

# NORMALITA' E DISAGIO NELL'ADOLESCENZA

Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento  
E.C.M.

Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Giovanni Santone  
(Eds.)



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

in collaborazione con  
ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

Ancona, 2003

QUADERNI

# QUADERNI

*Azienda Unità Sanitaria Locale 7 - Ancona  
Commissario Straordinario: Antonio Aprile*

A cura del Centro Studi e Documentazione / Biblioteca - Azienda USL 7 di Ancona

## Comitato Scientifico

*Ferdinando Benedetti  
Stefano Berti  
Grazia Bertolazzi  
Stefano Giuliodoro  
Maria Rita Manzotti  
Antonio Maria Novelli (Presidente)  
Concetta Trapè*

## Comitato di Redazione

*Francesca Barchiesi  
Roberta Casoli  
Danilo Cesaretti  
Stefano Giuliodoro (Coordinatore)*

## Collaborazione per gestione hardware-software

*Filippo Mancini  
Gianni Marconi*

## Redazione

*Centro Studi e Documentazione / Biblioteca Az. USL 7  
Via C. Colombo, 106 - 60127 Ancona (AN)  
Tel. 0718705626-82  
Fax 0718705682  
E-mail: [biblio2000@fastnet.it](mailto:biblio2000@fastnet.it)  
<http://www.asl7.marche.it/siamo/biblioteca>*

*Grafica ed Impaginazione (2003)  
Roberta Casoli*

*Stampa  
Tip. Coopergraf - Ancona*

Edizione:

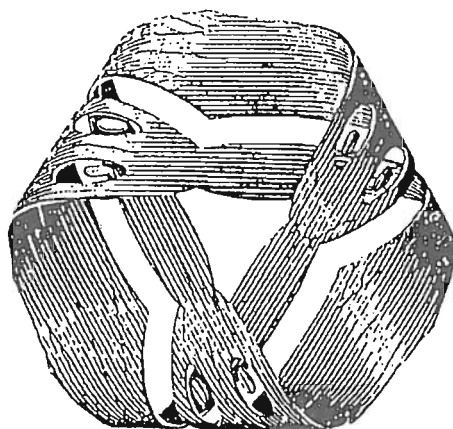


*GLATAD Via A. Lucentini, 14 P.O. BOX 62 - 62029 Tolentino (MC) - Tel./Fax 0733960845 E-mail: [glatad@tin.it](mailto:glatad@tin.it)*

# NORMALITA' E DISAGIO NELL'ADOLESCENZA

Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento  
E.C.M.

Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Giovanni Santone  
(Eds.)



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

in collaborazione con  
ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

Ancona, 2003



*Corso intensivo di aggiornamento su “Normalità e Disagio nell’Adolescenza”  
organizzato dal Centro per la Promozione dell’Ago Adolescenziale  
in collaborazione con l’Accademia dei Cognitivi della Marca*

*Patrocini:*

Regione Marche, Assessorato alla Sanità  
ASL 7 di Ancona, Dipartimento di Salute Mentale  
Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona, Unità Operative di Clinica  
Psichiatrica e Psichiatria  
Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia,  
Dipartimento di Neuroscienze

*Coordinamento:*

Bernardo Nardi e Marco Brandoni

*Segreteria scientifica:*

Emidio Arimatea, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Jessica Gentili, Bernardo  
Nardi, Giorgio Pannelli, Francesca Romagnoli, Sara Rupoli, Giovanni  
Santone, Francesca Tittarelli

*Segreteria organizzativa:*

Emidio Arimatea, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Rosella Colocci, Marisa  
Del Papa, Bernardo Nardi, Sara Rupoli, Maria Luisa Sabbatini, Giovanni  
Santone

*Contributi di:*

Antonio Aprile

*Dirigente medico. Commissario Straordinario dell'Azienda Unità Sanitaria Locale N. 7 di Ancona*

Emidio Arimatea

*Psicologo del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Paola Bevilacqua

*Psichiatra e Psicoterapeuta. Dirigente medico del Servizio di Igiene Mentale di Cortona*

Gabriele Borsetti

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Associato. Direttore dell'U.O. di Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Umberto I e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Politecnica delle Marche*

Marco Brandoni

*Psichiatra e Psicoterapeuta. Dirigente medico dell'U.O. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Umberto I e del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Ilaria Capecci

*Medico chirurgo del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Simona Castellani

*Psicologa del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Giovanni Cutolo

*Psichiatra, Psicoterapeuta e Didatta dell'IPRA. Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Massa Marittima e Follonica*

Luisanna Del Conte

*Magistrato. Presidente del Tribunale per i Minorenni delle Marche*

Valeria Frattesi

*Psicologa del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Daniela Garzi

*Psicologa e Psicoterapeuta. Dirigente psicologa del Servizio di Igiene Mentale di Cortona*

Jessica Gentili

*Psichiatra e Psicoterapeuta del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Furio Lambruschi

*Psicologo, Psicoterapeuta e Didatta della SITCC. Responsabile psicologo dell'U.O. di Neuropsichiatria dell'Azienda USL di Cesena, docente di Psicologia dell'Età Evolutiva dell'Università di Siena, direttore del Master in Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva di Bologna*

Fausto Mannucci

*Dirigente medico. Dirigente dei Servizi Territoriali, Assessorato alla Sanità della Regione Marche*

Andrés Moltedo Perfetti

*Psicologo. Professore di Psicologia dell'Università Cattolica di Valparaiso, Chile*

Giovanna Monterubbiano

*Psicologa dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

Alfeo Montesi

*Dirigente medico. Commissario Straordinario dell'Azienda integrata Ospedaliero-Universitaria "Umberto I" di Ancona*

Bernardo Nardi

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Neurologo. Ricercatore dell'Università Politecnica delle Marche; Dirigente medico della Clinica Psichiatrica, Responsabile del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona; Presidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Marco Pacetti

*Ingegnere Elettronico. Professore ordinario, Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, Segretario Generale della Conferenza dei Rettori delle Università Italiane, Vice Presidente dell'Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea*

Giorgio Pannelli

*Psichiatra e Psicoterapeuta. Dirigente medico, Responsabile dell'Ambulatorio di Alcologia del Servizio Tossicodipendenze della ASL 11 di Fermo; Vicepresidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Carla Piccinini

*Psicologa e Psicoterapeuta del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 e dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

Rita Roccheggiani

*Psicologa e Psicoterapeuta dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

Gianfranco Rocchetti

*Psichiatra e Psicoterapeuta. Direttore dell'U.O. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Umberto I e del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale di Ancona*



Francesca Romagnoli

*Medico chirurgo del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Sara Rupoli

*Psicologa del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Simona Salvati

*Medico chirurgo del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Laura Seveso

*Magistrato. Giudice del Tribunale per i Minorenni delle Marche*

Giovanni Santone

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Neurologo. Professore a contratto dell'Università Politecnica delle Marche; Dirigente medico dell'U.O. di Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Umberto I e dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

Maria Teresa Sardella

*Psicologa e Psicoterapeuta del Dipartimento Dipendenze della ASL 7 e dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

Adelmo Tancredi

*Psicologo. Responsabile dell'U.O. di Psicologia del Dipartimento di Salute della ASL 13 di Ascoli Piceno*

Francesca Tittarelli

*Psicologa del Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale. Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona*

Vincenzo Varagona

*Giornalista. Redattore della sede regionale RAI di Ancona*

Alberto Vito

*Psicologo e Psicoterapeuta. Responsabile dell'U.O. di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Cotugno di Napoli; Supervisore dell'Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona*

## INDICE

Antonio Aprile, Marco Pacetti, Fausto Mannucci, Alfeo Montesi, Gianfranco Rocchetti, Gabriele Borsetti <i>Presentazioni</i> .....	p. 13
Bernardo Nardi <i>Introduzione</i> .....	p. 21
Marco Brandoni <i>Approccio al disagio nell'adolescenza: linee guida per un centro mirato alla diagnosi e all'intervento precoce</i> .....	p. 26
Bernardo Nardi <i>L'avventura adolescenziale</i> .....	p. 28
Vincenzo Varagona <i>I giovani, oggi</i> .....	p. 37
Bernardo Nardi <i>Costituzione, apprendimento e maturazione adolescenziale</i> .....	p. 46
Furio Lambruschi <i>Dall'attaccamento allo stile affettivo e relazionale</i> .....	p. 63
Adelmo Tancredi <i>Il disagio familiare</i> .....	p. 89
Emidio Arimatea <i>Prevenire il disagio</i> .....	p. 95
Sara Rupoli, Valeria Frattesi <i>Il setting in adolescenza</i> .....	p. 113
Bernardo Nardi <i>Crisi e adattamento</i> .....	p. 119

Giovanni Santone, Maria Teresa Sardella, Carla Piccinini, Giovanna Monterubbiano, Rita Roccheggiani, Alberto Vito, Gabriele Borsetti <i>Disorganizzazione adolescenziale e patologie relazionali</i> .....	p. 128
Bernardo Nardi <i>I disturbi del comportamento alimentare</i> .....	p. 142
Paola Bevilacqua, Daniela Garzi <i>Il disturbo del comportamento alimentare: da un'ipotesi esplicativa alla concretezza dell'intervento nel territorio</i> .....	p. 146
Andrés Moltedo Perfetti <i>Le sfide psicosessuali nell'adolescenza</i> .....	p. 155
Francesca Tittarelli, Simona Castellani <i>Le fobie adolescenziali</i> .....	p. 172
Ilaria Capecci <i>Le somatizzazioni</i> .....	p. 184
Bernardo Nardi, Francesca Romagnoli <i>La depressione</i> .....	p. 191
Giorgio Pannelli <i>Patologie da dipendenza ed epistemologia postrazionalista</i> .....	p. 226
Giovanni Cutolo <i>Adolescenza e psicosi: un approccio post-razionalista</i> .....	p. 241
Bernardo Nardi, Simona Salvati <i>Aggressività e violenza</i> .....	p. 265
Luisanna Del Conte <i>Orientamenti in tema di giustizia minorile</i> .....	p. 282
Laura Seveso <i>La devianza adolescenziale</i> .....	p. 285

## PRESENTAZIONI

Antonio Aprile

La “tutela della salute mentale”, nel suo complesso, costituisce uno dei compiti istituzionali primari dell’Azienda Sanitaria Locale, espletato attraverso il Dipartimento di Salute Mentale e il suo coordinamento con gli altri Dipartimenti e Servizi attivati (Materno-Infantile, Medicina Generale, Tossicodipendenze, ecc.).

A questo proposito, la presenza di un Centro specialistico per la promozione dell’Agió Adolescenziale, operante sia a livello ambulatoriale esterno che ospedaliero, va collocata in un’ottica euristica di razionalizzazione e di integrazione funzionale delle risorse in campo socio-sanitario: non per una sovrapposizione e duplicazione di figure professionali e di competenze ma, al contrario, per promuovere una piú efficiente, mirata e specifica rete operativa, integrata negli obiettivi e negli interventi, in grado di fornire risposte adeguate e tempestive agli adolescenti, alle famiglie e a quanti interagiscono con loro, nella scuola e nella società.

E’ evidente che una specifica attenzione alla prevenzione e al trattamento precoce del disagio in una fascia di età, quale quella adolescenziale, nel corso della quale possono avere esordio tutte le principali patologie mentali, rappresenti una strategia operativa primaria di ogni unità sanitaria locale.

Mi fa pertanto particolarmente piacere presentare, all’interno della collana dei Quaderni della nostra Azienda, gli atti del Corso intensivo su normalità e disagio nell’adolescenza. Si tratta di una delle iniziative del Centro per la Promozione dell’Agió Adolescenziale, attivo da oltre un triennio e che è stato riprogrammato per il prossimo triennio su delibera della Giunta Regionale.

Come emerge con evidenza dalla lettura del volume, esso costituisce di un vero e proprio “trattato” sull’adolescenza, nelle sue sfaccettature fisiologiche e patologiche, che è frutto di competenze sia scientificamente aggiornate nel campo della ricerca, sia maturate attraverso una lunga e quotidiana esperienza professionale.

Presento con molto piacere gli Atti del Corso di Aggiornamento su normalità e disagio nell'adolescenza, che forniscono un ampio panorama conoscitivo su questa cruciale età della vita, sia sotto il profilo epistemologico che clinico e terapeutico.

Il Corso è espressione delle attività didattiche, cliniche e di ricerca del "Centro per la Promozione dell'Agio Adollescenziale", promosso dal dott. Bernardo Nardi che ne è responsabile, attivato dalla Regione Marche in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche e con il Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7 di Ancona.

Si tratta di iniziative che vedono una fattiva sinergia tra il nostro Ateneo e altre istituzioni, finalizzate alla promozione del benessere della persona in formazione, in modo che questa possa esprimere al meglio le potenzialità di cui dispone.

L'Università Politecnica delle Marche, particolarmente attenta a fornire beni pubblici educativi in un quadro di sviluppo sostenibile, vede nell'educazione continua specialistica nel settore della adolescentologia e nella ricerca scientifica connessa a tale settore un modello particolarmente stimolante a sostegno di una prospettiva interdisciplinare ed olistica.

Anche attraverso iniziative come questo Corso di Aggiornamento, il nostro Ateneo persegue la strategia di produrre conoscenze per mezzo di conoscenze e promuove iniziative formative differenziate e innovative, particolarmente attente ad utenti che appartengono alla fascia di età che accede agli studi universitari.

Una organizzazione sanitaria attenta alle esigenze del mondo contemporaneo e finalizzata alla promozione del benessere, prima ancora che alla cura dei disturbi psico-fisici e delle loro complicazioni, non può non porre in primo piano una fascia della vita – quale è l'adolescenza – cruciale nella formazione della persona, oltre che nel conseguimento della maturazione biologica.

Per potere operare, rispondendo al *bisogno di salute* degli adolescenti, è quindi fondamentale disporre di competenze specialistiche e di risorse strutturali adeguate.

In accordo con questa premessa, la Regione Marche, nell'ambito della tutela della salute mentale all'interno del piano sanitario regionale, ha attivato un progetto mirato all'adolescenza, mediante una iniziativa estesa al territorio anconetano che può servire anche come "pilot" per una successiva implementazione sulle altre aree regionali. Ancona infatti non solo è il capoluogo della Regione, la principale sede universitaria e la più estesa città delle Marche; ma, per la presenza del porto e per le caratteristiche del suo tessuto sociale, propone aspetti di grande dinamicità. La notevole presenza e variabilità dei fattori accennati fa quindi sì che le problematiche adolescenziali possano essere più rilevanti e maggiormente approfondite che non in altre realtà più piccole e disperse.

Proprio per le dinamiche complesse che caratterizzano questa fase della vita, maggiori garanzie derivano da interventi che facciano capo a strutture:

- altamente specializzate (centri per adolescenti con personale specialistico "dedicato" a tale fascia di età),
- che abbiano carattere pubblico (in grado quindi di dare le più ampie garanzie di accesso e di collegamento in rete con altri servizi attivi sul territorio, dalla medicina di base al polo integrato universitario-ospedaliero, dai servizi sociali al tribunale per i minorenni),
- che coinvolgano più enti (regione, università, ospedale, poliambulatori distrettuali),
- che rispondano a requisiti di garanzia per l'utente (indicatori di efficienza relativi sia alla struttura e alle modalità dei servizi prestati, sia all'efficienza dell'attività svolta (valutazione del discostamento tra risultati attesi e ottenuti),
- che fornisca interventi mirati, integrati (in un'ottica di chiaro case-management) e il più possibile tempestivi,

- che curino un aggiornamento scientifico continuo (anche attraverso l'organizzazione di corsi di aggiornamento per varie figure professionali con accreditamento ECM) e sappiano promuovere collaborazioni con altri poli dedicati alle problematiche adolescenziali, sia nazionali che esteri.

Attivando un Centro specialistico per la promozione dell'agio adolescenziale, la Regione si è pertanto prefissa di perseguire i seguenti obiettivi:

- Riduzione o gestione della cronicizzazione e delle patologie di rilevanza clinica
- Riduzione o gestione della dispersione scolastica
- Riduzione o gestione dei comportamenti a rischio
- Aggiornamento e supervisione del personale
- Sportello di consulenza per personale educativo (insegnanti, ecc.)
- Coordinamento con le altre risorse esistenti nel territorio (invii protetti, ecc.), evitando la dispersione della richiesta di aiuto
- Individuazione di linee guida di convenzione con Enti pubblici (comuni, scuole, tribunale per i minorenni, ecc.)
- Messa a punto di linee di ricerca sul disagio adolescenziale.

Oltre alla individuazione degli obiettivi, in un'ottica del tutto innovativa, ci si è prefissi di individuare e introdurre degli indicatori e standard di qualità del servizio erogato, a ulteriore garanzia dell'utenza.

Il Centro nasce infatti come servizio specialistico a “certificazione di qualità” relativo a specifici indicatori (parametri qualitativi e quantitativi sensibili) e standard (livello di servizio erogato), con “audit” (processo di generazione, registrazione e revisione dell'attività del Centro per verificarne l'accuratezza) e valutazione annuale informatizzata e centralizzata delle prestazioni effettuate.

