiero astratto, si è particolarmente vulnerabili.

Quando la realtà esterna viene invece percepita nella nettezza dei chiaroscuri, nella messa a fuoco dei contrasti, la lettura outward si polarizza sulla creazione di categorie astratte bipolari e antitetiche (ad es., bene/male, giusto/sbagliato, ecc.). Sul piano adattivo, ciò consente all’adolescente di sfruttare le sue risorse simbolico- astratte e verbali per costruire nuovi orizzonti conoscitivi e dare forma a modelli esistenziali e a rappresentazioni della realtà fenomenica più o meno creativi e sistematizzati. Questo bisogno classificativo è sempre legato a forti connotazioni etiche. D’altra parte, quando i processi di sviluppo sono emotivamente disturbanti e la realtà viene percepita nelle sue ambivalenze senza che il soggetto si senta di poter operare scelte soddisfacenti, l’adolescente può ritrovarsi in un vicolo cieco, nel quale aumenta a dismisura il controllo di singoli dettagli senza poter individuare vie di uscita e soluzioni soddisfacenti.



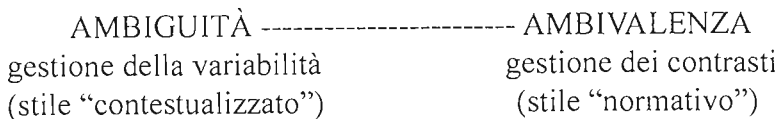


Fig. 3. Terzo asse di attaccamento

Incrociando i tre assi di attaccamento sopra descritti (Fig. 4 e 5) si può cogliere come, in tutti i casi, un asse risulti comunque meno importante per ogni sviluppo di stile personale. D'altra parte, come si è detto nel precedente capitolo, questo asse dà la possibilità di suddividere le quattro organizzazioni in sottogruppi che possono configurare ciò che comunemente si intende per "organizzazioni miste" (normative-controllanti, normative-distaccate, contestualizzate-controllanti e contestualizzate-distaccate) ma, come si è detto nel precedente capitolo, esiste comunque, per ciascun individuo, una chiusura organizzativa prevalente.

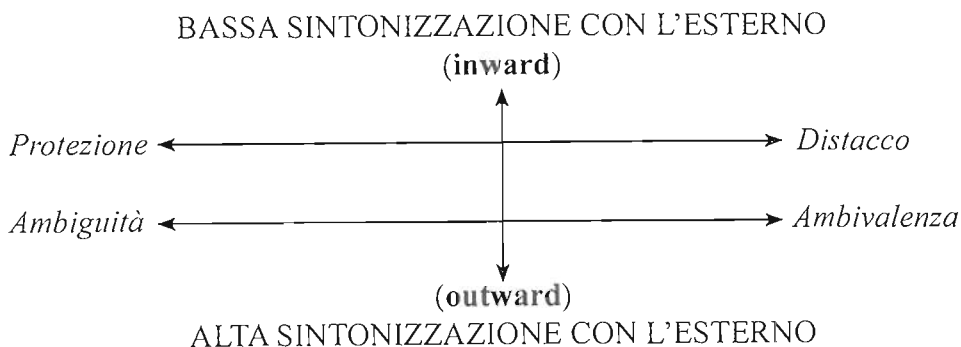


Fig. 4. Visione d'insieme dei tre assi di attaccamento

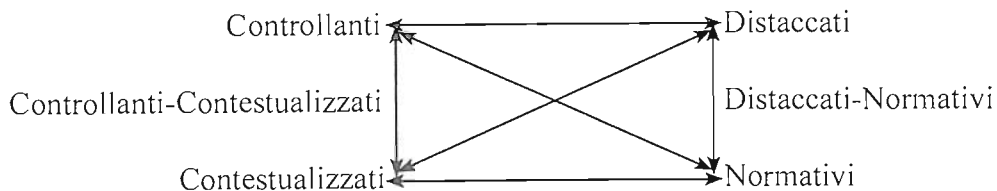


Fig. 5. Assi di attaccamento e possibili organizzazioni con tratti comuni

## DENOMINAZIONI “FISIOLOGICHE” DELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

A partire dalle riflessioni precedentemente fatte (e ad integrazione di quanto si è avuto modo di riportare nel precedente capitolo), ci siamo posti il problema di indagare, in un’ottica evolutiva e processuale, gli aspetti ed il significato fisiologico delle diverse organizzazioni di significato personale, che configurano altrettanti stili di personalità.

È inoltre opportuno tenere presente che esiste un continuum tra normalità e patologia e che la pratica clinica o, meglio, l’osservazione delle dinamiche psicologiche dei soggetti che rientrano nella “normalità”, consente di esplorare gli aspetti “fisiologici” delle diverse organizzazioni.

Come nel “normale” esistono aspetti critici o temporanei scompensi con successivi rientri, quando le perturbazioni non superano la soglia dell’equilibrio del sistema, così, anche nella patologia, un soggetto può avere intervalli fisiologici che permettono di cogliere il funzionamento dei processi psichici nel passaggio dalla normalità alla patologia e viceversa (Nardi, 2001).

Se è vero, dunque, che la psicopatologia ha consentito di individuare le principali organizzazioni di significato personale o stili di personalità (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991b; Arciero, 2003) e che esiste un continuum con possibile reversibilità e passaggio dal normale al patologico, si pone il problema di indagare più a fondo, in un’ottica evolutiva, il significato fisiologico dei processi alla base della personalità, in accordo anche con quanto emerso dalla epistemologia cognitiva costruttivista (Mahoney, 1974, 1980, 1988, 1991; Varela, 1979; Maturana e Varela, 1980, 1987; Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991b; Villegas, 1993; Maturana, 1997; Reda e Canestri, 2002). A questo proposito, recentemente anche Rezzonico (2005) ha provato a dare una definizione operativa in termini “descrittivi” (sé volitivo e controllante per l’organizzazione Fobica; sé responsabile e riflessivo per l’organizzazione Depressiva; sé metodico ed analizzatore per l’organizzazione Ossessiva; sé fantasioso e duttile per l’organizzazione Dappica) delle organizzazioni individuate da Guidano (1987) con una terminologia psicopatologica (FOB, DEP, DAP, OSS).

Tenendo presente quanto si è detto, una concezione evolutiva e processuale dello sviluppo delle organizzazioni, sia in relazione al ciclo di vita individuale, sia in rapporto alla comparsa dell’*homo sapiens* ed alla sua produzione culturale dai contesti protosociali a quelli globalizzati attuali (vedi capitolo precedente), ci ha condotto ad individuare un approccio in chiave adattiva

alle diverse organizzazioni. I termini scelti ci sono sembrati i più idonei ad individuare gli stili di personalità nella loro “normalità” di fondo, riservando la vecchia denominazione guidaniana alla descrizione dei loro scompensi caratterizzanti (e, peraltro, non esclusivi):

- Organizzazioni Controllanti (FOB-Prone)
- Organizzazioni Distaccate (DEP-Prone)
- Organizzazioni Contestualizzate (DAP-Prone)
- Organizzazioni Normative (OSS-Prone).

Nelle organizzazioni controllanti il principale asse di attaccamento è quello della regolazione della distanza, espressa ad alto livello, con gestione della prossimità alle basi sicure e della libertà entro un range di equilibrio. Gli individui ad organizzazione controllante presentano, all'interno del proprio assetto emozionale, emozioni quali tranquillità e coraggio, che si trasformano in angoscia e paura (fino al panico) in caso di scompensamento psicopatologico o, semplicemente, di momentanee crisi. L'assetto cognitivo è concreto ed operativo; in tali individui è evidente non una propensione a speculazioni teoriche o ad astrazioni, ma all'applicazione pratica di tecniche e metodiche. La chiusura organizzativa è caratterizzata dal controllo della pericolosità dell'esperienza e dell'affidabilità dei riferimenti esterni. La tendenza psicopatologica di questo stile di personalità è FOB-Prone, con prevalenza clinica di disturbi fobici, disturbi somatoformi, disturbi dell'adattamento, disturbi fittizi, deliri ipocondriaci.

L'altro stile di personalità ad avere come asse principale di attaccamento quello centrato sul controllo della distanza è l'organizzazione distaccata, nella quale i soggetti, al contrario dei controllanti, hanno una bassa regolazione della distanza. Essi sono abituati a gestire situazioni percepite come separazioni, in conseguenza di eventi di distacco, perdita, freddezza o inaffidabilità delle basi di riferimento, eventi che determinano una altrettanto precoce e adattiva autogestione ed autodeterminazione. Il loro assetto emozionale prevalente è costituito da serenità o tristezza, rabbia in caso di crisi o scompensi. Anche l'assetto cognitivo si pone all'opposto di quello dei soggetti controllanti, essendo questi individui operativi ma astratti. La chiusura organizzativa si basa sul controllo della solitudine, dei limiti, della finitezza dell'esperienza. La tendenza psicopatologica è DEP-Prone, con manifestazioni cliniche quali i disturbi dell'umore uni- o bipolari (con, purtroppo frequentemente, i tentativi di suicidio), l'abuso di sostanze, i disturbi psicosessuali, i deliri di rovina e di negazione.

Nelle organizzazioni contestualizzate il principale asse di attaccamento è la messa a fuoco comunicativa sulle variabili esterne; i soggetti contestualizzati riescono a gestire l'imprevedibilità, la mutevolezza, l'ambiguità delle figure di riferimento esterne, ricercando da esse approvazione e consenso ed evitando disconferme. L'assetto emozionale prevalente all'interno di questo stile di personalità è caratterizzato da fierezza ed orgoglio, ma anche da vergogna, senso di inadeguatezza o di colpa in caso di crisi o scompensi. L'assetto cognitivo è astratto, situazionale, centrato sui giudizi provenienti dall'esterno. La chiusura organizzativa è costituita dal controllo delle conferme o delle disconferme ricavate dall'esperienza. In base a tali caratteristiche, la tendenza psicopatologica di questi soggetti è DAP-Prone, che clinicamente è evidenziabile nei disturbi alimentari psicogeni (anoressia, bulimia, obesità psicogene), nei disturbi somatoformi (più polimorfi rispetto a quelli FOB, sovente monotematici), nelle fobie sociali, nei disturbi psicosessuali o in quelli dell'adattamento, nei deliri di autoriferimento.

Infine, nelle organizzazioni normative, il principale asse di attaccamento è dato dalla messa a fuoco comunicativa basata sui contrasti. Gli individui normativi apprendono la gestione degli aspetti antitetici del mondo esterno, con la ricerca di principi e regole certe. Il loro assetto emozionale prevalente è la gestione, marcatamente cognitiva, delle emozioni e i processi cognitivi sono precocemente e spiccatamente astratti, logico-analitici ed attenti ai dettagli. La chiusura organizzativa si costituisce sul controllo dell'esperienza basato su bisogni etici e di perfezione. La tendenza psicopatologica di questi individui è quella OSS-Prone; gli scompensi si manifestano generalmente attraverso i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi dell'umore di tipo depressivo, i disturbi somatoformi (spesso associati a disforia), i disturbi psicosessuali e i disturbi deliranti di tipo paranoideo.

## CONCLUSIONI

Come si può ricavare dalle osservazioni precedenti, i processi attivi di adattamento che emergono all'interno delle relazioni primarie di reciprocità (attaccamento) orientano l'emergere e il mantenimento di specifiche modalità soggettive di percepire il sé e il mondo. Queste modalità consentono, al tempo stesso, di mantenere integro il significato personale, dando continuità alla propria esperienza conoscitiva e di evolvere verso livelli crescenti di complessità, aprendosi a nuove esperienze e a conseguenti nuovi modelli

rappresentativi di sé e del mondo.

Questi processi, che raggiungono un punto cruciale di definizione nel corso dell'adolescenza, possono essere più o meno rigidi o flessibili, ancorati a modalità concrete di pensiero o ricchi di capacità simbolico-astratte, chiusi a difendere un sé insicuro e vacillante o generatori di nuovi orizzonti narrativi, incapaci di integrare nel tempo le diverse esperienze o abili nella sequenzializzazione temporale.

Le difficoltà adolescenziali si giocano in questa difficile e complessa varietà di linee di confine, disegnate dagli assi di attaccamento e alle quali ciascuna organizzazione dà un'impronta specifica. Da tale organizzazione individuale occorre muovere considerando che essa ha, nelle modalità fisiologiche che ne sono alla base, un valore adattivo che appare coartato e senza grandi sbocchi nel disagio, e tuttavia proprio questo valore adattivo è il punto di partenza per un lavoro terapeutico che miri ad una progressione evolutiva adeguata alle risorse di cui l'individuo dispone, sia pure in forme potenziali e non accessibili al suo campo conoscitivo esplicito.

## BIBLIOGRAFIA

- Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Arsuaga J.L.: *El Collar del Neandertal*. En *Busca de los Primeros Pensadores*. Ed. Temas de Hoy, Madrid, 1999. (Ed. it.: *I Primi Pensatori e il Mondo Perduto di Neandertal*. Feltrinelli, Milano, 2001).
- Cesari G.: *Adolescenti e Adulti* (Introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della ASL di Ancona. ASL Ancona, Ancona, 1994.
- Crittenden P.M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.F.: *A systems, process-oriented approach to cognitive therapy*. In: Dobson K.S. (Ed.): *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*. Guilford, New York, 1988.
- Guidano V.F.: *Affective change events in a cognitive therapy system approach*. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.), *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991a.
- Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991b. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano V.F.: *Constructivistic psychotherapy: A theoretical framework*. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995a.
- Guidano V.F.: *Self-observation in constructivistic psychotherapy*. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995b.
- Guidano V.F.: *A constructivistic outline of human knowing processes*. In: Mahoney M.J.

- (Ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research and Practice*. Springer, New York, 1995c.
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.
- Lambruschi F.: Dall'attaccamento allo stile affettivo e relazionale. In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), *Normalità e Disagio nell'Adolescenza*. Quaderni, Ancona, 2004.
- Lewis M.: *Shame, The Exposed Self*. Free Press, New York, 1992.
- Lewis M.: *Myself and me*. In: Taylor Parker S., Mitchell R.W., Boccia M.L. (Eds.), *Self Awareness in Animals and Humans*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Mahoney M.J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1974.
- Mahoney M.J.: *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions*. Plenum Press, New York, 1980.
- Mahoney M.J.: *Constructive metatheory*. *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.
- Mahoney M.J.: *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991.
- Maturana H.: *Autocoscienza e Realtà*. Cortina, Milano, 1997.
- Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).
- Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001b (Prima ristampa, 2003).
- Nardi B.: *Lettura sistemico-processuale del ciclo di vita: continuità e cambiamento*. In: Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Atti del III Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista. Università di Siena, Siena, 2002.
- Nardi B.: *Evoluzione della conoscenza umana. Quarta parte: sviluppo e organizzazione degli stili di personalità*. Lettere dalla Facoltà. Bollettino della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, Anno VII, 7/9, 40-46, 2004a.
- Nardi B.: *Psicoterapia con adolescentes: la especificidad del tratamiento; la propuesta terapeutica post racionalista*. Seminario, taller, supervision y consultoria. Escuela de Psicologia, Universidad Catolica de Valparaiso, Chile, 5-12 agosto 2004b.
- Prigogine I.: *Irreversibility as a symmetry-breaking process*. *Nature*, 246, 67-71, 1973.
- Prigogine I.: *La Fine delle Certezze*. Bollati Boringhieri, Torino, 1997.
- Reda M.A., Canestri L.: *Continuità e cambiamento in psicoterapia: plasticità e sistemi biologici*. In: Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Atti del III Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista. Istituto di Psicologia Generale e Clinica, Università di Siena, Siena, 2002.
- Rezzonico G., Liccione D.: *Sogni e Psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- Varela F.: *Principles of Biological Autonomy*, 1979.
- Varela F.J., Thompson E., Rosche E.: *La Via di Mezzo della Conoscenza*. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Villegas M.: *La entrevista evolutiva*. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87, 1993.
- Witkin H.A.: *Cognitive styles in personal and cultural adaptation*. The 1977 Heinz Werner Lectures. Clark University Press, Worcester, Mass., 1978.
- Witkin H.A., Goodenough D.R.: *Field dependence and interpersonal behavior*. *Psychological Bulletin*, 84, 661-689, 1977.

*Seconda sessione*

*L'approccio esplicativo e l'intervento post-razionalista*





Mario Antonio Reda, Maria Francesca Pilleri

## **L'APPROCCIO ESPLICATIVO E L'INTERVENTO POST-RAZIONALISTA: EVOLUZIONE DEI MODELLI DI INTERVENTO CON L'ADOLESCENTE DIFFICILE**

L'adolescenza può essere considerata da vari punti di vista. Per esempio, da un punto di vista psico-sociale, l'adolescente nelle culture occidentali vivrebbe una serie di conflitti, a differenza dei coetanei felici descritti da Margaret Mead nelle isole Trobriand.

Da un punto di vista psico-biologico, invece, l'adolescenza è una fondamentale tappa di sviluppo in cui il nostro cervello raggiunge il massimo della complessità delle proprie connessioni sinaptiche. Questo modifica il modo di pensare fino a consentire la capacità di riflettere su se stessi, pensare il proprio pensiero e confrontarlo con modalità diverse. Contemporaneamente tutto il corpo subisce modificazioni profonde, con lo sviluppo ormonale che provoca un cambiamento esistenziale nel rapporto con se stessi e il mondo. Queste caratteristiche spingono e consentono agli essere umani di individualizzarsi.

L'individualizzazione ci ha permesso e ci permette di staccarci dai nuclei familiari originari e di accoppiarci con individui profondamente diversi da noi per cultura, razza, modi di pensare, regole di vita. È l'individualizzazione che ha consentito alla specie umana di incrociarsi, di moltiplicarsi e di avere il predominio su tutti gli altri animali. È la complessità con cui il nostro cervello si organizza a differenziarci dagli altri animali e a spingerci a staccarci mentalmente dai nuclei familiari originari. Ovviamente queste trasformazioni espongono a rischi psicofisici, tanto che l'adolescenza è ritenuta essere la fase più a rischio della vita. È una fase che ha dei punti di contatto con la fase di separazione-individuazione che si verifica intorno ai 2-3 anni, quando il sistema comportamentale di esplorazione deve confrontarsi con quello di attaccamento. Nell'adolescenza, comunque, l'esplorazione è mentale ed anche il distacco avviene dapprima a livello mentale perché è un distacco dalle regole, dalle convenzioni, dai modi di pensare della famiglia di origine. Successivamente possono ricomparire le stesse modalità di pensare familiari, ma solo dopo un lungo processo critico. L'individualizzazione avviene proprio attraverso un "distanziarsi" da quello che è il modo di

essere dei propri genitori. La psicopatologia, come vedremo, sotto questo aspetto, è vista come un mancato completamento di questa riorganizzazione adolescenziale.

Per quanto riguarda le funzioni cerebrali, l'attività dei due emisferi varia con l'età (vedi Fig.1).

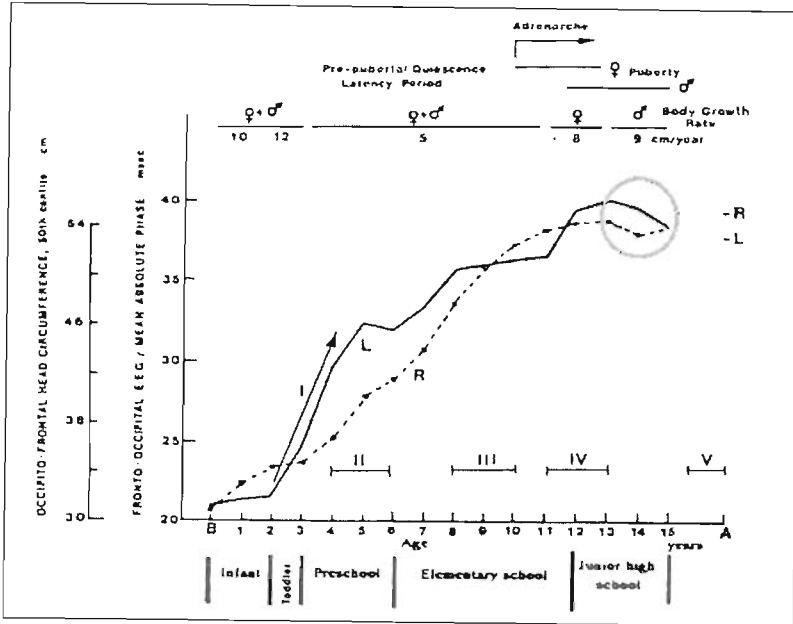


Fig. 1. Funzioni cerebrali e maturazione. Asse delle ascisse: attività emisferica (L= emisfero sinistro; R= emisfero destro); asse delle ordinate: età (age).

Fino ai due anni e mezzo c'è una prevalenza di funzionamento dell'emisfero destro, più emotivo, più astratto, più analogico. Poi con l'insorgenza del linguaggio, prevale l'emisfero sinistro, che in qualche modo regola la parte emotiva portata avanti dal destro. Nella preadolescenza, verso i nove anni e fino ai dieci anni e mezzo circa, l'emisfero destro riprende una sorta di prevalenza. Ritroviamo, cioè, biologicamente una attivazione di tutta la componente emotiva, nel senso che emozioni molto intense prevalgono sulla parte razionale. Successivamente vi è un recupero dell'emisfero sinistro, il corpo calloso subisce delle modificazioni e aumentano le connessioni con le radici nervose. Ovviamente, avvengono altre modificazioni a livello ormonale. Gli ormoni sessuali, in particolare, stimolano il processo di distacco dalla famiglia e portano alla ricerca di figure di attaccamento alternative ai familiari. Ad un paziente adolescente era stato diagnosticata una forma

ossessiva, perché diceva di avere l'impulso ad andare a vedere le belle ragazze e si spiegava questo come un fatto anormale ("io sto studiando e ho questo impulso"). Chiaramente è un comportamento di ricerca di accoppiamento, che negli esseri umani è collegato allo sviluppo somatico e ormonale. È interessante che nei primati che stanno troppo in famiglia, c'è uno sviluppo carente degli ormoni sessuali. Sembra, quindi, che l'individualizzazione sia in un certo senso collegata allo sviluppo ormonale.

Suomi fa notare che nell'adolescenza i primati si riuniscono in gang di maschi e che sono particolarmente a rischio di incidenti e ciò si verifica perché il bisogno di individualizzazione espone a comportamenti a rischio, che stimolano e confermano il distanziamento dalle regole che venivano precedentemente imposte. Gli esseri umani corrono analoghi rischi, non solo sul piano fisico (vedi la frequenza di incidenti e di morti tra gli adolescenti), ma anche sul piano di scompensi mentali.

Le caratteristiche adolescenziali quali la "vertigine della relatività", la solitudine epistemologica, le sensazioni di divisione dell'io (uno è il vecchio sé, quello dell'infanzia e della fanciullezza e l'altro quello nuovo, emergente) ricordano in parte le problematiche che troviamo nelle psicosi. In alcuni casi si possono presentare anche delle sintomatologie transitorie di tipo allucinatorio in adolescenti che non sono schizofrenici, dovute al particolare assetto biochimico, molto simile a quello degli psicotici che caratterizza questo periodo.

Nell'adolescenza, infatti, c'è una richiesta di disorganizzarsi rispetto alle modalità precedenti e di riorganizzarsi secondo modalità nuove, senza, però, perdere il senso di continuità e seguendo, comunque, lo stile di vita che in precedenza era già in parte strutturato.

Noi sappiamo, che gli stili di vita (*organizzazioni cognitive*) dipendono dal tipo di reciprocità che si è instaurata nell'infante e che poi è stata confermata nella fanciullezza. Nell'adolescenza il nuovo assetto biologico della mente determina una temporanea disorganizzazione caratterizzata da nuove emozioni che si regolarizzano seguendo modalità apprese precedentemente. C'è quindi una certa continuità nel cambiamento che consente, ovviamente attraverso l'emergenza del pensiero astratto, di vivere autonomamente le proprie emozioni, senza ricercare definizioni date dall'adulto di riferimento, ma seguendo una propria linea, differenziandosi dagli altri. Ovviamente chi ha avuto un certo tipo di reciprocità sarà portato a vivere le emozioni in un modo piuttosto che in un altro e a rientrare su di sé l'esperienza, seguendo le linee che aveva già strutturato nel periodo precedente. Molto importanti sono

anche le modalità più o meno elastiche o più o meno rigide in base alle quali il periodo precedente si era strutturato. È importantissimo che questa operazione di riorganizzazione, seppur con modalità peculiari, avvenga attraverso un confronto con modalità alternative alle proprie. L'elasticità che si acquisisce nell'adolescenza si acquisisce esclusivamente se si forma un atteggiamento personale verso se stessi e verso la realtà, mentre ci si confronta con gli altri, accettandoli per quello che sono. Questo è il completamento della maturazione adolescenziale, un completamento che consente di interagire con persone che possono provare emozioni ed esprimere concetti che sono estremamente diversi dai nostri. Se, invece, l'organizzazione è più rigida, questo processo di individualizzazione è caratterizzato da poca tolleranza al confronto con modalità diverse dalle proprie. Può anche capitare che le chiusure organizzative siano eccessivamente elastiche, cioè lasse e allora si determina una difficoltà in senso opposto, in quanto si verifica un eccessivo condizionamento da modalità diverse. Questo gioco tra elasticità e rigidità organizzativa è alla base della vulnerabilità agli scompensi emotivi. Se vi è una relativa elasticità è possibile gestire l'incontro-confronto con modalità diverse dalle proprie. Un'organizzazione eccessivamente rigida o eccessivamente lasca è più esposta al rischio di scompensarsi di fronte a situazioni nuove. Se alla perturbazione non fa seguito una spinta riorganizzativa valida, si viene a determinare una psicopatologia adolescenziale che può essere più o meno manifesta, nel senso che può avere un esordio post-adolescenziale oppure predisporre a future vulnerabilità.

Gli esordi patologici adolescenziali, che possiamo considerare come disturbi del naturale sviluppo adolescenziale, si manifestano come disturbi di personalità, schizofrenia, disturbi alimentari e abuso di sostanze. Ricerche specifiche sia di psicoterapia che di farmacoterapia per l'adolescente ne esistono veramente poche. In un lavoro di Ricks (1974), adolescenti con gravi disturbi di personalità sono stati trattati con modalità diverse. Un primo gruppo è stato trattato da psicoterapeuti che si sono rivelati successivamente super psicoterapeuti (in questa ricerca definiti "*supershrinks*", super strizza cervelli) perché riuscivano a stabilire con i giovani pazienti un buon rapporto di reciprocità basato inizialmente su una notevole attenzione alle caratteristiche personali del paziente, rispettandone l'autonomia al di là della diagnosi clinica e condividendone le ansie e i problemi, che venivano considerati come naturali, per quel periodo di età. Erano anche attenti a non addentrarsi nell'esplorazione del materiale profondo, prima che i pazienti fossero pronti a farlo.

Il secondo gruppo, invece, è stato seguito da psicoterapeuti distaccati ed in parte impauriti, che non riuscivano a condividere gli atteggiamenti di questi adolescenti, tanto che dopo le sedute si sentivano stanchi e afflitti da un senso di inutilità. Gli psicoterapeuti del primo gruppo riuscivano a ricordarsi di essere stati adolescenti e vedevano come naturali gli aspetti adolescenziali che i secondi vedevano come patologici. Finivano così per etichettarli similmente al terapeuta che aveva seguito il ragazzo che abbiamo citato in precedenza, che aveva “impulsi ad andare a vedere le belle ragazze” e che era per questo stato diagnosticato come afflitto da nevrosi ossessivo-compulsiva.

Oltre a questi due gruppi, un terzo gruppo di adolescenti considerato nella ricerca di Ricks era stato curato solo con psicofarmaci. Il 73% dei pazienti adolescenti seguiti dai supershrinks presentava una remissione dei disturbi, mentre il 27% non presentava alcun miglioramento. I pazienti adolescenti del II gruppo, seguiti dagli psicoterapeuti che possiamo definire “distaccati” presentavano un’evoluzione verso la psicosi nell’84% dei casi. Gli adolescenti del III gruppo, trattati solo con psicofarmaci, presentavano un’evoluzione verso la psicosi nel 60% dei casi. Questi dati dimostrano l’importanza e la delicatezza della relazione terapeutica.

Vorremmo concludere con una considerazione sulla psicofarmacologia, confortati da un articolo recentemente apparso su Science (Ansorge et al. 2004) sull’uso dei farmaci serotoninergici quando il cervello è ancora in corso di formazione e di strutturazione, prima della maturazione completa. In una ricerca fatta su topi che non avevano ancora raggiunto la maturità, si è visto che la somministrazione di fluoxetina provocava una disregolazione delle emozioni nella vita adulta. Questi topini da adulti non riuscivano a regolare le emozioni, molto probabilmente perché questo farmaco incide sulla divisione neuronale, sulle migrazioni cellulari e sulla formazione di sinapsi. Questo spiega perché in questo periodo è molto difficile la disassuefazione da “sostanze”: non vi è più possibilità di produrre sostanze endogene via via che le sostanze esogene vengono acquisite. Occorre, quindi, essere molto cauti nel somministrare i farmaci, specialmente nella fanciullezza e nella prima adolescenza. Al nostro Servizio per Studenti dell’Università di Siena giungono, spesso, adolescenti con disturbi emotivi che sono stati o sono trattati farmacologicamente in modo eccessivo. Intervenire attraverso la psicoterapia è molto complesso, perché si interagisce con una persona che fa uso di farmaci e ha ridotto notevolmente le sue capacità personali di riorganizzarsi, dopo una disorganizzazione fisiologica, anche perché

ha difficoltà, causate dall'inserimento precoce ed eccessivo di farmaci a livello recettoriale, a riconoscere e regolare con le proprie risorse le proprie emozioni.

#### BIBLIOGRAFIA

Ansorge M. S., Zhou M., Lira A., Hen R., Gingrich J. A.: Early-Life blockade of the 5-HT transporter alters emotional behavior in adult mice. *Science*, 306, 879-881, 2004.

Harrop C., Trower P.: Why does schizophrenia develop at late adolescence. *Clinical Psychological Review*, 21(2), 241-66, 2001.

Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. Carocci, Roma, 2001.

Ricks D.F.: Supershrinks. Methods of a therapist judge successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks D.F., Roff M., Thomas A. (Eds.), *Life Story Research in Psychopathology*. UMP, Minneapolis, 1974.

Paola Gaetano

## LA NUOVA ADOLESCENZA

### RIFLESSIONE E IDENTITÀ NARRATIVA

Il “problema difficile” che pone l’explorare e il cercare di comprendere l’esperienza soggettiva, come indicava Chalmers (1995, 1996) nella sua lucida argomentazione in *“Facing up to the problem of consciousness”*, non cessa di impegnare gli studiosi e di presentare nuove sfide.

Le scienze umane che nelle ultime decadi hanno analizzato il fenomeno della conoscenza nell’ambito di discipline cibernetiche e biologiche, hanno considerato l’essere umano come un organismo biologico dotato delle proprietà di sistemi complessi autorganizzati, lontani dal punto di equilibrio, sottoposto alle continue perturbazioni che occorrono nel corso dello sviluppo e nel procedere dell’esistenza. Sollecitazioni rilevanti che provengano dal milieu interno o dal medium di interazioni con l’esterno vengono elaborate dall’organismo tanto a livello biologico che riflessivo, e producono l’emergere di cambiamenti in qualche modo imprevedibili.

La variabilità di questi “accoppiamenti strutturali” fra perturbazioni ed elaborazioni (Prigogine, 1980; Maturana, 1993) è stata pertanto oggetto di continue osservazioni, volte a scoprire le ricorrenze che possono svelarci l’esistenza di meccanismi esplicativi di ordine causale dei nostri processi mentali, rendendo così “facile” il problema “difficile”. E’ questo il metodo scientifico con il quale si cerca di naturalizzare l’esperienza umana e di comprendere i processi di significazione personale (Guidano, 1988, 1992).

Nel pensiero di Guidano questo modo di procedere raggiunge un elevatissimo grado di accuratezza e di integrazione interdisciplinare. Egli coniuga, con formidabile gesto ermeneutico, la prospettiva biologica con una nuova interpretazione del modello del sé di James (1890), descritto come un processo continuo autorganizzato di composizione e ricomposizione: il processo di “seità” (*selfhood*). Secondo una metodologia costruttivista, inoltre, Guidano si prefigge di spiegare i fenomeni dell’esperienza come risultato della coerenza interna delle operazioni conoscitive di un individuo, più che secondo una logica di corrispondenza alla realtà (Guidano 1995; Mahoney, et al., 1995). L’individuazione di modalità invarianti di mantenimento

dell'“ordine esperienziale” gli consente di classificare gli individui secondo categorie di personalità - le Organizzazioni di Significato Personale - che ne evidenziano i processi organizzativi nel loro nucleo centrale. Il rischio che questa pratica inesorabilmente comporta è la propensione a ridurre ogni individuo ad una classe, a evidenziarne le regolarità e a perdere di vista l'unicità e le particolarità che rendono irripetibile e inconfondibile ciascun singolo individuo, a enfatizzare gli aspetti di mantenimento della propria coerenza interna individuando come “anomalie” quelle composizioni dell'identità basate sulla mutevolezza e la variabilità. Egli infatti sostiene (1992, pag.10): “D'altra parte, l'autorganizzarsi in termini di coerenza interna comporta che tutte le possibili pressioni per un cambiamento, che emergono come conseguenza della continua assimilazione dell'esperienza, siano subordinate al mantenimento dell'“ordine esperienziale” (significato personale) su cui si fondano la continuità e la coerenza con cui si percepisce il proprio Sé”.

Nel continuo accadere dell'esistenza ogni uomo va incontro a una molteplicità di eventi che si presentano con ricorrenze e valenze emotive simili e pressoché sovrapponibili a quelle di molti altri. Tuttavia, ogni evento si inserisce in una sequenza peculiare per ciascun individuo, ed ogni uomo ha un proprio modo di assimilare le esperienze, di assemblare le proprie memorie, di reinterpretarle, di dimenticarne alcune e rievocarne altre, di anticipare le evenienze future, di comporre delle trame che, almeno a quanto è dato sapere finora, sfuggono alle previsioni di qualsiasi algoritmo deterministico.

Come possiamo, dunque, comprendere questo fenomeno senza rinunciare allo studio rigoroso e scientifico del difficile problema dell'esperienza soggettiva?

Ognuno ha la sua storia, ed ogni storia è data dal singolare assemblaggio di eventi che continuamente vengono riconfigurati a generare nuove anticipazioni e a confermare, o modificare, i precedenti modi di agire, di reagire emotivamente, di percepirsi e di narrarsi. Ognuno, quindi, produce la propria storia, non soltanto attraverso le azioni che compie e che dissemina nello spazio di connessioni (in virtù delle quali ogni cosa viene posizionata in relazione a sé, come osserva Merleau-Ponty, 1945), ma che si iscrive nella propria carne, la quale sente e interpreta il variegato rapportarsi a sé e agli altri nel continuo fluire dell'esistenza. Disseminata nelle imprese e documentata nel proprio corpo, la storia individuale si raccoglie in un racconto che è frutto dell'opera, squisitamente umana, della riflessione, che è l'intimità a sé, alla



quale si torna dopo ogni scambio di esperienze e confronto di prospettive, luogo della distinzione e dell'appropriazione del proprio agire e sentire, della valutazione e della responsabilità, del rinnovarsi e del comprendersi, del farsi carico di sé e dell'accogliersi, della rassegnazione e della lotta, del perdono e della libertà.

Grazie all'esercizio della coscienza riflessiva, un uomo elabora un racconto di sé che è la propria identità, una identità narrativa, come la definisce Paul Ricoeur (1993), dove la storia si identifica con il personaggio, il quale ne è, contemporaneamente, attore, autore e narratore.

Qui, continuamente, il noto si confronta con l'ignoto, il presente col passato e col futuro, l'imprevisto col previsto, il possibile con il limite, il volere con il potere. In altri termini, il nostro essere la stessa persona nel tempo, come il medesimo individuo, si confronta dialetticamente con il nostro essere effettivamente di volta in volta che rinnova la nostra identità, nella dimensione temporale della ipseità, per confermarla oppure per mutarla, nello sforzo di adattarla alle necessità. L'identità narrativa è dunque il luogo della riflessione, che integra e sintetizza i vari aspetti e li riferisce ad una totalità singolare. Medesimezza e ipseità, tratti emotivi del proprio carattere come esperienze sedimentate che si compongono con nuovi stati emozionali e cambiamenti strutturali pur discordanti con le attese, sono mediati dall'identità narrativa e ritrovano una concordanza che consente il procedere della storia (Arciero, 2002). L'identità narrativa è dunque una identità dinamica, che concilia la diversità con l'uguaglianza, e che mantiene la sua funzione mediatrice tollerando e generando continue variazioni.

Quali criteri utilizziamo nel comporre la molteplicità e la discordanza degli eventi in una narrazione più o meno coerente, totale e singolare? Riguardo al grado di coerenza che essa assume è opportuno considerare che esso varia a seconda della flessibilità e della consapevolezza individuali, della capacità e della possibilità di ricordare, rievocare e dimenticare, di individuare, comprendere e articolare gli eventi, di discriminare, regolare l'intensità e la valenza delle connotazioni emotive dei vari episodi di vita. Riguardo invece alla totalità, come evidenzia Ricoeur, bisogna tenere presente che l'inizio e la fine, la nascita e la morte, appartengono sì alla nostra storia ma fanno parte del racconto di altri. La nostra identità narrativa è pertanto sempre aperta e incompiuta. Essa si intreccia con altre storie in narrative comuni che vincolano il racconto ad alcuni gradi di condivisione. La totalità singolare che la nostra storia assume rappresenta il senso di unicità e di unità che noi

possiamo cogliere pur nella molteplicità degli intrecci e nella comunanza delle esperienze. Questa composizione unitaria è regolata dagli orizzonti di vita e dagli ideali, ed è articolata dalle pratiche e dai piani di vita (Ricoeur, 1993).

## ADOLESCENZA E COMPOSIZIONE UNICA E UNITARIA DELLA PROPRIA IDENTITÀ

Una vita umana si apprende nella sua unicità al primo apparire dell'orizzonte vago e mobile degli ideali e dei progetti, allorquando, adolescenti, le capacità riflessive, il pensiero ricorsivo, l'orientamento verso il futuro, e i fattori sociali e culturali, chiedono ed esigono di rendere conto a sé dei propri atti e di farsi carico della realizzazione di una esistenza compiuta.

“L'unità narrativa di una vita” (MacIntyre, 1988), la “connessione di una vita” (Dilthey, 1894), si realizza a partire, soprattutto, dai progetti globali dell'esistenza. Nell'andirivieni fra ideali più o meno lontani e la valutazione dei vantaggi e degli inconvenienti che la loro realizzazione comporterebbe a livello delle conoscenze pratiche, prendono forma i piani di vita che implicano le scelte professionali e le condizioni dell'esistenza come il matrimonio, i figli, le attività di tempo libero e così via.

Nell'unità narrativa che si compone di volta in volta, si riformula l'esperienza passata, si integra quella attuale e si anticipa quella futura. Per riorganizzare retrospettivamente il passato, che nella vita reale ha sempre un carattere evasivo e variegato, e anticipare il futuro che, per sua natura, è imprevedibile e vago, si costruiscono intrecci provvisori e rivedibili, improntati alla finzione o alla storia. La capacità di generare collegamenti attraverso processi immaginativi, e la capacità di aderire alla storia (testimoniata dai fatti, dalle azioni compiute e dall'indecifrabile esperienza sedimentata e assimilata nel proprio corpo) sono entrambe necessarie per mantenere una connessione unitaria nella pluralità delle esperienze personali.