A tal fine, sono stati individuati i seguenti fattori:

1) Indicatori di qualità (strutturali ed operativi):

- Modalità di accesso semplici, informali, dirette
- Spazi accoglienti, consoni al rispetto della privacy
- Tempi di apertura compatibili con gli impegni scolastici
- Diversificazione tra orari di prenotazione/informazione/accoglienza e orari di prestazione dei servizi specialistici
- Tempi di attesa per interventi programmati rapidi (inferiori ai 15 giorni di attesa)
- Identificazione delle figure professionali che prestano il servizio
- Tracciabilità delle modalità di intervento e del tipo di percorso (invii per counselling, ecc.)



- Apertura alla collaborazione in rete con le altre strutture e figure professionali esistenti sul territorio
- Scambi di informazione tempestivi con le altre figure professionali coinvolte nel caso (ad es., pediatra, medico di medicina generale, ginecologo, ecc.), nel rispetto del segreto professionale
- Presa in carico, su richiesta, del contesto familiare, amicale, scolastico
- Verifiche annuali dell'attività svolta
- Aggiornamento continuo annuale degli operatori (ECM)

## 2) Standard di qualità:

- Minore discostamento possibile tra risultato atteso (riferito alla valutazione iniziale) e risultato conseguito (riferito all'ultima valutazione)
- Elaborazione statistica computerizzata annuale dei dati ottenuti (sempre nel rispetto del segreto professionale)

E' prevista una programmazione pluriennale, con verifiche annuali statisticamente accessibili e centralizzate sul lavoro fatto ("audit" sulla programmazione, sui protocolli, sugli interventi e sui risultati).

In definitiva, la Regione Marche si è mossa nella consapevolezza che promuovere il benessere nell'adolescenza costituisce il migliore investimento che una società può fare per se stessa: investire su qualcosa che può produrre benessere e ridurre disagio è persino in termini economici vantaggioso, se si pensa al "peso" degli esiti invalidanti sul piano socio-economico di un soggetto giovane.

Era pertanto necessario che a livello di servizio pubblico venissero individuati un modello e una struttura operativa innovativi, specializzati – in particolare sul versante diagnostico e psicoterapeutico – per un approccio globale alle problematiche poste sia dagli adolescenti, sia da chi vive con loro e accanto a loro.

Un caloroso benvenuto a tutti i presenti, sinceri complimenti a tutti gli organizzatori, un augurio di buon lavoro ai partecipanti e un particolare ringraziamento al dottor Bernardo Nardi che, seguendo la sua irresistibile vocazione, si è preso l'impegno di realizzare questo Corso di aggiornamento su un argomento a lui molto caro e così significativo per il ruolo della Psichiatria e della Psicologia.

Penso che la Psichiatria e la Psicologia non sono le sorelle povere della Medicina del Corpo.

Al contrario, meritano un riscatto da una certa ghetizzazione, una rivisitazione concettuale e una loro nuova configurazione nelle strutture sanitarie organizzate, sia territoriali che ospedaliere.

Infatti, cominciano ad emergere nella cultura delle persone, da un lato le deficienze di un'eccessiva concentrazione della Medicina sugli organi e sugli apparati somatici, dall'altra la consapevolezza di aver trascurato nella pratica clinica la "mente", quale espressione del cervello e del corpo, e la necessità di un coraggioso approfondimento scientifico e sociale sulla psiche che vada aldilà del superamento delle cure manicomiali.

Ambulatori e Ospedali sentono il bisogno di attivare una funzione trasversale di Psichiatria e di Psicologia per rendere più completo e profondo il rapporto tecnico, professionale e umano tra Medico e Paziente nei momenti, talora drammatici, della diagnosi e della terapia di molte malattie.

Inoltre, alla luce del progresso delle conoscenze scientifiche e dell'evoluzione delle culture, credo che non sia più sufficiente un modello organizzativo della Psichiatria sbilanciato più nel territorio e nel Sociale piuttosto che nell'Ospedale e nella tecnologia.

Perciò, mi sembra che sia arrivato il momento di ripensare alla fase "ospedaliera" delle malattie mentali, non certo per tornare sui vecchi modelli, ma per favorire un'azione pressante di forte integrazione della Psichiatria e della Psicologia con le risorse conoscitive e tecnologiche dei Dipartimenti di Neuroscienze, al fine di creare possibilità nuove di comprensione scientifica delle malattie mentali, nuove possibilità diagnostiche e nuove possibilità terapeutiche.

Un augurio di un piacevole e proficuo incontro professionale tra tutti voi.

Vorrei innanzi tutto congratularmi per la realizzazione di questo Corso di aggiornamento sul disagio adolescenziale, organizzato dal “Centro per la Promozione dell’Agio Adolescenziale”, in quanto 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.

Oggi non c’è giorno in cui non si parli di adolescenza, di questa età un po’ misteriosa, ma certo più accessibile rispetto al passato, per gli strumenti che si sono creati negli ultimi anni.

Occorre sicuramente 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 per la Promozione dell’Agio Adolescenziale” la cui attività è la naturale prosecuzione dell’ottimo lavoro espletato nell’ultimo triennio dal “Centro per lo Studio ed il Trattamento del Disagio Adolescenziale” (il nome è stato aggiornato proprio per mettere l’accento sulla promozione del benessere psico-comportamentale).

Stiamo intensamente lavorando per far sì che questo Centro possa trovare una sua collocazione e una prosecuzione stabile nel tempo, fornendo personale in modo da poter operare a 360 gradi in un ambito quale quello adolescenziale, che è lo specchio di un’età così complessa e mutevole da richiedere una ricerca ed un aggiornamento continui, nonché modalità di approccio assolutamente specifiche.

Mi auguro quindi che nel futuro quello che attualmente è ancora incerto divenga invece una realtà stabile, per cui si possa continuare a lavorare concretamente e proficuamente, perfezionando anche quel lavoro di integrazione con le altre risorse disponibili sul territorio così ben avviato in precedenza.

Sono lieto di dare il benvenuto a tutti i presenti e di poter formulare loro i miei più vivi auguri di un proficuo lavoro.

Mi congratulo con il dott. Nardi ed i suoi collaboratori per questa splendida iniziativa che si colloca nell'ambito di un ambizioso progetto di formazione e di intervento della Clinica Psichiatrica dell'Università Politecnica delle Marche e del DSM della ASL 7 di Ancona, che vede coinvolti molti colleghi, psichiatri e psicologi, appassionati e attenti conoscitori dell'animo dei più giovani.

E' d'altronde difficile resistere al fascino perturbante di quella fase della vita caratterizzata da inquietudini e conflitti, ma anche da slanci ideali e da passioni che possono rendere l'animo adolescenziale un mare in tempesta ove l'individuo deve far ricorso a tutte le sue risorse per poter mantenere il governo dell'imbarcazione.

L'adolescenza è per antonomasia un periodo di crisi, anche nel senso etimologico di cambiamento, svolta, ed è pertanto fondamentale poter leggere ed interpretare correttamente le sfumate o drammatiche espressioni di difficoltà.

Mai più come in questo particolare momento di ricerca di senso e di costruzione della propria individualità, si potrà contribuire all'evoluzione positiva, creativa e realizzatrice, di quell'energia ancora così permeata dal kaos.

E' quindi con viva partecipazione e compiacimento che affianco il dott. Nardi nell'apertura dei lavori che vedono coinvolti operatori esperti nei diversi ambiti in cui il disagio adolescenziale si esplica: la dissocialità, la dipendenza, i disturbi della condotta alimentare e tutte quelle forme psicopatologiche che dall'adolescenza prendono un peculiare colore espressivo.

L'approccio cognitivo postrazionalista è indubbiamente una preziosa chiave interpretativa, che permette di gettare una luce, illuminante di comprensione e capace di orientare l'operato di noi terapeuti, a volte così partecipi del disorientamento dell'adolescente.

Sono sicuro che questo corso intensivo porterà il suo fattivo contributo di conoscenza e contagherà tutti i partecipanti con il calore e l'entusiasmo che gli oratori metteranno nelle loro relazioni così come quotidianamente mettono nel loro lavoro.

Bernardo Nardi

## INTRODUZIONE

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, 1996, 1998, 2000, 2001).

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 intervento sul 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 stesso, evitando quegli atteggiamenti intrusivi ed invasivi, che, sulla base delle esperienze vissute, egli 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 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 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". In ogni caso, 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.

Per potere operare è fondamentale disporre di risorse e di strutture adeguate, oltre che di personale specializzato.

Quando nel 1988 è stata promossa ad Ancona l'esperienza pionieristica del "Centro di Adolescentologia" ci si è mossi nella direzione sopra considerata, con il pieno sostegno dell'Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali della Regione Marche (Nardi B., 1993, 1994, 1997; Nardi e Vincenzi, 1994, 1995; Nardi et al., 1995; Nardi e Pannelli, 1998).

Dall'esperienza maturata in tutti questi anni, con la Delibera Regionale 1095 del 10 Maggio 1999 concernente la "Attuazione art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/97, Avvio e sviluppo di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di disturbi mentali gravi" è stato attivato il "Centro per lo Studio ed il Trattamento del Disagio Adolescenziale", poi divenuto, sempre grazie all'intervento diretto della Regione Marche, il primo Centro Regionale specialistico "per la Promozione dell'Agio Adolescenziale" che ha, tra i suoi intenti, anche quello di una proficua collaborazione ed integrazione "in rete" con le altre strutture e competenze disponibili nel territorio (Nardi B., 1999, 2002).

Il testo attuale raccoglie gli interventi organizzati per un aggiornamento mirato al disagio adolescenziale sotto forma di giornate intensive di studio, promosse nell'ambito dell'attività didattica dell'Università Politecnica delle Marche, in collaborazione con la Regione Marche, l'ASL 7 di Ancona (cui si deve la stampa di questi Atti) e l'Azienda Ospedaliera Umberto I (che ha curato l'accreditamento ministeriale ECM).

Nel complesso, ne è derivata una visione sufficientemente articolata sulla complessità della maturazione adolescenziale, dai suoi esiti fisiologici a quelli più problematici, con una messa a fuoco delle varie espressioni di disagio sia sotto il profilo diagnostico ed esplicativo, sia sul versante terapeutico.

## BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M.D.S.: Pattern of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61,771-791, 1985.

Bowlby J.: *Attachment and Loss*. Hogart Press (3 Vol.), London, 1969. (Ed.it.: *Attaccamento e Perdita*. Bollati Boringhieri, Torino, 1972).

Cesari G.: *La triade adolescenziale*. In: Cesari G. (Ed.): *Adolescenza e Trasgressione*. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.

Cesari G.: *Adolescenti e Adulti* (introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.

Crittenden P.M.: *Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad Alto Rischio*. Guerrini, Milano, 1994.

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, 1991 (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Lambruschi F.: *Il lavoro terapeutico col bambino e la sua famiglia in un'ottica cognitivo-evolutiva*. In: Rezzonico G., Ruberti S. (Eds.), *L'Attaccamento nel Lavoro Clinico e Sociale*. Franco Angeli, Milano, 1996.

Lambruschi F.: *Attachment bonds, organization of the self and psychopathological constellations in infancy*. In: Guidano V.F., Reda M.A. (Eds.), *Proceedings of the VI International Congress on Constructivism in Psychotherapy*. IPRA, Siena, 1998.

Lambruschi F.: *Etiologia 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., Ciotti F.: *Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia*. *Età Evolutiva*, 52, 109-124, 1995.

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 Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. 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., 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 Centre of Ancona. *Medicine Mind and Adolescence*, 9(2), 75-83, 1994.

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

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

**APPROCCIO AL DISAGIO NELL'ADOLESCENZA:  
LINEE GUIDA PER UN CENTRO MIRATO ALLA DIAGNOSI  
E ALL'INTERVENTO PRECOCE**

L'adolescenza è l'età della vita più libera da problemi fisici, ma più a rischio per quelli psico-comportamentali, essendo caratterizzata da eventi rilevanti, spesso critici, che coinvolgono sia la mente che il corpo. Inoltre, negli ultimi anni, si è assistito ad un aumento esponenziale delle problematiche relative al disagio adolescenziale. Per tali motivi è necessario mettere in atto interventi mirati, tempestivi, competenti, accessibili agli utenti (Nardi e Vincenzi, 1995).

Attualmente è necessario individuare linee guida di convenzione con Enti Pubblici (Comuni, Scuole, Tribunale Minorenni, etc.) e collaborare in maniera integrata con le altre risorse presenti nel territorio per evitare la dispersione della richiesta di aiuto.

Il Centro è stato concepito tenendo in considerazione criteri rispondenti ad indicatori standard di qualità ed efficienza:

- Contatti telefonici o diretti
- Accesso informale e logisticamente agevole, senza filtri di prenotazione
- Interventi centrati su un approccio globale, non sul sintomo o sul singolo problema
- Focus sulla prevenzione e sulla riduzione della medicalizzazione
- Spazio per la famiglia e la scuola (chi vive il disagio – anche il proprio – accanto all'adolescente)
- Integrazione con le altre risorse disponibili sul territorio (per ricevere o fare invii protetti, evitando dispersione di risorse umane e di tempo)
- Individuazione di progetti di ricerca con ricaduta clinica (ad es., miglioramento dell'organizzazione e della tipologia degli interventi).

L'utenza è costituita da preadolescenti ed adolescenti (fascia di età generalmente compresa tra i 10 ed i 25 anni), dai genitori, dagli insegnanti, dalle scuole e dagli operatori sociali.

L'obiettivo è stato l'attivazione di servizi specifici per gli adolescenti (diversificati rispetto a quelli pediatrici o per adulti), con competenze e modalità di approccio peculiari, allo scopo di ridurre:

- la cronicizzazione delle patologie di rilevanza clinica
- la dispersione scolastica
- i comportamenti a rischio.

L'équipe del Centro è composta da: medici, psichiatri, psicologi.

Una carta di servizi per l'utente adolescente ha consentito di creare una rete operativa tra gli enti del territorio, nonché una "cartella clinica" specifica comune, in modo da rendere più funzionale la comunicazione fra una struttura e l'altra.

Le modalità di approccio sono costituite da un primo colloquio finalizzato ad accogliere il soggetto ed a focalizzare il problema posto, dall'adolescente in prima persona o da chi si era fatto portatore del disagio e, quando le condizioni lo permettono, viene utilizzata una testistica psicologica specifica. I colloqui successivi consentono di "depurare" la richiesta di aiuto, focalizzare il problema, sostenere motivazione, consapevolezza del bisogno e definire l'opportunità di intraprendere un percorso psicoterapeutico e/o farmacoterapeutico.

Promuovere il benessere nell'adolescenza è il migliore investimento che una società può fare per se stessa: investire per produrre benessere e ridurre disagio è di primario interesse, se si pensa al "peso" socio-economico di eventuali esiti invalidanti in un soggetto giovane.

E' pertanto necessario un modello operativo nuovo, che sia specializzato - in particolare sul versante diagnostico e psicoterapeutico - per un approccio globale alle problematiche poste sia dagli adolescenti, sia da chi vive con e accanto a loro.

## BIBLIOGRAFIA

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

Nardi B. (Ed.): Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Franco Angeli, Milano, 2001.

Senise T. (Ed.): L'Adolescente come Paziente. Franco Angeli, Milano, 1999.

Marcelli D., Braconnier A. (Eds): Adolescenza e Psicopatologia. Masson, Milano, 1999.

Bernardo Nardi

## L'AVVENTURA ADOLESCENZIALE

Iniziando una riflessione sui processi maturativi che connotano l'adolescenza, e che possono prendere percorsi più o meno adattivi sul versante personale e sociale, vorrei partire da un'idea dell'adolescenza intesa come una sorta di spazio estremamente fluido e dinamico, all'interno del quale l'individuo comincia ad esprimere un modo di ripensare il senso del tempo. A me piace questo concetto di vita intesa come processo dinamico, e non come un insieme seriale di categorie e di caratteristiche statiche, di situazioni e di eventi legati ad una determinata fase del ciclo di vita. Questa dimensione evolutiva è importante anche sotto il profilo epistemologico – di come si organizza la conoscenza – dato che nel corso dell'adolescenza avviene la prima vera riflessione sulla necessità di ripensare il tempo: che per l'adolescente è un tempo particolare, quello longitudinale e tripartito (c'è un passato dell'infanzia ancora recente ma già percepito come trascorso; c'è il presente dei turbamenti e delle crisi; e c'è il futuro dell'indefinito, di un'età adulta vista spesso come lontana e non ben raggiungibile, a volte desiderata, altre volte temuta o rifiutata). Comunque, nel corso dell'adolescenza, il soggetto per la prima volta dà un ordine esistenziale cronologico alla propria esperienza.

Per comprendere meglio quanto detto, e per collegare il senso del tempo alla memoria individuale, è interessante riprendere in mano l'Odissea, come ci viene tramandata nel testo omerico. Seguendo strettamente il succedersi cronologico degli eventi, Ulisse, lasciata Troia in fiamme, giunge nella terra dei Lotofagi e qui deve affrontare e superare una prima grande prova, che è quella di resistere alla tentazione di mangiare i frutti dolci e saporiti dell'albero di loto, pena la perdita della memoria.