Se i progetti globali dell'esistenza svolgono una funzione di regolazione che contribuisce ad orientare il racconto e, quindi, l'interpretazione della propria esperienza viva, uno degli aspetti che non si può ignorare è la difficoltà, nella società post-moderna, che un giovane contemporaneo deve affrontare proprio nel momento in cui si pone al confronto con l'imperiosa esigenza di apprendersi, accogliersi e condursi nel percorso dell'esistenza.

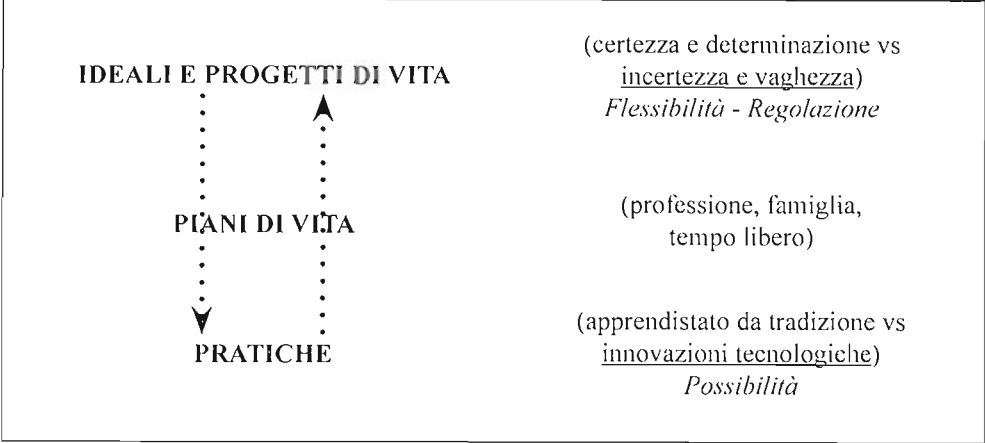
Il panorama di orizzonti che qui si pone è uno scenario in continuo

mutamento, dove il senso della vita si misura con valori e obiettivi che non appartengono più alla tradizione né ai padri, ma che si rimodellano in continuazione in palcoscenici virtuali e nel mercato dei consumi. Va da sé che negoziare all'interno della comunità di vita il progetto della propria esistenza, diventa un'impresa che richiede, da un lato, la capacità di immedesimarsi in molteplici ruoli e la flessibilità di adattarsi a richieste mutevoli e, dall'altro, la capacità di assumersi la responsabilità di sé che diventa assolutamente necessaria laddove lo spazio di libertà e la pressoché totale assenza di sanzioni lasciano ciascuno solo e autonomo nel compiere le proprie scelte. Riassumendo, la possibilità di mettere a fuoco ideali e progetti di vita deve oggi tener conto di un orizzonte vago, incerto, indefinito, mutevole.

Sul versante opposto, le abilità, le "pratiche" di cui parla Ricoeur, come arti, mestieri e inclinazioni varie da seguire e da approfondire attraverso un più o meno lungo apprendistato, richiedono anch'esse di essere guidate da più ampi progetti, sebbene, quando definite e consistenti, possano orientare il percorso e influenzare le scelte. Anche qui ci troviamo di fronte ad una situazione in incessante mutamento, che vede il continuo apparire di nuove tecnologie e lo svanire di arti e mestieri tradizionali. Nella molteplicità dei campi delle pratiche, l'ingresso di nuove metodologie e funzioni rende indispensabile il continuo aggiornamento e difficile la possibilità di apprendistato. Le conoscenze custodite dalla generazioni precedenti rischiano di risultare superate e inutilizzabili. Paradossalmente, sono i più giovani che, spesso, si pongono ad un livello di maggior competenza pratica rispetto ai più anziani, e l'esperienza personale rimane nel dominio del privato che non trova spazi di condivisione. Anche qui, dunque, al livello delle pratiche, il giovane si trova disancorato nel mondo reale, e connesso in modo virtuale con una comunità immensa in uno spazio indefinito.

Che dire, infine, della possibilità che è oggi offerta di costruirsi una vita autonoma e di realizzare piani di vita, come famiglia e professione, se non che a tutti è evidente il grosso scarto fra i lunghi tempi di attesa nella dipendenza o nell'instabilità economica, e l'esigenza maturata internamente e fra coetanei di autodeterminarsi e svincolarsi? La condizione adolescenziale, tra le difficoltà pratiche, l'instabilità delle relazioni affettive, la "duttilità" che investe pure il campo della sessualità (anch'essa oggi scelta e non più ereditata, come evidenzia Giddens, 1990), la necessità di mantenersi liberi e pronti ad ogni possibile apertura e opportunità, si va configurando sempre più come una fase di vita prolungata, piuttosto che come una condizione transitoria. Infatti, secondo il più recente rapporto IARD sulla condizione

giovanile in Italia (Buzzi et al, 2002), per avere un campione statisticamente significativo del passaggio all'adulità, nel 2000 si è dovuto spostare il limite superiore di età a 34 anni, di dieci in più rispetto al 1980.



Dal punto di vista dell'identità, della funzione coesiva e regolatrice del racconto di vita, che cosa implicano questa incertezza e questa mutevolezza?

COESIONE DEL RACCONTO E VARIAZIONI IMMAGINATIVE

Se il racconto si decompone, se l'identità narrativa non trova una sua coesione unitaria, si mette a nudo l'ipseità senza più il supporto della medesimezza; in questa condizione, l'esperienza attuale non può essere integrata poiché manca la funzione mediatrice di un racconto unitario. Accade allora che racconti provvisori e frammentari supportino la necessità di coesione, creando uno scenario di continua alternanza e mutevolezza nel quale la funzione generatrice dell'identità narrativa è svolta attraverso numerose variazioni immaginative. Perdurando in uno stato ipotetico e sperimentale, in continua "costruzione" di sé, l'appropriazione dei propri atti è temporanea e parziale, in perenne esplorazione, senza che la totalità del proprio essere sia implicata. Nella variazione immaginativa una parte di sé viene sottratta all'azione, o all'impatto affettivo, o alla valutazione.

Nel periodo immediatamente successivo alla seconda guerra mondiale, negli Stati Uniti, con grande intuito il sociologo David Riesman (1948) evidenziava l'inaugurarsi di una svolta epocale nel modo di costituire l'identità personale. In "La folla solitaria" Riesman indicava tre criteri di

classificazione dell'identità, collegati con le grandi trasformazioni culturali che segnano il passaggio dal medioevo all'epoca moderna e, quindi, il successivo sorgere dell'epoca contemporanea. L'identità dell'uomo del medioevo, "diretta dalla tradizione", che segue il percorso tracciato dai padri; l'identità "autodiretta" dell'epoca moderna, che risale alle trasformazioni indotte dalle prime tecnologie del Rinascimento e alla Riforma protestante, e che vede l'uomo trovare in se stesso la propria bussola, i propri obiettivi; l'identità "eterodiretta" della civiltà dei consumi e dell'organizzazione di massa, riferita ad un uomo che cerca l'approvazione degli altri e cerca di essere come gli altri, nell'eterna paura di non essere accettato.

Essere come l'altro vuole pone contemporaneamente il problema della proprietà delle proprie azioni ed emozioni, e quello della propria unicità. L'uomo che si disegna sulle prospettive esterne ha un'identità "liquida", come osserva Bauman (2003), centrata sempre sul presente, in grado di assumere innumerevoli fisionomie e di mutare i propri stati interni, sensibile a cogliere i segnali provenienti dagli altri, capace di emozioni mutevoli e leggere, prive dei classici caratteri di corporeità, tali da formarsi e regolarsi nel linguaggio alimentandosi nei discorsi e nell'immaginario, e che trascinano con sé un senso di incertezza e di inautenticità<sup>3</sup>. Un'identità così fluida e sfaccettata trova coesione e unicità attraverso racconti provvisori e l'uso della finzione, che consente di immaginare esperienze contribuendo all'esame di sé senza approdare alla definizione irrevocabile e vincolante di sé.

## VARIAZIONI IMMAGINATIVE DELLA CONDIZIONE CORPOREA

Nella società postmoderna, osserva sempre Bauman, si è persa la capacità di pensare sul lungo periodo: conta solo l'istante e, così, alla fama che si costruiva solo attraverso il tempo subentra la notorietà che è effimera e che si costruisce e svanisce momento per momento. Di qui la centralità che assume il corpo nella nostra cultura attuale, poiché il corpo è la sola cosa che c'è, qui e ora. Questo corpo, oltre che essere sempre in forma e perfetto, è un corpo in cerca di sensazioni che vengono continuamente raccolte e difficilmente apprezzate. Se il corpo reso perfetto dal fitness e dalla chirurgia estetica garantisce un'accettazione da parte degli altri, un corpo diverso e originale può

---

<sup>3</sup> Una esauriente trattazione degli argomenti relativi alla identità contemporanea e alla costruzione sociale delle emozioni si trova espressa nell'ultimo libro di Arciero, di prossima pubblicazione nella collana dei saggi di psicologia della casa editrice Bollati Boringhieri.

garantire una unicità individuale. Ecco che oggi, per sentirsi “se stessi, unici, indipendenti” (Armstrong, et al., 2004a; 2004b), questo corpo viene alterato e riproposto in aspetti inusuali secondo quanto è possibile grazie alle nuove tecnologie. Oltre ai diffusi e consueti tatuaggi e piercing, che rappresentano un fenomeno di massa in età adolescenziale, la cosiddetta Body Art prevede marchiature a fuoco, scarificazioni realizzate ad arte, innesti di perle e gioielli al titanio sotto la pelle, mutazioni eseguite per dichiarare la propria appartenenza ad un gruppo o per sfidare le convenzioni. Sul versante opposto, la chirurgia estetica propone e impone trasformazioni alla moda che sembrano poter omogeneizzare gli individui rendendoli tutti uguali. Nel contempo, la scienza è in grado di trapiantare organi artificiali e di svilupparne di nuovi a partire da cellule staminali totipotenti. Per opporsi alle pressioni sociali sul corpo e alla perdita di libertà che ne consegue, alcuni artisti, come Orlan, hanno inventato la Carnal Art, offrendo al mondo in forma d'arte il proprio volto e il proprio corpo trasformato chirurgicamente, non per corrispondere a canoni di bellezza ma facendone sculture dal gusto barocco e grottesco. Il lavoro di Orlan, a quanto afferma, pone la questione della “condizione del corpo nella nostra società e la sua evoluzione nelle future generazioni attraverso le nuove tecnologie e la imminente manipolazione genetica”, con la dichiarata intenzione di combattere ogni forma di convenzione, di mortificazione, di dolore. Ella rovescia la frase evangelica “Il verbo si fece carne” in “la carne si è fatta verbo”. Trasforma il corpo in linguaggio.

Ma nell'accedere al consenso cosmico il corpo della scienza diviene anche un corpo in grado di autoregolarsi per accedere a nuovi ambienti, un organismo adattabile all'evoluzione artificiale, capace di controllarla. Il cyborg ingloba l'ambiente tecnologico, rende priva di senso qualunque scissione gerarchica fra soggettività interiore e mondo esterno, mette in crisi i confini fra naturale e artificiale, frammenta la soggettività e l'identità non ha più limiti.

Questa carne che è fondamento della coscienza, materia impressionabile che dal contatto col mondo riceve il sentimento della propria presenza al mondo, può essere modificata e offrire un nuovo tipo di identificazione attraverso lo sguardo altrui. E' un corpo che si “estroflette” e diventa “corpo-per-l'altro” (Sartre, 1943).

## VARIAZIONI IMMAGINATIVE CHE ESCLUDONO LA CONDIZIONE CORPOREA

Riprendendo nuovamente le osservazioni del sociologo Zygmunt Bauman (1999, 2002, 2003), che ha molto acutamente descritto le trasformazioni della modernità attuale e il carattere sociale dell'uomo contemporaneo, l'annullamento tecnologico delle distanze spazio temporali unitamente alla extraterritorialità e incorporeità del potere hanno prodotto, come conseguenza, l'abolizione degli spazi pubblici ove discutere, negoziare, elaborare norme e valori. I giudizi su ciò che è buono, bello, giusto, utile discendono da regioni imperscrutabili, lasciando ognuno responsabile di se stesso, delle proprie azioni, obbligato alla realizzazione di sé e alla propria affermazione in forme di gratificazione fondate sulla immediatezza, dove tutto è permesso e quindi tutto è potenzialmente inadeguato.

La paura dell'inadeguatezza obbliga a mantenersi sempre flessibili e pronti ad assumere modelli di comportamento differenti, ad essere contemporaneamente argilla plasmabile e abile scultore. In altri termini gli uomini sembrano avere serie difficoltà ad essere soggetti. Diviene così urgente la necessità di rimanere indipendenti e flessibili ma anche di avere il supporto e l'incoraggiamento di relazioni intime e profonde (Anolli et al., 2005). Il mondo connettivo del ciberspazio offre al cittadino virtuale, al "netizen", come lo chiama De Kerckhove (1997), la possibilità di salire sul palcoscenico virtuale (Laurel, 1993) rimanendo anonimo, di sperimentare camaleontiche identità. Esso rappresenta un workshop di identità nel quale interagire dileguandosi, in un vivere dinamico sperimentale.

Attraverso i giochi di ruolo (Multi-User Dungeons), la Internet Relay Chat, i siti Blog, si realizzano occasioni di riflessione comune dove intrecciare storie, comporre e scomporre racconti, fare e disfare ipotesi coinvolgendo una serie di altri anonimi individui coi quali condividere responsabilità e opinioni. La vita sociale viene continuamente editata, riscritta, e nuove narrazioni costantemente introdotte.

I bloggers scrivono un diario intimo che è pubblico e anonimo, compiendo un atto di intimità a sé dove l'intimità svanisce, realizzando un modo di essere individuale che si dissolve nella parola. Storie d'amore si intrecciano esercitando una seduzione senza il corpo, il quale viene ad essere privato di ogni attributo di impressioni, espressioni, sensazioni. Un amore "liquido" (Bauman, 2004), dove i ruoli sessuali possono essere alternati e variamenti interpretati, dove l'erotismo ha una connotazione autosufficiente, separato dal

sesso che, a sua volta, è separato dal sentimento. Mentre l'erotismo pervade i rapporti umani, lasciando scorgere una minaccia in ogni sguardo, in ogni gentilezza, i rapporti umani si svuotano di emotività e di intimità.

Nell'interfaccia col terminale remoto, un sottile diaframma separa e connette due spazi del reale. Lo spazio esistenziale di connessioni supera i confini del corpo e va oltre, chiedendo a questo di fluttuare fra immagini, sensazioni, emozioni il più possibile fluide e leggere, in un tempo che è quello dell'istante, della contemporaneità e della molteplicità. E all'identità chiede di essere molteplice, dotata di spirito ludico, senza forti identificazioni; un sé proteiforme (Lifton, 1993), intercambiabile, capace di empatia e di autoironia.

L'eccesso di complessità e di alterità invadono, quindi, il luogo della riflessione e dell'intimità a sé. Il racconto della propria storia che dà unità e unicità all'esistenza, e che è sempre orientato dal confronto fra la conoscenza interiore e lo scambio di esperienze, apprezzamenti e valutazioni, cerca nuove vie per modularsi che esulino dalle categorie teleologiche e deontologiche, proteggendosi da determinazioni etiche vincolanti e chiamando gli altri alla corresponsabilità per limitare l'eccedenza di libertà e solitudine.

## BIBLIOGRAFIA

Anolli L., Villani D., Riva G.: Personality of people using chat: An on-line research. *Cyberpsychol Behav.*, 8(1), 89-95, 2005.

Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale*. Boringhieri, Torino, 2002.

Armstrong M.L., Roberts A.E., Owen D.C., Koch J.R.: Contemporary college students and body piercing. *J. Adolesc. Health*, 35(1), 58-61, 2004a.

Armstrong M.L., Roberts A.E., Owen D.C., Koch J.R.: Toward building a composite of college student influences with body art. *Issues Compr. Pediatr. Nurs.*, 27(4), 277-295, 2004b.

Bauman Z.: *La Società dell'Incertezza*. Il Mulino, Bologna, 1999.

Bauman Z.: *Il Disagio della Postmodernità*. Bruno Mondadori, Milano, 2002.

Bauman Z.: *Intervista sull'Identità*. Laterza, Bari, 2003.

Bauman Z.: *Amore Liquido. Sulla Fragilità dei Legami Affettivi*. Laterza, Bari, 2004.

Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A. (Eds.): *Giovani del nuovo secolo. Quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia. Studi e Ricerche*, Il Mulino, Bologna, 2002.

Chalmers, D.: Facing up to the problem of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2(3), 200-219, 1995.

Chalmers, D.: *The Conscious Mind*. Oxford University Press, New York, 1996. (Ed. it.: *La*



- Mente Cosciente, Milano, McGraw Hill, 1999).
- De Kerckhove D.: *Connected Intelligence*. Toronto, Somerville, 1997.
- Dilthey W.: *Idee su una psicologia descrittiva e analitica* (1894). In: Marini A. (Ed.), *Wilhelm Dilthey, Per la Fondazione delle Scienze dello Spirito. Scritti Editi e Inediti* (1860 – 1896). Franco Angeli, Milano, 1985.
- Giddens A.: *The Consequences of Modernity*. Stanford, Stanford University Press, 1990. (Ed. It.: *Le Conseguenze della Modernità*, Il Mulino, Bologna, 1994).
- Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V.F.: *A constructivistic outline of human knowing processes*. In: Mahoney, M.J. (Ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research and Practice*, pp. 89-102. Springer, New York, 1995.
- James W.: *The Principles of Psychology*. Holt, New York, 1890. (Ed. it.: *Principi di Psicologia*. Principato, Messina, 1965).
- Laurel B.: *Computers as Theatre*. Addison-Wesley, New York, 1993.
- Lifton R.J.: *The Protean Self: Human Resilience in an Age of Fragmentation*. Basic Books, New York, 1993.
- Mac Intyre A.: *Dopo la Virtù : Saggio di Teoria Morale*. Feltrinelli, Milano, 1988.
- Mahoney M.J., Miller H.M., Arciero G.: *Constructive metatheory and the nature of mental representation*. In: Mahoney M.J. (Ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research and Practice*. Springer, New York, 1995.
- Maturana H.: *Autocoscienza e Realtà*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Merleau-Ponty M.: *Fenomenologia della Percezione*. Il Saggiatore, Milano, 1972 (Ed. orig.: 1945).
- Prigogine I.: *Dall'Essere al Divenire. Tempo, Complessità nelle Scienze*. Einaudi, Torino, 1986 (Ed. orig.: 1980).
- Ricoeur P.: *Sé come un Altro*. Jaca Book, Milano, 1993.
- Riesman D.: *La Folla Solitaria*. Il Mulino, Bologna, 1999 (Ed. orig.: 1948).
- Sartre J.P. : *L'Essere e il Nulla*. Il Saggiatore, Milano, 1943.



Silvio Lenzi

## PROSPETTIVE DI NARRAZIONE E RETORICA DELL'IDENTITÀ NEI RESOCONTI DI ESPERIENZE PERSONALI NEGATIVE DI ADOLESCENTI

### 1. LIVELLI DI ARTICOLAZIONE DELL'IDENTITÀ NELLA NARRAZIONE E NELLA CONVERSAZIONE

Nell'interazione verbale l'identità degli interlocutori è continuamente prodotta e ciascuno ha la possibilità ed è in grado di negoziare sia le proprie identità momentanee sia quelle altrui. Non occorre parlare né parlare esplicitamente per dare una impressione di sé. Esponendosi all'osservazione altrui, interagendo con gli altri e ovviamente parlando, si dà modo agli altri di trarre informazioni riguardo a sé stessi e anzi si offre una presentazione per lo più implicita di sé, che risulta funzionale all'interazione stessa.

Esempio 1:

*Trillo del telefono*

R: Scuola bolognese di psicoterapia cognitiva

C: Sì uh sto cercando di trovare i recapiti delle scuole di psicoterapia della regione Emilia Romagna riconosciute dal ministero

R: Sì siamo una scuola ministeriale

C: A bene grazie

Dicendo un nome di organizzazione il ricevente R fornisce al chiamante C un indizio sufficiente a che C identifichi R come membro di quella organizzazione, presumibilmente in grado di fornire informazioni sulla scuola.

Inoltre rispondendo così al trillo anziché con un pronto o un nome personale R mostra di essere orientato ad una gamma delimitata di identità di C: un estraneo piuttosto che un conoscente, interessato più all'organizzazione che alla persona di R

C conferma la sua identità di estraneo e dicendo che sta cercando i recapiti conferma il ruolo di R di rappresentante della scuola

Se definiamo *identità momentanee* queste presentazioni di sé realizzate nell'ambito delle conversazioni quotidiane, risulta evidente come da un lato le identità più stabilmente associate ad un individuo vincolino le identità momentanee sfaccettandosi in esse mentre dall'altro l'accumulo progressivo

delle identità momentanee realizzate nelle innumerevoli situazioni interattive quotidiane alimenti l'identità più stabile comunque la si intenda.

Lo studio delle quotidiane presentazioni di sé contraddistingue l'analisi della conversazione che prevalentemente in questi termini ha affrontato il tema dell'identità e del sé, mettendo ad esempio in evidenza come in ogni scambio conversazionale l'identità momentanea sia sempre in gioco oppure come essa venga definita dagli interlocutori senza che il parlante abbia prerogative speciali riguardo ad essa. Tali aspetti risultano ovviamente importanti non solo ai fini della conduzione conversazionale delle psicoterapie ma anche, specie in relazione alle negoziazioni tra interlocutori delle identità momentanee, per il cambiamento terapeutico.

Esempio 2, tratto da Bercelli (2004), pag 86

(frammento di una seduta di terapia familiare; T=terapeuta, M=madre, F=figlio)

- 1 T lei signora cosa (crede) ( ), cosa pensa lei?  
 2 (1,5)  
 3 M °mah°  
 4 T che idea si è fatta?  
 5 (2,5)  
 6 M hh  
 7 F dai:, DI'::  
 8 M .hh  
 9 F mi fa la rabbia, perché te devi tirarla fuori la [verità eh]  
 10T [°sta' buono] ( )°  
 11M non so più cosa pensare perché ormai è dalla nascita che:: (1,0)

Il terapeuta rivolge due volte (1, 4) una stessa domanda alla madre. Non rispondendo immediatamente (2, 5), M con ciò contribuisce a definirsi come interlocutrice al momento poco collaborativa (distratta? incompetente? reticente?); ma entrambe le volte mitiga questa impressione di sé, segnalando di essere sul punto di dire qualcosa (3, 6). Il figlio, sollecitandola vivamente a rispondere (7), ed esternando poi la sua reazione emotiva e la ragione di essa (9-10), tende a definire M come indebitamente reticente (*te devi tirarla fuori la verità eh*). T contrasta questa definizione tacitando F: con ciò manifesta fiducia nei confronti della collaboratività di M. La quale, producendo infine un inizio di risposta articolata (12), ripristina un'identità momentanea di interlocutrice e cliente collaborativa. Ciò che abbiamo qui evidenziato vale per ogni sequenza interattiva: istante per istante, specialmente nei punti in cui una nuova mossa è resa rilevante dalla dinamica interattiva, ogni partecipante contribuisce localmente a produrre, alimentare, modulare, cambiare l'identità agita dagli altri e da se stesso. Anche senza dire nulla di sé o di altri.

Secondo la prospettiva dell'analisi della conversazione la definizione

dell'identità del parlante è dunque realizzata soprattutto implicitamente attraverso le sue modalità di partecipazione (*footing*) ai diversi copioni sociali ordinari e speciali/professionali del suo quotidiano (*frame*). Ovviamente se il parlante dice qualcosa di sé, in particolare se narra vicende cui ha preso parte o situazioni problematiche personali, la definizione dell'identità si articola maggiormente in una pluralità di livelli compresenti.

Koven (2002), rifacendosi a Goffman (1974) ha distinto a questo proposito tre livelli di articolazione dell'identità, che Bercelli (2004) così riassume:

- iniziando a raccontare una storia il parlante assume una generica identità di *narratore*: acquisisce il diritto e l'obbligo di portare avanti e a termine il racconto; ogni altro parlante può alimentarne l'identità di narratore ponendosi nell'identità complementare di ascoltatore, ascoltando, chiedendo chiarimenti e dettagli, sollecitando il parlante a rallentare o accelerare, ecc
- nel raccontare il parlante non può mancare di manifestare con qualche commento a margine, con particolari divagazioni narrative o con un'ampia gamma di segnali discorsivi o perfino con un'astensione da tutto ciò, la sua posizione nei confronti della situazione di narrazione e delle cose narrate, dei suoi ascoltatori e dei personaggi allora coinvolti: all'identità di narratore si sovrappone così una identità di *commentatore (autore)*
- nel racconto vengono rappresentati dei personaggi, inclusa la persona che racconta e le esperienze e le identità momentanee di loro allora; spesso, inoltre, il parlante inscena i personaggi del racconto, mimando voci e gesti nel discorso diretto riportato, e può inscenare il sé stesso di allora. In questi vari modi il parlante attiva così un terzo genere di identità, quella di personaggio *protagonista* nella storia; peraltro anche solo rappresentando o inscenando il comportamento altrui nella situazione cui partecipava indirettamente proietta qualche identità da lui momentaneamente assunta allora.

Su questi tre livelli, narratore, commentatore-autore e protagonista, si articola l'identità di chi racconta un suo episodio di vita. Tali livelli di identità si intrecciano, si fondono in modo più o meno armonico e congruente nel flusso verbale e gestuale, ma ciascuno di essi è realizzato da mosse e risorse espressive specifiche che gli interlocutori mostrano di discriminare e recepire e a cui peraltro reagiscono.

Questi plurimi livelli di identità moltiplicano il potere di iniziativa di un

parlante riguardo alla presentazione di sé stesso e riguardo alla possibilità di articolare le narrative e la propria conoscenza personale, con le funzioni di autoorganizzazione e regolazione del sistema conscitivo stesso.

Nel momento in cui e fino a che gli è concesso di narrare un episodio autobiografico, il soggetto ha la possibilità di incastonare nella sua identità attuale di narratore le variabili identità del sé stesso narrato, in relazione a quelle degli altri personaggi della vicenda di allora; e in aggiunta di manifestare come si pone ora, nella sua identità di commentatore attuale rispetto a loro e ai se stesso di allora e al contesto e agli interlocutori attuali.

Questi ultimi possono tanto confermare quanto disconfermare di momento in momento le identità di narratore commentatore e protagonista inscenato, ma devono adattare le loro reazioni a questa articolata configurazione, disegnata nel relativamente ampio turno di parola concesso a chi produce un racconto e nello spazio di narrazione che determinati contesti conversazionali professionali come quello psicoterapico offrono al soggetto.

Ai fini di sottolineare l'importanza del contesto conversazionale in cui le narrazioni vengono prodotte e quindi più estesamente degli aspetti pragmatici legati ad ogni narrazione anche sotto forma testuale introduciamo altre due elementi.

Il primo relativo alla definizione stessa di narrazione che, secondo Ochs e Capps (2001), pur non potendo prescindere dall'asse centrale dell'organizzazione temporale ("*a basic property of narrative is that arranges events along a time line*", pag 158), è comunque un genere discorsivo che ne ospita altri in misura molto diversa anche secondo le circostanze. Secondo le autrici nell'ambito di una stessa narrazione si possono trovare generi discorsivi molto diversi quali la descrizione, l'organizzazione cronologica, la spiegazione, la valutazione. Risulta pertanto proponibile una analisi della narrazione in termini di dimensioni, più che di tratti, mettendo in evidenza non solo il prodotto, ma anche l'attività del narrare e il suo contesto.

| DIMENSIONI                                      | POSSIBILITÀ                                     |   |
|---|---|---|
| <b>Voci narranti</b><br>(tellership)            | Una voce narrante                               | Molteplici voci narranti                        |
| <b>Narrabilità</b><br>(tellability)             | Ampia narrabilità                               | Limitata narrabilità                            |
| <b>Livello d'integrazione</b><br>(embeddedness) | Narrazione distaccata da contesto di occorrenza | Narrazione concatenata con le attività in corso |
| <b>Linearità cronologica</b>                    | Sviluppo narrativo lineare e ordinato           | Sviluppo narrativo non lineare e indeterminato  |
| <b>Posizionamento morale</b>                    | Stabile e univoco                               | Dinamico e negoziato                            |

*Dimensioni narrative e possibilità di realizzazione (da Ochs, Capps 2001)*

Tra le varie dimensioni che vengono individuate, ci interessano particolarmente la natura più o meno collettiva dell'attività del narrare, il livello di incassamento dell'attività narrativa rispetto alle altre attività correnti (*embeddedness*) e la valutazione morale degli eventi narrati. Queste dimensioni sono proposte come dei continuum ad un estremo dei quali abbiamo il prototipo narrativo standard ovvero una narrazione prodotta da un unico narratore su un tema degno di interesse, ben delimitata rispetto alle attività circostanti, con eventi temporalmente e causalmente delineati e con chiara e univoca valutazione morale. All'altro estremo abbiamo narrazioni più fluide e meno strutturate, prodotte anche a più voci e nel corso di altre attività, con eventi non lineari e valutazioni morali non univoche.

Questa prospettiva sull'attività del narrare descritta in termini molteplici e aperti la rende particolarmente adatta alla descrizione delle narrazioni prodotte nel corso di conversazioni e da soggetti clinici, i cui prodotti narrativi hanno spesso carattere diffuso e complesso, di cui non è facile individuare i confini e spesso sono prodotte con altri partecipanti e frammiste ad altre attività (vedi gli aspetti procedurali dell'AAI).

Questo punto di vista che sottolinea gli aspetti pragmatici delle narrative collegandole all'oralità quotidiana, si va a connettere dialetticamente alla prospettiva più classica che lega le narrazioni autobiografiche ai percorsi della memoria autobiografica, a partire dalle sue articolazioni tra registro episodico e semantico (Tulving, 1972), e di costruzione e articolazione della continuità e coerenza individuale. A questo proposito risulta fondamentale la distinzione tra io che narra e me narrato, che trova la sua possibilità ed espressione proprio a partire dalle capacità di pensiero riflessivo che si

sviluppano nell'individuo nella fase adolescenziale.

Nella letteratura sia clinica che sperimentale il collegamento tra forme del discorso e processi cognitivi è stato ampiamente approfondito tanto che sono disponibili dei modelli teorico clinici (Guidano, 1991; Arciero, 2002) e sistemi di classificazione (Crittenden, 1999) in grado di stabilire correlati tra diversi aspetti psicopatologici e configurazioni dei sistemi di memoria e forme del discorso legate alla costruzione dell'identità narrativa. In particolare la classificazione dei sistemi di memoria proposta da Tulving viene utilizzata da Crittenden per descrivere i diversi percorsi dell'informazione legata al pericolo e i diversi stati mentali nei confronti delle memorie di attaccamento. Abbiamo tentato di utilizzare questo tipo di classificazione anche in relazione a esperienze di vita emotivamente significative, focalizzandoci sulla narrazione di situazioni/episodi autobiografiche e individuando tipologie tipiche nello stile narrativo correlate a specifiche configurazioni di attivazione dei sistemi di memoria e elaborazione di informazione (vedi tabella e figure a fine articolo).

*livello intrapsichico*

*livello interpersonale*

Attivazioni dei sistemi di memoria ← **Prodotti narrativi** → dimensioni della narrazione

## 2. LE PROSPETTIVE DI NARRAZIONE E L'ARTICOLAZIONE DELL'IDENTITÀ NARRATIVA IN UN CAMPIONE DI RESOCONTI RELATIVI A ESPERIENZE NEGATIVE REDATTI DA ADOLESCENTI

In un lavoro in corso di pubblicazione (Lenzi, in press) e in alcune occasioni congressuali (tra cui Lenzi, Gottardis, 2004) abbiamo proposto un sistema di assessment delle narrative personali che tenta di integrare la prospettiva intrapsichica e quella interpersonale secondo gli assunti e i modelli teorici fin qui indicati.

Esso è basato sulla possibilità di individuare dalle forme del discorso tre principali prospettive di narrazione: quella della partecipazione, quella della rielaborazione e quella della rimessa in scena.

Esse sono collegabili da un lato all'attivazione di specifici sistemi di memoria, e quindi a strutture e processi conoscitivi (e stili di attaccamento), dall'altro a particolari modalità di articolazione dell'identità narrativa.

Proponiamo qui una telegrafica caratterizzazione delle prospettive di narrazione in termini di linguaggio cinematografico utilizzando i termini documentario, film e trailer, senza entrare nel merito della classificazione e



degli indicatori e marker che la realizzano<sup>4</sup>. Un film è la rappresentazione di una serie di eventi realizzata secondo la prospettiva del regista, mentre il documentario è più una testimonianza che privilegia la sequenza degli eventi e la prospettiva del protagonista. Il trailer viceversa è una ulteriore versione degli eventi costruita per esercitare un'azione sul potenziale spettatore. La prospettiva della *partecipazione* è assimilabile al documentario, in cui il narratore testimonia gli eventi momento per momento, a partire dal contesto e dalla sequenza temporale, e tende a riferire esplicitamente le esperienze del protagonista; la prospettiva della *elaborazione*, invece al film vero e proprio, che coinvolge maggiormente gli aspetti legati a valutazioni, opinioni ed ulteriori esperienze personali del narratore. Infine la prospettiva della *rimessa in scena*, il trailer, riguarda i formati interattivi e le esigenze particolari del narratore al momento e nella situazione interpersonale in cui si realizza la narrazione stessa (vedi Wiedemann 1986).

| SISTEMI DI MEMORIA E ASPETTI CONOSCITIVI                          | PROSPETTIVA DI NARRAZIONE | ARTICOLAZIONE DELL'IDENTITÀ |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| Memorie episodiche situate (procedurale e PRS)                    | Partecipazione            | Protagonista                |
| Registro semantico<br>Informazione cognitiva prevalente           | Rielaborazione            | Narratore                   |
| Registro evocativo simbolico<br>Informazione affettiva prevalente | Rimessa in scena          | Commentatore/autore         |

*Le prospettive di narrazione tra sistemi di memoria e articolazione dell'identità*

L'individuazione delle prospettive di narrazione può essere effettuata relativamente a qualunque prodotto narrativo, testuale o conversazionale che sia, e rappresenta uno strumento per discriminare quanto accade in terapia, sia relativamente alle modalità di elaborazione e organizzazione conoscitiva correlata alle narrazioni del paziente sia relativamente e agli eventi interpersonali che accadono in seduta.

Nell'ambito dell'attività di ricerca di *Sinesis*, Associazione per la ricerca in scienze e terapie cognitive, e S.B.P.C., Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, abbiamo tentato di individuare temi e contesti standardizzabili

---

4 Il sistema di classificazione comprende 4 livelli di analisi (azioni del raccontare, organizzazione narrativa generale tra registro semantico ed episodico, livello di referenzialità nel discorso e capacità di discriminazione degli ingredienti dell'esperienza soggettiva con riferimenti a unità intenzionali di base che costruiscono l'ambiente soggettivo).

in cui i soggetti potessero realizzare la produzione di narrative. Per quanto riguarda la scelta dei temi sono state scelte due locuzioni che alludessero a temi inerenti alla psicopatologia e al disagio psicologico in genere, senza però ricorrere a terminologie tecniche: esperienze negative e problemi personali.

I contesti di produzione che abbiamo individuato sono due: da un lato la redazione di un resoconto scritto a seguito della consegna: *racconta brevemente per iscritto un'esperienza negativa*, dall'altro un'intervista semi-strutturata, denominata TAPP, dall'acronimo del titolo in lingua inglese "*Talking About a Personal Problem*", conversazione guidata intorno a un problema personale, che viene registrata e trascritta.

Il primo contesto viene realizzato offrendo al soggetto due fogli a righe su cui è scritta la consegna e suggerendo per la compilazione dello scritto un tempo di circa 30 minuti. Tale strutturazione mira a ridurre al minimo le variabili esterne, quali ad esempio la presenza di un interlocutore, e la loro influenza sul resoconto stesso, sebbene, come si vedrà anche dai resoconti che esamineremo in questo lavoro, vi possano essere anche qui interessanti riferimenti impliciti o espliciti alla consegna e al contesto di produzione dell'elaborato.

Il secondo contesto di produzione delle narrative è di tipo conversazionale e implica un ruolo più significativo da parte di un interlocutore: si tratta di una conversazione guidata non solo nei contenuti ma anche attraverso un set di istruzioni conversazionali impartite dall'intervistatore secondo parametri standardizzati (vedi Bercelli e Lenzi, 1998a). Tali parametri sono stati definiti a partire *dall'Analisi della Conversazione* (Hutchby e Wooffitt, 1998) di sedute di terapia cognitiva e consentono di riprodurre diversi ambienti conversazionali che vanno selettivamente ad attivare specifici sistemi di memoria (Bercelli e Lenzi, 1998b; Lenzi e Bercelli, 1999) – semantico, episodico, per immagini – tenendo in conto anche gli aspetti interattivi che si realizzano nella costruzione della conversazione. Altra fonte sono i sondaggi della *Adult Attachment Interview* (Main e Goldwin, in press; Crittenden, 1999), costituiti da specifiche domande che mirano a attivare i diversi sistemi di memoria. In questa sede non esamineremo dati raccolti attraverso questa modalità e per informazioni sul TAPP rimandiamo al sito [www.centrosinesis.it/ricerca](http://www.centrosinesis.it/ricerca).

Presenteremo ora alcuni elaborati reattivi ad esperienze personali negative scritti in un contesto scolastico da un campione di 20 adolescenti di età che va dai 15 ai 20 anni, esemplificativi delle diverse prospettive di narrazione.

Faremo poi alcune considerazioni relative al confronto dei resoconti degli adolescenti con un campione analogo di 20 elaborati somministrati sempre in sede scolastica a soggetti di età media di circa 30 anni.

Iniziamo da un elaborato in cui risulta evidente la *prospettiva della rielaborazione*. Si tratta di quello che Lai chiama un resoconto *diegetico* ovvero redatto secondo le linee interpretative del narratore, che pure si attribuisce un nome fittizio.

*The nobodies*

*Il periodo della medie è stato per me un autentico inferno a causa della brutta convivenza con i miei compagni di classe.*

*Siccome avevo un carattere chiuso e timido gli altri se ne approfittavano senza perdere occasione di insultare, mettermi in ridicolo e anche alzare le mani.*

*In teoria le medie dovrebbero essere un periodo dell'infanzia abbastanza divertente: per me è stato solo un periodo scuro, dove ho scoperto la falsità e l'ipocrisia della gente come una persona possa prendersi gioco di te, esserti amico e poi pugnarti alle spalle.*

*Ancora adesso a volte succede anche se ho imparato ad essere "meno buono" e a giudicare le persone per quello che sono, infischiandomi del pensiero altrui.*

*Comunque il mio pensiero è sempre rivolto a chi sta peggio e sono convinto del fatto che "chi la fa, la aspetti" e "Dio vede e provvede"...*

*Sicuramente un giorno potrò avere i meriti su chi ha contribuito ad esercitare su di me la sua influenza negativa e sul fatto che mi hanno sempre allontanato dalle loro amicizie...*

Il seguente è un elaborato in cui prevale decisamente la *prospettiva della partecipazione* a scapito delle altre. Si tratta di resoconto, secondo la terminologia di Lai, di tipo mimetico con una connotazione esternalistica (Meares 2004), nel senso che non mette in primo piano l'esperienza soggettivo-emotiva.