Perché è così grave questo rischio di perdere la memoria, dato che esso è collocato proprio all'inizio delle peregrinazioni di Ulisse (e non, come sarebbe apparentemente più logico, al termine, subito prima del ritorno ad Itaca)? Seguendo la metafora, perché è così importante il problema del tempo e della memoria nell'adolescente, che è appena uscito dalle vicende dell'infanzia e si affaccia adesso verso il mare aperto della vita? Occorre a questo punto fare una riflessione sulla memoria, che va intesa come una

funzione legata non tanto ad una fredda e impersonale registrazione di dati, quanto piuttosto come un processo strettamente connesso con la costruzione del senso di identità individuale.

Sotto questo profilo, perdere la memoria significa perdere la nostra esperienza, dimenticare quello che abbiamo vissuto, quanto abbiamo sofferto, quello che abbiamo sperimentato; se noi riflettiamo un attimo sul senso della memoria, emerge che, in definitiva, è proprio la memoria il processo che ci lega all'esperienza, la quale scorre attimo dopo attimo nella sua immediatezza di sensazioni, percezioni, immagini ed attivazioni emotive e che ha bisogno di essere raccolta e riordinata, per potersi esprimere in termini coerenti di identità e, quindi, di storia personale. Oramai la neurofisiologia ha messo chiaramente a fuoco il fatto che le modalità, attraverso le quali formiamo i ricordi, li assembliamo, li depositiamo e li rievochiamo sono irriducibilmente soggettive e seguono criteri di coerenza interna, legati alla necessità di mantenere costante il senso di identità, nonostante i cambiamenti sperimentati nel ciclo di vita (Guidano, 1988, 1992). Questo è il rischio di una amnesia adolescenziale: perdere il filo che può legare in termini di coerenza e di significato personale la vita, proprio in un periodo altamente instabile e caratterizzato da trasformazioni psicofisiche in cui tutto sembra cambiare e appare diverso, talora estraneo (incluso il proprio corpo) e in cui tutte queste esperienze così contraddittorie che l'adolescente fa giorno dopo giorno corrono il pericolo di rimanere slegate e decontestualizzate, facendo perdere di conseguenza i margini della propria identità.

L'adolescente, come Ulisse, ha dunque bisogno di un filo, di una trama, per ricollocare le sue esperienze nel tempo. Come Ulisse, ha bisogno di una rotta, di un fine, che consenta di dare un orientamento alla propria vita. Questa necessità inderogabile, che sperimenta l'adolescente, di legare con la memoria il filo delle esperienze per dare una direzione alla propria vita è stata colta con una immagine particolarmente suggestiva da Italo Calvino: *“la memoria è quella cosa che lega l'impronta del passato con il progetto del futuro”*; essa è veramente quella funzione che consente all'adolescente di mettere insieme quella che prima era un'identità quasi presa a prestito dalla famiglia, per ri-esprimerla, per rielaborarla in maniera nuova e originale. Quanto sia difficoltoso e complesso questo tipo di lavoro è documentato dal travaglio dell'adolescente; anche il suo fare costante riferimento all'esterno, semplicemente perché ha bisogno di confrontarsi con un modello adulto – a volte distinguendosi dall'adulto per il fatto di andare nella direzione opposta, facendo l'esibizionista, il provocatore o il contestatore; altre volte

appiattendosi sul modello da questi proposto in termini di pensieri, progetti e scelte di vita (Cesari, 1990, 1994) – evidenzia la dialettica tra il bisogno di dire qualcosa di nuovo e il bisogno di appoggiare su qualcosa di antico, di solido, che comunque viene preso dalla società in cui vive.

Dobbiamo anche ricordarci che l'adolescente nelle sue dinamiche si trova comunque in una posizione asimmetrica rispetto alla società degli adulti e questa sua non parità sul versante cognitivo ed esperienziale andrebbe maggiormente tenuta presente anche a livello di mezzi di comunicazione, dalle pubblicazioni a stampa ai palinsesti radiotelevisivi e all'accesso ai computer e a internet: a volte l'adolescente appare (o vuole apparire) sicuro, adeguato, pronto ad ogni esperienza, ma non sempre ha ancora i mezzi per navigare nella società – specie quella complessa, costantemente mutevole e policentrica se non acentrica – quale è quella odierna, almeno nel mondo occidentale. Sicuramente l'adulto, con tutti i suoi limiti e le sue contraddizioni, spesso frutto di una infanzia ed una adolescenza personale tuttora dagli esiti solo parzialmente risolti, riveste una posizione ancora più “cognitiva” (mentre non sempre è così sotto il profilo emozionale) rispetto a quella dell'adolescente, ed è qui che si gioca la partita dell'adolescente per ottenere dalle figure di riferimento (spesso ancora fortemente accudenti) le risposte che cerca in termini di sicurezza e di autonomia personale. In questo modo, continua il filo mnemonico che, come è ben noto a quanti si occupano di teorie dell'attaccamento, esprime con modalità diverse quelle che giocava da bambino quando cercava di ottenere l'accudimento genitoriale modulando l'espressione delle proprie emozioni (per questo, a volte frenate ed inibite, altre volte marcatamente espresse e manifestate).

Dunque è attraverso questo spazio della memoria che l'adolescente cerca di capire “chi è”, che effetto gli/le fa essere se stesso/a. Ed è quindi nello spazio della memoria che cerca di dare continuità e spessore alla sua esperienza, nel momento in cui comincia a veleggiare verso un futuro da adulto. Ed è importante, per capire un adolescente, mettere a fuoco come avviene questa ricerca di memoria e, tramite essa, di identità.

L'adolescente ci pone di fronte ad un paradosso, che è espressione dell'età della vita più esente da problemi e da malattie di ordine fisico (ovviamente, non dalle somatizzazioni), ma anche più vulnerabile sul piano psicologico e nel corso della quale possono insorgere tutti i principali disturbi mentali (Nardi e Vincenzi, 1995). Il fatto è che in questo periodo dinamico, caratterizzato da profondi e a volte improvvisi cambiamenti, le crisi sono più importanti delle continuità. E' esperienza comune che il ciclo di vita è caratterizzato

dall'alternanza di aspetti (e di periodi) di continuità con altri di discontinuità, di cambiamento, di riadattamento. Ad esempio, nel corso dell'adolescenza sono ben evidenti le disarmonie della crescita, che si esprimono sia sul piano fisico che su quello psicologico, ed i cui effetti si esprimono anche sul piano relazionale, proprio perché i cambiamenti non sono omogenei, non sono sincroni e comportano anche il cambiamento dell'immagine di sé, l'assunzione di nuovi ruoli, e il doversi confrontare con una visione relativa e soggettiva. E tutti questi cambiamenti sono ancora più problematici in quanto comportano il confronto costante, e spesso conflittuale, con il punto di vista dell'adulto, oltre che con quello dei coetanei (i cosiddetti "pari") e con le prime esperienze di dinamiche affettive di coppia.

A questo proposito occorre tenere presente che, quando si parla di crisi, si deve anzitutto fare riferimento alla sua dimensione "normale" e "fisiologica", indispensabile sotto il profilo evolutivo, e che solo in certe situazioni e in certi individui può raggiungere livelli considerati "patologici". Infatti, periodicamente nel ciclo di vita avviene una rottura dell'equilibrio preesistente, con fluttuazioni metastabili che portano al raggiungimento di un nuovo equilibrio, più complesso, in grado di assimilare le perturbazioni che avevano destabilizzato l'equilibrio precedente. Per questo, pur rimanendo costante il nostro essere noi, cambiamo di tanto in tanto per aprirci verso nuovi orizzonti e nuove esperienze, ed il cambiamento può a tratti produrre un senso di difficoltà a ri-conoscerci, quasi fossimo divenuti estranei a noi stessi. Di fronte a queste crisi, a volte tanto intense quanto transitorie e rapide, gli adolescenti cercano qualcuno che parli la loro lingua, che li ascolti nell'immediatezza del proprio bisogno, ed occorre quindi che possano confrontarsi, quando ve ne sia bisogno, con personale esperto ed accogliente, nell'ambito di strutture specifiche e funzionali; è lo sforzo che noi stiamo facendo, quello di creare degli spazi di accoglienza, dove poter dare a queste istanze, rapide e a volte tumultuose, risposte altrettanto rapide e precise, mirate a fare emergere le potenzialità adattive individuali, qualunque esse siano.

Dicevo della normalità della crisi, perché crescere, cambiare, cercare nuovi equilibri è una dimensione irrinunciabile della nostra vita, e questo ci fa riflettere su quanto sia ridotta, limitata, miope, la visione di chi tende a minimizzare l'importanza ed i problemi che derivano dalle crisi dell'adolescenza; perché la crisi degli adolescenti è anche lo specchio della nostra crisi di soggetti che ci confrontiamo con loro e che ci perturbiamo quando non ci appaiono come vorremmo che fossero; dobbiamo ripensare il

ciclo di vita come una esperienza complessa in cui costantemente cambiamo e periodicamente andiamo incontro a rotture di equilibrio; dobbiamo immaginare che è necessario cominciare a pensare al ciclo di vita, come ad un complesso processo che ricerca stabilità attraverso il cambiamento. Quanto detto vale anche per la cosiddetta età adulta: dobbiamo pensarci tutti sempre in fase maturativa, perché l'intero ciclo di vita è età evolutiva, dato che il cervello continua a fare esperienza e a memorizzarla, a motivarsi, a prevedere ciò che può fare, e questi processi sono in costante maturazione ed in costante divenire.

Ogni volta che si rompe un equilibrio preesistente, si entra in crisi, non è più possibile tornare ad essere quelli che eravamo prima, ma dobbiamo raggiungere un equilibrio diverso, più maturo ed adeguato sul piano adattivo.

Come ha osservato Le Doux (2002), noi siamo in costante dialogo con il nostro mondo interno e con gli altri, perché anche i nostri neuroni dialogano a livello sinaptico; questo dialogo tra neuroni (che è alla origine della formazione cerebrale nel corso dello sviluppo ontologico) ha una base sicuramente genetica, ma su questa base genetica l'apprendimento inizia precocemente ad incidere, per cui quello che siamo non è frutto di una sorta di bipolarismo tra patrimonio genetico e ambiente, tra innato ed acquisito, tra natura e cultura, ma è semplicemente l'espressione di come l'apprendimento rimodella, ristruttura e ridefinisce, in maniera sempre più complessa, quella trama neuronale che noi abbiamo come predisposizione.

Dunque l'adolescente è "fisiologicamente instabile", come amava definirlo Cesari (1990, 1994) perché l'instabilità è qualcosa di trasformabile, essendo espressione dei processi di cambiamento a base genetica completati e integrati, lungo tutta la vita, dall'esperienza mediante l'apprendimento; pertanto, i cambiamenti legati al completamento della specializzazione emisferica e di nuovi sistemi operativo-funzionali consentono all'adolescente di cominciare ad articolare il pensiero astratto orientandolo nella ricerca di un senso, qualunque esso sia. Potremmo dire, a questo proposito, che l'esigenza di senso è un'esigenza specifica del nostro cervello, e in particolare delle cosiddette aree associative dell'emisfero sinistro, le quali costruiscono delle ipotesi, delle teorie generali sul sé e sul mondo, entro le quali inseriscono, finché è possibile, le esperienze fatte; se alcune esperienze sono così discrepanti da non poter rientrare nella visione finora costruita, questa viene messa in crisi e all'interno di queste aree viene avviata una ricerca per trovare un ulteriore senso, più ampio e articolato. Gazzaniga (1998ab), al riguardo, parla di una



sorta di capacità di fare da “interprete” da parte di queste aree, per dare coerenza alle esperienze fatte, che vengono quindi scelte, riordinate e, appunto, interpretate in termini accettabili rispetto alla coerenza interna. Ovviamente, quanto appena detto costituisce una esemplificazione estremamente riduttiva, perché sappiamo sempre meglio che la mente e la coscienza non sono espressione solo delle aree associative che modulano la nostra logica, e che ci servono per costruire un’idea coerente di noi e del mondo. Sappiamo che il nostro cervello fa esperienza anche perché costruisce motivazioni, emozioni e sentimenti e che gran parte della sua attività, dalla cui complessità emerge la coscienza individuale, è sostanzialmente inconsapevole. Il complesso insieme di comunicazioni tra neuroni cortico-sottocorticali, messi sempre meglio a fuoco dalle ricerche nell’ambito delle neuroscienze anche grazie alle moderne metodiche di neuroimaging, non rappresenta un gioco, sia pure estremamente complesso, attraverso cui l’apprendimento articola le strutture di base geneticamente determinate; proprio l’importanza della memoria emozionale, ampiamente inconsapevole, evidenzia il fatto che noi abbiamo bisogno di dare non solo un colorito soggettivo alla nostra esperienza, ma abbiamo bisogno di articolare questo colorito soggettivo all’interno di quella che si chiama una motivazione, che significa anche realizzare un’idea di noi e del mondo, in termini di progetto all’interno di un significato personale; è così che possiamo riordinare le trame narrative della nostra vita attribuendo un valore identificativo alle esperienze fatte.

A questo proposito, occorre considerare due presupposti. Il primo è che non ci può essere significato personale se non c’è continuità, stabilità, coerenza nella storia personale. Questa esigenza si può cogliere nel bisogno dell’adolescente di ri-conoscersi: che è la ricerca di dare stabilità, di portare avanti un significato, di mantenere una direzione e un senso in un momento in cui sembra cambi tutto. Il secondo presupposto è che, all’interno della continuità personale, le esperienze possano essere articolate in modo da aprirsi a nuove esperienze, articolandole nell’ambito di una maggiore complessità. Quello che ci consente questa articolazione è il fatto che le nostre esperienze nascono dalla relazione con l’altro significativo, al cui interno si articola un qualcosa, che non è semplicemente un’attivazione emotiva, ma un insieme di motivazioni, di emozioni, di idee, che entrano a far parte di quel colorito soggettivo sufficientemente stabile e definito che chiamiamo sentimento. Senza fare necessariamente riflessioni di ordine filosofico, quel complesso processo in costante evoluzione che noi chiamiamo “il sé” è proprio quello che emerge da questa dialettica di motivazioni, di senso-percezioni, di emozioni,

di immagini, e tutto questo serve perché noi abbiamo bisogno, non tanto di avere un'idea di noi e del mondo, ma di definire in tempi sufficientemente operativi durante l'adolescenza "chi siamo": abbiamo bisogno di definire "noi" e "il mondo" in termini di coerenza interna.

Questo è difficile perché si cambia, perché soprattutto c'è l'irruzione del pensiero astratto che significa introdurre un approccio relativistico nella visione di sé e del mondo, con conseguente scoperta del punto di vista soggettivo come qualcosa di irrinunciabile all'interno di ogni esperienza. La relativizzazione e soggettività di ogni approccio conoscitivo, che si verifica nel corso dell'adolescenza e che mette in crisi i precedenti "punti fermi" è solo parzialmente consapevole, dato che la coscienza, come hanno messo in luce recenti contributi nell'ambito delle neuroscienze (Damasio, 2000), non è semplicemente ciò che emerge sotto forma di razionalità, di pensiero simbolico, di attenzione conativa; e tuttavia, proprio a livello di coscienza, l'adolescente ha bisogno di interrogarsi e di cercare di capire chi è e verso quali direzioni muoversi. La ricerca di informazioni per avere un'idea di sé e del mondo, che sembra così oggettiva, tanto che la cerca nel confronto con i suoi simili (i cosiddetti pari, i coetanei: l'amico, l'amica del cuore) è in realtà qualcosa di irriducibilmente soggettivo. Solo, l'adolescente lo cerca nell'altro proprio perché ha bisogno di vedersi dall'esterno, di confrontarsi mentre cambia con qualcuno che sperimenta qualcosa di simile, di confermare il senso di sé acquisito con l'altro, perché ha bisogno di sicurezza in un momento di trapasso e di incertezze. E in questa ricerca, l'adulto diviene spesso, suo malgrado, la "controparte", da cui gli scontri generazionali, i conflitti, perché è come se esistesse realmente questa oggettività condivisa, in un momento in cui il soggetto per la prima volta nel proprio ciclo di vita scopre la soggettività, il suo punto di vista, il relativo. E' questo il grande mistero dell'adolescenza con cui ci dobbiamo confrontare, questa fatica di vivere che a volte porta l'adolescente a chiudersi in sé, a volte a mostrare la sua rabbia, a volte comunque a lasciare il segno, per dire "sono io, esisto, non sono trasparente..."; queste dinamiche ci riportano al senso di una esistenza che è un processo, come diceva Vittorio Guidano (1988, 1992), non qualcosa di cristallizzato, di statico, di prevedibile. Cesari (1990) aveva proposto lo stesso concetto in termini di una semplicità disarmante, quando ricordava che l'adolescente non possiamo fotografarlo, ma lo dobbiamo filmare, perché nel momento in cui abbiamo scattato la fotografia osserviamo già qualcosa d'altro. Estendendo questa affermazione, dovremmo filmare in parallelo anche noi adulti, perché anche noi siamo in trasformazione, anche

noi attraversiamo le nostre crisi, anche noi siamo in divenire, anche noi ci confrontiamo con questa ristrutturazione dell'identità, per cui spesso, quando un adolescente ci mette in crisi, riattiva dentro di noi, che ci specchiamo in lui, quelli che sono nostri problemi.

Un'ultima considerazione. L'adolescente tende ad appropriarsi per definizione di ideologie perché si sente ancora precario di esperienze e di trame narrative proprie, e quindi cerca riferimenti attraverso i quali dare certezza al suo bisogno di ancorarsi ad un contesto, di appartenere a se stesso ma anche ad un gruppo sociale, non importa quale. L'ancóra incompleto processo di maturazione ideo-affettiva lo porta a vivere intensamente più per marcati contrasti che per meditate sfumature; vede in bianco-nero più che in chiaro-scuro, tende ad affermare un'idea più che ad approfondirla; tende a commuoversi, ma fatica a far emergere la sua affettività; vive intensamente, brucia, ama e il giorno dopo può non amare più, investe tutto e dopo poco può investire su tutt'altre cose.

Qui sta la difficoltà della maturazione umana, tanto complessa quanto lo è la mente: non basta capire, non basta commuoversi, ma occorre, e qui torniamo al concetto da cui ero partito, la ricerca (e la memoria) di un senso, occorre costruire una coerenza, occorre ricordarci che esiste una dimensione irriducibilmente soggettiva, e solo all'interno di questa trama irriducibilmente soggettiva è possibile un incontro autentico con l'altro. E' quello che l'adolescente cerca così intensamente (senza sapere se e quando riuscirà a trovarlo); ed è quello che spesso anche noi adulti continuiamo a cercare, forse un po' meno intensamente e a volte più disillusi o delusi, semplicemente perché anche noi abbiamo bisogno di sciogliere questo nodo dell'adolescenza: riuscire a cogliere che l'incontro con noi stessi e l'incontro con l'altro e con il mondo è semplicemente la diversa sfaccettatura di un unico grande tema: il viaggio di una vita attraverso il filo della memoria.

## BIBLIOGRAFIA

Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): *Adolescenza e Trasgressione*. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.

Cesari G.: *Adolescenti e Adulti* (introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.

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).

Gazzaniga M.S.: *The Mind's Past*. University of California Press, California, 1998a.

Gazzaniga M.S.: *Funzioni divise per gli emisferi cerebrali*. *Le Scienze*, 361, 43-47, 1998b.

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, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Le Doux J.: *Il Sé Sinaptico*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

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

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

Vincenzo Varagona

## I GIOVANI, OGGI

### INTRODUZIONE

Quando un genitore cerca di capire le esigenze di un figlio piccolo è abituato a fare un esercizio: quello di mettersi in sintonia con lui, in parole povere cercare di vedere il mondo come lo vede lui, per capirne sensazioni, novità, umori. Non sempre l'esercizio riesce, ma l'importante è che il genitore ci provi. Con gli adolescenti la competitività emergente rende questo processo più complicato. In realtà è oggettivamente vero che capire un adolescente è più complicato che capire un ragazzino. Il giovane riesce, se vuole, ad alzare maggiori barriere, in modo da rendere abbastanza arduo lo sforzo di un genitore di capire e di entrare in relazione con lui.

E' comunque grande la difficoltà, per chi tenta di analizzare il mondo giovanile e i suoi comportamenti, a individuare un filo conduttore che unisca le tante immagini, i tanti flash che emergono dal mondo adolescenziale e giovanile.

La premessa da cui sono partito non è oziosa: la società offre un'abitudine, che è quella di giudicare i giovani e il loro mondo non in base a quello che sono, soggetti attivi e comunque persone, ma in base a quello che chiedono. Esistono perché pongono problemi, problemi ovviamente da risolvere. Anche con un figlio, spesso, il ragionamento è lo stesso: un figlio spesso esiste perché deve mangiare, deve essere accompagnato a scuola, deve studiare, e poi andare in palestra, tutte cose che, messe insieme, mandano fuori di testa un genitore.

Ma un figlio esiste anche come persona con cui mettersi in relazione? La risposta banale sarebbe: "Ma certamente!" Riflettendoci, però seriamente, notiamo come la relazione, come noi la intendiamo, parta da una richiesta, da un problema, che un genitore cerca, spesso, se non di ignorare, di rinviare. I problemi pongono infatti la realtà della crescita, spesso difficile da digerire, e comunque fanno sentire il genitore poco adeguato al suo ruolo. Davanti ad una domanda (e a un problema) importante, quindi, una prima reazione è lo scaricabarile fra genitori ("vai da mamma" o "vai da papà, che faccia almeno

questo...”).

Quindi, un primo sforzo, in questa analisi, è quello di vedere i nostri giovani in maniera differente da come la vediamo di solito, cioè come un problema (i 50 euro per la cena, il motorino e poi l'auto, i costi sempre più inarrivabili, etc). Volutamente non uso la frase fatta di “vederli come una risorsa”, perché mi sembra una grande banalità, una verità diventata frase fatta.

Anche chi invita a guardare i giovani (o gli anziani) come una risorsa e non come un problema, segue sempre lo stesso stereotipo: ne parla guardando da lontano, segnando la distanza. Da spettatori si vedono tante cose, ma non con la prospettiva giusta. Invece il cambiamento di ottica è un passaggio essenziale, perché i giovani provano una grande difficoltà a uscire da se stessi e tendono a regalare, alla famiglia e agli adulti in generale, un'immagine di loro che non è quella reale.

## CODICI ESPRESSIVI NUOVI, RICHIESTE ANTICHE

Se riuscissimo veramente a conoscere e capire i giovani, li troveremo in sostanza molto più vicini di come invece li vediamo realmente: credono in molte cose, ma fanno finta di non credere, fanno riferimento a valori sostanzialmente classici, ma lo dimostrano con forme originali, che rendono un messaggio spesso travisato. Vogliono spesso arrivare allo stesso traguardo di chi li osserva, ma vogliono seguire un'altra strada, per essere originali nella vita.

Ecco, quindi, un primo aspetto:

nei giovani sembra convivere, da una parte una spinta a differenziarsi, distinguersi, rispetto ai modelli di comportamento proposti, a volte per spirito di contraddizione, ma soprattutto per rendere originale il contributo alla vita che viene dalla loro generazione; dall'altra, invece un'aderenza sostanziale a modelli e valori convenzionali. In definitiva vogliono, come tutti, sicurezza, affetto, amore, un lavoro, una famiglia, ma vogliono arrivarci a proprie spese (non nel senso letterale del termine...)

Questa dichiarazione di diversità a fronte di una ricerca, in fondo, di tradizione, non va vissuta come una contraddizione, perché non lo è. Non è il tentativo fallito di essere diversi e non convenzionali; è il tentativo di vivere una vita propria e non riflessa.

## COSA DICE IL CENSIS

(Rapporto sui giovani 18-30 ANNI)

Una conferma di queste tesi viene dal Censis. Il rapporto sui giovani (il campione intervistato ha un'età compresa fra i 18 e i 30 anni) si apre con un'affermazione: i giovani che vivono questo inizio del terzo millennio non si lasciano comprendere facilmente; offrono un'immagine di sicurezza, ma è una sicurezza apparente. La loro realtà interiore è fortemente contraddittoria e reclama da parte di chi vuole interpretarla l'abbandono rapido di preconcetti e atteggiamenti pregiudiziali.

Il giovane vive forti tensioni romantiche e manifesta grandi ideali, tipici degli adolescenti: ma questo è un mondo che spesso resta sommerso e imperscrutabile agli adulti. Se gli adulti, quindi, non riescono spesso a cogliere questi sentimenti e queste tensioni, ecco però cosa dichiarano questi ragazzi, interpellati su temi importanti:

\* 6 giovani su 10 affermano che *“l'amore è una relazione profonda, fatta di sentimento e ragione”*, tanto che *“condividere la vita con la persona che ami è bellissimo”*. L'altro capitolo di questo aspetto, però, è che c'è una grande difficoltà ad assumersi impegni stabili. A casa si sta bene, ci si sposa sempre più tardi.

\* La definizione di *amicizia* è forse ancora più romantica: è infatti *“fedeltà e sincerità”*, dunque costanza affettiva e verità per il 64,6%; in questo mondo di sentimenti idealizzati la generosità è *“dare qualcosa di sé”* per il 60,7%, addirittura *“dare tutto se stesso”* (28 %).

\* Tanto sentimento, ma anche sano realismo o pessimismo: il 25,5% definisce la felicità *“uno stato solo temporaneo”*, il 17% la definisce *“un attimo”*, il 12,6% *“un'illusione”*.

Anche la concezione complessiva della *vita* appare abbastanza disincantata, in rapporto al sentimento provato:

\* Infatti, la vita è per il 37,1% *“un viaggio da vivere con intelligenza”*; per il 15,4% addirittura *“una serie di ostacoli da superare”*. Se si considera che per un altro 14,5% la vita è *“pura ricerca del benessere”*, se ne deduce che per oltre 1/3 la vita nel suo complesso non ha alcuna *“tensione romantica”*;

i giovani non la vivono come opportunità per rincorrere i sogni che pure coltivano; semmai, precocemente realisti, subiscono la vita o la gestiscono senza troppe fantasie.

\* Il rapporto con la dimensione esistenziale del *tempo* è tutt'altro che sereno: se una volta ci insegnavano che la vita è un dono, così come il tempo, le ore che ci sono date per essere spese, investite al meglio, oggi subentra una dimensione ansiogena: il tempo è “qualcosa che si dovrebbe sfruttare meglio” (37,3%) oppure “qualcosa che ci sfugge continuamente” (30,8%).

Si nota la contraddizione tra un ideale di vita in cui ci sia posto per coltivare i sentimenti che contano e l'imperativo sociale di mostrarsi efficienti, concreti, all'altezza della vita frenetica che il modello di sviluppo impone.

\* Dal tempo alla *paura*, che per quasi la metà degli interpellati è “un'emozione che dobbiamo cercare di controllare”, per il 13,2 % è un'emozione angosciante, il 38,5%, più equilibratamente dichiara è “un'emozione che fa parte della vita”.

*Ma di cosa hanno paura?*

\* Non del bombardamento di informazioni su una guerra quasi certa, ma delle malattie (45,3%), della morte (37,4%), del dolore (29,9%), della solitudine (24,2%). Temono insomma le minacce individuali, legate alla fragilità della condizione umana.

E quale risposta danno, per esempio, al dolore? La risposta non sembra essere la fuga.

\* La risposta un po' sorprende: il dolore “è una grande prova da cui si può uscire più maturi” (46,7%). Una risposta che un po' scolorisce l'impressione che abbiamo di un pianeta, quello giovanile, che vive giorno per giorno.

*I “centri di gravità permanenti”*

Sempre secondo il Censis, il modo di rapportarsi con la dimensione religiosa conferma l'inquietudine del mondo giovanile. Da una parte resiste ancora una specie di automatismo, che è l'autocollocazione all'interno della religione cattolica. I giovani interpellati si definiscono cattolici, salvo poi



trovare difficoltà nel riempire di contenuti questa definizione. Non riescono a staccarsi dalla tradizione di famiglia, ma non riescono neanche a vivere questa dimensione come vera appartenenza.

L'essere cattolici, in definitiva, sembra essere più che una convinzione reale, il punto di partenza di una ricerca personale a più sfumature che si traduce in precisazioni: sì alla parola "*cattolico*", *ad esempio, ma con alcune correzioni, che di volta in volta colorano il giovanissimo come un "credente non praticante", o cattolico non credente, o – ultimo ritrovato – "ricercatore" che, comunque, è una definizione interessante e non certo statica.*

La ricerca religiosa, in definitiva, si confonde con una ricerca di senso, in un desiderio di arricchire la sfera affettiva. Così, nei sacramenti la *confessione* è soprattutto un momento in cui *ricevere consiglio*; la *parrocchia* è un *campanile, un segno di riferimento sul territorio più che una vera comunità cui appartenere*. La religione sembra dare sicurezza, ma senza apparati: Cristo sì, chiesa no, l'inferno non esiste, il paradiso sì; le scelte etiche su alcuni grandi temi vengono lette in maniera molto personale, la vita dopo la morte, chissà ...

Il dato più interessante sul piano sociologico è che questa contraddizione, tra bisogno di appartenere a una collettività di senso (la religione cattolica) e il bisogno di pensare con la propria testa non sembra per il momento produrre un conflitto vitale; piuttosto un depotenziamento complessivo, nel senso che si traduce in un momento di pausa esistenziale, a volte di vita "sotto tono", in attesa del guizzo che porterà – è sperabile - ad una scelta definitiva.

Forte, comunque, è la ricerca di punti di riferimento credibili nella vita di ogni giorno. Se i giovani affermano di professarsi per lo più cattolici, la frequenza ai sacramenti è molto più ridotta; frequentano la parrocchia, ma fino a una certa età, subito dopo la Cresima, poi la parrocchia diventa una cosa da ragazzini; credono nel Paradiso, e con questo chiudono il dilemma sull'al di là, ma nello stesso tempo mettono volentieri in discussione la maggior parte della dottrina della Chiesa.

### *Riferimenti culturali: "senza padri né maestri"*

Si cercano nuove autorevolezze, nuovi modelli culturali, ma sempre fuori dai canoni tradizionali. Da una parte c'è una decisa diffidenza verso gli intellettuali di casa nostra, dall'altro si cercano nuovi schemi di pensiero. Oltre il 40% considera le culture degli altri Paesi un patrimonio importantissimo.

E così quando ai giovani si chiede se esiste un uomo o una donna di cultura, italiano o straniero vivente o no che rappresenta un *punto di riferimento*

*intellettuale quasi il 70 % non riesce ad indicarne nessuno.*

Questo vuoto al Nord Est sfiora l'80%. Qualche nome evidentemente emerge, e allora spiccano le figure del Papa, di Madre Teresa di Calcutta, di Rita Levi Montalcini.

Emerge un grande bisogno di certezze, riferimenti solidi, maestri di vita prima ancora che di cultura. Ovviamente nell'incertezza non faticano certo a emergere – in una polverizzazione inquietante – gli attori del “teatrino televisivo”.

Dai personaggi alle letture: quelle considerate illuminanti sono i classici della letteratura e della poesia oppure libri di *psicologia*. E a proposito di psicologia: ci sarà un motivo per cui questa disciplina dilaga. Capirsi per capire gli altri, i giovani lamentano (il 35%) una solitudine sul piano educativo, una carenza nel trasferimento di valori e significati dalle generazioni precedenti; il 26% denuncia che c'è molto meno trasmissione di senso e valori tra generazioni che in passato. E ancora una volta “la morsa del vuoto” si fa sentire più forte al Nord Est.

Nell'assenza di idee guida importanti, cresce la necessità di scaldarsi nel gruppo di amici.

*Il tempo libero* di un giovane è scandito sui ritmi del gruppo di amicizie: il primato delle scelte del gruppo è assoluto e sfiora il 100%. Seguono la televisione (93,5%), l'ascolto della musica (91,9%); lo stare al telefono (87,1%), fare gite (89 %); fare shopping (86,4%).

### *Il libro, altro illustre sconosciuto*

Quasi 1/3 dei giovani intervistati non legge neanche un libro l'anno e il 16,9% ne legge 1 o 2. Quasi metà campione ha un rapporto assolutamente marginale con il libro: il dato sale un po' fra le ragazze e nei centri urbani.

La metà dei giovani non sa indicare alcun libro che abbia significato qualcosa nella sua vita: una storia, un'emozione. Nelle case si legge poco, perché entrano pochi libri. C'è ovviamente un'area giovanile che familiarizza un po' di più con il libro e una fascia che afferma di leggere fino a dieci libri l'anno.

I consumi appaiono schiacciati sulla televisione e, all'interno del consumo televisivo, sulla dimensione più evasiva. Il dato, però non riguarda solo i giovani, ma anche gli educatori, e questo è molto significativo.

Anche in questo caso ci sono le solite ma significative eccezioni: La Bibbia, Siddharta e Cuore.

Gli elementi offerti dal Censis sono interessanti, ma non possono essere

sufficienti a regalare un'immagine fedele del mondo giovanile, molto complesso e variegato. L'aspetto più interessante, in questa riflessione, è verificare quali ponti si possano offrire, ai giovani, per riuscire a tradurre i loro sogni in vita, impegno reale quotidiano. Questo ponte oggi è sempre più frequentemente costituito dal volontariato.

Il giovane cerca ascolto, fiducia e qualcosa di concreto da fare, meglio se gratificante. Nel volontariato trovano una dimensione giusta, un contatto con il mondo del dolore e del bisogno. Molto efficace, ad esempio, la proposta della Caritas ambrosiana, che ai giovani offre la possibilità di aderire ai "cantieri della solidarietà". Il volontariato è una delle strade per comunicare ed esprimere valori, ricchezza interiore, per avviare un progetto di vita.