*Tonia 19*

*Una mia esperienza negativa risale a qualche mese fa e riguarda un viaggio all'estero. Tutto è successo a bordo dell'aereo che ci stava riportando all'aeroporto di Bologna. Ad un certo punto c'è stata una turbolenza con vuoti d'aria con vuoti d'aria, l'aereo non molto grande per non dire piccolo aveva perso quota ad un certo punto un ragazzo ha iniziato ad urlare allora c'è stato il panico generale, per fortuna tutto è andato bene*



epistemologico dei factual statement. Riportiamo qui un esempio di “extreme case formulation”, ovvero del riferirsi ad un oggetto o evento in un modo che evochi le sue qualità massimali o minimali (l’espressione inglese potrebbe essere tradotta in “formulazione in termini di caso estremo” ovvero di bambina traumatizzata dai cattivi genitori).

*Nome ----- età 20*

*Quando ero piccola andavo all’asilo dalle suore ma a dire il vero non sprizzavo gioia da tutti i pori all’idea di andarci.*

*Avevo quattro o cinque anni, non ricordo sinceramente, e mia madre a quei tempi faceva la casalinga.*

*Quindi qualcuno a casa c’era sempre*

*Ciò nonostante mi obbligavano ad andare all’asilo.*

*Ogni mattina puntavo i piedi e piangevo per non andarci, ma alla fine ogni giorno mi toccava la stessa sorte*

*Io avevo qualche problema di inserimento: ero molto timida, mi vergognavo a parlare con gli altri bambini o a chiedere di poter giocare con loro, quindi mi sedevo nell’angolo della sala dove si giocava e stavo lì tutto il giorno.*

*Forse i miei genitori mi obbligavano ad andarci per farmi superare la timidezza o forse perché mia madre doveva fare le sue commissioni: fatto sta che per me era traumatico.*

*Una mattina mi impuntai più delle altre volte, mia madre mi portò all’asilo promettendomi di tornare dopo 30 min., il tempo di fare la spesa.*

*La aspettai alla porta tutto il giorno. Tornò a prendermi quando fu sera (o tardo pomeriggio, non ricordo). Orribile davvero.*

Gli ultimi due elaborati evidenziano il prevalere di una prospettiva di narrazione particolarmente caratterizzata, a scapito dell’equilibrio tra le diverse forme. L’esame complessivo dei nostri 20 elaborati di adolescenti in effetti sembra evidenziare una caratterizzazione in tal senso, specie se confrontati con quelli di soggetti trentenni, somministrati in condizioni analoghe. Basti pensare alla presenza di ben 3 elaborati in cui la prospettiva di rimessa in scena toglie ogni spazio di narrazione e di riflessione.

Una ulteriore evidenza che emerge dal confronto con il campione dei trentenni, che riportiamo ovviamente solo come dato qualitativo, essendo il campione troppo esiguo per una elaborazione quantitativa, è quella della minor presenza sia nel numero degli elaborati che all’interno di essi della prospettiva della rielaborazione. Dato questo è consistente con il fatto che il pensiero riflessivo sia nella fase adolescenziale in corso di sviluppo.

Ci viene a questo punto spontaneo interrogarci sul significato di queste

particolarità, valutandone anche l'eventuale significato adattativo e mettendolo in relazione con la psicopatologia.

### 3. "NON IDEM, EPPURE IPSE": PER UNA RETORICA DELL'IDENTITÀ

Secondo Gadamer la retorica può essere considerata la forma più universale di comunicazione umana, che determina anche oggi la nostra vita sociale in modo enormemente più profondo della scienza. La rivalutazione della retorica ci offre la possibilità di riformulare molti problemi legati all'identità in termini narrativi con una particolare preoccupazione pragmatica, a cui soprattutto vuole riferirsi appunto il termine retorico.

Ci siamo proposti nel nostro recente lavoro clinico e di ricerca, e anche in questo breve intervento, di guardare alla costruzione dell'identità narrativa da questa prospettiva, mettendo in primo piano, e mantenendoveli, anche gli aspetti delle narrative legati al contesto di produzione della narrativa stessa. Abbiamo, credo, i modelli per farlo, e abbiamo proposto uno strumento di assessment e un modello concettuale di riferimento, che ci consentono questa particolare possibilità integrativa.

L'attenzione data alla fase adolescenziale, in cui le modalità del pensiero astratto e riflessivo sono in via di costruzione, ci consente inoltre di riflettere ulteriormente sull'importanza degli aspetti retorici, quelli più direttamente legati alla rimessa in scena delle esperienze personali, nella articolazione narrativa dell'identità.

A questo proposito vorremmo proporre alcune riflessioni conclusive.

Durante la fase adolescenziale l'emergere del pensiero astratto contribuisce al processo di individuazione consentendo una più complessa modalità di organizzazione del sé. In precedenza il sé possiede elementi di consistenza e unitarietà ma si tratta di una unitarietà concreta, per cui esistono tanti sé ma fattuali ed esclusivamente legati all'azione. Si tratta di sé situazionali e contestuali, connessi all'esperienza diretta che solo attraverso la possibilità narrativa fornita dal linguaggio riflessivo e astratto si organizzeranno in un senso unitario di sé, riflessivo e "generatore" di coerenza. Nell'adolescenza prende forma un io riflessivo che può pensarsi e ri-pensarsi e questa capacità autoriflessiva permette all'adolescente di far luce su una storia che lo riguarda e che, nello stesso tempo, lo "vincola" ad un processo di riappropriazione.

La grande svolta dell'adolescenza è dunque rappresentata da una capacità

autoriflessiva che ha come possibilità/vincolo la regolazione emozionale, la quale era articolata fino ad allora esclusivamente all'interno delle relazioni in corso. L'articolarsi dell'Identità Narrativa viene a rappresentare la possibilità di costruire il racconto del proprio modo di emozionarsi: il vivere viene così assimilato in una storia e, le emozioni da questo innescate, possono essere integrate all'interno della dialettica del personaggio. Di questa articolazione dell'identità nella conversazione e nella narrazione abbiamo visto le diverse sfaccettature, tendendo presente da un lato che, il processo di costruzione dell'identità a cui l'adolescente va incontro, si cala sempre e inevitabilmente in un contesto storico-culturale e interpersonale che ne definisce le forme di senso, ne favorisce la realizzazione e attribuisce un valore alle varie prassi.

Occorre quindi a nostro parere interrogarsi maggiormente sulla esclusività di quella modalità di consistenza dell'identità legata alla coerenza e alla uguaglianza, che prende corpo nel periodo adolescenziale, specie in relazione ai temi della psicopatologia clinica e della psicoterapia, dove troppa esclusiva attenzione viene data alla unitarietà oggettivata del soggetto, perdendo invece di vista altre dimensioni della sua identità.

Se il processo della costruzione della soggettività si è presentato come il tentativo di comporre le molteplici facce di un soggetto alla fine metonimico, che esistono l'una accanto all'altra, giustapposte cumulativamente in modo disordinato, bisogna chiedersi quanto di ingenuo di velleitario e di mistificante vi sia in certe dichiarazioni tipiche dell'ideologia post moderna convinta che basti indossare e svestire molti io per abolire la rigidità del soggetto. Nel corso della modernità si è presentata, accanto alla soggettività metonimica, un'altra concezione dell'identità, che si affida non alla coppia uno/molteplice, ma alla distinzione tra il medesimo (l'uguale) e lo stesso. *“Lo stesso non è l'uguale. Nell'uguale scompare la diversità. Nello stesso appare la diversità”* (Heidegger, 1957).

Lo stesso è la capacità di includere la differenza, l'alterità, che viene invece respinta da chi vuole restare medesimo, uguale. Ora questa diversità e alterità inclusa o comunque non esclusa nell'ipseità, potrebbe essere proprio la chiave per scoprire nuovi registri nella costruzione conversazionale e narrativa dell'identità. Il soggetto va alla ricerca di sé e la ricerca consiste nel ruotare intorno a sé, nel restare lo stesso. Questo processo implica l'azione del negativo del non identico e il suo valore, che passa attraverso le vicende della rimessa in scena delle narrazioni e, spostandosi sul piano delle modalità di autoorganizzazione dei sistemi cognitivi complessi, implica il coinvolgimento di meccanismi di regolazione interattiva.

Questi meccanismi, ne siamo convinti, così come si mostrano più cospicuamente nelle modalità di narrazione degli adolescenti, rivestono anche un ruolo di assoluta importanza nei meccanismi legati alla sofferenza e al disadattamento psicologico, rappresentando da un lato l'origine di tante delle difficoltà che si incontrano nella psicoterapia anche cognitiva, dall'altro una delle modalità implicate negli interventi nella patologia grave e comunque all'origine del cambiamento terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

- Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale. Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Arciero G., Gaetano P., Maselli P., Gentili N.: Identity, personality and emotional regulation. In: Freeman A., Mahoney M. J., Devito P., Martin D., (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. Springer, New York, 2004.
- Arciero G., Guidano V.: Experience, explanation and the quest of coherence. In: Neimeyer R., Raskin, J. (Eds.), *Constructions of Disorder. Meaning-Maker Frameworks for Psychotherapy*, APA, Washington DC, 2000.
- Barclay C.: Autobiographical remembering: Narrative constraints of objectified selves. In: Rubin D.C. (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. Cambridge University Press, Cambridge (Mass.), 1996.
- Battacchi M.W., Renna M., Suslow T.: *Emozioni e Linguaggio*. Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995.
- Beebe B., Lachmann F. M.: *Infant research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Bercelli F.: Identità e narrazione di sé e di altri. In: Lorenzetti R., Stame S. (Eds.), *Narrazione e Identità*. Laterza, Bari, 2004.
- Bottiroli G.: Non idem, non ipse? Il soggetto tra metonimia e strategia. In: Cavallo M. (Ed.), *Il Racconto che Trasforma*. EDUP, Roma, 2002.
- Carlson R.: Studies in script theory: I. Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(3), 501-510, 1981.
- Crittenden P.M.: *Attaccamento in Età Adulta. L'Approccio Dinamico-Maturativo alla Adult Attachment Interview*. Edizione Italiana a cura di Graziella Fava Vizziello e Andrea Landini. Cortina Editore, Milano, 1999.
- Freeman M.: *Rewriting the Self: History, Memory, Narrative*. Routledge, London-New York, 1993.
- Goffman E.: *Frame Analysis*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1974.
- Grosser H.: *Narrativa*, Principato, Milano, 1985.
- Guidano V.F.: The Self as a mediator of cognitive change in psychotherapy. In: Hartman



L.H., Blankstein K.P. (Eds.), *Perception of Self in Emotional Disorders and Psychotherapy*. Plenum Press, New York, 1986.

Guidano V.F.: *The Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. Guilford, New York, 1987. (Ed. It.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano, V.F.: *The Self in Process: Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. Guilford, New York, 1991 (Ed. it. : *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino 1992).

Guidano V.F.: *Lo sviluppo del sé*. In: Bara B. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Halliday M.A.K.: *Exploration in the Functions of Language*. Arnold, 1973.

Hutchby I., Wooffitt R.: *Conversation Analysis*. Polity Press, Cambridge, 1998.

Jedlowski P.: *Storie Comuni, la Narrativa nella Vita Quotidiana*. Bruno Mondadori, Milano, 2000.

Koven M.: *An analysis of speaker role inhabitation in narratives of personal experience*. *Journal of Pragmatics*, 34, 167-217, 2002.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Lane R.D., Schwartz G.E.: *Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology*. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143, 1987.

Lenzi S.: *L'intervista TAPP: conversazione guidata intorno ad un problema personale. Uno strumento diagnostico*. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, (in press).

Lenzi S., Bercelli F., Pilleri F., Canestri L.: *Continuità e cambiamento dello stile conversazionale nel corso di una psicoterapia cognitiva post-razionalista. Relazione tenuta alla II giornata di studi di psicologia e psicopatologia post-razionalista*. In: Reda M.A., Pilleri F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Atti del Convegno "Continuità e Cambiamento in Psicoterapia", pp. 83-100. Edizioni Università di Siena, Siena, 2001.

Lenzi S., Gottardis B.: *Stili conversazionali ed espressione emotiva nel dialogo intorno a un problema personale: dati empirici ed ipotesi esplicative*. In: *L'Evoluzione del Cognitivismo Clinico: i Modelli, i Metodi, la Ricerca*. Abstract Book, XII Congresso Nazionale SITCC, pp. 223-224, 2004.

Lorenzetti R.: *Tempo e spazio nella narrazione autobiografica*. In: Lorenzetti R., Stame S. (Eds.): *Narrazione e Identità*. Laterza, Bari, 2003.

Magai C.: *Affect, imagery, and attachment. Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion*. In: Cassidy J., Shaker P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*, pp. 787-802. The Guilford Press, New York, 1999.

Main M., Goldwyn R.: *Adult attachment scoring and classification systems*. In: Main M. (Ed.), *Assessing Attachment through Discours, Drawings and Reunion Situations*. Cambridge UP, New York, (in press).

Meares R.: *Intimità e Alienazione*. Cortina, Milano, 2005.

Oatley K.: From the emotions of conversation to the passion of fiction. In: Manstead A., Frijda N., Fischer A. (Eds.), *Feelings and Emotions*, pp 98-115. Cambridge University Press, Cambridge, 2004.

Ochs E., Capps L.: *Living Narrative: Createing Lives in Every-day Storytelling*. Harvard University Press, Cambridge, (Mass.), 2001.

Pasupathi M.: Emotion regulation during social remembering: Differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory*, 11(2), 151-163, 2003.

Stame S.: *Narrazione e memoria*. In: Lorenzetti R., Stame S. (Eds.), *Narrazione e Identità*. Laterza, Bari, 2004.

Tulving E.: Organization of memory: Quo vadis? In: Gazzaniga M.S. (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*. MIT Press, Cambridge (Mass.), 1995.

Tulving E.: Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory*. Academic Press, New York, 1972.

Wiedeman P. M.: *Erzahlte Wirklichkeit: Zur Theorie und Auswertung Narrative Interviews*. Beltz, Weinheim, 1986.

## **LE DIFFICOLTÀ DEGLI ADOLESCENTI CON DEPRESSIONE DELL'UMORE**

### **INTRODUZIONE: IL CONTINUUM FISILOGIA-PATOLOGIA NELLE DEPRESSIONI DELL'UMORE**

I disturbi dell'umore – e in particolare le fasi di depressione – rappresentano una delle maggiori espressioni di criticità (anche in relazione al rischio autosoppressivo) e di difficoltà dell'adolescenza. Inoltre, essi si estendono spesso rapidamente a macchia d'olio, arrivando a coinvolgere l'intera vita psichica del soggetto, condizionandone pesantemente gli aspetti occupazionali, sociali e relazionali. Considerando l'aspetto cronologico evolutivo, l'andamento processuale della depressione può così subire improvvise accelerazioni, alterando processualmente il senso stesso del tempo e congelando in una impercettibile stagnazione l'immagine di sé all'interno della progressione ontologica verso il futuro (Diener e Dweck, 1980; Nardi, 2001; Nardi e Pannelli, 1997, 1998ab; Nardi e Romagnoli, 2003; Reda, 2003, Nardi, 2004).

Un altro fattore che contribuisce alla difficoltà di gestione delle depressioni è nella non corrispondenza tra i segnali e le espressioni di sofferenza che il giovane comunica all'esterno e il disagio che deriva dalla perturbazione dell'equilibrio e della coerenza interna. Così, accanto a modalità di esprimere il disagio con tonalità emotive marcate di disperazione o di rabbia, o con comportamenti disforici, agitati e più o meno congrui, in molte situazioni si assiste a forme di chiusura nel proprio mondo intrapsichico, la quale può persino essere volutamente nascosta o dissimulata agli altri. Anzi, è proprio nei sentimenti di inaiutabilità, associati a trame narrative in cui tutto sembra oggettivamente inutile e senza speranza, che affondano le radici dei comportamenti suicidari, i quali possono venire idealizzati, mitizzati e messi in atto senza che l'ambiente abbia modo di rendersi conto del rischio corso dall'adolescente. A questo proposito, l'incompleta maturazione anatomo-funzionale delle aree prefrontali, descritta in questa fase del ciclo di vita, può costituire un correlato esplicativo di ciò che si osserva nella pratica clinica, la quale consente di evidenziare come gli adolescenti abbiano ancora limitate

capacità prospettive e gestionali, soprattutto per quanto concerne il controllo dell'impulsività, la difficoltà a leggere in forme più articolate l'esperienza precedentemente fatta e ad avvalersene, l'instabilità e la vaghezza progettuale, la difficoltà a tollerare esperienze percepite come frustranti.

Proprio per le complesse caratteristiche che la connotano, la depressione adolescenziale è collocabile all'interno di un continuum che va da aspetti del tutto "fisiologici" fino a caratteristiche marcatamente disadattive (Nardi, 1995, 2004). Entro valori "fisiologici" la deflessione del tono dell'umore ha una valenza adattiva, favorendo la maturazione della personalità e, quindi, il raggiungimento di un senso di sé e del mondo più duttile ed articolato. Viceversa, nel continuum che intercorre tra "normalità" e "patologia", quando l'abbassamento del tono dell'umore produce uno stato di disagio tale da interferire con le potenzialità dell'individuo (e qualora esso non venga gestito con adeguata tempestività) può arrestare in maniera brusca e drammatica la realizzazione affettiva, professionale e, più in generale, la progettualità del soggetto nell'intero ciclo di vita successivo.

D'altra parte, anche all'interno delle espressioni patologiche di depressione adolescenziale, esiste un'ampia variabilità clinica: le depressioni dell'umore possono presentarsi con espressioni comportamentali eclatanti (crisi di rabbia, di disperazione, di pianto), con atteggiamenti marcatamente inibiti (chiusura relazionale, mutismo, ritiro degli investimenti) o possono esprimersi attraverso disturbi psicosomatici, comportamenti autolesivi (il 20-25% degli adolescenti che tentano il suicidio rientra nei criteri diagnostici della depressione) o condotte a rischio (il 40% degli adolescenti depressi fa uso di droghe e di questi il 20% diventa tossicodipendente); infine, in altri soggetti, le depressioni clinicamente rilevanti possono comparire in maniera subdola e graduale (ad es., attraverso una riduzione del rendimento scolastico o una modificazione del comportamento alimentare).

Il punto fondamentale e, per certi versi, drammatico di queste forme cliniche di depressione adolescenziale è nella elevata incidenza degli abbassamenti del tono dell'umore proprio in questa fascia di età. Nel corso dell'adolescenza, infatti, la depressione, intesa in senso clinico, è stata osservata con percentuali che oscillano tra il 3% ed il 13% dei casi, ma è certamente sotto stimata per la tendenza degli adolescenti a nascondere e a dissimulare i propri problemi agli adulti e la loro diffidenza ad accedere alle strutture terapeutiche "ufficiali" (Nardi, 2004).

Risulta chiaro come l'instaurarsi di questa patologia, in un periodo fondamentale per lo sviluppo e la maturazione della persona, rappresenti

un problema di notevole importanza sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo, per cui è quanto mai importante giungere ad una diagnosi corretta precoce, in modo da approntare un approccio terapeutico adeguato e tempestivo.

## L'IMPORTANZA DELLO SVILUPPO DEL PENSIERO ASTRATTO NELL'ADOLESCENZA

Nell'adolescenza l'affermarsi del pensiero astratto è sicuramente la parte di gran lunga più rilevante perché responsabile di una serie di processi che porteranno alla maturazione dell'individuo. Con l'inizio dell'adolescenza il pensiero astratto induce una relativizzazione dell'immagine del genitore, fino a quel momento percepita in termini assoluti; negli anni prescolari e in tutta la fanciullezza, infatti, il genitore rappresentava il depositario assoluto di verità e di valori indiscutibili, un riferimento pressoché infallibile, totale ed esclusivo. Egli viene ora visto come persona comune, con le incertezze, i problemi e le idiosincrasie che caratterizzano la vita di tutti. Questo cambiamento di immagine, indotto dal pensiero astratto, se da un lato determina una destabilizzazione del senso di sé (i genitori vengono percepiti come meno essenziali nel sostenere e nel confermare i contorni dell'identità personale), dall'altro lato avvia il processo di distacco cognitivo-emotivo che l'adolescente inizia ad operare rispetto alla famiglia, per cui i genitori perdono il ruolo privilegiato di figure primarie di attaccamento. Pertanto, da un punto di vista emotivo, si assiste ad una perdita della centralità dell'attaccamento verso i genitori, con un parallelo aumento dell'importanza attribuita alle relazioni con i coetanei; nei rapporti affettivi con i "pari", l'adolescente cerca quelle conferme al proprio senso di identità personale che prima trovava nel rapporto con i genitori; attraverso il distacco cognitivo dai genitori, egli pone il senso di sé e della vita al centro della propria esperienza quotidiana. Inoltre il pensiero astratto proietta l'attenzione oltre l'immediato, rendendo disponibili domini conoscitivi prima inimmaginabili. Non è più sufficiente limitarsi a cogliere il senso dell'esperienza quotidiana, ora è il significato stesso della vita, vale a dire in che cosa consiste la realtà e quale rapporto si possa avere con essa, che deve essere in qualche modo afferrato. Nel corso della fanciullezza, caratterizzata dalla prevalenza di modalità concrete di pensiero, il soggetto era dipendente dal contesto percettivo contingente, come se l'apparenza fenomenica della realtà lo

assorbisse completamente; con l'emergere del pensiero astratto, invece, inizia una ricostruzione degli scenari conoscitivi personali, per cui la realtà, interna ed esterna, inizia ad essere considerata nell'ottica delle possibilità. Questa scoperta di una pluralità di punti di vista possibili ("multiverso") dietro l'apparente unicità del mondo fenomenico ("universo") implica una visione più relativistica della realtà (Maturana e Varela, 1980, 1987; Guidano, 1987, 1991). Infine, grazie al pensiero astratto, con l'adolescenza si ha una rottura della simmetria del tempo (tipica dell'infanzia e della tarda fanciullezza), per cui quest'ultimo inizia ad essere avvertito nella tripartizione tra passato, presente e futuro (Prigogine, 1997); a livello di consapevolezza, il percepirsi in un presente che viene da un passato e che va verso un futuro consente di proiettarsi in avanti e di iniziare a programmare il proprio futuro. Si avvia anche una sorta di tema della "dietrologia", per cui diventa importante cercare di vedere tutto ciò che è dietro l'apparenza fenomenica delle cose, dei rapporti, della società, dei valori. Ciò comporta un distanziamento dall'immediatezza percettiva ed emotiva che finora rendeva comprensibile ogni aspetto dell'esperienza quotidiana, con una conseguente delimitazione del coinvolgimento emotivo a specifici settori dell'esperienza, quali il gruppo di coetanei e i partner affettivi. In definitiva, nel corso dell'adolescenza si assiste ad una profonda revisione del rapporto del soggetto con se stesso, con la conseguente necessità di sviluppare un'identità che sia sufficientemente integrata e che possa spiegare in maniera soddisfacente le varie sfaccettature dell'esperienza, percepita momento per momento.

## ASPETTI NOSOLOGICI DESCRITTIVI DELLA DEPRESSIONE

Nella pratica clinica si fa comunemente riferimento ad una classificazione nosologica dei disturbi psico-comportamentali, basata sulla descrizione dei sintomi e sul loro raggruppamento in quadri patologici distinti. Questo avviene anche attraverso l'utilizzo di strumenti classificativi standardizzabili e condivisi. Il sistema più in uso, proposto dall'American Psychiatric Association nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, attualmente giunto alla quarta edizione, è il cosiddetto DSM-IV ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 1994). Esso include, nell'ambito dell'asse I (Disturbi Clinici e Altre Condizioni che possono essere Oggetto di Attenzione Clinica), la depressione tra i "Disturbi dell'Umore". L'umore è definito come lo stato emozionale interno di un individuo che condiziona

la qualità e l'intensità dei suoi vissuti e la sua attività cognitiva, volitiva, comportamentale; nelle condizioni depressive si presenta alterato con una deflessione del suo tono. Secondo il DSM-IV, episodi di abbassamento del tono dell'umore si possono osservare nel disturbo depressivo maggiore, nel disturbo distimico (per quello che riguarda i disturbi unipolari) e nel disturbo bipolare.

Il disturbo depressivo maggiore consiste in un singolo episodio depressivo maggiore o in due o più episodi depressivi maggiori ricorrenti; esso si caratterizza per la marcata tonalità depressiva dell'umore e per la altrettanto marcata riduzione e perdita degli interessi. Il soggetto affetto da episodio depressivo maggiore vive in una condizione di tristezza, di pessimismo, di scoraggiamento, di disperazione e di anedonia. Perdono senso e significato il lavoro, gli affetti e gli svaghi, per cui l'individuo vive in una attesa afinalistica, con tensione e inquietudine crescenti che possono arrivare fino all'angoscia. Frequentemente si associano sintomi come ansia, irrequietezza, irritabilità e disturbi della sfera somatica (astenia, cefalea, inappetenza, iperfagia). L'attività ideativa e le funzioni cognitive subiscono un rallentamento fino al bradipsichismo, all'eloquio povero e stentato. Anche l'attività motoria, la gestualità e la mimica possono essere rallentate. La sfera affettiva perde le sue tonalità e la capacità di investimento, le emozioni e i sentimenti vengono progressivamente persi, fino a quando la vita mentale non risulta dominata solo da tristezza, noia, solitudine, vuoto e perdita. Spesso sono presenti disturbi del sonno come risveglio precoce o ipersonnia. Nel bambino e nell'adolescente l'umore può essere irritabile anziché triste.

Il disturbo distimico è un disturbo dell'umore caratterizzato dal perdurare di una sintomatologia depressiva presente in maniera continuativa da almeno due anni (con possibilità di qualche intervallo libero di non oltre due mesi). Il quadro depressivo tende ad avere un esordio precoce e a presentare una minore gravità e una maggiore cronicità rispetto al disturbo depressivo maggiore. Nei disturbi bipolari, infine, gli episodi depressivi si alternano ad episodi con aumento patologico del tono dell'umore, all'interno di fasi maniacali o ipomaniacali che configurano, in base alla caratteristica della loro ricorsività, il disturbo bipolare I, il disturbo bipolare II e il disturbo ciclotimico.

## LE DEPRESSIONI DELL'UMORE NELLE PRINCIPALI ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITÀ DURANTE L'ADOLESCENZA

L'approccio descrittivo, utile per definire una formulazione diagnostica sufficientemente univoca e condivisibile, non permette di considerare i complessi fenomeni che caratterizzano le deflessioni dell'umore nell'adolescenza, né di individuare il significato, più o meno adattivo, che esse rivestono (Nardi e Capecci, 2005abc). Inoltre i tradizionali approcci alla depressione adolescenziale risultano ancora in ampia misura insoddisfacenti, sia sul piano nosologico che su quello terapeutico e appaiono non adeguati rispetto alla complessità delle dinamiche evolutive tipiche degli adolescenti. Diversi studi hanno dimostrato che i trattamenti più efficaci sono costituiti dalle terapie cognitive, con percentuali di remissioni superiori al 65% (Brent et al., 1997). Muovendo da queste considerazioni, appare evidente l'utilità di un approccio cognitivo di tipo sistemico processuale nella diagnosi e nel trattamento della depressione adolescenziale (Nardi, 2001); tale approccio consente infatti una lettura dei problemi psico-comportamentali nell'ambito di specifiche organizzazioni di significato personale e, quindi, di peculiari assetti emozionali e cognitivi che si strutturano e si definiscono in ciascun individuo nel corso dell'età evolutiva, sulla base delle modalità soggettive di assimilare l'esperienza, a partire dalla relazione di attaccamento, determinando incrementi progressivi della complessità interna.

### *1. Depressioni in adolescenti con organizzazione contestualizzata DAP-PRONE*

Questa organizzazione si caratterizza per la presenza di un sé dai contorni vaghi ed indefiniti – a lettura spiccatamente esterna – ed è legata ad attivazioni emotive oscillanti ed ambigue rispetto agli stimoli esterni, vissuti come elementi oggettivi in grado di confermare o disconfermare una immagine di sé che si vorrebbe comunque positiva e proponibile; pertanto, ogni evenienza (potenziale o reale), percepita come disconfermante, attiva emozioni centrate su un senso di vergogna e di inferiorità, spesso associate a comportamenti di evitamento, di fuga e di chiusura relazionale. Il senso di disconferma si inserisce in una immagine di sé centrata su modelli formali o ideali, conforme ad aspettative a volte irrealistiche di perfezione, mentre appare precaria la capacità di mettere a fuoco, specie sotto il profilo emozionale, il mondo interno e le proprie esigenze, quando esse si presentano disgiunte o in contrasto con atteggiamenti esterni. Da un lato, si



vorrebbe essere perfetti per essere approvati sempre e comunque; dall'altro, si sperimenta l'incapacità di essere come si vorrebbe, all'altezza di ogni situazione.

I disturbi dell'umore negli scompensi DAP sono spesso polarizzati su temi concernenti il proprio corpo, il proprio peso, l'assunzione di cibo o sono incentrati sulla propria riuscita sentimentale ed occupazionale. Gli episodi clinici depressivi nelle organizzazioni DAP sono caratterizzati da forme con evitamento dell'esporsi, nelle quali ci si sottrae ad una possibile disconferma (ad es., ritiro prima di un esame, mancato debutto affettivo, ecc.) e forme in cui ci si sottrae al rischio di disconferme (ad es., rinuncia a proseguire un rapporto inducendo l'altro a mollare, intraprendere qualcosa senza completarla, ecc.). Nei disturbi depressivi DAP, gli eventi perturbanti correlati con la comparsa di abbassamenti clinicamente rilevanti del tono dell'umore consistono in categorie di esperienza vissute soggettivamente come disconferme, sia avvenute realmente, sia anche solo temute o percepite come ineluttabili nell'ambito della famiglia di origine, del gruppo dei pari, del rapporto affettivo, del curriculum scolastico o lavorativo. Questa esperienza di delusione fa percepire il soggetto inutile, impotente, fallito, "fuori dalla norma"; con un meccanismo tipo "tutto o nulla", l'adolescente sente di non riuscire a fare più niente di buono e di giusto, per cui l'aver fallito qualcosa porta ad un senso generalizzato di fallimento personale. Agli eventi perturbanti possono corrispondere quadri clinici estremamente diversificati, a volte anche nello stesso soggetto, sebbene i vari sintomi esprimano tutti un senso di sé confuso, precario ed instabile, oscillante tra la delusione vissuta e la speranza di un cambiamento delle cose, non infrequentemente collocato in un futuro remoto ed utopistico. In queste forme di depressione, per quanto concerne i rapporti tra emozioni perturbanti, temi di negatività personale ed alterazioni della coerenza interna, ad un atteggiamento di base passivo, a controllo esterno (evitamento di situazioni significative per timore di esporsi a fallimenti, pur mostrando al tempo stesso il bisogno di essere confermati) corrisponde sul piano emozionale una predominanza di tonalità centrate sulla vergogna e sul senso di inferiorità, con una alterazione della coerenza interna legata alla intolleranza alla disconferma da parte di figure significative, con le quali ci si confronta costantemente sul piano dei risultati.

## *2. Depressioni in adolescenti con organizzazione normativa OSS-PRONE*

Questa organizzazione presenta un sé ambiguo e ambivalente, in cui la negatività personale viene vissuta in relazione alla incapacità di corrispondere

ad un modello interno di perfezione, percepita come irraggiungibile; essendo caratterizzata da una più o meno rigida esclusione delle emozioni dalla consapevolezza, la perdita di controllo viene rielaborata attraverso spiegazioni razionali analitiche e si associa spesso alla comparsa di rituali compensatori. Frequentemente gli scompensi OSS-PRONE si associano a depressione. Prevalgono le forme di distimia, con andamento cronico ed esacerbazioni acute. In questi casi, l'abbassamento del tono dell'umore consegue al vissuto di incapacità personale nell'essere perfetti e controllanti come si dovrebbe o al non adeguamento, da parte degli altri, alle proprie ragioni, da cui deriva un senso di totale perdita di controllo per cui tutto sembra venire meno. Il soggetto avverte la ricerca della perfezione come una ricerca-dovere: il non conseguirla può attivare un senso di incontrollabilità che, al contrario delle organizzazioni distaccate, non riguarda specificamente la relazione con gli altri, ma investe e compromette il senso globale di sé, per cui si associa alla perdita, spesso generalizzata, di tutte le certezze fino ad allora acquisite. In questo contesto possono comparire anche forme di depressione maggiore, con temi deliranti di rovina e di sciagura (deliroidi depressivi od "olotimici"). Le varie modalità di scompenso depressivo delle organizzazioni normative rappresentano quindi forme cliniche, meno frequenti rispetto alle depressioni DAP e DEP-PRONE ma sufficientemente omogenee, con una lettura di sé antitetica e spiccatamente interna (forme depressive ambivalenti), con senso di negatività personale legata alla incapacità di rispondere ad una perfezione interna tanto cercata, quanto vissuta come irraggiungibile. In queste forme, gli eventi perturbanti all'origine dello scompenso vengono a compromettere il bisogno di controllo totale ed assoluto di sé e della realtà, vissuto da questi soggetti come una imprescindibile linea guida della propria esistenza. Le modalità di esordio clinico esprimono un senso di sconfitta totale, per cui da un evento anche limitato, concernente uno specifico settore dell'esperienza, percepito come incontrollabile, si attiva un massiccio lavoro logico-analitico, reiterato sempre più frequentemente anche attraverso la messa in atto di rituali ossessivo-compulsivi o di blocchi psico-motori. Ciò finisce per determinare un senso completo di incapacità a gestire i vari aspetti della propria vita, che appaiono frammentati e dispersi in una serie paralizzante di dettagli rigidi e stereotipati, non più associabili in una visione d'insieme, con un conseguente vissuto generalizzato di sconfitta e di resa. Il senso di insopportabilità della propria vita può condurre ad ideazioni suicidarie coscienti come unica via di uscita dall'angoscia. Per quanto riguarda i temi di negatività personale, le corrispondenti emozioni perturbanti e le

conseguenti alterazioni della coerenza interna, all'atteggiamento passivo di imperfezione e di negatività interna fa riscontro una marcata tendenza ad escludere le emozioni dalla consapevolezza, riducendole ad argomentazioni logiche. Inoltre la coesistenza di atteggiamenti ambivalenti di affetto/ostilità, di rivendicazione/colpa esprime una alterazione della coerenza interna legata alla intolleranza per la perdita del controllo assoluto della realtà e al senso di imperfezione personale che ne consegue, fino alla attivazione di rituali compensatori.

### *3. Depressioni in adolescenti con organizzazione controllante FOB-PRONE*

Questa organizzazione è caratterizzata dalla ricerca del controllo su due bisogni coesistenti ma antitetici: quello di prossimità fisica ad una figura identificata come protettiva e, allo stesso tempo, quello del mantenimento di una distanza da tale figura che consenta il necessario senso di libertà personale; quando tale controllo non riesce, ha luogo una rapida attivazione di pattern emotivi di paura o di costrizione, con frequente somatizzazione dell'ansia.

In queste organizzazioni le modalità marcatamente concrete di pensiero fanno sì che, come nel caso dei disturbi d'ansia, anche i disturbi depressivi siano spesso mascherati o si manifestino esclusivamente – sotto forma di somatizzazioni. Essi sono caratterizzati da inibizione psicomotoria, associandosi a sconforto per l'impossibilità di gestire le situazioni come sarebbe necessario. Si associano inoltre a un senso di precarietà e di vulnerabilità personale – estesa anche alle figure che costituiscono le "basi sicure" o, comunque, dei "punti di riferimento" – e ad una marcata angoscia che viene poi somatizzata (vertigini, sbandamento, tachicardia, precordialgie, cefalea, ecc.). Per l'evidente correlato ansioso, l'insonnia in queste depressioni FOB è anche iniziale, non solo lacunare o terminale. In ogni caso, nelle organizzazioni controllanti le perdite vengono percepite come una conferma della pericolosità e della inaffidabilità del mondo.

### *4. Depressioni in adolescenti con organizzazione distaccata DEP-PRONE*

Questa organizzazione si presenta con un sé centrato su temi di ineluttabile fallimento esistenziale, contro cui ogni sforzo rischia di risultare vano, con conseguente selezione di pattern emozionali di rabbia o di disperazione (a lettura prevalentemente interna). Nelle organizzazioni DEP-PRONE, gli eventi perturbanti correlati con abbassamenti dell'umore clinicamente rilevanti, vengono vissuti, sul piano soggettivo, con un senso di ulteriore

perdita, di abbandono o di sconfitta, trovando riscontro in modalità di scompenso caratterizzate tutte da un marcato senso di negatività personale, a volte percepito come ineluttabile e inemendabile.

La ricorrenza di tonalità emotive connesse con sensi di perdita, di delusione e di colpa – per la propria incapacità di ottenere un attaccamento emotivo stabile, nonostante gli sforzi compiuti in tal senso – evidenzia una coerenza interna centrata sull'intolleranza al distacco, percepito come riprova del proprio destino di sconfitta, di solitudine e di rovina. Il vissuto di impotenza, di grande sforzo compiuto cui corrispondono solo modesti, parziali e precari risultati, viene riferito a colpe proprie più che alla mancanza di supporto o di sostegno esterno (come si osserva nelle depressioni DAP-PRONE): se mai, la mancata risposta sul piano empatico da parte di altri viene avvertita come una ulteriore conferma della propria negatività personale, dapprima sospettata o temuta, quindi vissuta con un senso sempre più marcato di rabbiosa o rassegnata certezza. Per quanto riguarda la relazione tra temi di negatività personale, corrispondenti emozioni perturbanti e conseguenti alterazioni della coerenza interna, negli scompensi depressivi le organizzazioni distaccate l'atteggiamento passivo – associato ad un senso più o meno evidente di tristezza, fino alla disperazione – si alterna in genere con momenti di reazione anche rabbiosa e violenta, espressione entrambi di una negatività più interna che legata alla considerazione esterna. Nelle diverse forme cliniche di depressione, pur con diversi gradi di gravità e con gli aspetti descrittivi che caratterizzano i singoli sottotipi (depressione maggiore, distimia), le attivazioni emozionali tacite di disperazione e di rabbia trovano espressione, a livello esplicito, in scenari molto variabili (sia per intensità che per andamento nel tempo) di inadeguatezza e di indegnità personale: ad esempio, non ritenersi degni di considerazione e di amore, sentirsi sporchi moralmente, vedersi in un tunnel o in un baratro senza intravedere una via di uscita se non precaria e lontana, avere la sensazione di dovere toccare il fondo senza sapere se sia possibile risalire con grande sforzo almeno un po', vedere crollare tutti i propri progetti e le proprie speranze (che ormai appaiono solo illusioni) senza avere costruito nulla di significativo. Queste trame narrative depressive vengono vissute a livello esplicito come realmente oggettive e inconfutabili e non come il modo soggettivo abituale di riordinare le esperienze vissute nel corso del proprio ciclo di vita, a partire dalla relazione di attaccamento. Spesso i temi depressivi si estendono progressivamente “a macchia d'olio” dal soggetto al suo contesto relazionale (ad es., la famiglia) fino a comprendere le sorti del mondo intero

(con un sentimento pervasivo di catastrofe e di rovina, che spiega come si possa giungere a volte a forme di “omicidio-suicidio compassionevole”, per sottrarre sé ed i propri cari ad una sorte di sciagura percepita come oggettivamente inevitabile); le idee di autosoppressione (spesso del tutto dissimulate o negate) possono apparire al soggetto come l’unica possibilità di porre fine ad una esistenza percepita come insopportabilmente angosciante e dolorosa. Nelle forme di depersonalizzazione e di derealizzazione, le trame depressive portano a non riconoscere il proprio corpo o il proprio ambiente abituale di vita o comunque a provare per essi un senso di estraneità, come se li si osservasse dal di fuori: il soggetto non sente più il mondo interno, come se fosse svuotato, piatto, come se il proprio sguardo fosse scollegato dal corpo, mentre anche la realtà esterna, non accettata, viene non riconosciuta e negata. Infine, in alcuni scompensi delle organizzazioni distaccate, soprattutto se associate ad una componente DAP, si osservano alterazioni del comportamento alimentare, proprio in associazione con una deflessione del tono dell’umore. Questi disturbi si possono manifestare sia sul versante attivo (forme anoressiche), sia su quello passivo (forme obese), sia infine sul versante intermedio (forme bulimiche). Essi esprimono il disagio di accettare e vivere attraverso il corpo, che viene ridotto al minimo attraverso la negazione, a volte rabbiosa, del rapporto con gli altri o amplificato per contenere il proprio dolore esistenziale, mentre nel vomito bulimico emergono più chiaramente contenuti di colpa e punizione. Rispetto alle forme DAP-PRONE, le attivazioni emozionali (soprattutto di rabbia e/o di disperazione) sono marcate e i temi corporei sono secondari al senso di negatività personale, che appare primario e che prescinde dalla accettazione esterna.