#### "DAGLI UNA TASTIERA E SI LINKANO AL MONDO"

La comunicazione, appunto. Se è vero che quasi il 50 % dei giovani legge solo un libro all'anno, e legge forse ancora meno giornali che non siano sportivi, di moda o "rosa", è vero anche che nel modo di comunicare c'è stata negli ultimi anni una *mutazione antropologica* che si realizza in ambienti e con strumenti del tutto nuovi che spesso sfuggono agli adulti.

Sono le mailing list, le playstation, i news group, gli sms, le chat, le pagine web anche personali, i Dvd, i motori di ricerca che fanno e faranno la differenza. Sono parole forse da *addetti ai lavori*, ma quotidiane per i giovani. Secondo monsignor Domenico Sigalini, responsabile nazionale della pastorale giovanile dei vescovi italiani, la nuova dimensione giovanile va cercata nella loro casella postale elettronica, dove scorre la vita vissuta sempre in diretta, e emerge la capacità di scambiarsi tra amici tutti i pareri più disparati, il crearsi il proprio telegiornale, costruirsi il proprio Cd corredato di pensieri, di articoli di giornale ritagliati, di fotografie scannerizzate.

Ed ecco l'analisi: oggi i giovani sono tornati a partecipare e a scrivere, e scrivono molto bene. Sanno esprimere i propri sentimenti con molta immediatezza. È cresciuta la *consapevolezza di essere persona*, che purtroppo il mondo adulto chiama sempre e solo individualismo, di *avere un proprio punto di vista* nel guardare la religione, la politica, gli scenari di vita.

È cresciuta l'immaginazione che una volta era solo appannaggio di pochi manipolatori delle coscienze. Non è vero che i mass media li stanno appiattendo; non poche prove dimostrano invece che producono resistenza, ironia, selettività e azione in proprio; permettono loro di crearsi nuove idee di vicinato, di nazione, di economie morali, di pace e rispetto delle minoranze,

di regole giuste, di salari più elevati, di prospettive lavorative nuove e possibili. Sanno vivere una globalizzazione che li aiuta a localizzare ancor meglio scelte controcorrente. Hanno in casa una piccola tipografia. Sanno creare diaspore della speranza, anche se purtroppo talvolta, per mancanza di adulti che si offrono come vero riferimento culturale, si possono trasformare in diaspore del terrore.

La possibilità di simulare, cioè di provare con immagini, con il virtuale, con la musica, con i suoni, con l'interazione tra le fiction, ciò che si vorrebbe fosse la realtà permette loro di dare voce alle emozioni, ai sentimenti, alle paure, ai progetti, ai desideri, alle idee con cui nessuno sarebbe disposto a confrontarsi. Sono prove di identità.

In una società che costringe continuamente a cambiare identità, si attrezzano per ricostruirselo quando quella per cui si sono preparati non è più spendibile sul mercato, sia del lavoro, sia degli affetti, sia della passione politica. Non sanno niente a memoria, ma dagli in mano una tastiera e vedrai come ti sanno connettere il mondo intero sull'argomento che loro richiedi. Si stanno forse costruendo un'altra idea di cultura, che noi facciamo fatica a individuare. Non può essere per questo che non riescono a trovare dei riferimenti? Siamo proprio sicuri che la loro è tutta superficialità o tendenza al ribasso?

## CONCLUSIONE

I giovani, nonostante i tentativi diffusi di lettura, restano un pianeta difficile da decifrare. Non si lasciano capire facilmente, sono diffidenti del mondo adulto, ma nello stesso tempo, seppure in codice, lo cercano. Sono consapevoli di essere considerati spesso, da molti, un problema e sono anche contenti di esserlo, perché è un loro modo di sentirsi comunque considerati. Meglio essere problema che zavorra della vita; meglio problema che rimanere oggetto della cosiddetta insopportabile retorica giovanile. "I giovani, futuro del Paese" si dice in genere. Futuro sì, ma difficilmente protagonisti.

C'è un'eccezione, in questo panorama, ed è la straordinaria figura di questo Papa, non a caso una delle figure più amate, che parla dei giovani con un'espressione molto bella. Li chiama non il nostro futuro, ma "*sentinelle del mattino*", capaci di vegliare per costruire e vedere l'alba del nuovo mondo.

Ebbene, queste sentinelle del mattino non nascono per caso: mi piace citare, a questo proposito, la riflessione di monsignor Angelo Comastri che osserva come "*questi giovani coraggiosi nascono dalla testimonianza di adulti onesti*".

I giovani, continua Comastri, cercano gli adulti, ma non li trovano. Gli adulti devono scrollarsi di dosso la paura di farsi trovare. E' la paura di chi non si sente all'altezza, di chi conosce le proprie contraddizioni, le incertezze; la paura di chi non vuole rischiare di perdere prestigio, ruolo, autorevolezza.

Torniamo, in conclusione, a quanto dicevamo in apertura: riusciamo a fare un passo avanti se smettiamo di parlare dei giovani guardandoli da lontano. Bisogna cominciare a guardarli negli occhi perché è l'unico modo per leggere dentro. In questo modo si entra in sintonia con loro, si acquista fiducia, si diventa amici senza abdicare al ruolo di genitore, educatore.

Se, poi, questo sforzo di umiltà, riesce, è determinato, convinto, i miracoli raddoppiano: perché la necessità di creare un rapporto con il giovane, l'adolescente, il figlio, può mettere in crisi (nel senso buono del termine, che è ripiegamento, verifica di se stesso) il rapporto dell'adulto con se stesso.

E allora la prospettiva cambia: l'adulto riscopre la necessità di sciogliere i nodi della propria vita, che spesso, poi, affondano le radici proprio nelle questioni irrisolte dal periodo della gioventù.

## **COSTITUZIONE, APPRENDIMENTO E MATURAZIONE ADOLESCENZIALE**

Le capacità del cervello, e della mente come aspetto emergente in particolare, esprimono il frutto di una lunga maturazione ontogenetica che non si conclude con la maturazione adolescenziale, sebbene in questa fase della vita si definiscono progressivamente quegli aspetti che connoteranno il successivo funzionamento di tipo adulto.

D'altra parte, se c'è una caratteristica del patrimonio genetico umano, questa è espressa dalle grandi possibilità che i geni offrono all'individuo di costruire la propria unicità attraverso le esperienze soggettive acquisite con l'apprendimento, creando nell'interazione con i propri simili la *cultura*, cioè un insieme di conoscenze e comportamenti acquisiti nella storia, mantenuti attraverso le tradizioni o innovati o soppiantati con altre conoscenze e comportamenti.

La maturazione psicologica coincide sostanzialmente con la costruzione dell'*identità*. Essa si presenta, a livello soggettivo, come:

- a) *sensu attivo di individualità e di unicità personale*, sia nello spazio – nelle diverse situazioni e nei vari contesti – che nel tempo, attraverso la costruzione e il mantenimento di una continuità psico-comportamentale;
- b) *consapevolezza di avere una personalità diversa dagli altri*, con attributi specifici e peculiari;
- c) *capacità dinamica ed equilibrata di contrapporre le tendenze verso l'interno* (il proprio mondo interiore) *e verso l'esterno* (gli altri).

Nel cammino per acquisire un maturo senso di identità svolgono un ruolo fondamentale sia le *potenzialità genetiche*, espresse dal patrimonio cromosomico ereditario (composto da oltre 30.000 geni), sia i *fattori ambientali*. Esiste infatti una stretta e reciproca connessione tra il *comportamento innato*, legato alla maturazione su base ereditaria delle strutture del sistema nervoso secondo una ben determinata sequenza di moduli comportamentali (ad es., l'acquisizione delle capacità motorie e linguistiche precede l'inizio delle condotte sessuali) e il *comportamento appreso*, legato alle capacità di apprendimento e di memorizzazione e che è base della socializzazione.

Come hanno osservato Howe ed altri studiosi di genetica molecolare, nel

ciclo di vita umano non è possibile operare una netta distinzione tra influenze genetiche ed ambientali, se non sul piano teorico. I geni che incidono sulle funzioni psico-comportamentali determinano infatti i limiti inferiore e superiore entro i quali, poi, la possibilità di esprimere le proprie risorse è legata all'interazione con un ambiente più o meno favorevole, quindi più o meno ricco o povero di stimoli, percepiti come positivi o negativi.

Gli studi più recenti di neurobiologia sembrano dimostrare, come ha sottolineato Calissano (2000), che i geni agiscono principalmente sullo sviluppo delle varie parti cerebrali (corteccia, strutture sottocorticali, cervelletto, tronco encefalico, ecc.) e dei circuiti principali che consentono l'attività motoria, quella sensitivo-sensoriale, le funzioni neurovegetative, neuroendocrine e neuroimmunitarie, le risposte emozionali, le funzioni simboliche. Melzack ha espresso con il termine "*neuromatrice*" il fatto che l'organizzazione della rete neuronale è controllata geneticamente (pur essendo, come si è detto, ampiamente modificabile dall'esperienza) e questo controllo si può ricavare, ad esempio, dal fatto che soggetti nati senza arti hanno la sensazione di possederli. Si è accertato che alcuni geni svolgono un ruolo attivante o disattivante su specifiche funzioni psichiche (ad es., il *Creb2* agisce sui processi di memorizzazione), per cui il loro equilibrio influenza l'espressione delle capacità cognitive individuali. Sono stati inoltre individuati dei geni (come l'*Emx2*) che attivano o inibiscono il funzionamento di altri geni, svolgendo quindi un ruolo di regolazione nello sviluppo e nella diversificazione delle regioni corticali. Inoltre, le moderne metodiche di "*neuroimaging*" (come la risonanza magnetica, RM) hanno consentito di mettere in evidenza la crescita delle ramificazioni neuronali nel corso dell'infanzia (particolarmente evidente, tra i 3 ed i 6 anni, nella corteccia frontale preposta alla pianificazione del comportamento motorio) e durante l'adolescenza, nella quale si ha un picco di crescita nelle aree che controllano le funzioni simboliche, specie quelle linguistiche.

Il patrimonio genetico, pertanto, consente lo sviluppo e controlla i sistemi operativo-funzionali di base (ad es., motilità, senso-percezioni, funzioni simboliche) ed influenza l'espressione delle caratteristiche individuali e dei tratti di personalità (ad es., introversione o estroversione, aggressività e impulsività, inibizione o attivazione, senso di dipendenza o indipendenza), in una percentuale stimata comunque non superiore al 50% (Le Doux, 2002), ponendo dei vincoli relativi ai processi di apprendimento, ai quali si deve nel ciclo di vita l'ulteriore espressione dei processi psichici e dei relativi comportamenti. Gli effetti del patrimonio genetico sullo sviluppo ideo-

affettivo e sul comportamento sono quindi per lo più indiretti e condizionano l'esperienza attraverso la formazione del temperamento.

In ogni caso, la “chiusura” dei sistemi operativo-funzionali e la maturazione delle funzioni emotive, affettive e cognitive sono legate all'interazione con l'ambiente, che consente il continuo rimodellamento della struttura più fine dei circuiti neurali durante l'intero ciclo di vita. D'altra parte, se la genetica è importante come base di partenza, lo è ancora di più favorire l'espressione delle risorse individuali con l'esperienza, attraverso un ambiente empatico, stimolante e non intrusivo, un'educazione precocemente attenta alle caratteristiche soggettive, una graduale incentivazione della motivazione, dell'autonomia e delle capacità di autodeterminazione e di scelta di direzioni adattive lungo cui muoversi.

La costante interazione di fattori costituzionali e di fattori appresi è evidente per vari aspetti comportamentali: ad esempio, la produzione ormonale gioca un ruolo importante nel determinare e nel mantenere alcuni sistemi comportamentali come la regolazione dell'aggressività, il comportamento esplorativo, il corteggiamento; così pure, è da anni nota l'influenza che alcuni neurotrasmettitori e neuromodulatori hanno sulla regolazione dello stato d'ansia o del tono dell'umore; ma altrettanto documentabile è il ruolo che l'apprendimento, a partire dalla relazione di attaccamento, svolge nell'orientare, modulare o potenziare le caratteristiche costituzionali su base genetica di questi aspetti della personalità.

D'altra parte, l'*ambiente* (inteso sia come insieme degli aspetti e delle condizioni chimico-fisiche in cui vive l'individuo, sia, soprattutto, in riferimento agli aspetti bio-sociali dati dalla presenza di altri individui e dalla interazione con essi) non agisce sull'individuo in maniera meccanicistica. Le varie caratteristiche e i diversi stimoli ambientali sono infatti raccolti attraverso recettori (per le sensibilità somatiche generali) o alcuni specifici organi di senso (per la vista, l'udito, l'equilibrio, il gusto e l'olfatto), vengono quindi trasmessi attraverso vie aspecifiche o specifiche al sistema nervoso centrale e sono infine elaborati da specifici centri corticali, mediante processi di selezione e di riordinamento spiccatamente attivi. In questo modo l'esperienza può essere gestita in maniera personale ai fini del proprio adattamento e viene utilizzata nella costruzione di un determinato senso di sé e del mondo.

Proprio la costante interazione tra patrimonio genetico e ambiente attiva la dinamica tra due esigenze contrapposte e coesistenti che caratterizzano i sistemi conoscitivi umani: quella di *stabilità* (che fornisce la costanza di base



alla identità) e quella di *cambiamento* (che consente all'identità di dispiegarsi gradualmente nel ciclo di vita, affrontando compiti e problemi di crescente complessità). Alla stabilità e al cambiamento corrispondono, infatti, le caratteristiche di *chiusura organizzazionale* (stabilizzazione di una specifica modalità soggettiva di costruzione della personalità) e di *apertura strutturale* (funzione plastica della personalità che consente un progressivo ampliamento delle conoscenze e delle modalità operative sulla base delle esperienze fatte), proprie di ogni organizzazione di significato personale.

Il cervello, pertanto, non è la risultante di un assemblaggio di parti predeterminate o precostituite. E se il patrimonio genetico, da un lato, e l'apprendimento, dall'altro, forniscono la base della unicità e della uguaglianza di base del genere umano, essi consentono anche il fatto che ogni individuo sia differente da ogni altro, esprimendosi con aspetti del tutto peculiari e riconoscibili.

Nello sviluppo umano, la cooperazione tra i processi motivazionali, emozionali e cognitivi produce nuove modalità di interconnessione sinaptica: per dirla con Luria (1980) nuovi “*sistemi operativo-funzionali*”, dai quali emerge come è stato definito da Le Doux (2002) il “*sé sinaptico*”.

Sulla base della predisposizione genetica, mediante l'apprendimento emergono gradualmente i processi coscienti, attraverso i quali il flusso di informazioni viene organizzato in termini di conoscenza di sé e del mondo, con quelle modalità motivazionali ed ideo-affettive che fanno di noi ciò che sentiamo, pensiamo e vogliamo essere. Sono proprio questi processi evolutivi nel corso dell'adolescenza a riorganizzare il sé.

Un altro aspetto di particolare rilievo va messo a fuoco: l'esperienza cosciente, che viene colta nel corso dell'adolescenza come qualcosa di sempre più personale, è al tempo stesso irriducibilmente oggettiva e soggettiva. Infatti, come ha messo in evidenza Guidano (1988, 1992), essa appartiene irriducibilmente sia al soggetto che la riordina, sia all'ambiente in cui questi si trova a vivere. D'altra parte, come hanno sottolineato Nagel (2001) e Hofstadter (2001), l'esperienza soggettiva – che trova nella coscienza la sua espressione più evidente – ha caratteristiche che sfuggono al riduzionismo e, quindi, ne limitano il valore (non abbiamo alcuna idea precisa di come un processo mentale e i meccanismi chimico-fisici possano riferirsi allo stesso fenomeno). L'aspetto soggettivo sta proprio nel fatto che ad essere se stessi si prova qualcosa; e, d'altra parte, questo qualcosa può cambiare nel tempo, così che l'esperienza soggettiva di un adolescente non solo differisce qualitativamente da quella di ogni altro individuo, ma viene percepita dallo

stesso soggetto che la vive come unica e diversa rispetto alle esperienze che ha sperimentato precedentemente nel corso della maturazione infantile. Solo attraverso il linguaggio tra persone empaticamente e reciprocamente orientate è possibile una condivisione ed una comprensione, che tuttavia restano in diversi aspetti limitate e incomplete: non è mai del tutto possibile adottare come proprio il punto di vista dell'altro, inteso nelle qualità soggettive del "cosa l'altro prova ad essere se stesso".

Shakespeare ha colto come gli umani vivano spesso di sogni. L'adolescenza copre l'arco del ciclo di vita nel quale i sogni ed i miti, grazie all'emergere del pensiero astratto e alla conseguente, più personale e complessa visione di sé e del mondo, si possono trasformare in progetti esistenziali. Nell'ambito di innumerevoli scenari e punti di vista, è possibile cogliere i percorsi che risultano in sintonia con il proprio mondo interno.