## CONCLUSIONI

L’individuazione di forme diverse di depressione adolescenziale – la cui sintomatologia costituisce pertanto una espressione trans-organizzazionale – permette una lettura mirata dei vari sintomi e dei temi di negatività in un’ottica evolutiva, tenendo conto dei modelli di attaccamento e ponendo l’accento sull’organizzazione di significato personale.

A partire dagli eventi perturbanti e dalle modalità di scompensamento, è possibile operare una riformulazione clinica della sintomatologia depressiva, fornendo una chiave di lettura che permetta una messa a fuoco consapevole delle

emozioni perturbanti e delle modalità di spiegazione e di auto attribuzione delle esperienze che vengono vissute come disadattive e disfunzionali.

Come abbiamo avuto modo di sottolineare (Nardi, 2001; Nardi e Romagnoli, 2003), è possibile in tal modo conseguire un nuovo e più complesso equilibrio interno, che tenga conto dei processi maturativi in corso e, in particolare, della progressiva acquisizione delle capacità logiche astratte, consentendo una lettura più “viabile” sul piano soggettivo di ciò che accade, nell’ambito della specifica organizzazione cognitiva di significato personale di ciascuno.

Gli eventi esperienziali pregressi, attuali e futuri, vissuti come discrepanti sotto il profilo emozionale, possono essere così colti secondo angolature diverse e con strumenti conoscitivi nuovi, con una più duttile ed ampia messa a fuoco del mondo interno ed esterno, liberando potenzialità e risorse che lo scompenso depressivo aveva, a volte drammaticamente, bloccato e represso.

Attraverso il lavoro psicoterapeutico, finalizzato al recupero dell’intrinseco valore di crescita di una visione “anche” depressiva di sé e del mondo, il disturbo dell’umore caratterizzante la crisi adolescenziale può allora risolversi in un processo maturativo, favorendo l’acquisizione di un nuovo senso di realtà, con una messa a fuoco dell’esperienza articolata nei chiaro-scuro, distante al tempo stesso dai miti illusori propri dell’infanzia e da una visione adulta ma rigida, tipo “tutto-o-nulla”, dell’esistenza.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV). A.P.A. Press, Washington, 1994. (Ed. it.: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano, 1995).

Brent D.A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Iyengar S., Johnson B.A.: A clinic psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885, 1997.

Diener C.I., Dweck C.S.: An analysis of learned helplessness, 2, The processing of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 940-952, 1980.

Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991b. (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Maturana H., Varela F.: Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: Autopoiesi e Cognizione. Marsilio, Venezia, 1988).

Maturana H., Varela F.: The Tree of Knowledge. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: L’Albero della Conoscenza. Garzanti, Milano, 1987).

Nardi B.: La depressione. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): Scoprire l'Adolescenza. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.

Nardi B.: Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B.: La depressione adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva, pp.650-683. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Nardi B., Capecchi I.: L'approccio clinico alla persona assistita. Lettere dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. A Prima parte, Razionalismo e Post-razionalismo, 8(4), 19-23, 2005. B Seconda parte, Aspetti diagnostici categoriali ed esplicativi, 8(5), 24-28, 2005. C Terza parte, Aspetti oggettivi e soggettivi: il rapporto mente-corpo, 8(6), 25-30, 2005.

Nardi B., Pannelli G.: Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico-processuale. Rivista di Psichiatria, 32 (4), 157-164, 1997.

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. Rivista di Psichiatria, 6, 277-286, 1998.

Nardi B., Pannelli G.: Adolescent depression: How to cope turmoil and self negativity. Medicine, Mind and Adolescence, 13 (1-2), 1998.

Nardi B., Romagnoli F.: La depressione. In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento dell'Università Politecnica delle Marche in collaborazione con l'Accademia dei Cognitivi della Marca. Quaderni, Ancona, 2003.

Prigogine I.: La Fine delle Certezze. Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

Reda M.A.: The narrative reconstruction of the Self in the treatment of depression. In: 8<sup>th</sup> International Congress on Constructivism and Psychotherapy. IPRA, Monopoli, 2003.





Giorgio Rezzonico, Rita Bisanti

## ASPETTI DELL'INTERVENTO CON L'ADOLESCENTE "BORDERLINE"

### 1. LA DIAGNOSI DI DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE

I criteri di classificazione dell'Asse II del Manuale Diagnostico per i Disturbi Mentali (DSM-IV-TR) sono da tempo oggetto di critica in ambito cognitivo-costruttivista. Come afferma Nardi (2001) "il concetto di *disturbi di personalità*, nell'approccio sistemico processuale, si svuota di significato". Nei Disturbi di Personalità dovremmo rintracciare "modalità abituali di funzionamento", mentre di fatto questa etichetta è genericamente identificabile come categoria che raccoglie elementi eterogenei, dalle dimensioni sub-cliniche di disturbi classificati in Asse I a modi rigidi di funzionamento riferibili a specifiche Organizzazioni Cognitive di Personalità (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991), a manifestazioni comportamentali molto difformi l'una dall'altra. Inoltre non viene adeguatamente considerato il livello di espressività del cosiddetto disturbo, né le traiettorie che hanno portato all'insorgenza dei comportamenti diagnosticati come "Disturbi di Personalità", in particolare di tipo borderline.

Peraltro, i criteri di classificazione sono stati messi in discussione anche da parte di coloro che hanno contribuito alla definizione classica di "Disturbo di Personalità" secondo il DSM (Gunderson, 2001; Morey et al. 2002). La definizione di "borderline" in particolare desta perplessità. Nasce da una forma di etichettamento che conduce a trascurare l'insieme delle esperienze e delle storie di vita individuali che stanno dietro alle etichette. Il modello medico che sottende questa impostazione è funzionale in una certa misura, ma palesa i suoi limiti quando si deve considerare tutto ciò che esula dalla semplice descrizione sintomatologica (Rezzonico, 1996; Meier, 2004). A questo si deve aggiungere il fatto che tuttora sono in corso studi finalizzati alla raccolta di evidenze empiriche per confermare la validità del costrutto e l'utilità del suo uso diagnostico in età adolescenziale (Chabrol et al., 2001, 2004) così come in età evolutiva (Zelkowitz et al., 2004). A fronte della genericità dei metodi di classificazione descrittiva ci troviamo davanti a situazioni complesse e variegate, dove emerge l'esigenza di formulare risposte individuali o almeno

relative a piccoli sottogruppi di persone. Un ulteriore fattore confondente è rappresentato dall'elevata frequenza della cosiddetta "comorbilità" fra diversi Disturbi di Personalità (Zanarini e Gunderson, 1997). Tutto ciò conduce al fatto che nella pratica clinica la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità viene spesso utilizzata per descrivere gli adolescenti problematici o "difficili", sebbene vi sia abbastanza confusione rispetto a che cosa questa categoria comprenda. Per di più, alcuni studi hanno messo in evidenza che i criteri per tale diagnosi in adolescenza mostrano una minore validità in termini diagnostici rispetto agli stessi in età adulta e una maggiore sovrapposizione con altri disturbi di personalità (Bondurant, Greenfield e Tse, 2004).

Può essere riconosciuta, al di là di questi limiti, una parziale validità della classificazione del DSM per la comunicazione tra specialisti da una parte e la sua funzione di orientamento previsionale delle possibili difficoltà relazionali che il terapeuta può incontrare nel rapporto con queste persone, molte delle quali rientrano nella categoria dei cosiddetti "*pazienti difficili*" (Perris, 1993). Questo termine sposta il *focus* su aspetti di ordine comportamentale e relazionale. Altre modalità descrittive del fenomeno – di tipo cognitivo-relazionale – offrono ben maggiori e concrete possibilità d'intervento (Meier, 2004; Rezzonico, 1996) soprattutto se inseriti in un'ottica psicosociale e narrativa (Rezzonico e Bisanti, 2004).

## 2. STILI DI ATTACCAMENTO E ORGANIZZAZIONI COGNITIVE DI PERSONALITÀ

Ai fini della formulazione di una diagnosi funzionale e della progettazione dell'intervento terapeutico può essere utile considerare l'influenza dello stile di attaccamento sui cosiddetti Disturbi di Personalità. La concettualizzazione dell'attaccamento di tipo D – nelle sue differenti varietà – fornisce, pur con tutti i suoi limiti, un discreto apporto di conoscenze a livello teorico nella comprensione di alcune modalità di funzionamento psicologico e relazionale, anche in un'ottica evolutiva (Lambruschi, Lenzi, Leoni, 2004). Ci si può quindi chiedere, pur nella molteplicità dei suoi effetti, quali siano le influenze – e per il terapeuta le complicazioni – che questo stile di attaccamento, che appare più frequentemente associato allo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità (Liotti, 2001; Perris, 1999), può avere in relazione alle diverse Organizzazioni di Personalità.

È impressione clinica diffusa che fra i soggetti a cui viene attribuita questa tipologia di diagnosi si riscontrano con maggior frequenza quelli tendenti al

funzionamento secondo l'Organizzazione Cognitiva da Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP). Lo stile di attaccamento di tipo D tende infatti a "disorganizzare" laddove vi siano aspetti di per sé già tendenti alla disorganizzazione, come avviene nel caso della scarsa definizione dei confini del Sé che caratterizza il funzionamento delle Organizzazioni DAP.

Nelle altre tre Organizzazioni di Personalità una storia di attaccamento D può avere influenza su aspetti particolari: nelle Organizzazioni Ossessive, ad esempio, può facilitare esplosioni emozionali e lo sviluppo di stati mentali fortemente giudicanti; nelle organizzazioni di tipo depressivo può facilitare il passaggio all'atto che conduce a comportamenti suicidali e para-suicidali; infine, nelle Organizzazioni Fobiche, può facilitare lo sviluppo di ideazioni di tipo paranoide. Per la costruzione del senso di identità personale occorre comunque ricordare che la rilevazione di una storia di sviluppo caratterizzata da stili di attaccamento di tipo D non pregiudica la possibilità di sviluppare un'identità personale meglio definita. L'attaccamento D rappresenta un fattore di rischio, non un nesso causale.

Se ci atteniamo all'area diagnosticata "borderline", ricordiamo che la palese difficoltà della regolazione delle emozioni in questi soggetti è un aspetto di importanza primaria e svolge un ruolo centrale nelle varie manifestazioni disfunzionali (Linehan, 1993). A questa difficoltà si assommano le instabilità emozionali e la facilità di passaggio fra differenti stati mentali, entrambe caratteristiche dell'adolescenza.

Nel passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza si distingue classicamente una fase di disorganizzazione associata all'emergere di aspetti connessi con l'attivazione neuroendocrina e all'acquisizione, a livello maturativo, di capacità di pensiero in precedenza non ancora sviluppate. A questo corrisponde anche biologicamente una fase in cui le emozioni hanno primato importante e, successivamente, una fase di riorganizzazione dell'esperienza personale con accentuazione di aspetti cognitivi prima meno presenti. Questo passaggio, che corrisponde alla scoperta della propria unicità e solitudine esistenziale – "*solitudine epistemologica*" (Reda, 1986) – genera a sua volta emozioni basiche potenti, che vanno dall'euforia associata alla percezione soggettiva di "poter disporre del mondo" alla tristezza intesa come la sensazione di solitudine avvertita in connessione con la percezione del senso della propria unicità. Le organizzazioni di personalità che arrivano a questa fase di passaggio con una prevalenza di componenti di indefinitezza sono maggiormente perturbate da questo processo, in primo luogo sono le DAP, cui seguono le altre, a seconda delle loro caratteristiche.

### 3. ALCUNE MODALITÀ DI LAVORO SULLE EMOZIONI

#### *3.1 Validazione emozionale*

Con gli adolescenti “difficili” la validazione emozionale – che costituisce l’aspetto centrale della terapia per il cosiddetto Disturbo Borderline di Personalità – acquisisce un valore particolarmente significativo, in quanto alle fluttuazioni emozionali tipiche della fase adolescenziale si somma l’instabilità emotiva caratteristica di tale disturbo per cui tali oscillazioni si intensificano in modo rilevante e repentino.

Il lavoro sulle emozioni, sentimenti e stati d’animo implica innanzitutto un assetto relazionale adeguato, coerente con l’obiettivo dell’assoluta validazione degli stati emozionali dell’adolescente da parte del terapeuta (Linehan, 1993; Barone e Maffei, 1997). Generalmente per queste persone è difficile accedere a una stabile comprensione empatica e validante. Spesso l’esperienza più simile alla condivisione emozionale avviene attraverso la partecipazione a contesti e azioni collettive emotivamente molto coinvolgenti, sovente collegate all’area dell’illegalità – forme di devianza, piccola delinquenza, atti di bullismo, “bravate” di gruppo, ecc. – dove la condivisione è limitata in quanto connessa alle caratteristiche dell’esperienza concreta e può assumere modalità molto particolari ed estreme. Per questo motivo diventa così importante e significativa la possibilità per l’adolescente di poter sentire le proprie emozioni validate e condivise in modo globale all’interno di una relazione continuativa adulta, quella terapeutica, stabile nel tempo e adeguatamente forte. Questo ovviamente non significa condividere le conseguenze pragmatiche degli atti susseguenti l’attivazione emozionale: il lavoro terapeutico è proprio centrato, pur fra molte difficoltà, a disgiungere la spinta emozionale dalle azioni e pensieri abitualmente conseguenti. Ciò non significa neppure assumere un ruolo pedagogico ma introdurre quel seppur ridotto spazio di riflessione in grado di consentire che vengano messi in atto pensieri e comportamenti più funzionali, o quantomeno meno disfunzionali, cercando di pervenire ai primi per piccoli passi.

Carlotta, una sedicenne, che a suo dire aveva subito un gravissimo torto da parte del padre, medita di vendicarsi uccidendolo. Oltre a indicare le inevitabili conseguenze per lei stessa del preconizzato atto di sangue – considerazione di per sé poco efficace sul piano emozionale – a Carlotta si è posto il quesito di quali altre modalità poteva immaginare per “punire il padre” senza subire le conseguenze su esposte. Alla fine della seduta emerge che la via che lei si sente di percorrere – in modo coerente con le proprie emozioni

– era quella di rompere l'alleanza esistente fra i genitori contro di lei, associandosi fortemente al padre, in modo strumentale, contro la madre. Ottiene così come vantaggi secondari l'incremento della conflittualità fra i coniugi e la conseguente diminuzione dell'aggressività nei propri confronti, nonché vantaggi economici legati al fatto che il padre, per mantenere l'alleanza con la figlia, aveva ripreso a darle denaro anche in modo considerevole. Dopo circa un mese l'effetto pragmatico è consistito in un parziale disinvischiamento dalle dinamiche familiari e nella possibilità d'avviare un calibrato progetto individuale, inteso come tappa verso l'autonomia personale ma anche verso un miglior riordino delle complesse relazioni familiari.

### 3.2 Conoscere il ruolo delle emozioni

La conoscenza del mondo emotivo – tramite l'autosservazione – e la riflessione sull'esperienza emozionale soggettiva – si avvalgono di differenti “strumenti”.

Come da più parti è stato sottolineato, quelli che Bercelli e Lenzi (1998) chiamano “*inserti psicoeducazionali*” risultano fondamentali per poter iniziare a riordinare il disordine emozionale entro una cornice di riferimento. Non è così scontato apprezzare che tutte le emozioni che noi proviamo hanno un senso, delle specifiche modalità espressive, dei risvolti emozionali cognitivi e comportamentali, degli effetti pragmatici, e soprattutto, se si sono selezionate nell'evoluzione, il fatto che assolvono a determinate funzioni. Ad esempio la delusione, se non è pervasiva, induce all'autoriflessione, su di sé o sull'altro, rimodellando le aspettative e promuovendo un'azione efficace. Oltre al colloquio, per tale lavoro risultano utili diversi strumenti, anche del tipo “carta e penna” (Linehan, 1993), che inducono all'autoriflessione e a una migliore conoscenza del proprio funzionamento. Un approccio che risulta particolarmente utile e comprensibile è quello rappresentato dalla *Teoria dei Sistemi Motivazionali* (Liotti, 1994, 2001; Ruberti, 1996) che descrive il ruolo delle emozioni in tali comportamenti mirati allo scopo. Consentono di analizzare le gerarchie emozionali legate a tali sistemi, l'ipo o l'iper-sviluppo di alcuni di essi, la separazione o la sovrapposizione fra sistemi e relative emozioni. Tutto ciò consente di creare un quadro di riferimento che quantomeno ingenera la sensazione, se non il convincimento, che esiste una “logica emozionale”, che la stessa è intersoggettiva e in continua modificazione, e che vi sono molteplici possibilità, a vari livelli di gestione, delle condizioni emozionali.

### *3.3 Il significato soggettivo delle emozioni*

Quando si passa da un approccio maggiormente di tipo psico-educazionale – che pure fa riferimento alla condizione personale del soggetto – all’analisi delle emozioni provate e al significato soggettivo delle stesse, spesso il compito diventa difficoltoso, sia per la reattività emozionale intensa che la rievocazione di alcuni eventi comporta, sia per gli aspetti di inibizione cognitiva che sovente vi sono associati. Tuttavia è un’attività essenziale da affrontarsi in una relazione discretamente rassicurante, usando alcune accortezze affinché le tematiche risultino intelleggibili, assimilabili e diventino elemento propositivo della persona. In questa fase il rischio di fraintendimenti, di errate interpretazioni, blocchi cognitivi ed emozionali, di reazioni di evitamento, rispettivamente di stati dissociativi, è da tenersi sempre presente, anche perché questi fenomeni possono presentarsi, in una dimensione sub-clinica, a volte di non facile rilevazione. Fra le accortezze di questo processo, l’esperienza clinica suggerisce di affrontare le tematiche “calde” – come quelle inerenti le “separazioni” – partendo dall’analisi di episodi meno emotivamente rilevanti, come ad esempio le separazioni avvenute in relazioni periferiche.

Per le inibizioni cognitive, a volte può essere utile la registrazione su cassetta della seduta al termine della quale essa viene consegnata alla persona con l’indicazione di riascoltarla e di riferire i commenti in quella successiva. Questo procedimento in genere dà dei risultati interessanti e apre ad approfondimenti più adeguatamente modulati. In alcuni casi diventa uno strumento di monitoraggio del processo. Elisabetta è una professionista di 30 anni che tiene validamente un’attività lavorativa mentre nella vita privata i rapporti personali sono praticamente un disastro. Le viene consegnata l’audiocassetta registrata e, quando le viene chiesto di riferire dei contenuti della seduta precedente, riferisce che non ha ascoltato quello che il terapeuta diceva – mentre per il terapeuta era stata una seduta significativa in cui si era sentito particolarmente efficace – concentrandosi invece su quella che lei stessa aveva detto con un certo compiacimento. Qualche seduta più avanti, Elisabetta riferirà che non ricordava il contenuto di quanto detto dal terapeuta ma che le era piaciuto il tono con cui egli le parlava. Dopo un paio di mesi è in grado di riferire i contenuti del terapeuta e, con stupore, afferma che era stato molto istruttivo riascoltarli, perché in seduta li aveva solo parzialmente focalizzati. In seguito le registrazioni termineranno allorquando Elisabetta afferma che si è abbastanza annoiata a risentire le ultime due audiocassette in quanto erano solo una ripetizione di quanto detto in seduta.

Anche per analizzare il significato soggettivo delle emozioni può essere

utile un riferimento alla Teoria dei Sistemi Motivazionali per incrementare la capacità discriminativa nei confronti delle stesse. Non ci soffermiamo oltre su questo punto già trattato in altri ambiti (Rezzonico e Bisanti, 2002) se non ricordando l'esempio della *rabbia*. Secondo tale teoria, l'aggressività e la rabbia possono essere ascritte con espressività, comportamenti e finalità differenti a seconda che siano ascritte al sistema motivazionale di difesa personale, di difesa del territorio, a quello predatorio, al sistema dell'attaccamento, a quello dell'accudimento, oppure a quello dell'agonistico rituale, ecc., con i possibili ipo o iper-sviluppo degli stessi oppure nella rigida separazione o sovrapposizione di tali sistemi.

### 3.4 *Moviola e analisi funzionale delle emozioni*

L'analisi delle emozioni procede secondo modalità sincroniche – collegamenti tra le emozioni (pensieri, azioni, ecc.) concomitanti – e modalità diacroniche, analizzando lo sviluppo nel tempo della stessa emozione, rispettivamente le fasi di passaggio da un'emozione prevalente all'altra. A tale scopo possono essere utilizzate una serie di tecniche tra cui quella della *moviola* (Guidano, 1987, 1991, 1996), spesso in abbinamento ad altre tecniche di autosservazione. Riportiamo di seguito un caso che si è avvalso dell'utilizzo del *Trantor Emotions Questionnaire, TREQ*, (Rezzonico e Bisanti, 1999), il questionario sulle emozioni, nell'analisi del complesso percorso emozionale della terapia con Carlotta.

*I Fase.* Carlotta è in attesa della sentenza da parte del Tribunale dei Minori. È molto arrabbiata e infuriata con tutto il mondo. Nel corso dell'analisi del *TREQ* con il terapeuta, Carlotta discute con lui delle emozioni prevalenti di questo periodo. Riesce così a identificare e a dare un nome ad alcune emozioni che sta sperimentando con alta intensità e frequenza in questo periodo: paura, rabbia, impotenza, debolezza, odio nei confronti del Tribunale e della sentenza che sta aspettando. Carlotta segna però anche un'altra emozione: la speranza.

*II Fase.* Il Tribunale dei Minori emette la sentenza in cui viene assegnato a Carlotta un periodo di prova. Essa mostra comportamenti aggressivi e minaccia di morte i genitori. Quando compila il *TREQ*, racconta dell'odio che sente con alta intensità nei confronti del padre ma anche dei suoi sentimenti di inadeguatezza, estraneità, preoccupazione e una delusione molto forte nei confronti degli amici che sembrano averla dimenticata. C'è anche un profondo senso di fragilità e un continuo scoramento.

*III Fase.* Carlotta riceve notizie dalla scuola per modelle che voleva fre-

quentare. Attraverso l'analisi del *TREQ* con il terapeuta, emerge che in questo periodo vengono sperimentate molte emozioni con variazioni nell'intensità e frequenza: sorpresa, odio, inadeguatezza e rabbia sono sperimentate con minore intensità mentre la speranza è più frequente. Vi è anche esultanza, agitazione e amore. Il confronto tra le due schede (emozioni sperimentate in questo periodo ed emozioni sperimentate nella vita) mette in evidenza che le emozioni tipiche della vita sono più positive di quelle di questo periodo per Carlotta: vi è infatti amicizia, gratitudine, determinazione, rabbia, furia, invidia. Carlotta non segnala l'odio come emozione tipica della vita sebbene questa sia sempre sperimentata. L'applicazione del *TREQ*, oltre a facilitare la pianificazione del lavoro sulle emozioni, nel percorso terapeutico è risultato particolarmente utile in questo caso per affrontare la scissione tra l'alta attivazione emozionale e l'immagine di Sé (Bisanti e Rezzonico, 2003).

### 3.5 . *Immaginazione, sogni e generazione di alternative*

L'utilizzazione dell'immaginazione può essere molto utile nel lavoro sulle emozioni. Il materiale può derivare sia dal contenuto onirico del sonno notturno, sia dai sogni a occhi aperti o da un'attività rappresentativa intenzionale. Può trattarsi anche della costruzione di scenari tratti dal mondo dei fumetti, dai giochi di ruolo oppure della costruzione originale di personaggi fantastici che si trovano a operare in situazioni emozionalmente significative. Il vantaggio di queste procedure consiste nel fatto che da un lato elicitano emozioni e partecipazione anche intense e che dall'altro c'è un significato di costruzione d'attribuzione di senso, quindi di potenziale possibilità di orientamento e gestione oppure, come nel sogno notturno, di poter differenziare il "Sé narrante" dal "Sé sognatore", marcando quindi il confine fra essi (Rezzonico e Liccione, 2004).

Tutto ciò consente da un lato la creazione di un contesto di *gioco*, per sua stessa natura meno reale della realtà e dall'altro lo stimolo alla partecipazione emozionale nella costruzione di mondi possibili in modo creativo, più distanzianti e quindi non direttamente riferibili del tutto a se stessi. Per cui sono possibili degli interventi del tipo "cosa prova il personaggio", "cosa potrebbe provare al suo posto un altro personaggio", "cosa prova l'interlocutore", ecc. Questo consente di generare in un clima emozionalmente più adeguato una vasta gamma di alternative di comportamenti. Quelle più offensive saranno mitigate dalla natura del gioco, quelle più "rispettose delle regole" potranno più facilmente essere percorse in quanto si tratta di un gioco e non di un coinvolgimento personale diretto, nel qual caso la generazione e lo sviluppo di queste ultime verrebbero inibiti.



#### 4. DE-COSTRUZIONE E COSTRUZIONE DELLE EMOZIONI FORTEMENTE PERVASIVE: IL SENSO DI VUOTO

Un aspetto con cui ci si trova regolarmente confrontati riguarda l'analisi e la gestione delle emozioni fortemente pervasive quali la rabbia, la disperazione, la delusione, il senso di inadeguatezza, il senso di vuoto, ecc. Se un'emozione è fortemente pervasiva l'attivazione emozionale della persona determina una focalizzazione assoluta sulla stessa e quindi fenomeni di *inibizione cognitiva*, di facilità di passaggio all'atto, di concatenamento con altre emozioni negative, ecc. Una delle modalità per cercare di affrontare questi aspetti emozionali, consiste nella de-costruzione del complesso di tale emozioni in sottoinsiemi emozionali, che da un lato interrompono la percezione negativa globale e che dall'altro consentono interventi più specifici e settoriali. Prendiamo ad esempio la percezione del senso di vuoto, che è vissuta come esperienza di angoscia totalizzante e di "nullificazione": da questa sensazione spesso la persona cerca una via di uscita con azioni, spesso incongrue, con l'uso di sostanze, ad esempio per raggiungere un'anestesia emotiva, oppure con gesti auto ed etero-aggressivi. La de-costruzione del senso di vuoto passa attraverso dei tentativi di riempire lo stesso di altri significati emozionali (vedi Fig. 1).

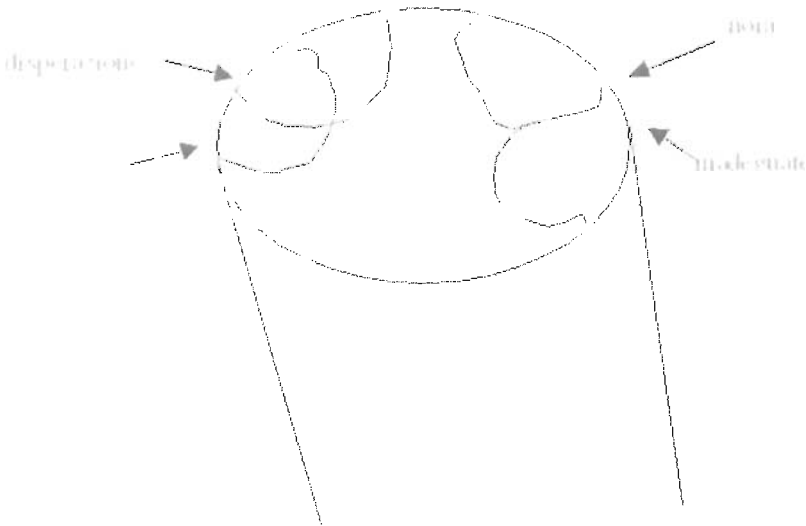
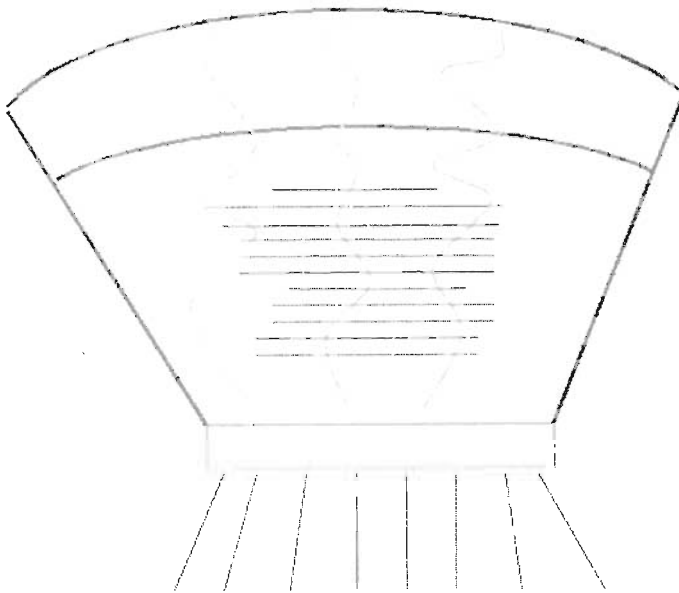


Fig. 1. Decostruire il senso di vuoto: differenziare in tristezza, noia, perplessità, ignoto, inadeguatezza, ansia, panico, disperazione, estraneità, disorientamento...

Si tratta per quella persona di differenziare le varie componenti co-costruendo con la stessa nuovi significati. Ad esempio, per Piero nel senso di vuoto era possibile differenziare componenti di tristezza, disperazione, noia, inadeguatezza, disorientamento pur restando ancora una parte definibile solo come senso di vuoto, senza altro nome, però meno pervasivo. Non è più il “buco nero” che tutto assorbe ma tristezza, disperazione, noia, inadeguatezza e disorientamento che in quanto tali possono essere più agevolmente affrontati. Per di più il fatto che lui sia davanti al terapeuta, ne parli, ne soffra, implica l’esistenza di un forte processo vitale, basilico che è all’origine della motivazione di accettare di essere lì, di fronte al terapeuta, in quel momento. E il senso di vuoto perde quindi le caratteristiche di pervasività per assumere quelle di un elemento disturbante nel complesso dell’assetto emozionale della persona.

## 5. COSTRUZIONE E VALIDAZIONE DEL SENSO DI SÉ

Fra i vari interventi proposti, volti più specificatamente allo sviluppo e validazione del senso di Sé, abbiamo trovato utile operare con la tecnica della *metafora del “filo rosso”*. Essa consiste nella rappresentazione delle problematiche cosiddette borderline a *tre livelli*: un primo livello, quello di *interfaccia con il mondo*, è costituito da una serie di abilità, sensibilità e competenze accettabili o addirittura evolute, utilizzate sovente in modo inadeguato o afinalistico; un secondo livello comporta invece caratteristiche di grande indefinitezza, rappresentabile da una sorte di “*nebbia*”, oppure da meccanismi scarsamente governabili e modulabili, ad esempio meccanismi a placche; un terzo livello profondo, che proponiamo di definire come lo “*zoccolo duro*”, va riconosciuto e validato. Lo zoccolo duro è una metafora di un’entità basilica costitutiva del senso di Sé che di fatto esiste anche se non è immediatamente rappresentabile o percepibile. Essa può identificarsi con aspetti biologici, con aspetti costituzionali riconosciuti dalla persona, con il fatto che comunque l’adolescente si espone all’idea di un percorso terapeutico che va ovviamente costruita con la persona stessa. Il compito della terapia consiste sostanzialmente nel rintracciare i legami possibili – i “*filii rossi*” – che collegano il livello superficiale, ossia gli aspetti di funzionamento positivo superficiale, al livello più profondo e solido, costruendo un’impalcatura su cui si possono strutturare le esperienze che la persona può fare. Si tratta quindi di ricondurre emozioni, pensieri e comportamenti molteplici e apparentemente incoerenti a un’ipotesi costruita e condivisa di coerenza sulla quale intessere la narrativa personale (vedi Fig. 2).



*Fig. 2. Costruzione e validazione del senso di Sé*

## 6. IL LAVORO SULLA FAMIGLIA E LA RICOSTRUZIONE DELLE RELAZIONI

Esistono molteplici modalità per affrontare il lavoro con le famiglie che si rifanno alla sistemica, cognitivista-costruttivista e alcune specifiche per il trattamento delle famiglie con adolescenti “difficili” (Santisteban et al., 2003; Gunderson, 2005). Qui vogliamo fare un breve cenno a un modello che è risultato interessante nel cercare di ricostruire il senso delle relazioni familiari.

Premesso che l’intervento sulle famiglie dei cosiddetti “pazienti borderline” è un intervento commisurato sulla singola situazione proprio perché la variabilità delle condizioni non consente delle codifiche generalizzabili, è possibile in diversi casi impostare un lavoro prevalentemente volto alla ricostruzione delle relazioni. A seguito di qualche incontro comune – cioè con il figlio e i genitori insieme – può essere opportuno svolgere incontri separati. In tali incontri si invita ciascun membro a riflettere e a provare a dare una spiegazione agli stati d’animo degli altri. Si tratta di effettuare un lavoro in parallelo con il figlio e la coppia genitoriale con l’obiettivo di modificare il significato per-

cepito di comportamenti, emozioni e pensieri.

Le famiglie da un lato, e l'adolescente dall'altro, sono reduci da mesi – ma più spesso anni – di difficoltà di comunicazione, di incomprensione. Peraltro, le alte emozioni espresse sono il segno di un importante investimento relazionale nell'altro. Si tratta quindi di concentrarsi sulle rispettive attribuzioni di significato: il terapeuta si pone come “traduttore” all'interno di una via di comunicazione al momento interrotta o comunque non funzionante in modo adeguato. Si può concordare che lo spazio di dialogo con il terapeuta divenga, per un periodo di tempo, il solo ambito in cui discutere di particolari temi e può essere molto utile la *prescrizione del segreto*, il divieto cioè di parlare di tali temi quando il figlio/a e i genitori s'incontrano onde evitare di ricadere nei consueti cicli di attribuzioni di significato che generano sofferenza e disagio. Questi temi potranno eventualmente essere affrontati – ma non necessariamente – negli incontri periodici comuni e il terapeuta assume in questa ottica il ruolo di *traduttore-generatore* di nuovi significati. Nelle famiglie che rispondono a questo tipo di approccio si genera poi spontaneamente una ridefinizione della percezione dell'altro e quindi una ricostruzione delle relazioni familiari e un'apertura verso nuove fasi di sviluppo.

## 7. ASPETTI PECULIARI DELLA COMUNICAZIONE CON L'ADOLESCENTE “DIFFICILE”

Non vorremmo ripetere quanto una parte della ricca letteratura adolescenziale sostiene circa le caratteristiche della comunicazione e relazione con l'adolescente difficile. In sintesi, la difficoltà consiste nel coniugare la flessibilità e variabilità del *setting* con la costruzione di alcune – invero poche – regole fondamentali di funzionamento, che consentano sia la tenuta della relazione che un confronto anche impegnativo quando queste regole rischiano di essere vanificate.

Qui si apre ovviamente il discorso che riguarda gli accorgimenti utili nella gestione e recupero delle relazioni difficili (Rezzonico e Rinaldi, 2003) e in quell'istituzione attualmente definita come *co-terapia* (Liotti, Farina, Raimone, 2005). La variabilità del *setting* deve essere di fatto stabilita persona per persona e momento per momento. Ma i termini vanno preventivamente e chiaramente esplicitati e, se del caso, negoziati e modificati.

Il ruolo del terapeuta è caratterizzato da flessibilità e disponibilità. Esse vanno dalla disponibilità personale alla accessibilità telefonica – modulata

nelle fasi più o meno critiche – fino all'accettazione di ruoli che nella terapia dell'adulto dovrebbero essere sottoposti a serio approfondimento mentre per l'adolescente può essere sufficiente un breve richiamo a quella "realtà" che lui stesso conosce. Quando viene inviato un biglietto "Al mio papà adottivo con tantissimo affetto" siamo già in una definizione di *setting* di ciò che è ammesso e non, di emozioni validate, di effetti pragmatici previsti e della legittimità della costruzione di mondi personali che si affiancano al mondo reale.

Diventa utile la conoscenza di particolarità linguistiche proprie del mondo giovanile come l'uso di espressioni gergali. Il terapeuta "imparato" è un altro utile strumento per cui in modo adeguato l'adolescente può diventare il pedagogo rispetto al mondo musicale e altre pratiche giovanili che il terapeuta non conosce o finge di non conoscere.

C'è un aspetto però riguardante la peculiarità della comunicazione dell'adolescente cui vorremmo accennare. Esso concerne l'utilizzazione di strumenti di comunicazione non tradizionali. Si tratta ad esempio dell'uso di *sms* che hanno il pregio dell'immediatezza, dell'esserci e non esserci, della spontaneità. Premesso che a volte questo implica la conoscenza anche di specifiche modalità comunicative – ad esempio i simboli codificati dagli *emoticon* – si pone il problema del se e come rispondere, tenuto conto che alcune persone possono fare un gran uso di questo strumento. I temi possono essere molto vari ma gli aspetti di riflessione che impongono al terapeuta possono essere impegnativi proprio perché inusuali. Se è semplice rispondere, dopo una seduta burrascosa: "anche se al momento non abbiamo un obiettivo condiviso, facciamo pace", la risposta a un silenzio del terapeuta ("grazie per non aver risposto; mi sento un po' più sola e un po' meno fragile, ciao Vale") è stato il risultato di una riflessione non poco ponderata.

Quanto detto si estende all'uso delle *e-mail*, le quali forniscono la possibilità comunque di discorsi più articolati. Peraltro, a fronte di questo vantaggio, si riscontrano problemi inerenti lo sfasamento temporale, in quanto lo stato mentale dell'inviante può essere differente da quando ha inviato l'e-mail a quando riceve la risposta. Soprattutto l'assenza di indicatori emozionali non verbali – toni, espressioni, posture – implica una necessità di specificazione a volte laboriose che nel *vis-a-vis* o nel colloquio telefonico non sono necessarie e che negli *sms* hanno un'importanza più ridotta data la natura del messaggio.

## BIBLIOGRAFIA

- Barone L., Maffei C.: *Emozione e Conoscenza nei Disturbi di Personalità*. Franco Angeli, Milano, 1997.
- Bercelli F., Lenzi S.: *Riascoltando una seduta*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2, 26-42, 1998.
- Bisanti R., Rezzonico G.: *Developing emotion regulation in Borderline Personality Disorders' treatment by the Trantor Emotions Questionnaire (TREQ)*. VIII International ISSPD Congress. *Controversial Issues in Personality Disorders*, Florence, October 9-11, 2003.
- Bondurant H., Greenfield B., Tse S.M.: *Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review*. *Canadian Child & Adolescent Psychiatry Review*, 13(3), 53-57, 2004.
- Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S., Mullet E.: *Frequency of borderline disorder in a sample of French high school students*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(9), 847-849, 2001.
- Chabrol H., Montovany A., Duconge E., Kallmeyer A., Mullet E., Leichsenring F.: *Factor structure of the Borderline Personality Inventory in adolescents*. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 59-65, 2004.
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.F.: *The Self in Process*. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano V.F.: *Lo Sviluppo del sé*. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Gunderson J.G.: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington DC, American Psychiatric Publishing 2001. (Ed. it.: *La Personalità Borderline: Una Guida Clinica*. Raffaello Cortina, Milano, 2003).
- Gunderson J.G.: *From family trauma to family support system*. In: Gunderson J.G. (Ed.), *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005.
- Lambruschi F., Lenzi S., Leoni F.: *Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva*. In: Lambruschi F. (Ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Linehan M.M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York, 1993. (Ed. it.: *Trattamento Cognitivo-comportamentale del Disturbo Borderline. Il Modello Dialettico*. Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Liotti G.: *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*. Carocci, Roma, 1994.
- Liotti G.: *Le Opere della Coscienza*. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Liotti G., Farina B., Rainone A.: *Due Terapeuti per un Paziente. Dalla Teoria dell'Attaccamento*

alle Psicoterapie a Setting Multipli. Laterza, Bari, 2005.

Meier C.: Le psicosi nell'adolescenza: un approccio costruttivista. In: Lambruschi F. (Ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Morey L.C., Gunderson J.G., Quigley B.D., Shea M.T., Skodol A.E., McGlashan T.H., Stout R.L., Zanarini M.C.: The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 215-234, 2002.

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. FrancoAngeli, Milano, 2001.

Perris C.: *Psicoterapia del Paziente Difficile*. Métis, Lanciano, 1993.

Perris C.: A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 239-260, 1999.

Reda M.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. Carocci, Roma, 1986.

Rezzonico G.: Il trattamento dei disturbi psicotici e di personalità. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Rezzonico G., Bisanti R.: Il Trantor Emotions Questionnaire (TREQ) in psicoterapia cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 11, 36-53, 2002.

Rezzonico G., Bisanti R.: Il paziente e l'ospedale: l'incontro con la malattia. In: De Isabella G., Colombi S., Fiocchi E., Reatto L. (Eds.), *La Psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS della Lombardia*. Il Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.

Rezzonico G., Bisanti R.: Un approccio post-moderno alla schizofrenia. In: Reda M.A., Pilleri M.F. (Eds.), *La Psicoterapia Post-Razionalista delle Psicosi*. Atti del V Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista, pp. 81-87. Università degli Studi di Siena, Siena, 2004.

Rezzonico G., Liccione D. (Eds.): *Sogni e Psicoterapia. L'Uso del Materiale Onirico in Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Rezzonico G., Rinaldi S.: Quando i pazienti ci insegnano a modificare la pratica terapeutica per evitare il drop-out nei disturbi del comportamento alimentare. In: Todisco P. (Ed.), *Insuccessi Terapeutici nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. McGraw-Hill, Milano, 2003.

Ruberti S.: I sistemi motivazionali: l'attaccamento fra psicologia evoluzionista e psicoterapia. In: Rezzonico G., Ruberti S. (Eds.), *L'Attaccamento nel Lavoro Clinico e Sociale*. Franco Angeli, Milano, 1996.

Santisteban D.A., Muir J., Mena M.P., Mitrani V.B.: Integrative borderline adolescent family therapy: Meeting the challenge of treating adolescent with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264, 2003.

Zanarini M.C., Gunderson J.G.: Differential diagnosis of antisocial and borderline personality disorders. In: Stoff D.M., Breiling J., Maser J.D. et al. (Eds.), *Handbook of Antisocial Behaviour*, pp. 83-91. Wiley, New York, 1997.

Zelkowitz P., Gudzer J., Paris J., Feldman R., Roy C., Schiavetto A.: Borderline pathology of childhood: Implications of early axis II diagnoses. *Canadian Child & Adolescent Psychiatry Review*, 13(3), 58-67, 2004.





## LAVORARE CON L'ADOLESCENTE CON DIAGNOSI DI PSICOSI

### I MECCANISMI COGNITIVI E EMOTIVI DEL TERAPEUTA

Nell'approccio costruttivista con l'adolescente con diagnosi di psicosi, il terapeuta gioca un ruolo fondamentale nella costruzione della relazione, un ruolo spesso sottovalutato e scarsamente oggetto di osservazione. Intendo dire con questo che si osservano e si valutano l'adolescente, i suoi meccanismi, i suoi eventuali deficit o difficoltà, mentre del terapeuta si considerano solo le buone intenzioni. Dal punto di vista costruttivista le rappresentazioni, le emozioni e quindi le reazioni del terapeuta giocano, nella co-costruzione della realtà relazionale, una parte fondamentale sul risultato clinico, sia che si produca una realtà di patologia e dipendenza, sia che se ne produca una di autonomia e integrazione. I pregiudizi e le rappresentazioni del terapeuta, così come le sue buone intenzioni, si traducono in interventi che possono creare delle amplificazioni relazionali (Meier 2004), delle "profezie che si autoavverano", e possono provocare delle reazioni dell'adolescente che a loro volta possono essere erroneamente classificate come sintomi di una malattia, manifestazioni di un deficit, ed essere assunte come parametro di anormalità.

### AUTO-OSSERVAZIONE E AUTOCRITICA DA PARTE DEL TERAPEUTA

Nella costruzione della realtà relazionale l'osservatore fa parte di ciò che osserva (von Foerster, 1982) e per questo motivo diventa fondamentale che l'operatore sia vigile sul fatto che il proprio contributo vada nella direzione della costruzione di patologia ed emarginazione piuttosto che di normalità e integrazione. Nell'intervento "Bringing forth pathology", Mendez, Coddou e Maturana (1985) suggeriscono che spesso noi stessi siamo complici nel suscitare certe reazioni e comportamenti che poi vengono attribuiti alla "sintomatologia di una malattia" o a qualche deficit strutturale della personalità. Perdiamo di vista il fatto che la nostra semplice presenza

in qualità di terapeuti possa provocare idee, reazioni e comportamenti estremamente inadeguati e come sia spesso il contesto “terapeutico” stesso a suscitare la tendenza a fornire “narrative” disperate, letture distruttive o di rassegnazione, nelle quali il giovane assume il ruolo di “paziente” e si comporta coerentemente con esso. In questo contesto il comportamento infantile, aggressivo, dissociato, ecc. potrebbero servire al giovane per ottenere accudimento dal terapeuta, per segnalare quanto sta male, come fuga o distrazione, o semplicemente per aver modo finalmente di sfogarsi in un contesto dove sa di poterlo fare. Visto da questa prospettiva l’atteggiamento del giovane non appare così privo di senso, anzi cominciamo a renderci conto della funzionalità anche di comportamenti altrimenti considerati folli e privi di senso. Possiamo considerare che è la situazione che è anormale ed estrema e che la relazione terapeutica non è certo una relazione sociale normale.

Se non siamo consapevoli di essere parte attiva nella relazione con il giovane, quindi anche con le nostre difficoltà e i nostri meccanismi difensivi, se non prendiamo atto del carattere di circolarità del processo di comunicazione e dei possibili effetti delle amplificazioni relazionali che attiviamo con le nostre profezie che si autoavverano, tenderemo ad attribuire le cause del malessere all’altro, alla gravità della sua diagnosi; tenderemo ad attribuire le colpe ai familiari, alle loro resistenze e a tutto quanto sia al di fuori di noi stessi e della nostra incompetenza.

## PROTEZIONE E INTEGRAZIONE

In questa presentazione vorrei descrivere le precauzioni che possiamo prendere per evitare che le valutazioni, le diagnosi e gli interventi che utilizziamo nei confronti dei nostri clienti diventino strategie per sviarci dalle nostre difficoltà nella relazione con loro. Dobbiamo assicurarci che i nostri interventi siano soprattutto di beneficio all’adolescente piuttosto che a noi stessi e che rispondano ad una sua esigenza e non alle nostre. Inoltre, quando decidiamo che il nostro lavoro deve mirare alla protezione e all’integrazione degli adolescenti, dobbiamo estenderle anche alla loro protezione *da noi stessi*, dai nostri stati emotivi e confusionali, dai nostri interventi e trattamenti. E quando parliamo di integrazione sociale, intendiamo soprattutto l’autonomia dalla rete assistenziale e dagli esperti. L’obiettivo fondamentale è di fare meno danni possibili a livello psicologico (guardandoci in particolare dai possibili effetti delle nostre teorie deterministiche e classificazioni), a livello

biologico (prestando attenzione agli effetti neurologici e intossicanti dei nostri trattamenti farmacologici) e a livello sociale (il riferimento qui è agli effetti emarginanti e cronicizzanti dei nostri foyers, cliniche, comunità, ecc.), fatti salvi i vantaggi di un uso parsimonioso e consapevole delle terapie e con un'alta soglia di vigilanza sugli effetti collaterali, iatrogeni, stigmatizzanti, dei nostri interventi.

## LE RAPPRESENTAZIONI, LE EMOZIONI E LE REAZIONI DEL TERAPEUTA

Il primo passo che un terapeuta deve intraprendere nel lavoro con l'adolescente è quello di osservare le *proprie* rappresentazioni, ipotesi e letture della situazione, di riconoscere le emozioni che la relazione o la situazione suscitano in lui e di essere costantemente consapevole delle proprie reazioni nella relazione. L'obiettivo è di decostruire e ricostruire quelle rappresentazioni e quelle narrative nella mente del terapeuta che servono come guida nella relazione. Si cerca di riformulare quelle letture della situazione che creano disagio nel terapeuta e di utilizzare le descrizioni della relazione e della situazione capaci di stimolare nel terapeuta sincera curiosità, disponibilità verso l'altro e motivazione a lavorare con l'adolescente, malgrado il suo comportamento inadeguato, offensivo, minaccioso. Se le rappresentazioni del terapeuta creano paura, indignazione, rabbia, rassegnazione, sensazioni di impotenza, irritazione, indifferenza o qualsiasi emozione destabilizzante e queste emozioni suscitano interventi punitivi, di fuga, di minaccia, di delega, di abbandono, ecc., si amplificheranno il disagio e l'insicurezza dell'adolescente fino a indurre ulteriori comportamenti aggressivi, autolesionistici, dissociativi, ecc., per difendersi dal terapeuta.

I tipi di rappresentazione che di solito possono creare disagio nel terapeuta sono quelli che attribuiscono una causa del disagio adolescenziale ad un evento o ad un "fatto" che si configurino in termini tali da non poter essere ricuciti e in qualche modo recuperati: descrizioni che chiudano qualsiasi possibilità o speranza oltre al contenimento farmacologico o assistenziale. Queste rappresentazioni deterministiche, causali e lineari possono creare sensazioni di impotenza in quanto ci convincono della irreversibilità del decorso e quindi dell'impossibilità di intraprendere un percorso terapeutico.

Altre rappresentazioni poco funzionali al benessere del terapeuta sono quelle giustificazioni ipotetiche che esprimono la causa del disagio in termini

di colpa, in termini accusatori. Se il terapeuta si permette di attribuire la colpa del fallimento terapeutico alla “resistenza” da parte del giovane, o alla madre intrusiva o al padre disoccupato, di nuovo questo tipo di idea potrebbe suscitare rabbia o indignazione nel terapeuta e spingerlo a un tipo di intervento aggressivo e punitivo, o al tentativo di allontanamento e di separazione da qualcuno che forse sarebbe meglio invece avvicinare e sostenere. Quindi, piuttosto che descrivere una madre “schizofrenogena”, iperprotettiva o non collaborante, possiamo descriverla come una madre *molto preoccupata e stanca*, che *tiene molto* a suo figlio e che per questi motivi si comporta in modo cauto nel fidarsi dei così detti “esperti”.

Un ultimo esempio di rappresentazione nociva all’equilibrio cognitivo ed emotivo del terapeuta potrebbe essere confondere il comportamento con la persona che lo emette. Si tratta di quelle rappresentazioni che utilizzano il verbo “essere”, definendo in questo modo il giovane come “aggressivo”, “psicotico”, “manipolatorio”, ecc., piuttosto che leggere il *suo comportamento* come aggressivo o psicotico. Di nuovo, possiamo intuire l’effetto di immaginare la persona come manipolatoria: se crediamo anche che lo sia, avremmo costantemente l’aspettativa negativa e ci troveremo ad assumere un atteggiamento difensivo per proteggerci da questo “manipolatore”. Se partiamo dal presupposto che il giovane “è” psicotico o “è” aggressivo, alimenteremo un pessimismo di fondo riguardo un suo possibile cambiamento. Se il giovane è così, c’è poco da fare, ma se *fa* così, possiamo immaginare vari interventi per incoraggiarlo a sostituire il comportamento inadeguato con altri meno distruttivi.

Troviamo più utile (per aumentare la motivazione e l’ottimismo nel terapeuta) leggere il comportamento del giovane come una strategia di sopravvivenza, come una soluzione percorribile (*viabile*) in quella situazione, come un segnale o una richiesta di aiuto, e non come l’espressione stabile della sua personalità, come il sintomo di una malattia o come un deficit. Questo tipo di descrizione ci guiderà a percepire il potenziale e le risorse dell’adolescente piuttosto che a fissarne i limiti e ci permetterà di utilizzare concetti come “scelta” e “responsabilità” riguardo al suo comportamento, che quindi può cambiare essendone egli protagonista.

Infine, il terapeuta, per mantenere una visione circolare e complessa della situazione, dovrebbe in ogni caso inserire sé stesso nella valutazione della nuova realtà creata.

## LE EMOZIONI E I MECCANISMI DIFENSIVI DEL TERAPEUTA

Quando un terapeuta lavora con giovani adolescenti e con le loro famiglie è regolarmente confrontato con situazioni difficili, preoccupanti e frustranti. Di fronte a una delusione terapeutica – per esempio, alla osservazione, dopo un inizio incoraggiante, di una ripresa di comportamenti a rischio – il terapeuta può provare una varietà di emozioni, spesso sentendosi impotente, scoraggiato, indignato, impaurito, e così via. Di fronte al pensiero “oh no, sta morendo...”, oppure “non sono riuscita a migliorare la situazione...”, oppure “cosa diranno i colleghi...”, sopraffatto da quelle emozioni negative che accompagnano un fallimento percepito, il terapeuta può ricorrere a meccanismi difensivi, esattamente come qualsiasi essere umano di fronte a umiliazioni, accuse, delusione di aspettative. Di solito, di fronte a un fallimento, si inizia con l’attribuirne la causa all’altro o agli altri; nel caso dell’adolescente si tende ad attribuire il fallimento terapeutico alla gravità della sua malattia, alla gravità del disturbo, del deficit, dell’handicap, o alla sua personalità disturbata. Si può anche attribuire la colpa ad una sua non collaborazione (la sua *resistenza*) o, se il terapeuta ha instaurato una buona relazione con il giovane, alla mancata collaborazione da parte dei genitori o di uno di essi. La madre per esempio è sempre stata un buon capro espiatorio ed ha trovato un suo ruolo “patologico” nelle diverse teorie causali sulla schizofrenia – la madre schizofrenogena, la madre con alta emotività espressa (intrusiva, iperprotettiva, invischiata), la madre simbiotica, la madre che genera il famoso doppio legame. In questo tipo di ipotesi causali e colpevolizzanti, che non considerano come anche la madre stia reagendo alle difficoltà, il terapeuta può sfogare la sua emotività in forma di rabbia e indignazione contro di lei, evitando di sentire emozioni come l’umiliazione, la vergogna, di vedere il rischio di *perdere la faccia* professionalmente oltre che personalmente.

Se il terapeuta è un terapeuta familiare e quindi non può attribuire la colpa né alla malattia del figlio, né ai parenti, può sempre vedere un sabotaggio da parte dei colleghi che appartengono ad un’altra categoria professionale o che abbracciano un diverso modello teorico.

Questo tipo di difesa da parte del terapeuta non può che finire con l’amplificare il malessere dei partecipanti e portare ad un fallimento definitivo dell’intervento.

Una strategia alternativa sarebbe quella di riconoscere il proprio disagio come terapeuta nella situazione e di pensare che probabilmente sta infliggendo ai familiari lo stesso tipo di malessere. Riconoscere che il loro comportamento

emotivo deriva anche dall'insicurezza che una tale situazione genera. Invece della caccia alle streghe o della ricerca di una diagnosi per giustificare il malessere e svincolarsi dalla responsabilità terapeutica, si possono condividere con tutte le persone coinvolte le sensazioni di disperazione, di stanchezza, di rigidità, rimanendo uniti nella ricerca di soluzioni anziché di colpe.

## L'ÉQUIPE, I COLLEGHI, L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Un buon strumento per mantenere delle rappresentazioni utili nella testa del terapeuta, oltre alla formazione continua e all'auto-osservazione, è la riunione settimanale fra i colleghi di un équipe confrontati con questo tipo di relazione d'aiuto. Presso il nostro Centro (Centro al Dragonato: Meier, 1995) abbiamo organizzato questa riunione settimanale soprattutto per offrire a ogni membro dell'équipe un momento di sostegno, di chiarimento e di formazione. L'operatore non parla *del caso* ma parla *della sua relazione con il giovane*, in termini circolari, ed egli stesso è incluso nella descrizione. Il coordinatore della riunione mira a fare emergere le rappresentazioni, le emozioni e le reazioni dell'operatore nella relazione d'aiuto affinché l'operatore si calmi e ritrovi la voglia di riprendere la relazione, l'attività con il suo giovane cliente e la collaborazione con i suoi familiari. Oltre al coordinatore, nominiamo un "coro greco" di due colleghi che vegliano sul gruppo e soprattutto sul linguaggio e le descrizioni utilizzati. Quando l'operatore descrive il "caso" in termini lineari, causali, colpevolizzanti, viene ripreso dal coro greco, che invita l'operatore a riformulare la sua descrizione dell'evento o della relazione in modo più funzionale.

## IL LINGUAGGIO DELL'OPERATORE RISPECCHIA IL SUO STATO PSICOEMOTIVO

Secondo il nostro approccio, il linguaggio inappropriato utilizzato da parte di un terapeuta nella sua descrizione di un caso è un segnale molto chiaro riguardo le rappresentazioni e le emozioni dell'operatore in difficoltà. Le nostre descrizioni diventano accusatorie e deterministiche quando ci sentiamo impotenti o confusi. È in atto allora un meccanismo difensivo dell'operatore. Quando l'operatore si presenta come vittima o chiede conferma all'équipe cercandone un'alleanza, siamo consapevoli del meccanismo e non permettiamo

che esso abbia seguito. Gentilmente riconduciamo il nostro collega nella relazione, ad una consapevolezza dell'accaduto e lo aiutiamo a riformulare la sua descrizione della situazione sì da intravedere nuove prospettive, quindi nuove soluzioni, nuove possibilità. Soprattutto lo invogliamo a riprendere la sua relazione con il giovane con disponibilità e motivazione e non più con rabbia, paura o rassegnazione.

## IPOSTESI FUNZIONALI E SPENDIBILI

Tendiamo durante la riunione a utilizzare ipotesi e descrizioni nel “qui ed ora”, cercando la funzionalità del comportamento “inadeguato” del giovane nel presente e nel futuro. Vediamo le “cause” di un comportamento in termini di obiettivi da raggiungere nel presente o per il futuro e non come situate una volta per tutte e quindi *determinate* dal passato. Il comportamento aggressivo, per esempio, non viene attribuito ad un trauma infantile, ma ad una necessità nel presente, e quindi viene letto come un tentativo di soluzione. Il comportamento viene visto come una strategia per raggiungere un obiettivo o una meta, per assicurarsi un vantaggio, per soddisfare un bisogno. Il comportamento aggressivo, in questa prospettiva di strategia relazionale, potrebbe servire per raggiungere un controllo su un'altra persona, per segnalare il disagio di fronte a persone che sembrano al giovane sorde alle sue richieste, o semplicemente come sfogo. Spesso è sufficiente chiedere al giovane cosa vuole raggiungere nella vita, aiutandolo a chiarire ciò che vorrebbe per il futuro e come abbia fatto finora per acquisirlo. Analizzando i suoi comportamenti come strategie, si evita la patologizzazione del giovane, si convalida e si normalizza ciò che ha fatto e nello stesso tempo lo si conduce a valutare l'utilità effettiva di quei comportamenti (la dissociazione, l'autolesionismo, l'assunzione di droghe, ecc.) che pur essendo vantaggiosi nel breve termine spesso comportano svantaggi psicologici, sociali e biologici nel lungo termine. Sarà poi il giovane a decidere se convenga tentare un cambiamento nel suo approccio alla vita.

La funzionalità di questo tipo di ipotesi è che il terapeuta può sentirsi utile nell'aumentare la consapevolezza nel giovane verso i propri meccanismi, nel chiarire con lui i suoi obiettivi e le strategie che finora ha utilizzato per raggiungerli, nel fornire informazioni sulle conseguenze reali di certe strategie (vantaggi e svantaggi) e nel responsabilizzarlo di fronte a delle scelte possibili, discutendo sulle alternative migliori per il raggiungimento

degli obiettivi.

Si cercano assieme al giovane le fonti del disagio, così come le risorse del presente, nelle relazioni con persone significative, nella famiglia, nella scuola, nei coetanei e anche nella moda o in altri luoghi culturali (i tatuaggi e il piercing, la magrezza delle top model, le meditazioni dissociative, i comportamenti psicotici degli artisti e dei musicisti, ecc.) che possono influire sulle idee, gli obiettivi e le modalità comportamentali. Convinciamo il giovane a proteggere la sua lucidità dall'abuso di sostanze incoraggiandolo a richiedere il controllo delle urine come strumento per sostenerlo nell'obiettivo di percorrere la sua strada con il massimo livello di chiarezza e motivazione. Soprattutto, come équipe, cerchiamo di essere conseguenti.

## LE REGOLE, LA FERMEZZA E L'ESSERE CONSEQUENTI NELL'EFFICACIA EDUCATIVA

Spesso i familiari o gli invianti sono perplessi di fronte alla nostra fermezza, alle nostre pretese di cortesia e buona educazione, alla nostra implementazione di regole assolutamente fisse. Ci chiedono come mai pretendiamo da un "povero schizofrenico" di arrivare puntuale, di usare forme di cortesia correttamente e di rispettare delle regole relazionali (non utilizzare la violenza, le minacce di suicidio, ecc.) quando è spesso in stato confusionale e dissociativo. La nostra risposta è che sono proprio questi i motivi che ci spingono a comportarci in modo chiaro e fermo. Un giovane che ha perso la strada ha bisogno di una "mappa precisa" per ritrovarsi. Non possiamo essere ambigui, ambivalenti e inconseguenti, soprattutto con persone che si stanno ritirando dalla vita sociale e che fanno ricorso alla confusione come strategia difensiva. Chiaramente, quello di agganciare un giovane confuso ad una realtà sociale condivisa e piena di regole da rispettare è un processo graduale, ma non bisogna perdere troppo tempo! Dal nostro punto di vista pretendere un rispetto relazionale è una forma di rispetto dell'altro. Poiché siamo convinti del potenziale di ogni persona malgrado il comportamento inadeguato non ci facciamo distrarre né ingannare dai comportamenti estremi. In altre parole il solo fatto che una persona stia attraversando un momento difficile non significa che non ci capisce – e ovviamente noi stessi dobbiamo parlare in modo normale piuttosto che adeguarci ad un suo presunto basso livello! Siamo convinti che le crisi siano condizioni temporanee che, gestite in modo valido e chiaro, sono un'opportunità fondamentale di crescita e cambiamento.



Per questo motivo cerchiamo di mantenere la nostra efficacia educativa, pretendiamo il rispetto delle regole del contesto specifico e nelle relazioni.

Imparare e rispettare le regole del gioco serve sia come guida quando si sta navigando nella confusione sia come allenamento per il rientro nella società. Non dobbiamo permettere che la diagnosi di “schizofrenia” diventi un alibi, una giustificazione per il non rispetto delle regole. Sarebbe una condanna alla morte psicologica e sociale del giovane che in questo modo sarebbe giustificato nel suo comportamento asociale e consoliderebbe l’idea errata che questa sua “malattia” escluda a priori la sua reintegrazione professionale, familiare e sociale. Come spesso accade diventerebbe una profezia che si autoavvera.

## LA FUNZIONALITÀ DELLE ALLUCINAZIONI E IL DELIRIO

Quando le allucinazioni e il delirio vengono connotati come sintomi di una malattia mentale grave e vengono soppressi urgentemente con gli psicofarmaci, il messaggio che viene trasmesso alla persona è molto invalidante e a volte terrorizzante. Spesso i giovani, non percependo un malessere fisico, non si sentono “malati” e quando le spiegazioni riguardo la loro ipotetica “malattia mentale grave e irreversibile” sono ambigue e fumose, si sentono ulteriormente confusi e insicuri. Parlare invece con il giovane in termini validanti e rassicuranti è fondamentale se vogliamo evitare un suo (giustificato) rifiuto terapeutico. Dal nostro punto di vista le allucinazioni e i deliri sono prodotti importanti dalla mente, dal cervello, e hanno una loro utilità. Quando un paziente va dal medico con una febbre, gli vengano spiegate le possibili cause, l’utilità della febbre come segnale di qualcosa che avviene nel corpo e nel mantenere la temperatura stabile e, infine, viene spiegato il modo per gestirla. La febbre, anche se crea disagio e sconcerto, non viene demonizzata né descritta in modo confuso e sconcertante. In ugual modo, bisogna affrontare il discorso delle voci, delle idee paranoiche, del ritiro sociale, scoprendo insieme con la persona la loro utilità, riconoscendo chiaramente anche il disagio che possono creare (Romme e Escher, 1993).

Soprattutto si deve cercare di non reprimere questa importante difesa della mente prima di averne verificato la possibile funzionalità e prima che si sia messo in atto il lavoro di sostegno della persona a livello psicologico e relazionale.

## APPENDICE (SCHEMI)

### 1. GLI OBIETTIVI DEL CENTRO AL DRAGONATO

- \* Stimolare le persone ad una maggiore autonomia psicologica, sociale e professionale
- \* Favorire la loro integrazione sociale e professionale
- \* Promuovere il concetto di SCELTA, CONTROLLO e RESPONSABILITÀ

### 2. GLI OBIETTIVI DELLA RIUNIONE D'ÉQUIPE

- \* Momento di sostegno e chiarimento per l'operatore
- \* Momento di verifica del nostro operato – stiamo raggiungendo i nostri obiettivi?
- \* Momento di problem solving dove si cerca di generare soluzioni, proposte, interventi
- \* Momento per consolidare i successi e gestire le difficoltà
- \* Momento di formazione continua e di consolidamento o modifica dell'approccio

### 3. LA CONDUZIONE DELLA RIUNIONE D'ÉQUIPE

- \* Garantire uno spazio per ogni operatore e stimolare l'ascolto attivo nell'équipe
- \* Descrivere la situazione riferita alla relazione fra l'utente e l'operatore (domande circolari)
- \* Ricordarci gli obiettivi condivisi
- \* Contestualizzare le descrizioni
- \* Coinvolgere tutti nella raccolta di informazione, nuove prospettive, punti di vista, proposte
- \* Verificare che la lettura e gli interventi siano pertinenti e coerenti con il modello

### 4. IL RUOLO DELL'OPERATORE

- \* Fare emergere descrizioni, idee nuove, punti di vista e integrarli in una lettura funzionale
- \* Vegliare sul linguaggio e le modalità conversazionali (per es. nessun consiglio, nessuna descrizione causale lineare ecc.)
- \* Prestare attenzione ai sistemi motivazionali, le emozioni, le reazioni che le descrizioni suscitano
- \* Favorire un clima collaborante, ottimista e critico

### 5. EVITARE CONSIGLI!

(Interventi inutili)

(Domande guida)

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| * Secondo me... se fosse io...dovresti fare così... | * Cosa hai fatto finora?         |
| * Stai sbagliando                                   | * Quali informazioni ti mancano? |
|   | * Cosa pensi di fare?            |

## 6. IL RUOLO DEL COORDINATORE

- \* Mantenere l'ordine, i turni, il coinvolgimento di tutti, il tempo
- \* Mantenere la pertinenza e la coerenza dei discorsi
- \* Mantenere un uso del linguaggio semplice
- \* Limitare discorsi superflui, causali, lineari, colpevolizzanti, riduzionistici, pessimistici
- \* Stimolare delle descrizioni degli eventi e le relazioni che siano utilizzabili per la verifica e per la ricerca di soluzioni
- \* Favorire un clima propositivo, collaborante, lucido, ottimista, critico
- \* Garantire l'uso di un linguaggio appropriato – prestare attenzione ai sistemi motivazionali, le emozioni, le reazioni che le descrizioni suscitano
- \* Garantire attraverso le domande guida che nessuno offra consigli, solo informazioni
- \* Stimolare l'auto osservazione, la circolarità e la contestualizzazione delle descrizioni
- \* Stimolare più punti di vista e poi integrare il tutto in una lettura integrata
- \* Decostruire e ricostruire le narrative inutilizzabili
- \* Stimolare l'autostima e l'autocritica

## 7. EFFETTI DELLE NOSTRE DESCRIZIONI

(Deterministici, causali, lineari, colpevolizzanti, ecc.)

Pessimismo e rassegnazione  
Dipendenza, impotenza, attaccamento, sottomissione  
Passività  
Tendenza a delegare  
Attribuzione delle cause al di fuori del proprio operato – deresponsabilizzazione  
Forniscono degli alibi  
Soluzioni attese dagli esperti  
Emotività relativa

(Circolari, possibilistici, contestualizzati, in termini di obiettivi, nel presente)

Ottimismo, motivazione  
Autonomia, autostima, cooperatività  
Empowerment  
Responsabilizzazione  
Controllo  
Autosservazione  
Ricerca di strategie alternative, comportamenti funzionali  
Lucidità, emotività relativa

## 8. DESCRIZIONI DI EVENTI E RELAZIONI

(Lineare, causale, deterministica)

(Circolare, contestualizzato)

|  |  |
|--|--|
| * Il nuovo paziente manifesta una sintomatologia in sintonia con la sua diagnosi | * Il giovane si comporta in modo aggressivo in reazione ad una difficoltà  |
| * I borderline sono pazienti difficili   | * Il terapeuta ha difficoltà con la propria rappresentazione della persona |

## 9. TIPI DI LETTURA

(Causale, lineare, deterministica)

(Circolare, ottimistica, possibilistica)

|  |   |
|--|---|
| Il problema è nella persona (sua personalità, sua genetica, sua malattia mentale) o nel passato (trauma) | Il problema è nelle scelte che può fare la persona  |
| La persona è succube del problema che lo affligge  | La persona può controllare la sua vita  |
| I comportamenti sono sintomi o manifestazioni di deficit, di patologia                                   | La persona è responsabile delle sue scelte  |
| Il comportamento è la persona (lui è schizofrenico, lei è una manipolatrice...)                          | I comportamenti sono strategie di sopravvivenza, sono comunicazioni, richieste di aiuto, meccanismi di difesa, tentativi di risoluzione di problema |
| Rendiamo la persona consapevole dei suoi deficit, handicap ecc.  | Rendiamo la persona consapevole del suo potenziale  |

## 10. TIPI DI DESCRIZIONI DELL'UTENTE

(Inutili)

(Utili)

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| * È distratta  | * Non presta attenzione               |
| * Non è in grado   | * Ha altri obiettivi                  |
| * È colpa della madre etilista se lei non mantiene un lavoro | * Ha scelto di non lavorare           |
| * Non riesce perché è psicotica                              | * Riesce nel segnalare il suo rifiuto |

## BIBLIOGRAFIA

Meier C.: Oltre la diagnosi verso il cambiamento. In: Pagliaro G., M. Cesa-Bianchi M. (Eds.), Nuove Prospettive in Psicoterapia e Modelli Interattivo – Cognitivi. Franco Angeli, Milano, 1995.

Meier C.: Le patologie adolescenziali e il loro trattamento nella comunità terapeutica. Abilitazione e Riabilitazione, Anno XI, N.2, 29-65. Centro Paolo VI, Casalceto (AL), 2002. Meier C.: Le psicosi nell'adolescenza: un approccio costruttivista. In Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Mendez C., Coddou F., Maturana H.: The bringing forth of pathology, The Irish Journal of Psychology, 9, 1, 144-172, 1988.

Romme M., Escher S.: Accepting Voices. Mind publications, UK, 1993.

Von Foerster H.: Observing systems. Intersystems Publications, 1982.



Andrés Moltedo Perfetti

## LE MANIFESTAZIONI AUTOAGGRESSIVE NEGLI ADOLESCENTI<sup>5</sup>

*“Siempre, noche y día, estaba llorando y cortándose con piedras”  
 (“Sempre, notte e giorno, stava piangendo e ferendosi con pietre”)*

Marcos 5:5

### INTRODUZIONE

Tutte le società, nelle loro diverse fasi evolutive, hanno descritto e prescritto le modalità accettate o proibite di relazione dell'individuo con il proprio corpo, sanzionando e ritualizzando le condotte considerate come dannose per il fisico del soggetto (Favazza, 1996).

Manifestazioni di autoaggressività (come rituali, riti di passaggio o modalità di placare l'ira di divinità) sono rintracciabili in ogni cultura e periodo storico. Pertanto, da tempi immemorabili, l'umanità ha usato la pelle per comunicare identità e stato sociale. Tanto le culture primitive quanto quelle moderne hanno usato marcatori tribali per aggregare la comunità e infondere un senso di appartenenza, alcune sviluppando pratiche rituali di decorazione facciale, cicatrici e tagli. Lo stesso si può osservare anche nelle società moderne, quando i membri di gruppi adolescenziali all'interno delle città mostrano la propria affiliazione attraverso tatuaggi, abiti distintivi, piercing corporei e altri elementi cosmetici.

### DEFINIZIONE

L'autoaggressione consiste nel bisogno di infliggere un danno fisico al proprio corpo o ad una parte di esso, apparentemente in maniera volontaria deliberata ed intenzionale, ma senza intenzione di commettere suicidio o di

---

5 Traduzione dallo spagnolo a cura di Bernardo Nardi. Titolo originale: “*Autoagresión adolescente*”.

provocare la morte attraverso questa condotta. Si tratta di un segnale del fatto che esistono problemi che debbono essere focalizzati e generalmente esprime una modalità di gestire le emozioni che vengono percepite come eccessivamente dolorose per esprimerle a parole o per sperimentarle consapevolmente. Queste condotte non sono in relazione ad un altro disturbo, come potrebbero essere le autoaggressioni attraverso le quali un soggetto autistico può aver stabilito una certa modalità di comunicare.

Esistono numerosi termini utilizzati per descrivere questi comportamenti autoaggressivi, come: automutilazioni, autolesioni, autoingiurie e autoabuso, solo per citarne alcuni dei più in uso.

## TIPICI

Le autoaggressioni comprendono un'ampia gamma di condotte, alcune delle quali non sono molto diverse dalle strategie e dai comportamenti con i quali gli individui comunemente e normalmente combattono lo stress. Esistono persone che si mangiano le unghie, che si stuzzicano le ferite, che uccidono le zanzare solo dopo essere stati punti o ancora che si scottano al sole nonostante siano a conoscenza delle conseguenze che ciò comporta.

Tuttavia, le condotte descritte nel paragrafo precedente sono ben distanti da quelle in cui i danni che le persone arrecano al proprio corpo e che richiedono una seria considerazione oltrepassano i limiti delle forme autoaggressive socialmente tollerate (come potrebbero essere, in certi contesti, tatuaggi e piercing) e manifestano la deviazione sociale che si esprime in risposta a difficoltà psicologiche (Dallam, 1997). Per cogliere questa differenza, risulta importante valutare se ciò che determina la condotta autoaggressiva è una azione patologica o una espressione della creatività o dell'individualità personale. In questo senso, non si sta di fronte ad una manifestazione autoaggressiva se il proposito della lesione appare una forma di gratificazione sessuale, una espressione di arte corporea (come nel caso di piercing e tatuaggi), una modalità rituale di dare voce alla propria spiritualità, oppure rientra in una condotta alla moda.

Rispetto al grado della condotta, si possono distinguere tre categorie principali.

1. Autoaggressività maggiore: è la più marcata e rara di tutte le forme di danneggiamento, che può causare fratture ossee, ingestione di sostanze dannose, iniezioni di tossine, enucleazione del bulbo oculare, castrazione



o amputazione di un membro del proprio corpo, condotte che generalmente coincidono con la definizione di automutilazione.

2. Autoaggressività da stereotipo: è la più lieve e comune delle tre forme e consiste in una violenza autoinflitta come colpirsi fortemente la testa, fare pressione sui globi oculari o mordersi le braccia.
3. Autoaggressività moderata: questa categoria è la forma più nota che corrisponde al termine comune di “autoaggressione” e include condotte come tagliarsi, bucarsi, inchiodarsi, mordersi, bruciarsi la pelle (col fuoco o con l’acido), raschiarla fino a farla sanguinare, marchiarsi con oggetti arroventati o produrle abrasioni; colpisci da sé o con oggetti, danneggiarsi con incidenti premeditati o impedire la guarigione delle ferite. Tutte queste forme tipicamente coinvolgono braccia, polsi, gambe, addome, testa, petto o genitali, in quest’ordine di frequenza.

Nell’esposizione seguente, centrerò l’attenzione sull’ultima, dato che la prima è poco frequente e richiede differenti considerazioni. D’altra parte, non saranno esplorate neppure altre condotte, più lievi e associate, come è il caso della tricotillomania e delle autoaggressioni da stereotipo.

## DIMENSIONI DEL FENOMENO

L’autoaggressività è stata considerata come “l’anoressia della nuova era” e la sua frequenza è in aumento. Si tratta di condotte che non sono discriminative né proprie di alcuna razza, genere età, cultura, orientamento sessuale, livello socio-economico o estrazione sociale. Così, ad esempio, personaggi famosi come Roseanne, Johnny Depp e Diana d’Inghilterra hanno rilasciato interviste ammettendo di aver dovuto combattere con questo problema e negli ultimi anni un nuovo biografo di Alfred Kinsey ha rivelato che anche lui si è praticato autolesioni, compreso un tentativo di autocirconcisione.

Si stima che l’1% della popolazione degli Stati Uniti ricorra ad autolesioni fisiche per combattere momenti di marcato stress emozionale, ma tale percentuale è più alta negli adolescenti e nel sesso femminile. Si stima che ogni dieci adolescenti uno si procura danni in maniera deliberata e che una ogni duecento donne adolescenti di età compresa tra 13 e 19 anni ha abitualmente condotte autoabusive, essendo riportati solamente in questo Paese oltre due milioni di casi.

I soggetti che si autoagrediscono hanno in comune che spesso sono figli

di genitori separati, e che circa il 90% di essi è cresciuto in case in cui la comunicazione tra genitori e figli era scarsa o assente, e che i problemi erano ignorati, evitati o, in definitiva, nascosti. Inoltre, circa il 50% di chi si autoaggrede ha presentato una storia di abusi fisici o sessuali.