La nuova consapevolezza che emerge nel corso di questa fase cruciale dell'esistenza si viene strutturando attraverso la costruzione di una sempre più definita organizzazione di significato personale, che gradualmente emerge, nel corso della maturazione, a partire dall'insieme dei processi di attaccamento. Quando tali processi non consentono il dispiegarsi delle potenzialità e delle risorse interne, il pensiero resta ancorato a livelli più concreti, contesto-dipendenti, incapaci di assimilare gli eventi perturbanti. La dipendenza dalle attivazioni emotive, legate ad una messa a fuoco di sé dall'interno o dall'esterno, appare marcata, fortemente legata al contesto attivante e non si può avventurare in nuove aperture strutturali verso nuove realizzazioni, nuovi progetti, nuove scelte progettuali. Il livello di adattamento resta basso, a volte, come nel caso degli esordi psicotici, persino incompatibile con una accettazione del mondo in cui si vive e c'è il bisogno di crearsi una realtà fittizia e delirante nella quale ci si possa sentire accettati. Quando invece queste nuove articolazioni del senso di identità individuale procedono verso flessibili livelli di maggiore complessità e astrattezza, l'individuo può utilizzare le sue risorse per avviare un riarrangiamento adattivo dell'esperienza, orientandola verso nuove mete. In tal modo, anche i sogni possono diventare progetti da realizzare nella vita adulta.

## ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Uno degli aspetti più caratteristici dei sistemi conoscitivi umani è la costante *ricerca di un significato*. Questa ricerca avviene rielaborando l'esperienza e stabilendo una relazione d'insieme fra tutti i processi cognitivi attraverso il

progressivo sviluppo di una differenziazione tra sé e non sé.

La ricerca di un senso (legata al riordinamento logico operato dalle aree verbali dell'emisfero sinistro) si esprime nel bisogno di risalire dal cosa e dal come (dell'esperienza immediata) al perché delle cose (spiegazioni dell'esperienza), aspetti questi che sono peculiari ed unici degli umani, capaci di interrogarsi sul significato di ogni atto e relazione.

La scoperta di questa capacità, che Cesari (1990, 1994) ha definito "*dimensione psico-esistenziale*", avviene di solito nel corso dell'adolescenza grazie all'utilizzo del pensiero astratto e deriva da una duplice constatazione: quella di ragionare, cioè di scegliere ciò che si vuole pensare e conoscere; e quella di sperimentare la relatività e la finitezza del proprio esistere e, contestualmente, anche di quella del mondo in cui si vive.

Dall'equilibrio dinamico tra la *tendenza verso l'esterno*, ricavando informazioni significative su di sé attraverso le somiglianze con le figure di attaccamento, e la *tendenza verso l'interno*, trasformando le somiglianze percepite in attributi personali coerenti e stabili nel tempo, vengono progressivamente definiti i contorni dell'*identità personale*.

Come si è detto, nella costruzione della complessità interna un ruolo centrale è svolto dalle *emozioni* dato che, dalle prime fasi dello sviluppo, cominciano a definirsi degli schemi emozionali abbastanza stabili e caratteristici di ciascun individuo. L'integrazione del dominio emotivo nella trama narrativa consente di identificare e valutare i propri stati emotivi nell'ambito di una crescente competenza autobiografica: "*coscienza riflessiva del sé*".

Pertanto, con la maturazione adolescenziale, sulla base di tutti gli elementi che compongono la *personalità*, emerge stabilmente una organizzazione conoscitiva specifica, che già nel corso dell'infanzia è possibile individuare in abbozzo, legata al significato intrinseco che ogni soggetto dà alle proprie esperienze. Guidano (1987) ha chiamato questo modo di organizzare stabilmente l'esperienza soggettiva "*organizzazione di significato personale*" ("*Personal Meaning Organization*", P.M.O.).

Con questa espressione si intende quindi 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*".

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*, come si è detto, 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 io 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 – taciti 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, si è detto che 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, affrontando compiti e problemi di crescente complessità che si incontrano nel ciclo di vita. Alla stabilità e al cambiamento corrispondono le caratteristiche di chiusura organizzazionale e di apertura strutturale proprie di ogni soggetto.

Infatti, nell'ambito di una medesima organizzazione di significato personale vanno considerati due differenti aspetti, in costante e reciproca interazione tra loro: la "*chiusura organizzazionale del livello tacito*" e la "*apertura strutturale del livello esplicito*".

La *chiusura organizzazionale*, 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 (1987, 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 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 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 difeso (A)* e *coercitivo resistente (C)*.

Lo *stile relazionale “campo indipendente”* si osserva nei soggetti che orientano la postura 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 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 una modalità ben compensata ed equilibrata (pattern

B “sicuro”, “bilanciato”, “organizzato”, “integrato”) ad una marcatamente alterata e scompensata (pattern D “disorganizzato e disorganizzante”, “spaventato e spaventante”, “disorientato e disorientante”, “non integrato”). Inoltre, le varie forme di attaccamento rimandano a modalità comportamentali che, gradualmente, nell’interazione reciproca con le figure significative, selezionano specifiche tonalità di attivazione emozionale.

Pertanto, non è possibile individuare una corrispondenza 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* che si strutturano a partire dai processi di attaccamento.

In sintesi, nella costruzione del sé, un elemento fondamentale dei processi di attaccamento è la *prevedibilità della risposta genitoriale alla richiesta di prossimità e di accudimento* del figlio.

Se la *prevedibilità della risposta genitoriale* è bassa, si possono avere due tipi fondamentali di percorso evolutivo.

1. Il primo tipo di percorso è tendenzialmente *ambiguo* e conduce ad una messa a fuoco di sé dall’esterno, contesto-dipendente, legata alla variabilità ambientale (in primo luogo, ai giudizi delle figure significative). L’organizzazione del sé si struttura su modelli di attaccamento evitanti (tendenza a limitare o evitare l’esposizione a possibili disconferme). Prevale una gestione cognitiva del repertorio comportamentale, strettamente legata alla successione dei singoli episodi delle relazioni con l’altro; il repertorio emozionale matura con un certo ritardo, esiste spesso una difficoltà a mettere a fuoco le singole emozioni, le quali si associano sempre ad una evidente componente cognitiva di tipo autovalutativo (ad es., timidezza, vergogna, imbarazzo). Questo percorso si osserva in soggetti “outward” “campo dipendenti” con personalità DAP (vedi oltre).
2. Il secondo tipo di percorso è tendenzialmente *ambivalente* e conduce ad una messa a fuoco di sé dall’esterno contesto indipendente, essendo fondato sul bisogno di conciliare gli aspetti della realtà percepiti come contrastanti o antitetici e sulla ricerca di certezze (principi, regole, valori etici). Finisce quindi per prescindere dai giudizi e per basarsi su un codice interno. L’organizzazione del sé si struttura su modelli di attaccamento di tipo evitante/coercitivo che portano alla ricerca di un progetto di vita

basato su una gestione cognitiva, razionale ed analitica, dei contesti relazionali e sulla inibizione e svalutazione delle attivazioni emozionali spontanee (spiegazioni delle emozioni in termini di ciò che si “deve” o “è bene” provare). Questo percorso si osserva in soggetti “outward” e “campo indipendenti” con personalità OSS (vedi oltre).

Se la *prevedibilità della risposta genitoriale* è alta, si possono avere altri due tipi fondamentali di percorso evolutivo.

1. Il primo tipo di percorso è tendenzialmente *protettivo* e conduce ad una messa a fuoco di sé dall'interno, contesto-dipendente, legata al controllo ambientale in termini di regolazione della distanza dalle figure di riferimento. L'organizzazione del sé si struttura su modelli di attaccamento di tipo espressivo-coercitivi, basati su una gestione emozionale della prossimità (atteggiamenti di reattività e protesta o di fragilità in situazioni di allontanamento della figura accudente), con precoce differenziazione, riconoscimento ed espressione delle attivazioni emotive primarie (paura, ecc.). Questo percorso si osserva in soggetti “inward” e “campo-dipendenti” con personalità FOB (vedi oltre).
2. Il secondo tipo di percorso è tendenzialmente *distaccato* e conduce ad una messa a fuoco del sé dall'interno, indipendente dal contesto, basata sulla gestione delle situazioni percepite come distacco o rifiuto da parte delle figure significative. L'organizzazione del sé si struttura su modelli di attaccamento evitanti; le emozioni primarie si differenziano precocemente, per cui la gestione ideo-affettiva della propria autonomia può diventare precaria in situazioni di distacco, attivando espressioni di rabbia o di disperazione. Questo percorso si osserva in soggetti “inward” e “campo-indipendenti” con personalità DEP (vedi oltre).

E' importante infine tenere presente che ciascuna organizzazione di significato personale, pur essendo caratterizzata da un assetto affettivo-emotivo e cognitivo che la rende più o meno vulnerabile a determinate esperienze (potendo andare eventualmente incontro nel ciclo di vita a scompensi psico-comportamentali più o meno gravi e duraturi), va considerata anzitutto, almeno sul piano potenziale, fisiologica.

Non esiste infatti una organizzazione “migliore” delle altre, né esiste una organizzazione “normale” rispetto ad altre “patologiche”.

In linea generale, tutte le organizzazioni sono da considerare “normali”. Anzi, in un'ottica evolutiva, le organizzazioni di significato personale sono alla base delle differenze individuali ed esprimono modi di funzionare



potenzialmente creativi e generativi di significati.

Tuttavia, a volte, nel corso del ciclo di vita, ciascuna organizzazione può dar luogo a crisi e scompensi. Ciò avviene quando per un soggetto, in rapporto ai fattori che concorrono a determinare la sua organizzazione, l'assimilazione di una nuova esperienza diventa perturbante e non può essere autoriferita in maniera positiva né inserita nel senso di sé senza provocare un'alterazione della coerenza interna.

Come si vedrà, a seconda dell'organizzazione, variano le modalità e, soprattutto, il significato dei sintomi che emergono in eventuali scompensi. Ma, al di là di brevi e transitori momenti di crisi, che rientrano comunque nella normalità e che possono anche essere indispensabili per una ulteriore maturazione nel corso delle varie fasi del ciclo di vita, numerosi individui di qualsiasi organizzazione di significato personale possono trascorrere una vita dal punto di vista soggettivo del tutto soddisfacente, con una adeguata realizzazione sia sotto il profilo affettivo che quello lavorativo.

I principali tipi di organizzazioni di significato personale individuati da Guidano sono quattro, e sono caratterizzati da peculiari attivazioni emozionali, correlate a specifiche relazioni di attaccamento e a modalità di lettura di tipo interno od esterno: a) *organizzazioni a lettura prevalentemente esterna, tipo "disturbi alimentari psicogeni", DAP*; b) *organizzazioni a lettura prevalentemente interna, tipo "ossessivo", OSS*; c) *organizzazioni con alto rapporto concretezza/astrazione e con tendenza a bloccare e mantenere l'attaccamento, tipo "fobico", FOB*; d) *organizzazioni con marcate attivazioni dell'umore e con esperienze di separazione e distacco precoci, tipo "depressivo", DEP*.

#### 1. *Organizzazioni tipo "disturbi alimentari psicogene" (DAP-prone)*

Sono organizzazioni a lettura prevalentemente esterna, con marcata attenzione alle aspettative e alle richieste dell'ambiente. Tendono a strutturarsi intorno a confini piuttosto indefiniti (talora ambigui), oscillanti costantemente tra il bisogno di approvazione da parte di figure significative e la paura di essere intrusi e disconfermati da esse. Ne deriva che la percezione di sé è marcatamente contesto-dipendente e può essere più o meno vaga o definita, a seconda delle conferme che vengono esperite nel corso del ciclo di vita.

Derivano da un itinerario di sviluppo con *messa a fuoco dall'esterno ("outward")*, *campo dipendente*, frequentemente associato a modalità di attaccamento compiacenti (A4). In questi soggetti la personalità si struttura attraverso una gestione prevalentemente cognitiva del rapporto con le

figure significative: la relazione viene regolata principalmente attraverso la sintonizzazione su tali figure, per cui la continuità del senso di sé viene ricavata attraverso la capacità, contesto-dipendente, di sintonizzarsi volta per volta sulle aspettative della figura scelta come riferimento, centrando il mantenimento della coerenza interna sull'atteggiamento e sul giudizio dell'altro (approvazione o rifiuto, conferma o disconferma).

## 2. *Organizzazioni tipo "ossessivo" (OSS-prone)*

Sono organizzazioni a lettura prevalentemente interna, fortemente centrate su esigenze interiori di certezza e di perfezione. Tendono a strutturarsi su una percezione di sé fortemente ambivalente e dicotomica, con una ricerca di certezze assolute secondo modalità tipo "tutto o nulla". Ne deriva che la percezione di sé può essere positiva o negativa, a seconda del controllo (prevalentemente logico-razionale) con cui viene gestito nel corso del ciclo di vita il proprio bisogno interiore di certezza.

Derivano da un itinerario di sviluppo con *messa a fuoco dall'esterno* ("outward"), *campo indipendente*, frequentemente associato a modalità di attaccamento sia inibite (A) che reattive (C). In questi soggetti la personalità si struttura attraverso una gestione marcatamente cognitiva dell'esperienza sulla base di principi e regole generali certe che vengono interiorizzate e fatte proprie. La relativa indipendenza dal campo percettivo esterno (non direttamente legata al giudizio delle figure significative ma alla ricerca di regole e concetti generali da interiorizzare) porta il soggetto ad operare una attribuzione interna a ciò che accade, inquadrando l'esperienza in categorie a connotazione etica (perfezione, capacità, controllo personale, ecc.). Pertanto, il senso di sé viene regolato in base alla capacità di riferire l'esperienza a principi generali e regole certe, indipendenti dal contesto, con mantenimento della coerenza interna modulato sulla sintonizzazione con regole impersonali esterne che definiscano adeguatamente i vari contesti percepiti.

## 3. *Organizzazioni tipo "fobico" (FOB-prone)*

Sono organizzazioni con alto rapporto concretezza/astrazione. Tendono a strutturarsi attraverso un equilibrio dinamico tra due polarità emotive antagoniste: il bisogno di riferimenti e di protezione in un mondo percepito come sostanzialmente pericoloso e il bisogno di libertà e di indipendenza all'interno di quello stesso mondo. Ne deriva che la percezione di sé è più o meno stabile, a seconda di come il soggetto riesce a mantenersi in equilibrio tra questi due bisogni antitetici, operando un controllo marcatamente

concreto, pratico ed operativo sulle situazioni che si trova ad affrontare nel ciclo di vita.

Derivano da un itinerario di sviluppo con *messa a fuoco dall'interno* ("inward"), *campo dipendente*, frequentemente associato a modalità di attaccamento di tipo reattivo (C). In questi soggetti la personalità si struttura attraverso una gestione emotiva della prossimità, favorita dalla dipendenza dal campo percettivo esterno: gli atteggiamenti emotivi delle figure di riferimento vengono percepiti in termini di protezione o abbandono (non è un caso che l'emozione più facilmente percepita è la paura), per cui il senso di sé viene regolato in base alla capacità, contesto dipendente, di controllare la prossimità alle figure di riferimento, con mantenimento della coerenza interna centrato sulla risposta emotiva di queste figure.

#### 4. Organizzazioni tipo "depressivo" (DEP-prone)

Sono organizzazioni con marcate variazioni dell'umore. Tendono a strutturarsi con una spiccata propensione a rispondere con attivazioni emotive di disperazione o rabbia agli eventi discrepanti percepiti come distacchi e perdite. Pertanto, la percezione di sé può essere più o meno stabile, in base a come il soggetto gestisce gli eventi critici cui va incontro nel ciclo di vita.

Derivano da un itinerario di sviluppo con *messa a fuoco dall'interno* ("inward"), *campo indipendente*, frequentemente associato a modalità di attaccamento di tipo inibito (A1-A3). In questi soggetti la personalità si struttura attraverso una gestione cognitiva delle emozioni, condizionata da esperienze percepite come espressione di un rifiuto esterno; d'altra parte, l'indipendenza dal campo percettivo esterno porta ad operare una attribuzione interna a ciò che accade in termini di capacità/incapacità o di merito/colpa. Il senso di sé viene regolato in base alla possibilità, contesto indipendente, di prevenire o gestire le situazioni di accettazione/rifiuto-abbandono, con mantenimento della coerenza interna centrato sul controllo delle proprie tonalità emotive; il soggetto tenderà quindi a fidarsi in maniera preponderante delle proprie cognizioni e delle proprie capacità di razionalizzare e di spiegare gli eventi vissuti (capacità di autosufficienza in situazioni di maggiore o minore aiuto da parte di altri).

Infine, se le principali organizzazioni di significato personale sono quelle appena descritte, occorre tuttavia tenere presente che in molti soggetti si osservano *organizzazioni miste*, con un nucleo primario di un tipo e temi secondari di un'altra o più organizzazioni (DAP-OSS, DAP-FOB, DAP-DEP, OSS-DAP, OSS-FOB, OSS-DEP, FOB-DAP, FOB-OSS, DEP-DAP, DEP-

OSS).

In sintesi, la strutturazione dell'organizzazione di significato personale consente di definire 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*, come si è detto, 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 io 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 (1987), tutti i processi conoscitivi umani – taciti 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. Come è noto, il sé è irriducibilmente bilivellare, derivando dalla costante dialettica tra le modalità tacite e quelle esplicite di conoscenza. Le prime sono generiche, globali ("*olistiche*"), poco analitiche, strettamente legate al film di immagini interne ("the movie in the brain", Damasio, 1999). Esse rappresentano le esperienze così come vengono esperite e forniscono un senso "*cenestesico*" (dal greco "*koinòs*"= comune e "*aisthesis*"= sensazione) di sé, cioè consentendo di percepire un'esperienza immediata, globale e generica della realtà, mediante il flusso sensoriale in corso, spesso oscillante tra polarità antagoniste. Parallelamente, l'esperienza immediata viene "spiegata" e riferita a sé. Ciò corrisponde ad un secondo e più complesso livello conoscitivo, quello esplicito, che utilizza processi logico-analitici i quali consentono di rappresentarsi, in maniera adeguata ai propri bisogni, il mondo interno e quello esterno. Ciò avviene utilizzando prevalentemente funzioni di tipo verbale che, partendo dal livello organizzativo tacito, strutturano nel corso del ciclo di vita una visione sempre più articolata e complessa di sé e del mondo.

La possibilità che ogni individuo effettui uno specifico assemblaggio dei processi cognitivi è pertanto 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 (1987, 1991), 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.

La dialettica tra processi taciti ed espliciti consente ai sistemi cognitivi umani di maturare gestendo, soprattutto nel corso dei cambiamenti adolescenziali, 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, affrontando compiti e problemi di crescente complessità che si incontrano nel corso della maturazione. Alla stabilità e al cambiamento corrispondono le caratteristiche di chiusura organizzativa e di apertura strutturale proprie di ogni organizzazione di significato personale.

L'interazione tra chiusura strutturale ed apertura organizzativa 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 ampia e complessa.

#### BIBLIOGRAFIA

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

Calissano P.: Non esiste un gene per l'intelligenza. Repubblica, 44-45, 14 Luglio 2000.

Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): Adolescenza e Trasgressione. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.

Cesari G.: Adolescenti e Adulti (introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.

Damasio A.: The Feeling of what happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. Harcourt Brace, 1999.

Hofstadter D.R.: Riflessioni sull'occhio interiore. In: Hofstadter D.R., Dennett D.C. (Eds.), The Mind's I. Fantasies and Reflections on Self and Soul. (Ed. it.: L'Io della Mente. Adelphi, Milano, 2001).

Gazzaniga M.: The Mind's Past. University of California Press, Berkeley, 1998.

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, 1991 (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

LeDoux J.: Synaptic Self: How our Brains Become Who We Are. Viking Penguin, New York, 2002.

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

Lewis M.: The emergence of human emotions. In: Lewis M., Haviland J.M.H. (Eds.), *Handbook of Emotion*. Guilford, New York, 1993.

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, Mass., 1994.

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

Nagel T.: Cosa si prova a essere un pipistrello? In: Hofstadter D.R., Dennett D.C. (Eds.), *The Mind's I. Fantasies and Reflections on Self and Soul*. (Ed. it.: *L'io della Mente*. Adelphi, Milano, 2001).

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

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.

## DALL'ATTACAMENTO ALLO STILE AFFETTIVO E RELAZIONALE

### INTRODUZIONE

Come è noto, nell'ottica cognitivo-evolutiva e costruttivista (Guidano e Liotti, 1983, Guidano 1986, 1991; Reda, 1986; Liotti, 1994, 2001) si assume che l'organizzazione del Sé prenda forma entro i legami primari di attaccamento ed evolva nel tempo differenziandosi ed articolandosi nel rapporto col proprio ambiente relazionale in funzione delle competenze maturative, cognitive e sociali, gradualmente acquisite. Entro i legami affettivi primari riteniamo che ogni essere umano plasmì il suo modo specifico e unico di percepire se stesso e la realtà che lo circonda, il suo stile interpersonale, il suo modo di avvicinarsi all'altro, di modulare l'intimità interpersonale, di dare valore o, viceversa, di svalutare i legami, di sentire emotivamente e affettivamente l'altro, il suo corpo, il suo sorriso, il suo respiro, la sua voce. Nell'ambito dell'osservazione clinica, l'idea un po' grossolana è che le relazioni affettive adulte rappresentino una sorta di riedizione (aggiornata e rivista) dei legami primari di attaccamento; il che è sostanzialmente vero, ma, a ben vedere, la ricerca mostra aspetti di maggiore complessità.

Nella *prima infanzia*, come è noto, il *sistema motivazionale dell'attaccamento* è pressoché costantemente attivo perché massime e continue sono le condizioni di vulnerabilità personale vissute dal bambino; tale sistema, pertanto, riveste una assoluta centralità nella motivazione e nella organizzazione del comportamento del bambino nei primi mesi di vita. Gli schemi interpersonali che prendono forma entro l'operare di tale sistema si dispiegano inizialmente in termini fondamentalmente senso-motori. Apprendiamo e ricordiamo, conosciamo noi stessi e il mondo in forma *procedurale* e per *immagini sensoriali*.

Da questa prima impalcatura *tacita* si sviluppa gradualmente un'area più *esplicita* (*dichiarativa* o *proposizionale*) della nostra *conoscenza* di noi stessi, della nostra memoria, articolabile in regole linguistiche. La memoria per immagini si organizza in rappresentazioni mentali di eventi

specifici, immagini organizzate in modo sequenziale e richiamabili in modalità sensoriali multiple (*memoria episodica*). La memoria procedurale si traduce e si organizza in generalizzazioni concettuali su di Sé e sulla realtà, che forniscono predizioni cognitive generalizzate (*memoria semantica*) (Tulving, 1979, 1985, 1995). Il tutto, infine, armonizzato in una *memoria di lavoro* (*working memory*) che nella corteccia prefrontale integra le diverse rappresentazioni disposizionali provenienti dai vari sistemi di memoria: ne lima, ne appiana le eventuali incongruenze, fornisce consistenza e coerenza al senso di noi stessi nel mondo (Schacter e Tulving, 1994).

*Sappiamo anche che in funzione delle specifiche esperienze primarie vissute e dal particolare itinerario di sviluppo seguito, il bambino prima e il fanciullo poi, si "specializzano" nel modo di elaborare e di dare rilievo a fonti diverse di informazione* (Crittenden, 1997, 1999):

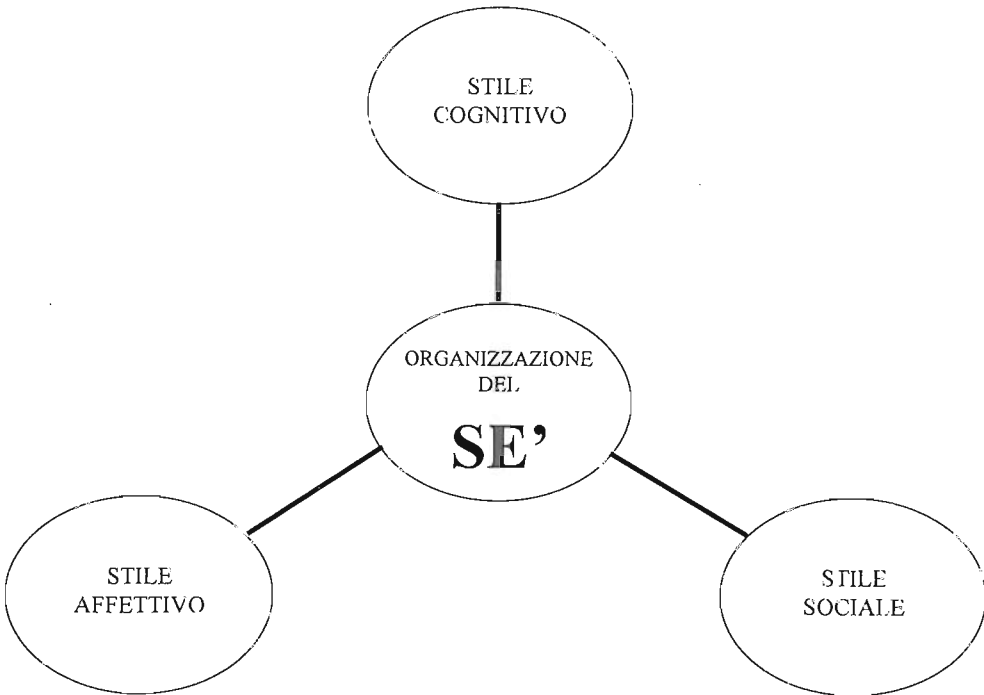
- alcuni individui imparano a predire meglio il loro ambiente basandosi sull'*informazione di tipo cognitivo (pattern A)*, avendo vissuto in relazione con un ambiente coerentemente negativo sul piano della reciprocità affettiva (coerenti relazioni causa-effetto);
- altri si specializzano invece sull'*informazione di tipo affettivo (pattern C)*: data l'imprevedibilità dell'ambiente con cui si rapportano, l'unico modo per renderlo minimamente prevedibile e comprensibile risulta quello di enfatizzare, sia sul piano percettivo che motorio, l'espressione dei segnali affettivi;
- altri riescono ad *armonizzare e integrare* sufficientemente *i due tipi di informazione (pattern B)* avendo vissuto contesti relazionali prevedibili, coerenti e sufficientemente impregnati di affetti, senza timore o minaccia di rottura dello stato di relazione nel riconoscimento e nella espressione degli stati affettivi stessi;
- altri ancora - coloro che provengono dai contesti relazionali più elevatamente pericolosi, connotati da elevata minaccia al Sé: i cosiddetti *pattern difesi o coercitivi ad "alto indice"* (Crittenden, 1997, 1999) o *disorganizzati* (secondo un altro filone di studi: Main e Hesse, 1990, 1992; Main e Solomon, 1986, 1990; Solomon e Gorge, 2001) - sono spinti addirittura a disconnettere il piano dell'azione dagli stati interni ed evitano accuratamente di mentalizzare.



## LO STILE CONOSCITIVO EMERGENTE

Già verso la *fine dell'età prescolare*, l'insieme di schemi cognitivo-interpersonali interiorizzati dal bambino comincia a prendere forma e a configurarsi come uno stile interpersonale dotato di sue caratteristiche specifiche, uno *stile conoscitivo globale* sempre più identificabile e sempre più autonomo, svincolato dal contesto e dalla presenza diretta e concreta delle figure d'attaccamento. Ciò è particolarmente evidente in età scolare dove le diverse possibili configurazioni d'attaccamento possono prendere forme straordinariamente raffinate e articolate, tali da rendere quel ragazzo già ampiamente riconoscibile nelle sue caratteristiche di fondo come persona, come l'adulto che sarà.

*Questo stile conoscitivo globale si declina e si esprime coerentemente entro quelle aree che, solo artificialmente, possiamo distinguere in termini di: stile cognitivo, stile affettivo e stile sociale (Fig. 1).*



*Fig. 1 Stile conoscitivo globale e organizzazione del Sé*

E' evidente che si tratta solo di una tripartizione concettuale del tutto arbitraria, operabile da un osservatore esterno che utilizzi funzionalmente queste categorie: il bambino, soggetto dell'esperienza, per fortuna non sa che i teorici dello sviluppo sono abituati a "farlo a fette" in questo modo, e si comporta e si esprime nel suo ambiente come un tutt'uno più o meno integrato e armonico. Come le diverse acquisizioni maturative (ad es., la transizione neurologica preoperatoria) influenzano l'esprimersi delle configurazioni specifiche d'attaccamento, cioè le strategie utilizzate dal bambino in termini autoprotettivi per il mantenimento dello stato di relazione, così le disposizioni e le modalità di elaborazione dell'informazione (i modi di usare la mente), caratteristici dei diversi pattern d'attaccamento, influenzano lo sviluppo delle diverse funzioni cognitive, attentive, inferenziali, valutative, ecc.

Ad esempio, lo stile *attentivo* dei bambini entro le diverse organizzazioni diadiche di tipo ansioso resistente prevede una polarizzazione costante dell'attenzione sulla figura d'attaccamento (percepita come intollerabilmente discontinua), in particolare sui suoi segnali non verbali, insieme ad una scotomizzazione dell'ambiente e dei processi di tipo esploratorio. Al contrario, nei pattern difesi si determina uno spostamento generalizzato dell'attenzione dalla relazione all'ambiente, in una sorta di esplorazione come "distrattore" (si veda infatti la diversa funzione relazionale che i disturbi da deficit d'attenzione e iperattività svolgono nelle diverse organizzazioni del Sé).

Similmente, la gestione della dimensione *concretezza/astrazione* appare molto diversa (indipendentemente dalla specifica fase evolutiva) a seconda delle esperienze affettive primarie: i bambini con stile coercitivo si mostrano in genere più concreti, più competenti nell'elaborazione del dato sensoriale, non verbale, immediato; le organizzazioni difese del Sé, nella loro maggiore abitudine a "stare con se stessi", evidenziano solitamente maggiori competenze sul piano dell'astrazione pura (vale a dire, poco investita di affetti), tendono cioè a sottovalutare il contingente e a considerare ciò che permane come negativamente costante "al di là delle apparenze".

Anche il superamento dell'egocentrismo tipico del bambino dell'età prescolare e l'acquisizione delle capacità di *decentramento* cognitivo, di guardare cioè il mondo con gli occhi e col cuore dell'altro, ben lungi dal rappresentare acquisizioni di carattere strettamente maturativo, sono ampiamente condizionate, nel loro dispiegarsi, dai vincoli di tipo affettivo: com'è noto, le organizzazioni conoscitive di tipo coercitivo "resistono" tenacemente all'idea di cimentarsi in pericolose operazioni di "decentramento" cognitivo ed emotivo e sperimentano maggiore sicurezza nel

mantenersi ossessivamente centrati sul proprio punto di vista, nell'appesantire tirannicamente la relazione con l'altro.

Allo stesso modo dello stile cognitivo, anche lo stile e le competenze *sociali* (in termini di ritiro/contatto e socievolezza, quantità/qualità delle relazioni sociali costruite, tendenza alla dominanza/subordinazione nelle stesse, centralità o perifericità nel gruppo dei pari, ecc.) sono ampiamente influenzati dall'itinerario di sviluppo e dalle esperienze affettive primarie del bambino.

Numerosi studi longitudinali hanno mostrato il valore predittivo dell'attaccamento riguardo allo sviluppo di diverse competenze sociali, del funzionamento cognitivo e metacognitivo, della comprensione di Sé, delle abilità linguistiche (Sroufe, Cooper, De Hart e Marshall, 1996; Cassidy e Berlin, 1994, Belsky e Cassidy, 1994, Magai e Mc Fadden, 1995, Weinfield, Sroufe, Egeland e Carlson, 1999; Grossmann, Grossmann e Zimmermann, 1999; Meins, 1997). Anche Ciotti e Lambruschi (1996) hanno osservato in bambini in età prescolare come il *pattern* di attaccamento, sviluppando un determinato modello rappresentativo interno di Sé e dell'altro, determini uno stile relazionale sociale relativamente prevedibile.

Così i bambini con *pattern* sicuro tendono ad avere un buon inserimento in scuola materna, con una buona autonomia nel lavoro in classe e una buona interazione sociale coi pari; in ambulatorio pediatrico appaiono tranquilli, a loro agio e collaboranti alla visita medica. I bambini con *pattern* evitante in ambulatorio pediatrico si mostrano collaboranti, ma in scuola materna sia nel lavoro in classe che nelle relazioni coi pari tendono ad isolarsi. I bambini con *pattern* ansioso-resistente in scuola materna sono poco autonomi e dipendenti dalla figura adulta e in ambulatorio pediatrico appaiono impauriti, non collaboranti e mantengono uno stretto contatto fisico con la madre.

Un definito *stile affettivo* comincia a prendere forma con il dispiegarsi delle nuove competenze cognitive e sociali dell'*adolescenza*. Emerge lo sviluppo del pensiero astratto e del pensiero ipotetico-deduttivo (dimensione temporale). Questa capacità di impegnarsi in operazioni mentali astratte rende possibili più sofisticate integrazioni corticali di informazioni, comprese integrazioni consce sul Sé e sugli altri (identità personale esplicita). Si determina la costruzione di una posizione generalizzata e sovraordinata (*overarching stance*) verso l'attaccamento e si dispiega una maggiore consapevolezza di sé come esistente indipendentemente dalla relazione con l'altro: ciò in contrasto con l'*action script oriented view*, cioè con un vedersi e percepirsi più orientato all'azione e alla situazione concreta, più tipico dell'infanzia. Ad esempio, nel corso dell'infanzia due assunzioni interne del tipo: "mamma

mi aiuta sempre a sentirmi meglio” e “papà mi ignora quando sono a disagio” non richiedono necessariamente integrazione e possono coesistere applicandosi situazionalmente alle diverse contingenze ambientali. A partire dalla preadolescenza si determina l’elaborazione di strutture rappresentative (modelli operativi interni) e proposizionali tendenzialmente più astratte e integrative; ad esempio: “quando ne sento il bisogno posso ottenere aiuto da alcune persone, ma non da tutte, quindi devo stare attento nel decidere con quali persone entrare in contatto”. Si sviluppano pertanto competenze percettive selettive, atte ad individuare le figure portatrici di quelle specifiche caratteristiche interpersonali.