## ADOLESCENZA, AUTOAGGRESSIVITÀ E POST-RAZIONALISMO

Uno dei compiti dell'adolescente è dover lasciare l'infanzia e cominciare a forgiare una identità adulta indipendente, per cui certi riti di passaggio aiutano a definire il processo e a guidare la metamorfosi. Il portarlo a termine, sebbene sia di carattere simbolico, si converte in un tocco di indipendenza e in un simbolo della propria separazione.

Gli adolescenti che stanno formando una nuova e adeguata percezione di sé, un'autostima e una immagine personale, possono realizzare condotte non adatte come espressione di un intento di comunicare con i genitori (o di distaccarsi da loro), alcune volte con conseguenze visibili di autoaggressioni.

Le autoaggressioni costituiscono una maniera di indicare che esistono certe difficoltà e, allo stesso tempo, sono espressione di un proposito di lotta verso questi problemi. Per molti adolescenti, queste condotte costituiscono una modalità di maneggiare e disfarsi dei sentimenti negativi e delle pressioni, per cui possono essere poste nella medesima categoria dell'alcolismo, dell'abuso di droghe, della sovralimentazione, dell'anoressia o della bulimia, del fumo di tabacco e di altre forme di evitamento dei problemi. Evidentemente, ferirsi non è una modalità costruttiva di combattere con le emozioni dell'esperienza immediata e della percezione di sé e può tipicamente adempiere ad alcune delle seguenti funzioni:

- Per dire ad alcune persone che qualcosa va male
- Per legittimare sentimenti di dolore
- Comunicazione limitata o primitiva
- Necessità di attenzione
- Per ottenere un senso di controllo
- Controllare stati affettivi
- Per controllare le relazioni
- Per distrarre e avere un senso di sollievo
- Per maneggiare sentimenti inaccettabili come la rabbia

- Per castigare se stessi
- Per castigare gli altri
- Per protestare
- Per evitare separazioni o perdite
- Per esprimere vergogna
- Per superare l'impedimento e ristabilire la capacità di percepire
- Preservazione del sé
- Prevenzione del suicidio
- Per purificarsi

Le esperienze autoaggressive dolorose non hanno fine e stranamente provengono da un alleviamento dei sintomi stressanti. La persona con problemi può percepire e cogliere in questa condotta un modo di tornare a sentirsi completamente al sicuro e accompagnata da un amico che la soccorre ed aiuta, uno che non delude mai e che mai minaccia di abbandonarla. Ricerche, come quelle condotte da Van der Kolk (1989), suggeriscono che quando un autoaggressore colpisce se stesso, il suo cervello libera sostanze chimiche in grado di indurre rilassamento, calma, stato di benessere.

La tensione e l'agitazione diminuiscono, per cui la persona sente che può avere nuovamente il controllo dei propri pensieri e dei propri sentimenti.

Un altro effetto palliativo di questa condotta sta nel rapporto mente-corpo. Gli autoaggressori solitamente soffrono di una mancanza di connessione tra la dimensione fisica e quella emozionale. Per questi adolescenti, che avvertono una distanza dalla realtà, che si percepiscono isolati o disumanizzati, la visione del proprio sangue può *ricondurli* verso la realtà. Gli riconferma che sono vivi, integri e che sono persone indispensabili.

Tagliarsi serve anche ad un altro scopo, fantasioso, di trasparenza e purificazione, specialmente in quegli adolescenti nei quali il senso di essere intrinsecamente cattivi o sporchi (anche sessualmente) può accompagnarli fin dall'infanzia.

Generalmente gli autoaggressori hanno difficoltà nell'identificare e comunicare stati emozionali, desideri e necessità. Ad esempio, essi possono sostenere o identificare una emozione come la rabbia (o sentirsi "male") e usarla per descrivere quasi qualunque stato di attivazione emotiva analoga.

Come molti degli autoaggressori sono cresciuti sentendosi trascurati, non ascoltati e fraintesi, vivendo senza fiducia le proprie prospettive di utilizzare le parole per ottenere l'attenzione e le cure di un altro, credono che con le proprie azioni di danno possono mostrare, in un modo che non è consentito

dal linguaggio, come stanno soffrendo il proprio dolore. Possono descrivere questa condotta come uno strumento comunicativo: “*il volto tangibile del dolore intangibile*” (“*la cara tangibile del dolor intangibile*”).

L’adolescenza è un mondo in ebollizione e di instabilità, tanto fisica che psichica. La comparsa del pensiero astratto fornisce all’adolescente, per la prima volta nella sua vita, la capacità in base alla quale tutta l’esperienza e le tonalità emotive vengono organizzate in un’unica percezione di sé e del mondo, dandosi un senso di sé che stabilizza e ristrutturata il suo significato personale. Si può raggiungere una conoscenza con visione di sviluppo più comprensiva dell’esperienza immediata, dato che si ottiene una prospettiva temporale della percezione del mondo.

Inoltre, tanto il pensiero quanto la autoreferenza riflessiva permettono all’adolescente di *manipolare* la sua esperienza immediata, la sua trama narrativa e la sua identità personale, per generare un’ipotesi di vita plausibile, in accordo con la propria storia, rinegoziando, così, il proprio ruolo. Questa comparsa della coscienza di sé favorisce il distacco mentale dalla famiglia di origine, mentre i maggiori spazi del gruppo sociale servono per ampliare la capacità individuale di adattarsi ad una realtà complessa e imprevedibile.

Ci si può attendere, in un primo momento, una situazione di disorganizzazione delle conoscenze, a causa di un aumento qualitativo dell’informazione, per cui gli adolescenti sono capaci di distinguere tra un sé interno, reale, intimo e personale, e un sé esterno adeguato alle richieste sociali. Successivamente, compare la necessità di ristrutturare il sé, per garantire una maggiore ampiezza integrativa e di comprensione che permetta di affrontare le diverse situazioni della vita con la scioltezza garantita dal poter disporre di punti di vista alternativi.

Sebbene per molti adolescenti il pensiero astratto possa servire a raggiungere nuovi livelli di spiegazione dell’esperienza immediata, per altri può essere, a volte, uno strumento *eccessivamente* ponderoso. Le emozioni innescate dagli eventi dell’esperienza immediata possono venire percepite come esterne al sé e quindi estranee, difficili da assimilare e da riferirle all’esperienza stessa, sconvolgendo la coerenza interna e il senso di sé.

Un altro dei cambiamenti che si osservano in questo periodo avviene nel corpo, il quale molte volte non è riconosciuto come se fosse proprio, ma diviene fonte di una serie di impulsi (tra cui quelli sessuali) i quali, in alcuni casi, interferiscono con una visione di sé libera da essi. Per molti adolescenti, il corpo e le sensazioni da esso ricavate possono produrre un senso di impurezza che richiede di dover essere purificata.

Si tratta di adolescenti che non sono capaci di ricostruire la realtà in accordo con gli elementi emozionali e cognitivi, poiché non possono disporre di quelli che gli appaiono ambigui, mancando di una capacità adattiva di gestirli, o del linguaggio per definirli. Essi non sono capaci di leggere le emozioni che sono alla base della conoscenza e che non sono accessibili attraverso i sensi, per cui neppure riescono a leggere attraverso le sensazioni corporee. Hanno, dunque, un mondo interno che molte volte è incapace di leggere e di comunicare, il che si traduce nel fatto che, a fronte della pretesa di una complessità evolutiva ogni volta maggiore, non sono capaci di relazionarla in maniera coerente con l'immagine di sé.

Le difficoltà sono particolarmente rilevanti durante l'adolescenza, nel corso della quale si apprezzano significativi cambiamenti fisiologicamente critici, nonché una instabilità interna. Tutte le trasformazioni del senso di sé, proprie della autorganizzazione nei diversi momenti del ciclo di vita, spingono il soggetto a mantenere la propria coerenza interna, il che non avviene in maniera indolore, come accade tipicamente nei momenti in cui il sistema individuale è messo sotto pressione dalle instabilità legate al dover cambiare e riadattare la propria immagine di sé. Questo dolore molte volte può essere maggiore di ciò che il soggetto può sopportare e inoltre può essere ambiguo, per cui viene canalizzato attraverso il dolore fisico. Nel corso del cambiamento si può verificare una marcata attivazione emotiva, che in molti casi può essere tanto intensa da produrre difficoltà a mantenere un senso di sé adeguato e adattivo, che consenta di assimilare e inserire nel senso di sé nuovi elementi di esperienza, generando un senso di sé più complesso e integrato, assimilando più, meglio e con esiti vantaggiosi le informazioni antecedenti alla crisi.

Nell'ottica post-razionalista, casi come quelli delle autoaggressioni possono essere considerati difficili rispetto alla tematica derivante dai problemi di coerenza interna dell'adolescente, per cui è apprezzabile un alto livello di intensità rispetto alla perturbazione della coerenza interna, tanto dell'immagine di sé, quanto dell'immagine del mondo. È possibile incontrare processi conoscitivi estremamente rigidi e poco flessibili in contesti significativi, con un alto livello di concretezza (quindi, con basso livello di astrazione), senza generatività autoreferenziale nell'ordinare le esperienze, con spiegazioni molto ben restrittive e una narrazione poco integrata, il che si traduce in un precario senso di continuità e di sequenzializzazione temporale, tematica o causale. In essi è osservabile, abitualmente, un disturbo integrativo (con tendenza verso la disorganizzazione e la depersonalizzazione), con un

livello molto basso di coscienza legato a un alto livello di autoinganno; ne deriva una deteriorata e ristretta individuazione di percorsi adattivi (“*viabilidad*”) rispetto alla qualità delle spiegazioni, con sbilanciamento nella relazione tra aspetti cognitivi ed aspetti emozionali.

Analogamente, possono essere valutate come difficili rispetto alle difficoltà tecniche e/o alle conseguenze emotive che sperimenta il terapeuta nella interazione con un adolescente con queste caratteristiche o con certi comportamenti specifici. A molti professionisti risulta difficile lavorare con adolescenti con condotte di autoaggressione, soprattutto per il timore del fatto che la condotta possa *sfuggire* alla intenzionalità ed esitare in un suicidio, con conseguente compromissione della propria immagine professionale. Ancora, questi adolescenti tendono ad essere percepiti come molto pressanti e ricattanti. Inoltre, a differenza di quanto succede per altre sintomatologie, in questo caso i genitori tendono ad essere molto premurosi e angosciati, specialmente quando le condotte autoaggressive vanno aumentando di frequenza e gravità, per cui tendono a cercare risultati terapeutici a breve scadenza.

Non va trascurato il fatto che quelle che vengono chiamate resistenze al cambiamento terapeutico sono una espressione del flusso reciproco dell’esperienza immediata e del successivo riordinamento di questa esperienza, sotto forma di spiegazioni che si integrano nelle rispettive trame narrative che sostengono la coerenza interna. In realtà, in alcuni casi esse corrispondono a giochi relazionali, mentre in altri esprimono le difficoltà emotive che un adolescente ha a modificare il proprio punto di vista. Si tratta, dunque, di un processo autoreferenziale nel quale si esclude attivamente una parte dell’esperienza immediata che risulta perturbante o discrepante con l’immagine di sé. Alcune di queste attivazioni non sono integrate nel contesto terapeutico, ad eccezione della vita stessa del soggetto, ma rappresentano anche una sorta di metafora di come egli sta vivendo il cambiamento.

## ADOLESCENTI CON ORGANIZZAZIONE TIPO DISTURBI ALIMENTARI PSICOGENI (DAP)

Nello sviluppo di questi adolescenti, l’esperienza immediata, riferita a particolari sensazioni fisiche e ad emozioni, è stata interferita, anticipata o ridefinita da parte dei genitori. Questo fatto si traduce, insieme con una disconferma rispetto a quali siano le proprie emozioni, nel fatto che queste

ultime sono percepite in maniera poco differenziata, per cui l'esperienza precedente viene plasmata come un problema a livello esplicativo; non esiste un punto di vista eterogeneo di se stessi. È per questo che essi cercano di evitare attivamente quelle espressioni emozionali che i genitori cercavano di controllare, anticipare e ridefinire, cioè cercano di non manifestare tensioni, conflitti e divergenze; ne deriva che in questi adolescenti esiste una discrepanza tra ciò che si narrano e ciò che sperimentano, per cui si determina una discontinuità tra la percezione di sé e la spiegazione che se ne dà, mantenendo tutto con una tonalità di indefinitezza.

Di solito, il senso delle autoaggressioni prende la forma di una attività di distrazione, che permette di mantenere coerenti e continui il senso e l'immagine di sé, sia indirizzando le esperienze emotive discrepanti, sia la percezione di vuoto e di incapacità, sia evitando la consapevolezza di una immagine negativa di sé. Questi adolescenti producono comportamenti autoaggressivi ogni volta che affrontano una esperienza immediata che, a livello tacito, attiva modelli emozionali che producono una significativa disconferma di sé. Ovviamente, se si affrontano eventi disadattivi, le autoaggressioni si associano a esperienze emotive, corrispondendo a reazioni di fronte a situazioni disconfermanti o minaccianti da parte di figure significative che producono una immagine intollerabilmente svalutata di sé. Costituiscono, dunque, un rifugio rispetto all'ingerenza del mondo degli adulti e una ricerca di mantenere una sia pur precaria percezione di sé.

Si tratta di una sintomatologia di marcata attivazione emotiva, in soggetti con un repertorio emozionale *ambiguo*, per cui prevalgono attivazioni riferite a sentimenti di inferiorità, vergogna e colpa.

Insieme a questa mancanza di integrazione, molti adolescenti con questa organizzazione ricorrono a comportamenti autoaggressivi sia per l'ambiguità che li caratterizza, sia perché non si azzardano ad esprimere apertamente quello che stanno sentendo realmente, o perché non trovano le parole per identificarlo ed esprimerlo. Altri li realizzano come qualcosa di simbolico, per tentare di essere qualcosa o qualcuno (altri, in maniera più *adattiva*, attuano un cambiamento di *look*), così come per "*segnare*" qualche evento della vita, però sempre in modo che non si veda e che si rimanga coperti e nascosti dai vestiti. Alcuni adolescenti DAP si autoaggreediscono in maniera più esplicita, in forma di tipica messa alla prova (ad es., una simulazione di suicidio), per vedere se gli altri li accettano e confermano la loro immagine di persone importanti o significative. Infine, non vanno trascurati quelli che attuano comportamenti autoaggressivi perché altre figure significative o

membri di un gruppo al quale appartengono compiono tali gesti, come forma di rituale di iniziazione o come elemento identificativo di appartenenza, dato che non amano essere emarginati o rimanere esposti alla disconferma della propria immagine. Una volta attuati questi comportamenti autoaggressivi, può comparire, in maniera oscillante, un senso di colpa o di vergogna.

## ADOLESCENTI CON ORGANIZZAZIONE FOBICA (FOB)

Gli scompensi che portano gli adolescenti FOB a produrre comportamenti autoaggressivi sono estremamente rari e particolari, dato che questa organizzazione si caratterizza per un costante timore evitante di fronte a tutto quello che viene percepito come nocivo o fonte di potenziale pericolo. Pertanto, questi comportamenti sono una modalità atipica ed estrema di affrontare il pericolo e costituiscono una forma concreta e ripetitiva di evitare situazioni percepite come intollerabilmente costrittive o non protettive da parte di figure significative.

Le interferenze dei genitori nell'infanzia fanno sì che questi adolescenti abbiano percepito una serie di paure collocabili non all'interno della propria esperienza soggettiva, ma degli aspetti fisici del sé. Pertanto in essi il controllo viene somatizzato: in questo modo, da un lato, si esclude il flusso sensoriale che attiva il bisogno di libertà e, dall'altro lato, si strutturano diverse perturbazioni somatiche, che servono per mantenere la prossimità.

Le conseguenze delle condotte autoaggressive tendono ad essere utilizzate per controllare la distanza fisica, cioè la vicinanza (o disponibilità) o la lontananza di alcune figure significative di riferimento; soprattutto per avvicinarle in momenti in cui si pensa di essere particolarmente poco protetti o si ritiene che queste persone si possano allontanare. Si tratta di una situazione limite quella in cui un FOB realizza una condotta estrema rispetto alla propria organizzazione, forzandola e commettendo un atto che attenta contro la propria sicurezza e integrità fisica; ciò può essere reso possibile dal bisogno di ricercare il bene maggiore individuato nel recupero del controllo di situazioni di marcato pericolo, nelle quali non ci si percepisce protetti.

In questi casi, i FOB cercano, attraverso la realizzazione di condotte patologiche autolesive, di controllare gli altri e le situazioni che stanno affrontando, per recuperare il bisogno di libertà e di protezione. Pertanto, le autoaggressioni sono realizzate con la finalità di riprendere il controllo delle emozioni, sugli stati affettivi e rispetto alla distanza dagli altri, però sempre



con il controllo degli aspetti di sicurezza della propria condotta (tipo e grado di autoaggressività, tipo di pericolo, dimensione delle lesioni, ubicazione delle stesse rispetto alle vene, fonti di infezioni, ecc.).

In questi casi, gli adolescenti FOB non sono in grado di riconoscere, sperimentare e verbalizzare le proprie percezioni e le proprie emozioni, nel quadro di una *autocoartazione* della vita affettiva e di una modalità di pensiero marcatamente concreta e molto poco astratta, per cui si può realizzare una condizione simile a quella della *sindrome di Münchhausen*, nella quale i soggetti periodicamente possono prodursi una serie di danni con modalità manipolatorie. Le figure significative o protettive possono essere non solo familiari, ma anche medici o altro personale dei centri assistenziali, che vedendo la gravità del problema, li accettano nuovamente per aiutarli. In altri termini, per un FOB non c'è luogo migliore per sentirsi protetto della rete dell'assistenza sanitaria.

## ADOLESCENTI CON ORGANIZZAZIONE DEPRESSIVA (DEP)

Le condotte autoaggressive possono essere frequenti e, talvolta, con conseguenze particolarmente estreme e drammatiche in soggetti DEP, dato che in questa organizzazione si sperimentano con notevole frequenza e intensità oscillazioni tra le fasi di disperazione, angoscia, abbandono, tristezza e pena, da un lato e, dall'altro, di rabbia e ira.

Questi adolescenti vivono, in diverse forme, la difficoltà, precarietà e incapacità di esprimere la propria rabbia o disperazione. I diversi comportamenti disadattivi possono progressivamente dare luogo a improvvise esplosioni di violenza o di condotte a rischio, a volte ostentando atteggiamenti aggressivi o presuntuosi. In questi casi, esiste una immagine di sé di uno che non ha nulla da perdere.

Questi comportamenti autoaggressivi possono manifestarsi come risposta all'esigenza di alleviare il dolore interno o il senso di sconfitta con cui si percepiscono le esperienze discrepanti, per cui si ricerca una sorta di anestesia per mitigare il dolore di vivere. Questi adolescenti vivono in un mondo che sperimentano poco affidabile e incontrollabile, da cui ricavano una immagine negativa di sé rispetto alla loro capacità di essere apprezzati per quel che sono; ne deriva la tendenza a svalutarsi, percependosi come centro e causa dei disturbi e del malessere sperimentati, per cui la attitudine di collera che segue alla tristezza esprime il tentativo di riprendere il controllo, circoscrivendolo

agli aspetti negativi di sé, in modo da correggere la negatività e cercare di essere accettabili.

Si accentua la tendenza a esprimere nelle relazioni interpersonali le tonalità emotive di disperazione o di rabbia, per cui la percezione di sé si associa a reazioni psicofisiologiche in cui emerge l'*acting out* della collera.

Come ha scritto Guidano (1991), "il repertorio di attività diverse consente un certo grado di controllo dell'ira, riducendo così aggiuntivamente le possibilità di rifiuto o di fallimento. Per esempio, la frequenza di autolesioni (sulle quali si hanno informazioni anche nei primati separati; Suomi, 1984), a parte il fatto di sviare la propria ira, che non si dirige più ad altri, agisce inoltre come una forma di autostimolo emozionale in una situazione che riproduce la caratteristica di una privazione sensoriale parziale".

I danni e i rischi connessi con la realizzazione di queste condotte manifestano la marcata tendenza autodistruttiva di questi adolescenti. A differenza di ciò che accade nei FOB, nei giovani DEP si evidenzia una mancanza di precauzioni, sia nell'utilizzo di materiali non sterilizzati (per cui si espongono al rischio di contrarre infezioni), sia pure nel produrre lesioni od esiti superiori alle aspettative.

In definitiva, per questi adolescenti, i comportamenti autoaggressivi appaiono condotte evitanti che esprimono lo scarso amore che provano per il proprio corpo, come una maniera di allontanarsi dagli altri, per dimostrare a loro stessi e alle figure con cui sono in rapporto che non sono amabili, come altra forma autopunitiva o come modalità ulteriore di dimostrare che si deve scomparire. Questa attribuzione causale interna dà loro un senso di controllo di sé.

## ADOLESCENTI CON ORGANIZZAZIONE OSSESSIVA (OSS)

Gli adolescenti con organizzazione OSS ricorrono a questi comportamenti in maniera cronica, specialmente quando l'esperienza immediata è legata a situazioni da cui deriva una forte attivazione emotiva che viene percepita come intollerabile; ciò si verifica soprattutto per la incapacità di riuscire a controllare una determinata situazione o quando ci si trova davanti all'atteggiamento di riprovazione da parte di una figura significativa mentre si cerca di tenere un comportamento corretto.

Il controllo che va effettuato sulle emozioni non avviene direttamente su di esse, dato che questi adolescenti cercano di non sperimentare tali emozioni

a livello consapevole, visto che, inevitabilmente, esse producono un marcato senso di disagio e di malessere.

Esistono pertanto processi taciti ed espliciti alla base delle manifestazioni autoaggressive, che rendono evidente il vincolo ambivalente, tipico delle organizzazioni OSS, il quale può produrre sofferenza sia nell'adolescente che negli altri; ciò spiega la carenza di empatia e l'esistenza di comportamenti di colpevolizzazione e di indegnità, che spingono gli adolescenti a circostanziate ed inutili ricerche di spiegazione.

Le autoaggressioni possono essere legate a forti sentimenti di colpa e di indegnità morale, in rapporto con un senso di sé percepito come cattivo e scorretto. In altre circostanze, può trattarsi di espiazioni messe in atto per la mancanza di continuità tra l'immagine di onnipotenza personale e la percezione di sé ricavata dall'esperienza immediata, che deve invece essere penalizzata attraverso modalità di autopunizione e castigo. In altri casi ancora, possono comparire aspetti oscillanti sadico/masochisti, come se solo attraverso la sofferenza rivolta verso di sé o all'esterno fosse possibile raggiungere un transitorio senso di adeguatezza; ciò si verifica specialmente quando ci si irrigidisce, all'interno di relazioni diverse, per cui, di fronte ad una dimensione sessuale del sé percepita come cattiva e sporca, si attivano rituali compensatori di purezza, in modo da espiare le sensazioni percepite e provare a controllarle.

Pertanto, le emozioni che debbono essere escluse fanno parte di una delle due visioni ambivalenti o antitetiche che questi adolescenti hanno di loro stessi, per cui cercano di eliminare queste modulazioni emozionali attraverso pensieri e comportamenti autoaggressivi stereotipati, che possono condurre a creare rituali o a rivestirsi di un certo livello di compulsività. Ne deriva, quindi, una costante ricerca di certezza nel controllo di sé, associata a una tendenza al perfezionismo, attraverso una continua e rigida adesione a modelli e codici di norme morali.

## BIBLIOGRAFIA

Arciero G.: Las Organizaciones de Personalidad: el enfoque postracionalista. Revista de Psicoterapia, XI, 41, 2000.

Arciero G.: Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal. Reflexiones sobre la Experiencia Humana. Ed Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, 2004.

Arciero G., Mazzola V.: Le organizzazioni di personalità: l'approccio post-razionalista. In: NARDI B. (Ed.), Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale.

Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Balbi J.: Terapia Cognitiva Posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano. Biblos, 1994.

Balbi J.: La Mente Narrativa. Hacia una Concepción Posracionalista de la Identidad Personal. Paidós, 2004.

Briere J., Gil E.: Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlations and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620, 1998.

Crittenden P.: Moldear la arcilla. *Revista de Psicoterapia*, XI, 41, 2000.

Crittenden P.: Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego. Promolibro, Valencia, 2002.

Dallam S.: The identification and management of self-mutilation patients in primary care. *The Nurse Practitioner*, 22, 151-164, 1997.

Favazza A.: Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Second edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.

Favazza A.: The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (5), 259-268, 1998.

Favazza A., Contei K.: The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30, 1988.

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*, Guilford Press, New York, 1987.

Guidano V.F.: *El Sí-mismo en Proceso*, Paidós, 1994.

Guidano V.F.: *Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, Ed. Instituto de Terapia Cognitiva, 1995a.

Guidano V.F.: Un enfoque constructivista de los procesos de conocimiento. In: Mahoney M. (Ed.), *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas*. Desclée de Brouwer, 1995b.

Guidano V.F.: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista. In: Caro I. (Ed.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Paidós, 1997.

Guidano V.F.: La autoobservación en la psicoterapia constructivista. In: Niemeyer R., Mahoney M. (Eds.), *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós, 1998a.

Guidano V.F.: *Los Procesos del Self: Continuidad versus Discontinuidad*. Web: [www.inteco.cl](http://www.inteco.cl), 1998b.

Guidano V.F., Liotti G.: Una base para la terapia cognitiva. In: Mahoney M., Freeman A. (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Paidós, pp.123-165, 1988.

Guidano V.F., Quiñones, A.: *El Modelo Cognitivo Posracionalista*. Desclée de Brouwer, 2001.

Lewis M.: The emergence of human emotions. In Lewis M., Haviland-Jones J. (Eds.), *Handbook of Emotions*. Guilford Press, New York, 2000.

Molledo A.: Percepción de sí mismo en hombres con disfunción eréctil: una visión desde la perspectiva cognitivo procesal sistémica de Vittorio F. Guidano. *Revista de Terapia Sexual (Brasile)*, V (1), 2002a.

Molledo A.: Estilo afectivo y ansiedad en el encuentro emotivo y sexual con el otro. In: Nardi B., Brandoni M. (Eds.), Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002b.

Molledo A.: Más allá de la nosografía: la visión cognitivo procesal sistémica del síntoma. Psicoperspectivas, 3, 2004.

Nardi B. (Ed.): Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Nardi B.: Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Franco Angeli, Milano, 2001 (2ª ristampa 2003).

Nardi B. (Ed.): Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.): Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Università Politecnica delle Marche in collaborazione con Accademia dei Cognitivi della Marca. Quaderni ASL 7, Ancona, 2003.

Oneto L., Molledo A.: Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano. Una llave explicativa de la experiencia humana. Psicoperspectivas, 1, 83-91, 2002.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia, La Nuova Italia Scientifica, 4 ristampa, 1993.

Suymoto K., Mac Donald M.: Self-cutting in female adolescents. Psychotherapy, 32, 162-171, 1995.

Van Der Kolk B.: Psychological Trauma. American Psychiatric Press, Washington DC, 1989.



Emidio Arimatea, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Simona Castellani, Gianni Castellucci, Valeria Frattesi, Jessica Gentili, Chiara Mazzoni, Bernardo Nardi, Francesca Romagnoli, Sara Rupoli, Francesca Tittarelli

## **LE DIFFICOLTÀ DELLA CRESCITA NELL'ESPERIENZA DEL CENTRO ADOLESCENTI PER LA PROMOZIONE DELL'AGIO GIOVANILE DI ANCONA**

A lungo, ed in parte tuttora, la psicopatologia dell'adolescenza è stata concepita e trattata o come una sorta di deriva passiva della psicopatologia infantile, come se il disagio adolescenziale fosse una semplice conseguenza di problemi maturativi comparsi nei primi anni di vita, o come una patologia adultocentrica, del tutto assimilabile ai disturbi mentali osservati nell'adulto e in quanto tali classificati in base a criteri standard.

Solo recentemente si è posto il problema di un approccio mirato all'adolescenza, tenendo conto anche del fatto che nel mondo occidentale questa fascia fondamentale della vita si sta dilatando, presentando una comparsa progressivamente sempre più precoce dei fenomeni psico-fisici e relazionali che la caratterizzano e, d'altra parte, tendendo a sfumare posticipatamente, e talora solo parzialmente, verso la maturazione e l'autonomia propria dell'età adulta (Nardi e Vincenzi, 1995; Nardi, Brandoni e Santone, 2004).

Quasi naturalmente, in una società sempre più complessa, aperta e in trasformazione, le problematiche dell'infanzia si sono spostate verso l'adolescenza; progressivamente, è divenuto sempre più sfumato e a margini indefiniti quel confine generazionale un tempo estremamente netto, che relegava l'infanzia in un limbo chiuso ed appartato rispetto agli adulti, nel quadro di una organizzazione sociale centrata sulla famiglia allargata e sul primato anzianale. La difficoltà di individuare nuovi ruoli e competenze mette spesso in crisi le attuali figure genitoriali, sempre più fluttuanti tra un modello educativo e l'altro, a volte incapaci di assumere un ruolo educativo, fragili di fronte a insuccessi che vivono come riprova di una propria inadeguatezza e che pertanto appaiono fortemente bisognose di punti di riferimento. Non a caso, molte richieste di aiuto per i figli mascherano un tacito bisogno di essere sostenuti e affiancati, sul piano personale e su quello dell'investimento relazionale, per andare oltre le difficoltà di rapporto, che attivano delusioni, sensi di colpa e rimpalli delle proprie difficoltà sull'altro. Nessun approccio al disagio adolescenziale può essere incisivo se non prevede un intervento

anche – a volte prioritario – sugli adulti che vivono accanto all’adolescente.

D’altra parte, quest’ultimo può essere avvicinato solo mediante un atteggiamento empatico di accoglienza, che consenta sia di attivare tutti i canali comunicativi percorribili, sia di rispettare i limiti posti dall’adolescente, evitando quegli atteggiamenti intrusivi ed invasivi, che, sulla base delle esperienze vissute, questo si può aspettare da un adulto, comportandosi quindi in maniera diffidente e talora nettamente rifiutante.

Da questa premessa deriva la necessità di un approccio all’adolescente che risponda a tre esigenze fondamentali.

Anzitutto, l’approccio all’adolescente deve essere specialistico. Occorrono cioè delle competenze non solo genericamente psichiatriche, psicologiche e psicoterapeutiche generali, ma anche specifiche rispetto ai processi ed ai problemi di questa fascia di età (specializzazione di “secondo livello”, quello, appunto, della “*adolescentologia*”).

In secondo luogo, l’approccio deve essere flessibile, tempestivo, mirato sul problema clinico dell’adolescente. Esso richiede risorse inderogabili, spazi e tempi rispondenti alle esigenze dell’adolescente, non etichettanti e non burocratizzati, facilmente e tempestivamente individuabili ed accessibili.

In terzo luogo, l’approccio all’adolescente deve essere olistico, centrato sull’individuo nella sua globalità psico-fisica. Non bisogna correre dietro ai singoli sintomi e patologie, ma partire dal problema presentato per ricostruire insieme all’adolescente come il problema clinico esprima le sue modalità di funzionamento interno, direttamente connesse con la propria costruzione dell’immagine di sé e del mondo e, quindi, con la propria peculiare organizzazione di significato personale (Guidano, 1988, 1992; Nardi, 2001).

Superare le difficoltà dell’adolescenza, età critica per definizione e promuovere il benessere dei soggetti che attraversano questo periodo fondamentale nella storia personale di ogni individuo è il migliore investimento che una società possa fare. Ma per procedere in questa direzione, è necessario un modulo specialistico innovativo, capace – in particolare sul versante diagnostico e psicoterapeutico – di operare un approccio globale alle problematiche poste sia dagli adolescenti sia da chi vive con e accanto a loro.

Partendo dalle premesse appena fatte, in un’ottica di volontariato, nel 1988 è stato aperto ad Ancona il “Centro di Adolescentologia”, uno dei primi in Italia ad occuparsi del settore e il primo in assoluto a proporre un approccio globale e integrato alle problematiche adolescenziali. Di tale Centro il Dott. Bernardo Nardi è stato responsabile del settore neurologico e psichiatrico.



Nel 1997 su delibera n. 1095 della Regione Marche è stato attivato, presso la Clinica Psichiatrica Universitaria e nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale di Ancona, il "Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziiale", di cui, oltre al Dott. Nardi che ne è responsabile, fanno parte il Dott. Marco Brandoni, psichiatra, e la Dott.ssa Sara Rupoli, psicologa.

Nel 2003, sempre su delibera della Regione Marche, il precedente progetto è stato ampliato con l'apertura, oltre all'ambulatorio presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona a Torrette, anche di due accessi territoriali, l'uno presso il poliambulatorio di Falconara Marittima, l'altro presso il poliambulatorio di Castelfidardo. Il "Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile", così ridefinito, può contare su una équipe più ampia, per fornire all'utenza un servizio al passo con i criteri richiesti per interventi specialistici di qualità, duttili e tempestivi.

Su come affrontare le difficoltà della crescita e di chi vive accanto agli adolescenti e interagisce con loro verranno messi a fuoco tre aspetti specifici: come si esprime e come sta cambiando il disagio negli ultimi anni (A), come si possono aiutare i genitori (B), come viene operata la supervisione dell'attività clinica (C).

#### BIBLIOGRAFIA

Guidano V.F.: *Complexity of The Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guildford, New York, 1991a. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001 (Prima ristampa, 2003).

Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.): *Normalità e Disagio nell'Adolescenza*. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M. Università Politecnica delle Marche in collaborazione con Accademia dei Cognitivi della Marca. Quaderni, Ancona, 2004.



A

Marco Brandoni

## LE DIFFICOLTÀ GIOVANILI NELLA CASISTICA DEL CENTRO DI ANCONA

Presso il Centro nel solo anno 2004, sono stati effettuati 1050 interventi.

Le *fasce di età* considerate (Fig. 1) sono state le seguenti: 5 – 10 anni (3,2 %); 11 – 13 anni (9,1 %); 14 – 18 anni (30,3 %); 19 – 25 anni (28,6 %); inoltre sono stati anche effettuati interventi dedicati ai genitori (28,6 %).

Nel 51 % si è trattato di ragazze; nel 49 % di ragazzi (Fig. 2).

L'*intervento* (Fig. 3) è stato richiesto nel 49 % da figure sanitarie; nel 27 % è stato personale; nel 17 % dalle famiglie; nel 4 % dalle figure scolastiche e nel 3 % dal Tribunale per i Minorenni.

Le *principali richieste* di intervento (Fig.4) hanno riguardato: disturbi d'ansia (19,6%); disturbi della condotta (18,8%); disturbi dell'umore (18,4%); disturbi psicotici (8,1%); disturbi alimentari (5,7%); condotte di abuso (4,9%); disturbi somatoformi (4,9%); disturbi di personalità (1,6%); altro (10,6%).

Gli *interventi* (Fig. 5) sono consistiti in: colloquio di sostegno (40%); psicoterapia (26%); primo colloquio (10%); consulenza (10%); farmacoterapia (8%); testistica (6%).

La *durata dell'intervento* (Fig. 6) è stata: primo incontro (0,8%); 2 – 5 incontri (8,2%); inferiore a tre mesi (16,4%); inferiore a dodici mesi (41,8%); superiore a dodici mesi (25,5%).

Infine l'*esito dell'intervento* (Fig.7) è consistito in: drop-out (2,4%); peggioramento (0,0%); stazionario (12,2%); remissione (9,8%); migliorato (24,5%); inviato ad altra struttura (4,9%):

Dalla nostra casistica ed esperienza appare evidente come si sia nettamente ridotta, negli anni, la fascia di età per cui viene richiesto l'intervento, forse collegabile ad notevole aumento della sensibilizzazione alle problematiche adolescenziali da parte delle varie figure che vivono a fianco dell'adolescente.

Questo anche in relazione ad un vertiginoso abbassamento, negli anni,

dell'età in cui avviene il primo contatto con sostanze stupefacenti (in genere cannabis) che secondo una media nazionale corrisponde a circa 11 anni; al vertiginoso abbassamento dell'età in cui avviene il debutto sessuale che secondo una media nazionale corrisponde a circa 14 anni; nonché alla precocità, imposta dai modelli promossi dalla società degli adulti, con cui i giovanissimi sono spinti ad assumere attitudini e costumi che non corrispondono alla loro età anagrafica.

Dalla nostra esperienza è stata confermata l'importanza di accogliere tempestivamente il disagio affinché non si strutturi in una patologia, l'importanza di un approccio specialistico e dedicato in funzione di una riduzione del rischio sia di sottovalutare problematiche che possono, nel tempo, divenire ingestibili sfociando in una urgenza, sia di medicalizzare precocemente e, quindi, di istituzionalizzare l'adolescente con disagio.

Appare evidente come, al di là delle varie problematiche presentate (ansia, abuso di sostanze, depressione, etc.), il problema centrale dell'adolescenza sia la *“costruzione dell'identità personale ed il mantenimento di una coerenza interna”* e quindi, in funzione di ciò, quanto sia importante mettere a fuoco, oltre l'aspetto contingente rappresentato dai sintomi, le problematiche di definizione di se stesso sia verso l'interno (il suo assetto emozionale, affettivo, ideativo) che verso l'esterno (le relazioni con la famiglia, gli amici, l'altro sesso).

Quindi patologia intesa come disagio della persona, non come patologia in se, come difficoltà nel crescere (nella relazione con se stessi e con gli altri).

Da non dimenticare la difficoltà per l'adolescente a mantenere una continuità, anche spazio-temporale, del percorso terapeutico e la sua capacità di assumere spesso un atteggiamento ambivalente oscillante tra il chiedere aiuto ed il rifiutarlo. Importante quindi, strutturare un setting plastico, flessibile, offrendo comunque al di là delle oscillazioni emotive del soggetto, uno spazio di relazione che possa accogliere queste apparenti contraddizioni.

Necessarie a questo punto alcune riflessioni sul come, nelle dinamiche di vita attuali, per noi genitori, sia più facile elargire denaro piuttosto che dedicare attenzione ed ascolto; sul come ci sia la necessità di “porsi in ascolto” dei ragazzi per cercare di effettuare quel lavoro di de-privatizzazione dell'esperienza e socializzazione dei fattori che causano malessere, stimolando in primo luogo una maggiore comunicazione delle rispettive, umanissime, debolezze.

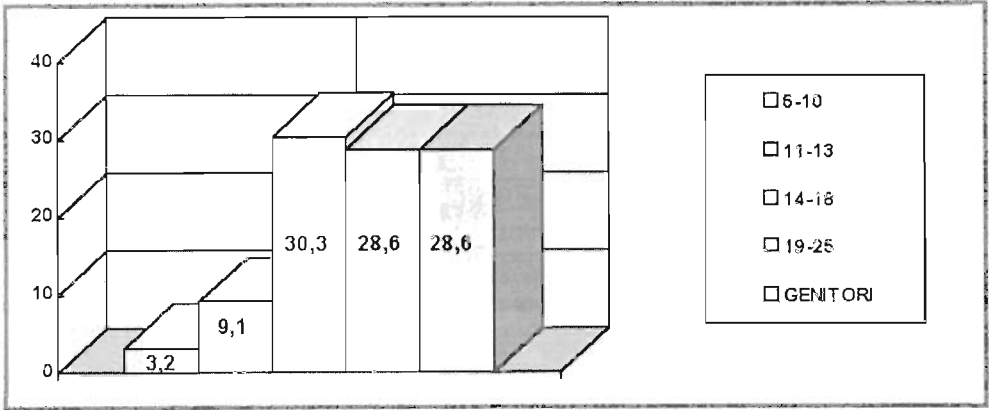


Fig. 1 - Fasce di età

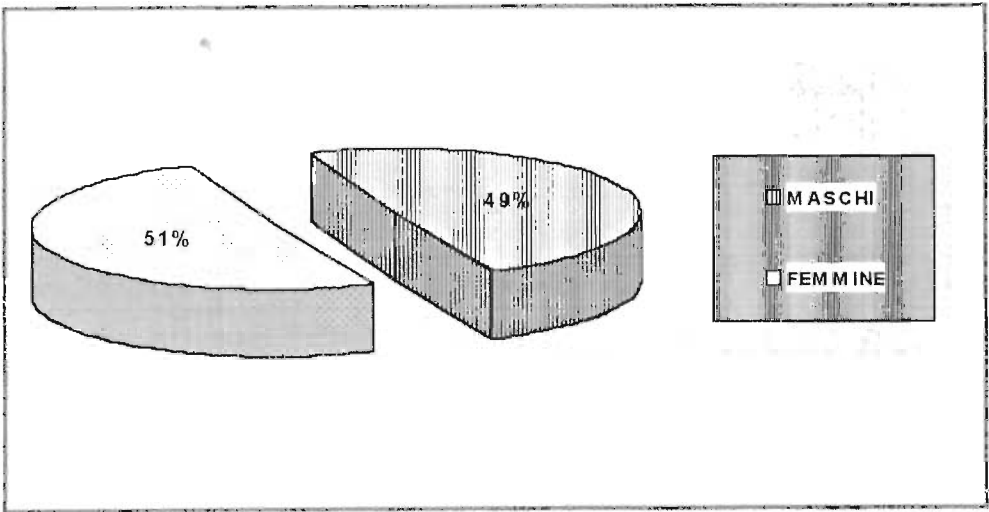


Fig. 2 - Soggetti

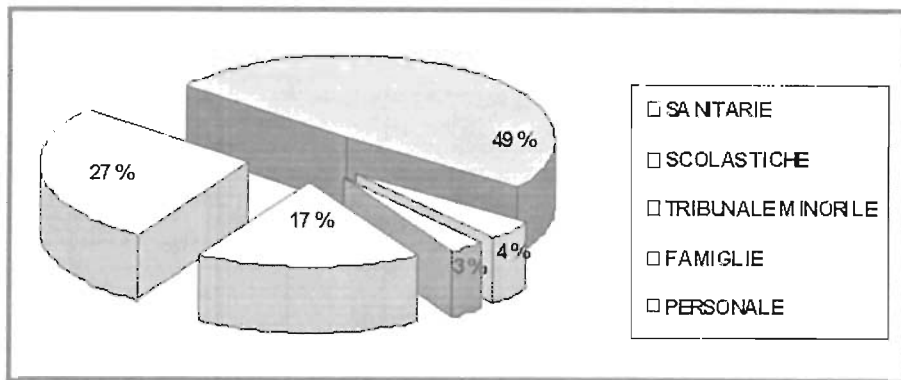


Fig. 3 - Strutture invianti

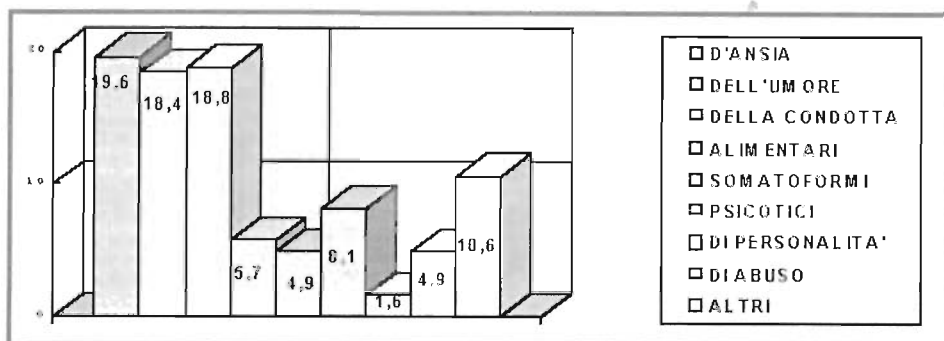


Fig. 4 - Disturbi clinici

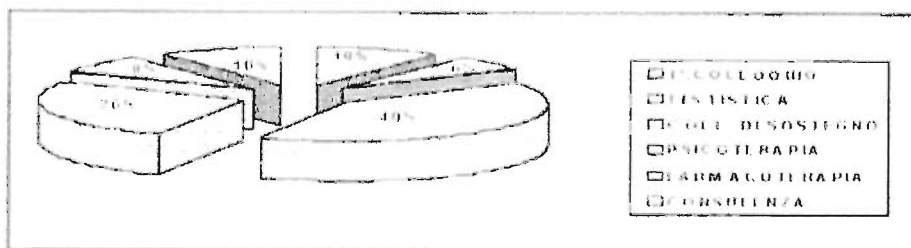


Fig. 5 - Tipologia di intervento

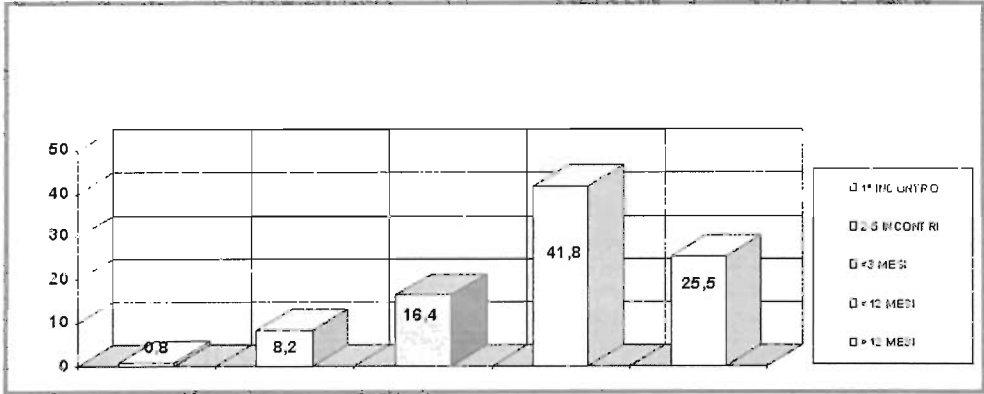


Fig. 6 - Durata dell'intervento

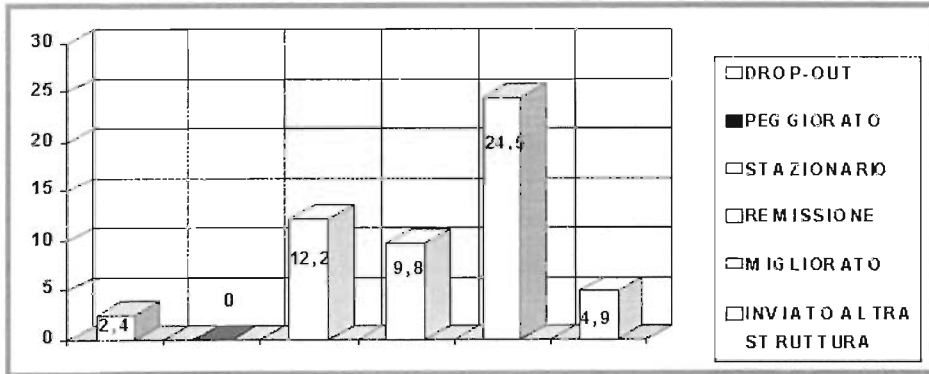


Fig. 7 - Stato attuale





Sara Rupoli

## **AIUTARE GLI ADULTI: IL GRUPPO TERAPEUTICO CON I GENITORI**

Il mio intervento vuole essere la presentazione di un progetto, all'interno del Centro Adolescenti, che riguarda primariamente i genitori. Il progetto consiste nella costituzione di un gruppo terapeutico di sostegno per le coppie dei genitori degli adolescenti presi in carico.

Nel 18% dei casi i genitori sono gli agenti della segnalazione e dell'invio, percentuale sicuramente sottostimata in quanto gli invii a noi effettuati dalle strutture sanitarie potrebbero essere state a loro volta contattate dai genitori. I genitori attualmente in carico con colloqui di sostegno costituiscono invece il 35% della nostra utenza.

Con questi dati vorrei sottolineare l'importanza, per un Centro che si occupa di adolescenza, di avere uno spazio per l'ascolto della famiglia e per il sostegno ad essa in tutti i diversi passaggi, dall'ipotesi diagnostica fino alla presa in carico, uno spazio mentale che preveda sempre la costruzione di un legame con la famiglia. Diversa è la situazione per quella fascia di soggetti che si collocano per età, in una fase avanzata dell'adolescenza, di solito studenti universitari, che vivono già fuori dal nucleo familiare, i quali si presentano con una motivazione autocentrata, un'autonomia e un processo di individuazione già in corso, condizioni che permettono la costruzione di un tipo di setting individuale, in cui i genitori possono entrare come immagini interiorizzate e rappresentazioni. Per l'altra fascia di età, dagli 11 ai 18 anni, in fase di pre-adolescenza e adolescenza, non si può contare unicamente su un setting di tipo individuale.

Sappiamo che in età infantile la conoscenza del bambino deve attraversare i suoi rapporti più significativi. La patologia infantile spesso parla delle problematiche dei genitori: il figlio con sintomi porta fuori una sofferenza che i genitori, se non aiutati, faticano a riprendere su di sé. Gli psicologi dell'età evolutiva insegnano infatti che, a volte, basta aprire la porta ad incontri congiunti bambino-genitore per comprendere che il disturbo infantile non è altro che una maschera del conflitto fra i due coniugi, maschera che ottiene il duplice scopo di salvaguardare l'omeostasi familiare e spostare

l'attenzione. Quando il conflitto viene riportato sul piano che gli è proprio – la coppia genitoriale – il sintomo infantile scompare. Le cose si complicano quando l'operatore si sostituisce involontariamente ai genitori, mandando il messaggio che è lui l'esperto dei figli invece di aiutare i genitori a diventare essi stessi di aiuto per i loro figli.

Anche in adolescenza c'è il rischio di fare il “furto” del figlio sintomatico perché rappresenta il primo stadio del ciclo vitale in cui il rapporto dinamico fra l'appartenere e il separarsi dalle proprie radici familiari, sembra propendere più per la seconda opzione. Spesso colludiamo con questi movimenti di separazione perdendo di vista l'altro polo, quello dell'appartenere. Le separazioni che l'adolescente sperimenta servono infatti provocatoriamente e contraddittoriamente a ricercare contenimento e appartenenza: è un po' come se l'adolescente volesse testare la capacità dei genitori di non farsi abbindolare troppo dalle sue proteste di libertà e autonomia assoluta. Per potersi separare infatti, si deve aver sperimentato appieno l'essere legati e l'appartenenza, nel senso di essere parte di un romanzo familiare.

La riconferma dell'appartenere per l'adolescente è altrettanto fondamentale per andare avanti che la sperimentazione dei piccoli distacchi dall'ambito familiare. Il compito evolutivo più importante per l'adolescente è quello della ricerca di una identità che integri la sua appartenenza alla matrice familiare e al contempo riveli le sue componenti più individuali. La ricerca di identità si muove fra i due poli della estrema instabilità e della ricerca di un contenitore stabile.

I genitori specularmente devono affrontare una serie di dinamiche psicologiche importanti, infatti ci troviamo spesso di fronte a due crisi simultanee, del figlio e della coppia genitoriale.

La genitorialità non è un semplice ruolo ma un processo, una linea evolutiva che continua per tutto il resto della vita e che muta (possono esservi modelli familiari funzionali per i bambini ma non per gli adolescenti). Attualmente la genitorialità non viene più vista come diretta espressione della personalità del genitore, ma viene studiata attraverso un modello multifattoriale, non come una qualità in sé, ma all'interno di una idea di gruppo in cui bisogna valutare il peso della storia, delle risorse personali del genitore, del contesto sociale come fonte di stress o di supporto, dell'influenza delle particolari caratteristiche del bambino (Belsky, Crnic, Gable 1995).

L'adolescenza dei figli pone nuove sfide evolutive e può essere investita di molti significati, per esempio può essere intesa come seconda chance nella vita o come tentativo di confronto, capovolgimento, riparazione dei ruoli

sperimentati con i propri genitori (Zavattini, 1994, cit. in Gruppi, 2000). Il raggiungimento della fase adolescenziale del figlio coincide poi spesso, con la situazione di malattia o perdita dei nonni, quindi i genitori si trovano alle prese con l'elaborazione del lutto dei propri genitori.

Quando il figlio entra in adolescenza i genitori devono passare progressivamente da un rapporto genitore-bambino ad una relazione adulto-adulto, pur contrassegnata dalla filiazione (Marcelli e Bracconier, 1996), richiedendo questo passaggio un considerevole rimaneggiamento della relazione precedente.

Per i genitori significa rinunciare a quella "onnipotenza" proveniente anche dalla idealizzazione che di loro necessariamente fa il bambino, e rivedere il progetto che più o meno narcisisticamente hanno fatto su lui, progetto che costringe spesso i figli ad essere portatori dei desideri non realizzati dei genitori.

Un'altra dinamica importante riguarda poi la coppia: mentre in fase infantile era centrata sull'accudimento, ora c'è più spazio per ritrovasi "coniugi" oltre che "genitori".

La complessità di tali dinamiche anche nei genitori, se non adeguatamente presa in considerazione, può creare blocchi e incomprensioni nella comunicazione fra genitori e figli, creando stereotipi che bloccano l'evoluzione del rapporto.

Il gruppo di sostegno può diventare per i genitori quello spazio in cui poter esprimere tali processi mentali in maniera più libera, sostenuti dagli altri e dal conduttore che ha il ruolo di facilitare la comunicazione fra i membri, vivendo con meno ansia il peso di un presunto "giudizio" sul loro operato. Quando i genitori si rivolgono ad uno psicologo o psichiatra per i problemi del figlio adolescente, la comunicazione viene infatti spesso bloccata dalla forte ambivalenza dei sentimenti che si riversano sul professionista, da un lato la rabbia, dall'altro la dipendenza, come se questo occhio medico-teorico detenesse la verità e dalla ambivalenza che l'operatore viceversa riversa sui genitori.

Nel gruppo, per la sua conformazione, essendo tutti in posizione paritaria, si possono accettare meglio i suggerimenti, i consigli e le informazioni, anche quelle di natura medica e psicologica, possono circolare meglio in quanto non vengono impartite dall'alto.

Il gruppo smentisce inoltre le sensazioni sgradevoli e pessimistiche di unicità dei problemi ridimensionando la sofferenza attraverso la condivisione reciproca.

La capacità di mettersi nei panni degli altri e l'aiuto reciproco che si sviluppano nel gruppo consentono ai genitori di avere più fiducia e sperimentarsi più attivi e autonomi nei confronti dei problemi. Tale spazio terapeutico consente l'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle proprie modalità relazionali permettendo ai singoli membri familiari di differenziare i propri sentimenti da quelli altrui.

Questi sono solo alcuni dei fattori terapeutici gruppali individuati da Yalom (1974), fattori che si attivano in ogni gruppo che si forma con un obiettivo.

Nel caso dei genitori, il gruppo diventa quella rete di supporto la cui mancanza è spesso la vera causa del malessere.

## BIBLIOGRAFIA

A.A.V.V.: Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società. Modelli Familiari e Campo Gruppale. Franco Angeli, Milano, Vol. 2, Luglio-Dicembre 2000.

Andolfi M. (Ed.): La Crisi di Coppia. Cortina, Milano 1999.

Belsky J., Crnic K., Gable S.: The determinants of coparenting in families with toddler boys: Spousal differences and daily hassles. *Child Development*, 66, 629-642, 1995.

Yalom I. D.: Teoria e Pratica della Psicoterapia di Gruppo. Boringhieri, Torino, 1974.

Marcelli D., Braconnier A.: Psicopatologia dell'Adolescente. Masson, Milano, 1996.

Senise T.: L'Adolescente come Paziente. Franco Angeli, Milano, 1989.

## LA SUPERVISIONE DELL'ATTIVITÀ CLINICA

Dall'analisi del lavoro del nostro Centro Adolescenti emergono due momenti essenziali e peculiari: l'attenzione all'adolescente e il sostegno e l'eventuale presa in carico della famiglia. Questi aspetti rappresentano esempi di situazioni delicate e difficili del nostro lavoro.

Non si possono certo fare generalizzazioni, tuttavia, dalla nostra esperienza emerge che una delle emozioni sperimentate dai nostri adolescenti all'inizio di ogni percorso psicologico è la sorpresa di sentirsi dire che sono loro gli esperti di sé stessi, con aspetti, naturalmente, trans-organizzazionali.

In alcuni casi questa affermazione diventa funzionale al setting ma ancor di più lo è per la creazione dell'alleanza terapeutica stessa. È importante, ad esempio, definire chi deve parlare e di chi si deve parlare. In questo setting che si sta strutturando sin dalle prime battute del colloquio, emerge come il problema dell'adolescente è frequentemente riportato sull'esterno, non dipende da lui e lo vede spesso passivo e senza coordinate in questa fase di vita del "non più e non ancora".

Nell'affermazione, in particolare, "arrivare a percepirsi esperto di sé" vi è molto del nostro approccio epistemologico, che parte da una teoria della mente di tipo attivo, tenendo conto dell'idea che abbiamo dell'adolescente come attivo costruttore della propria conoscenza e di quanto possa essere per lui innovativa questa situazione di co-esplorazione.

Al terapeuta sono richieste competenze generali e specifiche che gli consentiranno di mettersi a disposizione come "strumento", mezzo di conoscenza per l'adolescente e non come fonte di verità o istruttore, assumendo quindi il ruolo di co-esploratore. Da questo contratto all'adolescente si prospetta, la prima di tante altre occasioni di riportare a sé il suo problema, di distinguere il proprio mondo soggettivo da quello degli altri, ed iniziare a cogliere l'individualità che caratterizza ciascuno di noi.

"Arrivare a percepirsi come esperto di sé", quindi, non solo riguardo alle conoscenze, ma anche in funzione del suo ruolo e di come viene vissuto dall'adolescente il problema.

Molto spesso ci sentiamo dire “Sono qui perché me l’hanno chiesto i miei genitori” o purtroppo, a volte, perché me l’hanno imposto. In questo modo il problema viene portato solo come esterno, la riformulazione non è sempre sufficiente, e vanno interrotti i meccanismi di delega sull’altro, ad esempio dei genitori, con i loro continui “come va?” che vogliono appropriarsi di uno spazio non più loro.

Altra frase ribadita più volte all’interno del contratto terapeutico è “questo è un tuo spazio che puoi gestire come preferisci!”. Tale affermazione che può apparire ovvia e scontata non è sempre così presente all’attenzione delle parti e gestire lo spazio diventa difficile sia per l’adolescente sia per il terapeuta.

È stato scritto molto sulla relazione terapeutica, tuttavia, sembra interessante affrontare un aspetto importante che la nostra esperienza clinica mette continuamente in evidenza: la duplicità del rapporto. La terapia è un momento di incontro e la difficoltà di questo incontro va colta e tenuta in considerazione per entrambi i punti di vista, per entrambe le parti.

Il percorso terapeutico, cioè, non può essere considerato a tappe determinate, ne possono essere ipotizzati momenti standard, come a volte la letteratura nell’ambito della pratica clinica, tuttavia, riporta. Quelle che sovente vengono definite come “resistenze” messe in atto dall’adolescente non possono essere considerate limitazioni e/o ostacoli al percorso terapeutico. Sovente in queste situazioni le difficoltà incontrate impediscono il raggiungimento degli obiettivi che, è importante sottolinearlo può essere il terapeuta a prefiggersi. Gli stessi obiettivi possono essere percepiti dall’adolescente come “preconfezionati”, predefiniti e se le sue resistenze allontanano gli obiettivi allora il terapeuta ritiene di avere di fronte un adolescente difficile. In questa prospettiva non si tiene conto del vissuto dell’adolescente, del significato che possono avere quelle stesse resistenze sul rapporto terapeutico in particolare per il terapeuta. L’adolescente, spesso, tende a riproporre con il terapeuta dinamiche che ha sperimentato nei confronti delle figure di attaccamento e che sono a sostegno dei suoi contorni di identità personale, che fanno parte del suo modo di essere.

Come ha messo in evidenza Guidano, le vere resistenze andrebbero considerate nella difficoltà emotiva che un soggetto ha a modificare il proprio punto di vista. In funzione di ciò, va evidenziato che la terapia è anch’essa uno processo autoreferenziale, di conoscenza di sé e quindi anche durante il lavoro terapeutico vengono attivamente escluse le esperienze perturbanti che risultano discrepanti con il senso di sé.

Considerando inoltre che l’adolescenza è un momento di definizione di sé,

bisogno di spazi personali per un Sé che si sta strutturando, in terapia possono presentarsi comportamenti oppositivi, bugie e comportamenti di chiusura dell'adolescente. Questi ultimi aspetti, nella nostra esperienza clinica hanno una significativa ricorrenza e soprattutto possono mettere molto in difficoltà la relazione ed il lavoro terapeutici. È frequente ad esempio, che l'adolescente presenti dei segreti in terapia che in alcuni casi vuole mantenere tali anche nei confronti del terapeuta. Nonostante questi segreti continuino a rimanere fonte di disagio, l'adolescente può "ostinarsi" a non parlarne. Quella che appare come una resistenza va affrontata non tanto come problema in sé, né come problema di alleanza terapeutica, bensì come modalità di funzionamento dell'adolescente.

Il vantaggio di lavorare "in presa diretta" sulle emozioni sperimentate, sulle *reazioni emotive in corso*, emerse da perturbazioni strategicamente orientate, sta quindi nella possibilità di giungere a riformulazioni che evidenzino all'adolescente il suo modo di funzionare.

Per noi terapeuti del Centro, svolgono un sostegno indispensabile due momenti che tendono ad essere inesauribili: formazione e supervisione. La supervisione è stata istituzionalizzata nel momento stesso in cui è stato ideato il Progetto del Centro Adolescenti ed attualmente è parte sostanziale dell'attività. La supervisione riguarda sia il lavoro individuale, sostegno e terapia, sia tutta l'équipe di lavoro, in quest'ultimo caso è indispensabile se più elementi di una famiglia sono stati presi in carico. Questi momenti di confronto diventano funzionali alla rilettura da parte del terapeuta dei processi di co-evoluzione e di reciproca perturbazione che sperimenta in terapia.

Compito del terapeuta, attraverso il lavoro personale di conoscenza di sé, è riconoscere quelle dinamiche relazionali adattive messe in atto dall'adolescente nei suoi confronti ed inoltre distinguere ciò che sperimenta l'adolescente in termini affettivo-emotivi e cognitivi da ciò che egli sperimenta a contatto con le dinamiche che l'adolescente gli attiva.

Il lavoro di supervisione, il confronto in équipe, la discussione dei casi clinici, la continua attenzione agli stati interni del terapeuta e ai significati attribuiti, sono aspetti fondamentali per il superamento delle difficoltà, da entrambe le parti dell'alleanza terapeutica.

Il terapeuta a volte corre un rischio molto importante, quello di sostituire alla visione del mondo del soggetto, un'altra realtà preordinata, una visione del mondo che può non appartenere a quest'ultimo.

Molti spunti di lavoro giungono dalla supervisione, il confronto con altri consente di saggiare le modalità personali per essere espliciti e quanto più

possibile chiari nei confronti degli adolescenti, emergono le proprie modalità di agire nonché aspetti fattivi della gestione della relazione.

Come nel caso dei segreti, ad esempio, cogliendo i significati alla base del disagio dell'adolescente, cercando di approfondire esclusivamente il suo stato d'animo, quello sperimentato in seduta o quello che caratterizza il segreto, può emergere la modalità dell'adolescente di affrontare i propri problemi, il proprio modo di funzionare, in funzione di ciò che possano pensare gli altri, ad esempio, terapeuta compreso.

## BIBLIOGRAFIA

Bara B.G. (Ed.): *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

Cesari G.: *Adolescenti e Adulti* (introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.

Damasio A.R.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000.

Fenelli A., Lorenzini R.: *Clinica delle Disfunzioni Sessuali*. Carocci ed., Roma, 2003.

Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Guidano V.F.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Guidano V.F.: *Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva* (seminario del 1989). In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Hough M.: *Abilità di Counseling. Manuale per la prima formazione*. Edizioni Erickson, 1999.

Lambruschi F.: *Etologia evolutiva, attaccamento e organizzazione di significato personale*. In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Lambruschi F.: *Continuità e cambiamento in età evolutiva*. In: Reda M.A., Nardi B. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Siena, 2001.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Liotti G.: *Le Opere della Coscienza. Psicopatologia e Psicoterapia nella Prospettiva Cognitivo-Evoluzionista*. Raffaello Cortina ed., Milano, 2001.

Nardi B. (Ed.): *L'Adolescenza dalla A alla Z*. Centro di Adolescentologia, Ancona, 1993.

Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. IRS L'Aurora, Ancona, 1995.

Nardi B. (Ed.): *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale* (contributi di F. Angeleri, M. Brandoni, F. Lambruschi, B. Nardi, G. Pannelli, M.A. Reda). IRS L'Aurora, Ancona, 1999.

Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in



Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B. (Ed.): I Processi Maturativi tra Genetica e Ambiente (contributi di: M. Bartolini, P. Bevilacqua, M. Brandoni, V. Caputo, R. Cocci Grifoni, D. Garzi, J. Gentili, F. Lambruschi, A. Messori, B. Nardi, G. Pannelli, G. Passerini, E. Pucci, S. Rupoli, F. Saccucci). Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Nardi B. (Ed.): Normalità e Disagio nell'Adolescenza (contributi di: A. Aprile, E. Arimatea, P. Bevilacqua, M. Brandoni, I. Capecci, S. Castellani, G. Cutolo, L. Del Conte, V. Frattesi, D. Garzi, J. Gentili, F. Lambruschi, A. Moltedo, B. Nardi, M. Pacetti, G. Pannelli, C. Piccinini, R. Roccheggiani, G. Rocchetti, F. Romagnoli, S. Rupoli, L. Seveso, G. Santone, M. T. Sardella, A. Tancredi, F. Tittarelli, V. Varagona, A. Vito). Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2003.

Nardi B.: La depressione adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.



## *Conclusioni*



Bernardo Nardi, Emidio Arimatea

## **L'INTERVENTO TERAPEUTICO CON L'ADOLESCENTE DIFFICILE**

### INTRODUZIONE

Affrontare il tema dell'intervento con il paziente adolescente "difficile" richiede anzitutto una messa a fuoco della cornice epistemologica entro la quale viene posta la formulazione diagnostica; da tale messa a fuoco derivano infatti le modalità e le metodologie scelte per l'approccio clinico e le conseguenti strategie terapeutiche.

Negli ultimi anni riflessioni sempre più approfondite hanno indagato come cambino, a seconda della discriminante utilizzata, i criteri valutativi di variabili quali la capacità di adattamento, il senso di realtà, le abilità metacognitive, l'assetto emozionale, la problematicità del rapporto terapeutico, nonché le difficoltà legate all'ambiente e in particolare, trattandosi di un soggetto adolescente, al contesto familiare.

Partendo da queste premesse ci è pertanto sembrato utile fare una sintetica riflessione sull'argomento, tanto più se si considera che l'adolescente – proprio per la complessità, la dinamicità e l'instabilità dei processi maturativi che deve affrontare e che lo coinvolgono sia sul piano strettamente fisico che su quello psichico e relazionale – a fronte della notevole plasticità adattiva di cui dispone almeno sul piano potenziale, corre notevoli rischi sul versante psicopatologico. Tale riflessione va estesa ad entrambi i versanti dell'interfaccia terapeutica – il soggetto adolescente e il terapeuta – e va centrata su come ciascuno di essi esprima, nell'approccio reciproco che costruisce il setting, una lettura cognitiva di ciò che viene inquadrato come "difficile". Il modello operativo che viene proposto segue un approccio post-razionalista e si articola attraverso una messa a fuoco delle trame narrative e degli atteggiamenti di reciprocità, entrambi espressione del significato personale attraverso il quale viene mantenuta la coerenza interna.

## NORMALITÀ E ADATTAMENTO DAL RAZIONALISMO AL POST-RAZIONALISMO

Come è noto, intorno agli anni Ottanta del Novecento, agli ormai tradizionali approcci del cognitivismo classico, a base razionalista, si sono affiancati nuovi approcci, definiti come “sistemico-processuali” e “post-razionalisti”. In base a tali approcci, per avvicinarsi alla comprensione dei processi conoscitivi, risulta fondamentale considerare l’andamento nel tempo della costruzione della conoscenza e, più in generale, dell’identità individuale (*aspetto “evolutive processuale”*); inoltre, dato che conoscenza ed identità non rappresentano una sorta di fotocopia della realtà e non esprimono quindi una rappresentazione del tutto oggettiva e condivisibile dell’esperienza, in esse vanno messi a fuoco quegli aspetti che rimandano alla lettura soggettiva individuale (*approccio “post-razionalista”*).

Gli studi che hanno contribuito a definire il paradigma post-razionalista, sia a livello epistemologico che a livello clinico-applicativo (in particolare quelli di Maturana e Varela, Mahoney, Guidano, Reda, Rezzonico), hanno messo in rilievo come non sia possibile avere un’idea oggettivamente univoca della realtà. Riprendendo considerazioni espresse da Ricoeur (1993) e Morin (2002), quest’ultima viene individuata attraverso una lettura che in parte rilevante è *di natura soggettiva* e nella quale sono fondamentali, più ancora delle componenti razionali, quelle di natura affettivo-emotiva; la realtà viene quindi ricostruita sulla base degli strumenti emozionali e cognitivi di cui il soggetto dispone in un certo momento del suo ciclo di vita e del punto di riferimento da cui egli fa la sua lettura. Non esiste qualcosa che abbia una validità assoluta, comune a tutti gli individui, e nemmeno qualcosa che abbia la stessa validità nel tempo per un unico individuo, dato che l’esperienza è altamente soggettiva e che il ciclo di vita è espressione di una continua evoluzione, che avviene attraverso processi sempre più complessi, aventi una direzionalità progressiva irreversibile.

Il post-razionalismo non si pone su un piano filosofico idealistico che nega l’esistenza di una realtà “oggettiva”. Propone invece un approccio scientifico basato sul fatto che la realtà “oggettiva” è conoscibile solo attraverso la “soggettività” dell’individuo che la esplora. In psicoterapia, il terapeuta non si pone quindi come un “esperto” che esplora attraverso conoscenze valide per tutti il mondo interno dell’altro, esprimendo poi le sue “interpretazioni”; al contrario ricava il mondo interno dell’altro – che è l’unico “esperto” di sé in quanto è l’unico a contatto diretto con il proprio mondo interno – attraverso

ciò che l'altro gli comunica. Come ha osservato Varela (1979), il modo in cui un sistema stabilisce la sua identità (e, quindi, la sua autonomia) è correlato al modo in cui esso genera l'informazione; pertanto, i processi che definiscono i contorni dell'identità sono strettamente connessi con quelli della conoscenza. Questa è essenzialmente espressione della capacità di organizzare la propria esperienza; la realtà si configura quindi non come un universo ma piuttosto come un "multiverso", nel quale ciascun individuo attribuisce, nel corso del ciclo di vita, un proprio significato a sé e al mondo e su tale base organizza la propria esperienza.

Del resto, come ha sottolineato Guidano (2000), compito della *epistemologia* è lo studio della struttura della conoscenza, cioè che cosa rappresenta la conoscenza umana, come si sviluppa – sia rispetto ai processi conoscitivi osservabili nelle varie specie animali lungo la scala evolutiva, sia nel corso dei processi maturativi che segnano il ciclo di vita individuale – e che rapporto intercorre tra la conoscenza e la realtà esterna. Grazie ai recenti contributi nell'ambito del cognitivismo post-razionalista, la conoscenza appare come un processo che si dispiega gradualmente, capace di organizzare con complessità crescente l'esperienza vissuta. Del resto recenti contributi di ordine neurobiologico, come quelli di Damasio (2000) e LeDoux (2002), hanno sottolineato la base soggettiva ed emozionale della coscienza. Riprendendo l'intuizione di Nicolas De Malebranche – secondo il quale la mente può conoscere la propria esistenza attraverso il sentimento – Damasio ha ricavato dalla clinica neurofisiologica le basi emozionali della conoscenza, che non è accessibile attraverso i sensi, si presenta come una sorta di configurazione costruita con i segni non verbali del corpo e si esprime, al tempo stesso, in modo netto e vacuo. La realtà, come si è già evidenziato, non è quindi qualcosa di conoscibile in maniera del tutto univoca ed oggettiva, quanto piuttosto qualcosa che non può mai essere considerata del tutto indipendente dal soggetto che la percepisce e la riordina nel corso del suo ciclo di vita.

Questi orientamenti sono in genere considerati all'interno di una prospettiva piuttosto ampia ed eterogenea, che include anche approcci razionalisti ed umanistici, conosciuta come "costruttivismo". Il termine esprime il tentativo di studiare e categorizzare l'esperienza umana nelle sue diverse attività e repertori comportamentali, nei processi di ordinamento della conoscenza, nelle funzioni simboliche legate alle interazioni sociali, nell'equilibrio dinamico tra vecchie e nuove modalità di interagire. Come ha osservato Mahoney (1991), il costruttivismo studia la costruzione attiva di un senso,

di una coerenza interna, nell'ambito di un sistema individuale che è espresso dal "sé", in inglese "self". Questo può essere visto come un processo che si sviluppa attraverso fasi di continuità e discontinuità, in modo da riorganizzare continuamente gli schemi di attività che costituiscono la realtà personale.

La *coerenza interna*, che Greenberg ha studiato in relazione alla costruzione di un repertorio emozionale (1987), può essere vista, in accordo con Neimeyer e Lyddon (1993), come il risultato dell'integrazione di aspetti disparati in un'unica struttura narrativa, che consente al soggetto di sentirsi protagonista della propria storia, costruendosi un contesto di riferimento entro il quale si confronta con gli altri.

Come ha sottolineato Guidano (1988, 1992), un sistema individuale, che ha capacità di autorganizzazione, in tutto il corso del suo ciclo di vita va incontro a trasformazioni continue del suo senso di sé e per questo cerca costantemente di mantenere la sua coerenza interna. Ogni trasformazione non è mai indolore: infatti, ogni volta che il sistema va incontro ad una fase di instabilità, va inevitabilmente incontro anche ad un riassetto del senso di sé e, quindi, della propria identità e del proprio significato personale. In queste situazioni si determina un processo di attivazione emotiva, più o meno intensa, e il soggetto deve riuscire a codificare e a ristrutturare l'esperienza personale che coglie proprio attraverso il travaglio emotivo che sta sperimentando. Se da questo processo deriva un'evoluzione in senso progressivo, il soggetto sarà in grado di assimilare nuove e più complesse esperienze; se, viceversa, ne deriva un'evoluzione in senso regressivo, la trasformazione in atto porterà il soggetto ad una condizione in cui non saprà spiegarsi quello che gli è successo, rimanendo ad un livello di assimilazione dell'esperienza che equivale allo stadio antecedente la crisi.

Il concetto di *crisi* (dal greco "*krisis*" = scelta, decisione, giudizio, quindi anche evento, esito, risoluzione) è importante perché essa è anzitutto espressione di quei cambiamenti improvvisi che di tanto in tanto si presentano nel ciclo di vita, alternandosi con periodi più o meno lunghi di cambiamenti sostanzialmente continui e lineari (Nardi, 2001).

Nell'adolescenza la crisi coinvolge il soggetto nella sua globalità psico-fisica, essendo connessa con le profonde trasformazioni somatiche e neuroendocrine che si verificano in questa fase della vita, con le attivazioni emozionali associate a tali trasformazioni e con l'emergere del pensiero astratto. Quest'ultimo comporta una relativizzazione dell'immagine di sé e del mondo, una rilettura in chiave personale di tutte le conoscenze fino ad allora acquisite e si esprime attraverso molteplici aspetti, tutti comunque



riconducibili alle difficoltà incontrate nella costruzione dell'identità. In altri termini, se le crisi dell'infanzia consentono di realizzare che ogni individuo è unico e diverso dagli altri – anche se si può sentire simile a loro e ne può accettare integralmente le regole e i modi di vivere facendoli propri – le crisi dell'adolescenza pongono il problema della scelta di come si vuole essere, tenendo conto che il pensiero astratto fa mettere a fuoco il fatto che i bisogni interni e le richieste esterne possono non coincidere e a volte risultano in contrasto. Le insicurezze legate ai cambiamenti psico-fisici e relazionali dell'adolescenza possono allora attivare sia *processi di isolamento e ripiegamento* verso il mondo interno, sia *atteggiamenti di sfida*, ricercando attraverso comportamenti anche provocatori (esibizionistici, trasgressivi, oppositivi, ecc.) risposte esterne al proprio bisogno di sperimentarsi (lo stesso bisogno che è stato alla base della scoperta del “no” nella prima infanzia) e di capire quanto si valga. Di fronte ai rapidi mutamenti avviati con la pubertà, l'instabilità adolescenziale porta a cercare nuove figure di riferimento e a specchiarsi negli altri cercando conferme a ciò che si crede di essere. In questi precari e transitori equilibri raggiunti sono i rischi di un periodo cruciale della vita in cui si cambia in maniera radicale e tumultuosa, nel quale si perdono il rassicurante aspetto infantile e le certezze fornite dal pensiero concreto e si evolve, spesso in modo disarmonico e non sincrono verso qualcosa di cui, anche sotto il profilo fisico, non si intravedono bene i contorni. L'instabilità fisiologica degli adolescenti si esprime così anche nell'oscillare e nel sovrapporsi di due bisogni opposti: quello di cercare una propria indipendenza e una propria progettualità e quello, ugualmente pressante, di sentirsi confermati e condivisi in questo cammino da parte degli altri. La crisi adolescenziale, inoltre, implica sempre una dimensione temporale, cioè una rottura della concezione simmetrica del tempo, tipica del bambino, centrata quasi esclusivamente sul presente, con il passaggio ad una visione temporale dinamica tripartita passato-presente-futuro; può comunque persistere in concreto una sorta di “illusione” di immortalità.

Proprio partendo dal valore “fisiologico” e adattivo della crisi se ne possono focalizzare meglio gli aspetti patologici e disadattivi, che rendono un caso clinico difficile nell'inquadramento diagnostico e, soprattutto, nell'approccio terapeutico. La normalità o la patologia di una crisi vanno lette lungo un continuum, senza evidenti discontinuità tra una condizione e l'altra e vanno viste come differenti dimensioni nel livello di elaborazione e di integrazione dell'esperienza in rapporto alla organizzazione di significato personale. Ciò che rende un adolescente “difficile” è quindi il livello di intensità della

perturbazione della coerenza interna e dell'immagine di sé e del mondo. Questo livello è espressione di differenze soprattutto quantitative dei seguenti parametri: a) capacità di *flessibilità* adattiva nei contesti significativi; b) capacità di *generatività*, cioè di ordinare l'esperienza individuando percorsi utili ("viabili") sul piano progettuale; c) capacità di *astrazione*, che consentano di guardare oltre gli aspetti contingenti delle situazioni e di monitorare nel tempo la propria esperienza; d) capacità di *autointegrazione*, cioè di collocare l'esperienza in una visione coerente e ben definita di sé e del mondo; e) capacità di *sequenzializzazione temporale*, cioè di costruire e mantenere un ordine cronologico tematico e strutturale, tale da avere una coerente trama narrativa delle esperienze vissute.

## APPROCCIO CON L'ADOLESCENTE

A lungo, ed in parte tuttora, la psicopatologia dell'adolescenza è stata concepita e trattata o come una sorta di deriva passiva della psicopatologia infantile, come se il disagio adolescenziale fosse una semplice conseguenza di problemi maturativi comparsi nei primi anni di vita, o come una patologia adultocentrica, del tutto assimilabile ai disturbi mentali osservati nell'adulto e in quanto tali classificati in base a criteri standard.

Solo recentemente si è posto il problema di un approccio mirato all'adolescenza, tenendo conto anche del fatto che nel mondo occidentale questa fascia fondamentale della vita si sta dilatando, presentando una comparsa progressivamente sempre più precoce dei fenomeni psico-fisici e relazionali che la caratterizzano e, d'altra parte, tendendo a sfumare posticipatamente, e talora solo parzialmente, verso la maturazione e l'autonomia propria dell'età adulta (Bowlby, 1972; Ainsworth, 1985; Cesari, 1990, 1994; Crittenden, 1994; Lambruschi e Ciotti, 1995; Lambruschi, 2000, 2001, 2004).

Quasi naturalmente, in una società sempre più complessa, aperta e in trasformazione, le problematiche dell'infanzia si sono spostate verso l'adolescenza; progressivamente è divenuto sempre più sfumato e a margini indefiniti quel confine generazionale un tempo estremamente netto, che relegava l'infanzia in un limbo chiuso ed appartato rispetto agli adulti, nel quadro di una organizzazione sociale centrata sulla famiglia allargata e sul primato anzianale. La difficoltà di individuare nuovi ruoli e competenze mette spesso in crisi le attuali figure genitoriali, sempre più fluttuanti tra un modello

educativo e l'altro, a volte incapaci di assumere un ruolo educativo, fragili di fronte a insuccessi che vivono come riprova di una propria inadeguatezza e che pertanto appaiono fortemente bisognose di punti di riferimento. Non a caso, molte richieste di aiuto per i figli mascherano un tacito bisogno di essere sostenuti e affiancati, sul piano personale e su quello dell'investimento relazionale, per andare oltre le difficoltà di rapporto, che attivano delusioni, sensi di colpa e rimpalli delle proprie difficoltà sull'altro. Nessun approccio al disagio adolescenziale può essere incisivo se non prevede un intervento anche – a volte prioritario – sugli adulti che vivono accanto all'adolescente. D'altra parte, quest'ultimo può essere avvicinato solo mediante un atteggiamento empatico di accoglienza, che consenta sia di attivare tutti i canali comunicativi percorribili, sia di rispettare i limiti da lui posti, evitando quegli atteggiamenti intrusivi ed invasivi, che, sulla base delle esperienze vissute, l'adolescente si può aspettare da un adulto, comportandosi quindi in maniera diffidente e talora nettamente rifiutante.

Da questa premessa deriva la necessità di un approccio all'adolescente che risponda a tre esigenze fondamentali.

Anzitutto, l'approccio all'adolescente deve essere specialistico. Occorrono cioè delle competenze non solo genericamente psichiatriche, psicologiche e psicoterapeutiche generali, ma anche specifiche rispetto ai processi ed ai problemi di questa fascia di età (specializzazione di “secondo livello”, quello, appunto, della “*adolescentologia*”).

In secondo luogo, l'approccio deve essere flessibile, tempestivo, mirato sul problema clinico dell'adolescente. Esso richiede risorse inderogabili, spazi e tempi rispondenti alle esigenze dell'adolescente, non etichettanti e non burocratizzati, facilmente e tempestivamente individuabili ed accessibili.

In terzo luogo, l'approccio all'adolescente deve essere olistico, centrato sull'individuo nella sua globalità psico-fisica. Non bisogna rincorrere singoli sintomi e patologie, ma partire dal problema presentato per ricostruire insieme all'adolescente come il problema clinico esprima il suo mondo e le sue modalità di funzionamento interno, direttamente connesse con la propria costruzione dell'immagine di sé e del mondo e, quindi, con la propria peculiare organizzazione di un significato personale (Guidano, 1988, 1992; Nardi, 2001, 2002).

Un passo fondamentale di ogni intervento psicologico è quello di riformulare il sintomo da qualcosa di esterno e di estraneo ad espressione di una modalità interna di assimilare e riferirsi l'esperienza. Quando questa appare perturbante, si attivano tonalità emotive non facilmente gestibili,

che minano la coerenza interna e il senso di sé. Iniziano così periodi più o meno marcati e protratti di disagio, collocabili lungo un continuum che va da situazioni considerate del tutto “normali” ad altre percepite (dal soggetto e/o dagli altri) come marcatamente “patologiche”. Occorre tenere presente che, a livello mentale e di personalità individuale, crescere significa costruire e mantenere attivamente un senso di sé e del mondo, dando forma più o meno definita ai contorni di quell’identità che esprime il bisogno adattivo di riconoscersi come se stessi, nonostante le trasformazioni che si affrontano nei complessi fenomeni maturativi bio-psico-sociali.

Partendo da queste considerazioni e riprendendo quanto detto in precedenza, l’approccio all’adolescente richiede spesso di essere esteso anche al suo mondo relazionale: la famiglia, la scuola, le figure comunque significative, evitando in ogni caso quelle “colpevolizzazioni” e quel giudicare distante, da una posizione apparentemente neutrale e superiore, i problemi osservati, ma promuovendo empaticamente le risorse disponibili a livello soggettivo.

Agire tempestivamente ed in maniera mirata consente spesso di prevenire e contenere il rischio, sempre presente, di una eccessiva “medicalizzazione” e di una messa in campo di interventi impropri, etichettanti e inadeguati, che a volte sono una delle cause della cronicizzazione dei sintomi clinici (Nardi, 1999, 2002).

Sulla base di quanto si è detto, il termine “difficile” riconduce, più che ad una descrizione legata alle situazioni ed alle problematiche contingenti del quadro clinico osservato, ad una riflessione sulla complessità della maturazione del singolo adolescente, dai suoi esiti fisiologici a quelli più problematici, per mettere a fuoco le varie espressioni di disagio sia sotto il profilo diagnostico ed esplicativo, sia sul versante terapeutico.

## L’ADOLESCENTE DIFFICILE IN UN’OTTICA POST-RAZIONALISTA

Frequentemente la letteratura relativa alla pratica clinica evidenzia difficoltà specifiche legate al percorso terapeutico, che sovente è descritto, o meglio ipotizzato, a tappe determinate o fisse. Le cosiddette “resistenze” che il paziente mette in atto sono considerate, in modo particolare, come limitazioni e ostacoli al percorso terapeutico per il raggiungimento degli obiettivi che il terapeuta si prefigge. Tuttavia, a volte, gli stessi obiettivi vengono trasmessi al paziente “preconfezionati” e predefiniti. In altre parole, quante più resistenze il soggetto mette in atto, allontanandosi dal cambiamento auspicato dal

terapeuta, tanto più quest'ultimo è portato a considerare il soggetto come "difficile" da trattare. Abbandonato il criterio dell'obiettività – che pone automaticamente il terapeuta su un piano distaccato e al di fuori della relazione – ci si rende conto che soggetto e terapeuta si perturbano reciprocamente. La "difficoltà" del caso trova o meno esiti più adattivi e "viabili" (Maturana e Varela, 1988) proprio nei processi dinamici che emergono dal setting. Le "resistenze" sono pertanto espressione del flusso reciproco di esperienza immediata e del riordinamento successivo di tale esperienza, sotto forma di spiegazioni che si integrano nelle rispettive trame narrative a sostegno della coerenza interna.

In riferimento a quanto si è detto, un primo aspetto da prendere in considerazione è che l'adolescente tende a riproporre nei confronti del terapeuta (con notevoli differenze se quest'ultimo è di sesso maschile o femminile) quelle dinamiche che ha sperimentato nei confronti delle figure di attaccamento e che sono a sostegno dei suoi contorni di identità personale. Solo un terapeuta formato sul piano personale e consapevole di tali dinamiche può distinguere ciò che sperimenta l'adolescente in termini affettivo-emotivi e cognitivi da ciò che egli sperimenta a contatto con le dinamiche che l'adolescente gli attiva.

In secondo luogo occorre tenere presente che, come ha messo in luce Guidano (1988, 1992), le resistenze mostrate nel corso della psicoterapia vanno distinte dai giochi relazionali che modulano il contesto di reciprocità emotiva (atteggiamenti assertivi o aggressivi, di avvicinamento o di allontanamento, ecc.). Le vere resistenze sono infatti legate alla difficoltà emotiva che un soggetto ha a modificare il proprio punto di vista; anche in questo caso, quindi, si tratta di un processo autoreferenziale, attraverso il quale attivamente vengono escluse quelle esperienze perturbanti che risultano discrepanti con il senso di sé.

Quando le resistenze non vengono integrate e contestualizzate, non solo nell'ambito della relazione terapeutica, ma della storia stessa del soggetto e del suo modo di leggere e vivere i cambiamenti, è molto probabile che all'interno del rapporto terapeutico, egli non si senta capito, che non senta proprio il percorso che sta facendo. Questo accade frequentemente, in modo particolare quando il terapeuta non tiene conto del rischio di sostituire alla visione del mondo del soggetto un'altra realtà preordinata, che non gli appartiene.

Nell'ambito delle difficoltà incontrate nell'intervento con l'adolescente, porre il quesito relativo all'atteggiamento adottato dal terapeuta sposta

l'attenzione sul modello terapeutico utilizzato. Tale modello si caratterizza, in primo luogo, per la teoria che ne sta alla base e per l'idea stessa di paziente che si pensa di avere di fronte. Nel momento in cui ci si avvale di un approccio cognitivo di tipo post-razionalista, cambia radicalmente il modo stesso di vedere il paziente ed il problema che egli porta in terapia. L'attenzione dell'intervento terapeutico, nel modello post-razionalista, è centrata fundamentalmente sulle modalità individuali, soggettive del paziente di "autoriferirsi" le esperienze vissute. Tra una eterogeneità di strumenti, spiccano le tecniche che consentono una diversa consapevolezza riguardo alle emozioni sperimentate ed ai pensieri ad esse associati.

## MODELLO DI INTERVENTO

Il cognitivismo post-razionalista considera l'individuo come un sistema di conoscenza complesso, in grado di riferire a sé la propria esperienza e dotato di una potenzialità evolutiva che si dispiega progressivamente nel corso del ciclo di vita. La psicoterapia costituisce pertanto una situazione altamente soggettiva, finalizzata al cambiamento, cioè ad una riorganizzazione personale più adattiva in termini interni ed emozionali. Ciò che conta non è convincere il soggetto di qualcosa, ma far sì che egli acquisti consapevolezza dei processi che sono alla base del modo attuale, discrepante e disadattivo, di vivere una data situazione.

Inoltre, nel cognitivismo post-razionalista, il terapeuta non è visto come un depositario esterno di verità assolute, ma come una persona coinvolta pienamente nella relazione terapeutica, che coevolve insieme con il paziente. In questa ottica, il terapeuta non è un tutore o un istruttore che guida alla conoscenza di un sistema più logico e razionale o meno errato di gestire il proprio comportamento, ma è, come lo ha definito Guidano (1988), un "*perturbatore strategicamente orientato*", che cerca di cogliere come il soggetto ha dato forma all'esperienza immediata nelle situazioni perturbanti e come autoriferisce e si spiega quello che gli accade; in questo modo può aiutarlo a costruirsi una modalità di conoscenza emozionale di sé più ampia, articolata, tale da consentirgli di superare le difficoltà incontrate nell'assimilare l'esperienza. Come ha sottolineato Mahoney (1991), fare psicoterapia è fare ricerca sul cambiamento umano.

La psicoterapia cognitiva post-razionalista, in accordo con l'approccio di Guidano (1988, 1992), consiste nella *definizione del problema*, nella

*costruzione del setting* e nel *riordinamento dell'esperienza*, cioè nel definire il contratto terapeutico, gli obiettivi, i parametri di lavoro e, soprattutto, nello stabilire una *relazione empatica e collaborativa*, nella quale il terapeuta non si limita solo a dare, ma diviene parte attiva di una diade terapeuta-soggetto che si modifica reciprocamente. Il nucleo dell'approccio psicoterapeutico risiede quindi nella capacità di fornire una comprensione del soggetto e del problema che egli presenta. A questo proposito va considerato il ruolo primario svolto dalle attivazioni emozionali – cosiddetto “*primato delle emozioni*” – cercando di comprendere come soggetti diversi vivano in maniera diversificata una medesima esperienza, in base alle modalità soggettive con cui assimilano e organizzano l'esperienza vissuta.

La psicoterapia cognitiva post-razionalista si articola sostanzialmente in tre fasi, solo in parte successive: riformulazione del problema clinico presentato; riordinamento dell'esperienza immediata disturbante; ricostruzione della storia di sviluppo.

#### • **Riformulazione del problema clinico presentato**

La riformulazione del problema clinico presentato dall'adolescente, e che è stato all'origine della richiesta di aiuto, costituisce la prima fase della terapia.

Corrisponde alle prime due o tre sedute e consente di preparare il contesto per il successivo lavoro psicoterapeutico.

Coincide con l'inquadramento diagnostico e, in particolare, con l'individuazione della specifica organizzazione di significato personale del soggetto.

Attraverso la riformulazione, il problema, solitamente vissuto e presentato con i caratteri della *esternalità* – come qualcosa di oggettivamente determinato da eventi esterni o interni: ad esempio, non avere mai un attimo di benessere, quasi si trattasse di una situazione metereologica – viene ricondotto alla *internalità*, cioè al senso di sé, come un aspetto non ancora ben chiarito del proprio modo di assimilare e di riordinare l'esperienza.

Pertanto, non è oggetto diretto della terapia quello di verificare la veridicità, la validità o l'oggettività dei temi presentati, mentre è di primaria importanza mettere a fuoco che senso ha per il soggetto riferirsi l'esperienza in un dato modo, in rapporto alla sua storia evolutiva ed alle sue modalità soggettive di riordinarsi l'esperienza.

#### • **Riordinamento dell'esperienza**

Costituisce la seconda fase della terapia, di cui rappresenta la parte centrale, coincidendo con la vera e propria *costruzione del setting terapeutico*; ha

una durata che oscilla, in genere, dai 4 ai 7 mesi, ma può variare in maniera notevole a seconda del caso clinico.

Essa consiste nel *riordinamento* dell'esperienza vissuta come disturbante e fonte di disagio attraverso l'individuazione, la focalizzazione ed il riordinamento degli eventi che si succedono, nel corso delle settimane di terapia. Questi ultimi vengono scelti come significativi sulla base della riformulazione del problema iniziale.

L'adolescente viene coinvolto dal terapeuta in una "*cooperazione esplorativa*", che consente di focalizzare l'attenzione fino dalle prime sedute sulle modalità soggettive attraverso cui l'esperienza immediata viene riordinata in termini di spiegazioni e, quindi, di convinzioni personali.

Utilizzando una *metodica di autosservazione*, si selezionano episodi critici significativi e si procede ad una loro ricostruzione "*in moviola*", mettendo a fuoco gli elementi caratterizzanti e le attivazioni emozionali corrispondenti: cosa accade prima, durante e dopo nello scenario considerato; atteggiamento del soggetto e degli altri protagonisti dell'episodio; scenari immaginativi connessi con ciò che accade; attivazioni emotive; ecc.

Nella messa a fuoco delle modalità soggettive di vivere l'esperienza, nel corso della terapia è importante fare in modo che l'individuo inizi a distinguere tra *esperienza immediata* e *spiegazioni* razionali che è solito darsi, tra *conoscenza tacita* ed *esplicita* che deriva da questa articolazione bilivellare, tra il *sé protagonista* che agisce in presa diretta e il *sé narratore* che si racconta in accordo con un canovaccio di base ciò che è successo. Parallelamente, deve iniziare a distinguere il proprio mondo interno da quello degli altri, come prospettive diverse legate alle storie soggettive di ciascuno, e non come aspetti oggettivi uguali e validi per tutti. Attraverso questa messa a fuoco, partendo dagli aspetti emozionali, è possibile conseguire gradualmente una conoscenza di sé (come si percepisce e si racconta) e del mondo esterno (come si percepiscono e si raccontano gli altri) più consapevole e integrata.

La messa a fuoco del problema ("*reframing*"), utilizzando sequenze recenti di vita nelle quali esso si è verificato, consente di cogliere gradualmente la differenza tra l'*esperire* e lo *spiegare*, cioè tra il fluire continuo dell'esperienza immediata e le spiegazioni che il soggetto si dà mentre riordina l'esperienza immediata vissuta, per mantenere coerente, per quanto gli è possibile, il modo con cui si vede e si racconta nella sua trama narrativa. Al tempo stesso, alle rappresentazioni o *immagini mentali* che costituiscono il "film interno" dell'episodio vengono associate le *tonalità emotive corrispondenti*, le quali sono strettamente connesse con l'*organizzazione di significato personale*.



Ad esempio, in una organizzazione contestualizzata DAP-PRONE, nella quale il giudizio delle figure ritenute significative gioca un ruolo centrale nel mantenimento della coerenza interna e del senso di sé, ogni esperienza che viene vissuta a livello immediato come disconfermante attiva tonalità emotive di insicurezza, vergogna e di inferiorità. A livello esplicito, queste emozioni non vengono solitamente colte, mentre può emergere un senso reattivo di rabbia nei confronti della figura disconfermante (dalla quale non ci si sente accettati e capiti) od un generico senso di confusione, come se non si sapesse più cosa provare o cosa fare.

Per fare un altro esempio, in una organizzazione normativa OSS-PRONE, nella quale viceversa la lettura interna di sé prevale su quella esterna, ogni esperienza significativa che compromette la ricerca di perfezione e di certezza (percepita dal soggetto come una propria esigenza oggettiva e inderogabile) avvia una fase di instabilità nella quale le emozioni vengono escluse dalla consapevolezza (e quando ciò non riesce esse vengono vissute come espressione di un momento di debolezza), mentre a livello esplicito emergono solo le spiegazioni più o meno congrue (spesso rigide e ripetitive, ma comunque logiche ed analitiche), di quanto è accaduto.

Pertanto, la messa a fuoco di un episodio significativo – lavorando quando occorre come in una *moviola cinematografica*, avanti e indietro sulle sequenze più importanti – consente al soggetto di scoprire aspetti di sé che non conosceva e di mettere a fuoco le categorie di esperienza alle quali è più sensibile, in rapporto alle attivazioni emozionali legate alla sua organizzazione di significato personale. Il problema da esterno diviene così interno. L'adolescente non è più uno spettatore passivo e rassegnato di ciò che avviene (“non ci riesco”, “non ci posso fare nulla”), ma scopre di essere un attivo costruttore di come percepisce e si riferisce quella data esperienza disturbante (“cosa mi dice il problema di me”). Ad esempio, può percepire l'atteggiamento di un amico, di un genitore o di un insegnante come se fosse sempre sotto esame (organizzazioni contestualizzate), può sentire il bisogno di essere perfetto in ogni situazione e in ogni dettaglio (organizzazioni normative), può tendere a controllare un mondo minaccioso salvaguardando il bisogno di libertà e quello di protezione (organizzazioni controllanti), può vedere ogni cosa che fa come destinata inesorabilmente al fallimento (organizzazioni distaccate). Anzi, le modalità abituali di ricostruire e di attribuirsi l'esperienza cominciano ad essere percepite come una delle infinite modalità possibili e non come l'unico modo di inquadrarla (quasi fosse una verità assoluta, riconoscibile come tale da tutti).

L'episodio viene ricostruito come in una panoramica ("*panning*") sulla quale lavorare in sede di montaggio. I fotogrammi che lo compongono vengono riordinati in senso cronologico. L'intera sequenza viene quindi ripercorsa al rallentatore avanti e indietro, in modo da riordinarla, mettendo in evidenza aspetti fino ad allora sfuggiti o messi poco a fuoco e arrivando a costruire una conoscenza di sé più consapevole e integrata ("*reframing*"). Il soggetto viene invitato a rivedere i singoli fotogrammi centrando l'attenzione sia su quello che ha provato ("*zooming in*"), sia su quello che può essere stato invece il punto di vista degli altri protagonisti ("*zooming out*"). In questo modo è possibile cogliere nel problema clinico la *processualità* e la *dinamicità* delle modalità di costruzione personale delle "*trame narrative*" soggettive, individuando un nucleo più o meno strutturato di schemi emozionali e di costruzioni cognitive ad essi correlate.

Il *cambiamento* terapeutico deriva da questo processo di riordinamento dell'interfaccia tra conoscenza tacita ed esplicita, da un lato, e tra invarianza legata alla propria *chiusura organizzazionale tacita* e variabilità processuale consentita dalle *aperture strutturali esplicite*, dall'altro lato. Questo processo consente una maggiore consapevolezza e, conseguentemente, una gestione più adattiva delle proprie attivazioni emozionali. Attraverso il lavoro terapeutico si rende possibile migliorare la "*generatività*", cioè la ricerca di percorsi alternativi a quelli abituali, inizialmente vissuti come "oggettivamente" obbligati ed unici, che possono quindi essere più "*viabili*" sotto il profilo adattativo. Autoriferendosi quanto è accaduto e prendendo progressivamente consapevolezza dei processi taciti con i quali l'esperienza viene assimilata e spiegata, l'adolescente può iniziare a riconoscere cosa accade quando vive una attivazione emozionale critica che lo rende "difficile" e inaccessibile agli altri. La messa a fuoco *in moviola* ("*reframing*") degli episodi significativi consente di evidenziare, come si è detto, sia i *meccanismi "taciti"* attraverso i quali viene colta l'esperienza immediata, sia le *spiegazioni* di tale esperienza, operate tramite processi logico-analitici che portano a riferirsi l'esperienza vissuta. E' così possibile spostare la percezione di un problema critico da *aspetti di sé vissuti come oggettivi ed immutabili, a modalità soggettive di ordinare l'esperienza*, in rapporto al significato di disconferma (come avviene nelle organizzazioni contestualizzate DAP-PRONE), di imperfezione (organizzazioni normative OSS-PRONE), di non controllo per mancanza di protezione o per costrizione (organizzazioni controllanti FOB-PRONE), di non valore personale e colpa (organizzazioni distaccate DEP-PRONE).

La presa di coscienza di questi aspetti personali, fino ad allora sconosciuti, può

inizialmente turbare, rimandando ad una immagine negativa o fragile di sé; tuttavia, nel corso del lavoro terapeutico di “*perturbazione strategicamente orientata*” può essere in genere superata. In questo modo, la presa di coscienza non solo produce direttamente una riduzione dell’attivazione emotiva nei momenti critici, nei quali le esperienze discrepanti si ripropongono, ma avvia anche la consapevolezza di poter iniziare a gestire processi e situazioni in precedenza non conosciuti: questi avvengono infatti comunque nel dominio della propria esperienza – non in uno spazio esterno, sul quale sarebbe impossibile operare – e dipendono in maniera determinante dalla modalità di lettura soggettiva con cui li si vive.

#### • **Ricostruzione della storia di sviluppo**

Nella terza fase della terapia, quando le esperienze discrepanti vissute nel quotidiano cominciano ad essere gestite con modalità sufficientemente adattive, si procede anche alla ricostruzione della storia di sviluppo dalla prima infanzia al momento attuale.

Viene così rielaborato, grazie alle competenze che il soggetto è andato acquisendo nel corso della terapia, l’iter maturativo attraverso il quale si è definita la sua organizzazione di significato personale ed ha avuto origine lo scompensamento che lo ha portato ad intraprendere la psicoterapia. La ricostruzione della storia di sviluppo può quindi procedere parallelamente alla fase precedente ma va comunque avviata solo quando il soggetto ha iniziato a gestire e a riordinare adeguatamente le esperienze perturbanti attuali. Va infatti considerato che una rivisitazione della propria storia e dei propri rapporti con le figure significative attiva tonalità emotive particolarmente intense, che possono avere un effetto fortemente destabilizzante se il soggetto non ha ancora acquisito gli strumenti per poterli gestire, riordinandoli in senso adattivo.

In ogni caso, come l’attaccamento cosiddetto “sicuro” non esprime né l’unica né (in certi casi) la migliore modalità adattiva nell’interazione tra il bambino e le figure che lo accudiscono, così una lettura in chiave evolutiva e sistemico processuale di un disturbo clinico evidenzia l’importanza, per conseguire un equilibrio psico-comportamentale flessibile ed adattivo, non di una condizione aprioristicamente “serena” e “senza problemi” (tanto superficiale quanto illusoria), ma di una capacità di valutare la realtà nei suoi chiaroscuri e di scegliere, di volta in volta, i significati e le strade che appaiono più “*viabili*” sul piano soggettivo, specie quando nuove esperienze perturbanti si affacciano sul cammino della crescita individuale. È possibile mettere a fuoco come, nel corso dello sviluppo, il continuo fluire dell’esperienza (che viene

riferito a sé in maniera autoreferenziale, integrando progressivamente la costruzione di una propria identità) viene sempre più percepito come qualcosa di oggettivamente univoco e definito, e non come una delle molteplici possibilità di raccontarsi la propria storia. Più il soggetto è “difficile”, rigido, con elevati livelli di concretezza, più si evidenziano trame narrative ricorrenti e sovrapponibili, nelle quali i *pattern di autoinganno* integrano aspetti non assimilabili dell’esperienza nella coerenza interna. Proprio alle modalità abituali di riferirsi l’esperienza, che si selezionano gradualmente a partire dalla relazione di attaccamento, si deve la tendenza a mantenere costante un comportamento patologico, nonostante il fatto che in questo modo si rinforzi una immagine negativa o svalutata di sé. Ad esempio, nella ricostruzione della storia di sviluppo, l’adolescente può mettere gradualmente a fuoco come il fatto di percepirsi portatore di una negatività personale (sentirsi non accettato, incapace di fare bene con gli altri, impotente, non amato o impossibilitato ad amare, in colpa per avere deluso fortemente qualcuno, insensibile come un robot o deafferentato, debole, in preda al panico, ecc.), pur comportando un disagio personale e relazionale progressivamente crescente, sia emerso e sia stato riferito a sé come una realtà oggettiva ineludibile, di fronte alla quale non poteva fare nulla, e non invece come la modalità abituale con cui aveva imparato a vedersi e dalla quale può evolvere verso una visione più integrata ed adattiva di sé e del mondo.

Dato che ogni disturbo ha sempre una base emotiva e non razionale, le *emozioni* rivestono il significato di *fondamentali fattori di cambiamento*. A questo propositivo l’*insight* consiste in una vera e propria conoscenza emozionale, in grado di produrre un cambiamento più adattivo attraverso un riassetto che avviene all’interno dell’organizzazione di significato personale. Il *reframing* del problema, cioè la sua messa a fuoco nelle sequenze di vita in cui si verifica, consente di individuare modalità più adattive di esperire e di riferirsi le esperienze vissute, attivando all’interno della organizzazione di significato personale un processo di cambiamento che comporta un incremento della complessità interna e la possibilità di individuare nuove e più duttili chiavi di lettura rispetto alle tematiche esperienziali perturbanti. Pertanto, utilizzando le reazioni emotive emerse dagli episodi significativi messi a fuoco, attraverso la loro riformulazione e il loro riordinamento sia nel presente che in riferimento alla storia personale, viene attivata una riorganizzazione della coerenza di significato personale verso livelli più adattivi. A questo proposito Rezzonico (1995) ha osservato che è il soggetto stesso ad iniziare a riferire autonomamente, nel corso della terapia, esperienze

che appartengono alla direttrice relativa al “qui e ora” della propria vita attuale, oppure alla direttrice relativa alla sua storia affettiva o alla sua storia di sviluppo.

Dal lavoro terapeutico deriva quindi un *itinerario narrativo complesso* – trama di descrizioni di eventi, stati emozionali, progetti privati o pubblici – che nel suo insieme e nel suo divenire temporale definisce, come ha sottolineato sempre Rezzonico, una vera e propria “*autobiografia*”, ossia uno spazio privilegiato per l’espressione di sé. Il significato di questa autobiografia nell’economia del processo terapeutico e, quindi, l’utilizzo che se ne può fare nel riordinamento dell’esperienza deriva dalla condivisione di senso costruita nella relazione tra terapeuta e soggetto.

Inoltre, come ha osservato Reda (1986, 1988), imparando a riconoscere il rapporto tra i segnali emotivi e i significati più o meno rigidi a cui i primi hanno dato o danno abitualmente luogo, nel *percorso terapeutico* si può cogliere il senso della propria trama narrativa emozionale, “*presentando il problema in termini reali*”. Ciò significa che il soggetto diviene capace di raccontarsi secondo questa narrativa emozionale personale e prende consapevolezza della “*rigidità organizzativa*” presente negli schemi narrativi alla base dei suoi scompensi clinici. In questo modo, diventa gradualmente possibile uscire da un eccessivo *egocentrismo* e allargare il campo della propria *autoconsapevolezza*. Pertanto, attraverso la ricostruzione della storia di sviluppo è possibile individuare come le possibili evoluzioni, positive (maturative) o negative (involutive) di un disturbo sono legate alle modalità, più o meno adattive, con le quali le esperienze immediate disturbanti sono state autoriferite ed integrate nel senso di sé, dando luogo ad ulteriori modelli previsionali di sé e del mondo.

Studi recenti (Arciero, 2003) hanno sottolineato il ruolo che la figura di accudimento riveste nella costruzione dell’organizzazione di significato personale dell’accudito: più essa appare imprevedibile, più il soggetto ha bisogno di risincronizzarsi su di essa per decodificare l’esperienza, orientandosi verso una messa a fuoco di sé dall’esterno (“outward”) anziché dall’interno (“inward”). E’ del resto noto da tempo che nella formazione di ogni organizzazione, le modalità di attaccamento svolgono un ruolo fondamentale, pur muovendo dalla predisposizione genetica e dai sistemi motivazionali comportamentali a base istintiva, in quanto concorrono a determinare quei pattern invariati ideo-affettivi, che definiscono la chiusura organizzazionale dello stile di personalità di ciascun individuo. Dalle modalità di reciprocità ideo-affettiva con la figura di accudimento trae pertanto origine la lettura degli

stati interni, definendo con complessità crescente nel corso della maturazione il colorito soggettivo delle esperienze significative che, attraverso le emozioni di base e gli schemi emozionali, fanno emergere modalità cognitive di lettura degli eventi del ciclo di vita sempre più integrate e complesse (Nardi 1995, 2001). Questa lettura può essere prevalentemente orientata all'esterno ("sono ciò che gli altri mi fanno capire chi io sia") o, viceversa, all'interno ("sono ciò che mi sento di essere"). Alcuni soggetti seguono un itinerario di sviluppo che, muovendo dal vissuto sperimentato attraverso la propria relazione di accudimento, si orienta verso un atteggiamento descritto come "espressivo", attento alle emozioni altrui e modulato su queste; altri soggetti tendono viceversa a costruire la propria identità sul proprio senso di interiorità e si presentano tendenzialmente inibiti sul versante emozionale, privilegiando il canale cognitivo. In altre parole, da un lato si pongono quei soggetti che sono più portati ad esprimere le proprie attivazioni emotive e che prediligono un canale di lettura delle proprie esperienze centrato sul loro "sentire", mentre, sul versante opposto, altri soggetti sviluppano uno stile più cognitivo, che tende a gestire razionalmente le attivazioni emotive e che risulta quindi più distaccato e difeso sul piano relazionale. L'approccio all'adolescente, soprattutto quando le sue problematiche appaiono più complesse e meno accessibili all'intervento (quindi, in quanto tali, "difficili"), deve tenere conto delle modalità attraverso le quali si è dispiegato l'itinerario di sviluppo, nelle sue chiusure organizzazionali ma anche nelle aperture strutturali che ne possono consentire sbocchi più adattivi. In tal senso, fondamentale appare la messa a fuoco della organizzazione di significato personale che l'adolescente si sta costruendo, così come l'ha definita Guidano (1988): lo "*specifico assemblaggio dei processi ideo-affettivi che consente ad ogni individuo di mantenere il suo senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante le numerose trasformazioni che sperimenta nel ciclo di vita*".

Nell'intervento terapeutico è utile per l'adolescente acquisire consapevolezza e attribuire significati ai modelli di relazione che instaura con gli altri, confrontandoli con quelle che sono le sue trasformazioni evolutive: ad esempio, focalizzandosi sul proprio stile di attaccamento, in modo da andare a ricercare i significati che lo legano alle persone affettivamente significative. Si descriveva precedentemente l'importanza di non fermarsi al sintomo e alle sue spiegazioni, dal momento che il disagio si caratterizza proprio per la rigidità, per cogliere invece il senso della propria trama narrativa emozionale. Nel lavoro terapeutico, attraverso l'analisi dei suoi comportamenti, dei suoi pensieri e delle sue emozioni nella successione degli eventi discrepanti, il

soggetto acquisisce una diversa modalità di riferirsi ciò che ha sperimentato come discrepante rispetto al senso di sé, prendendo consapevolezza delle rigidità organizzative alla base del suo scompensamento clinico. Soffermendosi sugli episodi significativi portati in terapia, spostando il fuoco da un punto di vista esterno ad uno interno e viceversa, l'adolescente può superare la difficoltà di distinguere e articolare l'idea di sé e degli altri, guardando il mondo e la propria vita da un altro punto di vista, ma sempre con i suoi occhi e non con quelli del suo terapeuta. Questa operazione di reframing, strutturata su più livelli possibili, consente un ri-ordinamento dei ricordi, delle esperienze, delle tonalità emotive attivate. Del resto, è importante tenere presente che anche l'adolescente compie una ri-organizzazione dei propri ricordi, che non saranno stabili e duraturi come quelli di un adulto ma possono essere altrettanto ricorrenti; essi richiedono quindi da parte dell'adolescente una ri-organizzazione globale a livello delle nuove tonalità emotive emerse. Il risultato è un aumento di complessità della trama narrativa emozionale stessa, effettuata dal soggetto su di sé. L'aumento di complessità interna di quel sistema cognitivo che è l'adolescente può trovare, attraverso il percorso terapeutico, modalità più adattive di sperimentare e di auto-riferirsi le esperienze vissute, tanto perturbanti e discrepanti rispetto alla coerenza interna da renderlo "difficile".

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'approccio psicoterapeutico post-razionalista consente di mettere in evidenza, attraverso la molteplicità delle trame narrative, la soggettività e l'unicità di ciascuna vicenda personale, sia che si dispieghi in maniera sostanzialmente lineare nel ciclo di vita, sia che passi attraverso fluttuazioni a volte turbinate e improvvise, sia ancora che viri bruscamente rispetto ai precedenti trascorsi. L'unicità e l'irreversibilità delle modalità soggettive di assimilare l'esperienza e di riferirla al sé, per mantenere la stabilità della coerenza interna e dell'identità, esprime un dinamico equilibrio tra la chiusura organizzativa tacita e l'apertura strutturale esplicita, proprie di ogni organizzazione di significato personale.

La relazione terapeutica è quindi riformulazione della visione di sé e del mondo in termini di progetto e di costruzione personale di vita. In questo processo soggetto e terapeuta co-evolvono, mentre le "perturbazioni strategicamente orientate" del terapeuta consentono al soggetto di guardare a

sé da livelli di consapevolezza nuovi e più “viabili”, come ad una persona che si realizza attivamente e non come ad un oggetto che subisce passivamente i cambiamenti interni ed esterni, con la sensazione di avere per la prima volta nella vita strumenti adeguati per poterli fronteggiare.

In tale ottica, la difficoltà del problema clinico presentato e dell’approccio con un soggetto vanno lette alla luce delle trame soggettive entro le quali vengono definiti i contorni dell’identità personale. Superando una visione razionalista, schematica ed univoca, di ciò che è difficile, si può concentrare il lavoro terapeutico sulle modalità e sugli strumenti da fornire al soggetto per rendergli meno problematica la costruzione di una identità più coerente e stabile.

## BIBLIOGRAFIA

- Arciero G.: Studi e Dialoghi sull’Identità Personale. Boringhieri, Torino, 2003.
- Damasio A.R.: Emozione e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000.
- Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): Emotions in Psychotherapy. Guilford, New York, 1987.
- Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V.F.: Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva (seminario tenuto nel 1989). In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l’Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.
- Lambruschi F.: Etologia evolutiva, attaccamento e organizzazione di significato personale. In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l’Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.
- Lambruschi F.: Continuità e cambiamento in età evolutiva. In: Reda M.A., Nardi B. (Eds.), Continuità e Cambiamento in Psicoterapia. Siena, 2001.
- Lambruschi F. (Ed.): Psicoterapia Cognitiva dell’Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Lambruschi F., Ciotti F.: Teoria dell’attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell’infanzia. *Età Evolutiva*, 52, 109-124, 1995.
- LeDoux J.: Il Sé Sinaptico. Come il Nostro Cervello ci fa Diventare Quello che Siamo. Adelphi, Milano, 2002.
- Mahoney M.: Human Change Processes. Basic Books, New York, 1991.



Finito di stampare nel mese di  
ottobre 2005 presso la  
Tipolitografia Coopergraf  
di Ancona

- Maturana H.R., Varela F.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988.
- Morin E.: *Il Metodo. 5: L'Identità Umana*. Cortina, Milano, 2002.
- Nardi B. (Ed.): *L'Adolescenza dalla A alla Z*. Centro di Adolescentologia, Ancona, 1993.
- Nardi B.: *Etiologia ed attualità del disagio mentale: recenti acquisizioni in ambito etologico evolutivo e cognitivistico*. In: Sgreccia E. (Ed.), *Il Disagio Mentale: Etica della Profilassi*. Centro di Iniziativa Culturale, Bologna, 1994.
- Nardi B.: *L'identità nell'adolescente*. In: Pacciolla A. (Ed.), *Scuola di Discussione e Dinamiche Evolutive*. Scuola di Discussione per Adolescenti, Corridonia, 1997.
- Nardi B. (Ed.): *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale* (contributi di F. Angeleri, M. Brandoni, F. Lambruschi, B. Nardi, G. Pannelli, M.A. Reda). IRS L'Aurora, Ancona, 1999.
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nardi B.: *La depressione adolescenziale*. In: Lambruschi F. (Ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Nardi B. (Ed.): *I Processi Maturativi tra Genetica e Ambiente* (contributi di: M. Bartolini, P. Bevilacqua, M. Brandoni, V. Caputo, R. Cocci Grifoni, D. Garzi, J. Gentili, F. Lambruschi, A. Messori, B. Nardi, G. Pannelli, G. Passerini, E. Pucci, S. Rupoli, F. Saccucci). Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.
- Nardi B., Mariani L., Poletti F., Giunto P.: *Adolescent aggressive behavior: Social and psychopathological aspects in juvenile crime*. *Medicine Mind and Adolescence*, 10(1), 165-172, 1995.
- Nardi B., Pannelli G.: *Adolescent depression: How to cope turmoil and self negativity*. *Medicine Mind and Adolescence*, 13(1-2), 1998.
- Nardi B., Vincenzi R.: *Multidimensional holistic approach to the adolescent: The experience of the Adolescentology Center of Ancona*. *Medicine Mind and Adolescence*, 9(2), 75-83, 1994.
- Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. IRS L'Aurora, Ancona, 1995.
- Neimeyer G.J., Lyddon W.J.: *Constructivist psychotherapy: Principles into practice*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 155-157, 1993.
- Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.
- Reda M.A.: *L'atteggiamento diagnostico in psicoterapia cognitiva*. *Psicobiettivo*, 3, 31-40, 1988.
- Rezzonico G.: *Dal disordine all'ordine: colloquio con lo psicoterapeuta*. *Psicologia Cognitiva e Comportamentale*, 1(1)55-59, 1995.
- Ricoeur P.: *Sé come un Altro*. Jaka Book, Milano, 1993.