## LA RIORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI MOTIVAZIONALI

L’altra grande trasformazione adolescenziale riguarda le diverse configurazioni di attivazione e i diversi rapporti di sovra/sotto ordinazione che si vanno a realizzare tra i vari *sistemi motivazionali interpersonali*.

Quando le cose hanno funzionato bene nei legami primari d’attaccamento, in genere, il pentagramma motivazionale sociale prende a “suonare” in maniera armonica e melodiosa: nelle attivazioni del sistema *agonistico* (di *dominanza/subordinazione*) si può osservare una più ampia conoscenza e articolazione degli stati emotivi di vergogna, umiliazione, colpa, una migliore accettazione della sconfitta e del conflitto, e una più chiara capacità di reimpiegarsi in una situazione di più o meno intenso conflitto di bisogni; nelle prime attivazioni del sistema *sessuale*, le esperienze sicure d’attaccamento, nel contatto fisico esteso e nell’utilizzo ampio dei registri sensoriali prossimali, consentirà di orientarsi meglio nell’area calda della sessualità, dell’intimità fisica ed emotiva; anche il sistema comportamentale di *accudimento/cure*, naturalmente, si gioverà delle competenze empatiche, della conoscenza emotiva e dell’ampio ventaglio di schemi affettivo-motori interiorizzati nei legami primari.

Col passaggio all’adolescenza, comunque, tende gradualmente a ridursi l’influenza e la centralità del sistema di attaccamento (sebbene gli schemi appresi entro il suo operare rimangano come impalcature basilari, matrici di fondo per l’assimilazione dell’esperienza successiva) e cominciano ad acquisire maggiore rilevanza gli altri sistemi, in primo luogo il sistema *agonistico*. Uno dei compiti evolutivi dell’adolescente sta infatti nella possibilità di operare un distanziamento graduale dalle figure di attaccamento, inizialmente attraverso potenti demarcazioni per contrasto (scontri, ribellioni)

che implicano una straordinaria attivazione del sistema agonistico di dominanza-subordinazione.

Se l'itinerario di sviluppo di provenienza si è configurato come sufficientemente sicuro, tali fluttuazioni saranno inserite dal ragazzo entro una cornice atta a comprenderle e a non avvertirle come minaccianti lo stato di relazione coi genitori. Alcuni studi recenti (Becker-Stoll e Fremmer-Bombik, 1997) mostrano che un itinerario di sviluppo sicuro nell'infanzia è predittivo della qualità osservabile dell'autonomia e, *insieme*, del senso di connessione e appartenenza (*relatedness*) nell'interazione adolescente-genitore. Si potrebbe anche sostenere che il successo in questo equilibrio, tra sforzi per ottenere l'autonomia e mantenere un senso di legame (in particolare nell'interazione genitore-adolescente in situazioni di disaccordo/conflitto), può essere considerato una manifestazione "stadio-specifica" di sicurezza dell'attaccamento in adolescenza.

Sempre nel corso dell'adolescenza, l'investimento affettivo viene in parte trasferito dalle figure genitoriali ai pari. Il che implica una trasformazione da relazioni affettive di tipo gerarchico (in cui egli principalmente riceve cure dai genitori) a relazioni più paritetiche in cui, allo stesso tempo, egli riceve e offre cure e supporto. Dunque all'attivazione del sistema di attaccamento si mescolano i sentimenti tipici del sistema di *accudimento-cure*. Ognuno è alternativamente colui che protegge e che chiede supporto (mutualità).

L'altro grande avanzamento maturativo ha a che fare con la maturazione sessuale e con lo sviluppo più ampio e articolato del sistema motivazionale *sessuale*. Per la prima volta relazioni intime importanti con un partner possono combinare la funzione protettiva con quella sessuale potenzialmente riproduttiva. La sessualità trasforma le configurazioni centrali d'attaccamento alle quali si integra (Crittenden, 1997, 1999).

Ad esempio, nelle configurazioni coercitive di tipo passivo (*disarming*) può accadere che, se in precedenza il fanciullo poteva essere percepito come fragile e vulnerabile, in questa fase può trasformarsi in un adolescente fascinosamente seduttivo (anche se il suo comportamento manifesto, a ben vedere, cela sentimenti nascosti di paura d'abbandono, desiderio di conforto e talora di collera). Anche le configurazioni difese possono subire diverse trasformazioni ad opera della sessualità. Ad esempio, gli adolescenti compulsivamente isolati sono a disagio nell'intimità interpersonale e possono scoprire che la promiscuità lenisce la loro solitudine, consentendo loro di "ballare la danza dell'intimità", anche solo attraverso riflessi fisici (e aumentando le possibilità di riproduzione) (Crittenden, 1997). In alcuni

gravi disturbi della condotta la sessualità è utilizzata in forma compulsiva e distanziante, in modo freddo e sprezzante (spesso focalizzato su una specifica zona del corpo più che sull'altro come oggetto d'investimento globale), percependo l'altro come insensibile. Altri adolescenti difesi possono "sublimare", gestire, organizzare, canalizzare i sentimenti sessuali emergenti in attività sportive, nell'eccellenza scolastica o nella leadership dei pari. Possono sviluppare una "stupenda" presentazione positiva, un falso Sé sociale, che li rende anche popolari, apparentemente in contatto con molti pari che li ammirano, ma con nessuno in una reale intimità interpersonale.

*I sentimenti sessuali possono facilmente confondersi (integrarsi) con quelli legati all'attaccamento. Anzi, tale sovrapposizione di funzioni, sentimenti e sistemi (sessuale e attaccamento) è utile a promuovere la sopravvivenza: ciascun sistema funziona da ausiliario per l'altro, in modo che i legami di coppia e familiari siano mantenuti promuovendo la cura dei figli.*

Dunque una *relazione affettiva adulta* si differenzia dalle relazioni primarie di attaccamento, anche per la complessità delle attivazioni motivazionali (e relativi sentimenti) ad esse connessi (attaccamento, accudimento, agonismo e sessualità). Tutto ciò implica la capacità di costruire meta-modelli rappresentativi, gerarchicamente organizzati, capaci di dare coerenza a tutti questi ruoli della persona: è proprio questo che rende un funzionamento mentale ben integrato. Chi ha vissuto invece contesti relazionali elevatamente pericolosi dovrà cercare di identificare i segnali che denotano pericolo, costruire modelli comportamentali che ne massimizzano l'evitamento e ne limitano i rischi. Un'organizzazione sicura dell'attaccamento, caratterizzata da coerenza nella narrazione e nel pensiero circa le esperienze e gli affetti correlati all'attaccamento, dovrebbe permettere simili esperienze e affetti anche coi pari e con un eventuale partner affettivo. Al contrario, l'esclusione difensiva di fette consistenti di informazione (affettiva o cognitiva) può guidare nel rapporto coi pari a comunicazioni distorte e ad aspettative negative sugli altri<sup>1</sup>. Nel corso dell'adolescenza tendono in tal modo a delinearli stili affettivi peculiari, modi diversi di avvicinarsi all'altro come possibile partner affettivo.

---

<sup>1</sup> Ricordiamo comunque che non dobbiamo aspettarci necessariamente continuità tra la sicurezza nella prima infanzia (S.S) e nell'adolescenza (A.A.I). Lo stato mentale Free alla AAI in adolescenza risulta correlato alla sicurezza dell'attaccamento alla SS solo nel 70% dei casi (Water et al, 1995), per campioni sociali non a rischio. Per gruppi di individui che hanno vissuto, nel passaggio dalla prima infanzia all'adolescenza eventi critici vitali rilevanti, la percentuale di continuità si abbassa al 44%. Possiamo, dunque, immaginare un *continuum* di cambiamenti possibili.

## LO STILE AFFETTIVO ADULTO

Si impone a questo punto una precisazione, una definizione più complessa e articolata di ciò che possiamo intendere per *stile affettivo* in un'ottica cognitivo evolutiva (Fig. 2).

- *Valore*, significato attribuito ai legami affettivi
- Senso di *proponibilità* e amabilità affettiva e sessuale
  - Stile e criteri di *selezione* del partner
  - Modalità di *costruzione* della relazione affettiva (strategie di avvicinamento, test di affidabilità)
    - Modalità di *mantenimento* del legame
- Modalità di regolazione e di gestione dell'*intimità interpersonale* (fisica ed emotiva)
  - Stile *espressivo*, comunicativo ed espansività
    - Stile *sessuale*
- Stile di gestione ed elaborazione delle fasi di *crisi* o *rottura* del legame

Fig. 2 Lo stile affettivo adulto

### *Il valore attribuito agli stati affettivi*

In primo luogo, lo stile affettivo ha a che fare con il *valore*, il significato attribuito ai legami affettivi che, in funzione del percorso evolutivo, può essere più o meno drammaticamente enfatizzato, espressivamente interpretato come dato o bisogno vitale per la propria esistenza o, viceversa, svalutato, scotomizzato o ridimensionato, percepito come dato minimo, accessorio o addirittura inutile nel proprio modo di investire la realtà e di progettare la propria esistenza.

A partire dalla fine degli anni '80, sono stati sviluppati diversi filoni di ricerca e strumenti volti ad indagare e a valutare le modalità con cui l'attaccamento

si esprime nelle relazioni intime adulte. E' esclusa, ovviamente da questa area d'indagine la Adult Attachment Interview (Gorge e Kaplan, 1985; Main e Goldwin, 1989) che, com'è noto, studia l'attaccamento nell'adulto ma non riguardo ai legami affettivi attuali; piuttosto consente di esplorare lo stato mentale del soggetto rispetto ai suoi legami primari, alle esperienze precoci d'attaccamento. Hazan e Shaver (1987) fornirono un primo modello a tre dimensioni, corrispondenti alle tre configurazioni centrali d'attaccamento, ed un semplicissimo strumento in cui il soggetto deve scegliere, fra tre autodescrizioni, quella che a suo parere descrive meglio ciò che in genere prova nelle relazioni sentimentali. Gli studi successivi di Bartholomew e Horowitz (1990), incrociando la possibile positività o negatività del modello di Sé e degli altri, identificarono un modello a quattro dimensioni: sicuro, a proprio agio con l'intimità e l'autonomia (Sé +, altro +); preoccupato, ambivalente, apertamente dipendente dall'altro (Sé -, altro +); evitante distaccato, accantonante, dismissing of attachment, contro dipendente (Sé +, altro -); evitante spaventato (fearful), timoroso e spaventato dell'attaccamento, socialmente evitante (Sé -, altro -): si noti la somiglianza con i pattern A/C alternativamente o simultaneamente coercitivi ed evitanti individuati da Crittenden e Ainsworth (1989). Altri studi più recenti (Feeney, Noller, Callan, 1994; Simpson, Rholes, Nelligan, 1992; Strahan, 1991) condotti con rigorosi metodi di analisi fattoriale tendono ad indicare due sole dimensioni cognitivo/emotive fondamentali: comfort with closeness (che caratterizzerebbe principalmente i soggetti B e C rispetto agli A) e anxiety over relationship (che caratterizzerebbe principalmente i C).

In generale nelle relazioni affettive indagate con questi strumenti:

- i soggetti *sicuri* tendono ad enfatizzare, nelle loro soggettive narrazioni del rapporto, il mutuo supporto tra i partner, ma auspicano un equilibrio nel grado in cui sarebbe utile dipendere l'uno dall'altro
- sia i sicuri che gli evitanti tendono a descrivere le loro relazioni basate sull'amicizia, ma gli *evitanti* preferiscono mettere limiti molto netti alla vicinanza, al contatto, alla dipendenza, all'impegno (vincolo) reciproco e alle manifestazioni d'affetto (ridefinite talora come inutili smancerie)
- gli *ambivalenti* tendono invece a preferire una vicinanza ampia e indefinita (scarsi confini Sé/altro), il vincolo reciproco, l'affettività e tendono a idealizzare, a caricare di enfasi emotiva il partner e il rapporto.

Vediamo alcuni esempi di narrazioni caratteristiche dei diversi stili (adattato da Feeney, 1999).

*Stile Sicuro*: “Siamo veramente buoni amici, in qualche modo siamo riusciti



a conoscerci l'un l'altro, amiamo lo stesso tipo di cose; un'altra cosa che mi piace molto è che lui va abbastanza d'accordo con tutti i miei amici più stretti; possiamo, in genere, parlare di ogni cosa; quando abbiamo avuto qualche scontro, di solito lo abbiamo risolto abbastanza bene discutendone; lui è una persona abbastanza ragionevole; io posso essere me stessa, riesco ad essere spontanea, e direi che così va bene, non è una relazione possessiva; penso che abbiamo abbastanza fiducia l'uno nell'altra ....”.

*Stile Evitante:* “Il mio partner è il mio miglior amico; è una persona speciale, per me, come del resto ogni altro mio amico; le sue aspettative di vita non comprendono il matrimonio, o qualunque altro vincolo a lungo termine con una donna; e questo a me va bene ... è assolutamente quello che anch'io mi aspetto; mi pare che lui non desideri un'intimità così profonda e che non si aspetti troppi vincoli (impegni) reciproci; il che è un bene; in effetti, qualche volta può dare preoccupazione (noia) che una persona possa essere così legata e stretta a te, e avere un tale controllo sulla tua vita; si dovrebbe cercare di essere più indipendenti”.

*Stile Preoccupato:* “Beh, io me ne andavo là, e lui era seduto su una panchina ... e io mi misi a guardarlo ... e veramente, mi scioglievo ... era la cosa più bella che avessi mai visto ... e questa fu la prima cosa che mi colpì di lui ... così, poi uscimmo e andammo a cena al parco ... e ... semplicemente ... siamo stati lì ... in silenzio ... ma non era imbarazzante, eh ... come, sai, quando incontri un estraneo, e non sai che dire ... no, no, non era affatto così ... eravamo lì, ed era incredibile ... come se ci conoscessimo realmente da tanto tempo ... e c'eravamo incontrati da 10 minuti!!!! ... immediatamente i miei sentimenti per lui cominciarono a sgorgare ....”

Circa il 60% degli adulti indagati si descrive in uno stile affettivo sicuro, il 19-20% preoccupato, il rimanente 20-21% evitante. Paradossalmente, entro un'area d'indagine così calda e complessa come questa dei legami affettivi, il limite grosso di questi ampi studi categoriali è che lasciano necessariamente sullo sfondo l'essenza stessa, la caratteristica fondamentale di una relazione affettiva adulta: cioè il suo carattere, soggettivamente avvertito, di *unicità* e di *esclusività*. Ciascuno di noi va a selezionare attivamente, a ricercare nel proprio ambiente relazionale l'altro capace di confermare i contorni del proprio tacito sentimento di Sé.

In altri termini, i legami affettivi hanno la funzione (lungo tutto il ciclo di vita) di *confermare*, *mantenere*, ed eventualmente *articolare* l'insieme gerarchico di schemi interpersonali che vanno a costituire l'organizzazione del Sé, le dimensioni di significato personale attraverso le quali diamo forma

alla realtà che ci circonda.

*“Così come l’unicità e l’esclusività dei legami affettivi precoci sembra essere un requisito necessario per ‘percepire un mondo’ e riconoscere il proprio esser-ci, così anche nel corso dell’età adulta – pur se a un altro livello di astrazione – costruire una relazione esclusiva con una persona significativa rappresenta una modalità di base per poter percepire un senso di unicità e individualità consistente con il proprio sentir-si nel mondo ... la costruzione più astratta delle figure d’attaccamento che accompagna i legami affettivi significativi della vita adulta corrisponde, parallelamente, a un ri-ordinamento dell’esperienza immediata che può essere percepita in vari modi, a seconda della specifica dinamica individuale tra i contorni del Sé. In tal senso, il dar forma a un legame affettivo significativo nel corso dell’età adulta corrisponde allo strutturarsi di una sincronia tra i ritmi psicofisiologici di entrambi i membri, che si accompagna a una coordinazione comportamentale dei loro pattern interazionali”* (Guidano, 1991). Si tratta dunque di una sintonizzazione intersoggettiva che funziona come un regolatore fondamentale della dinamica tra i contorni del Sé di entrambi. *“L’ordinamento sensoriale, affettivo e motorio che tale ruolo regolativo comporta, oltre alle interazioni attuali, comprende l’insieme delle esperienze interpersonali significative, e, quindi, riguarda anche le relazioni significative passate”* (Guidano, 1991).

### *Il senso di proponibilità*

Ogni essere umano, col proprio globale assetto percettivo ed elaborativo riguardo alle informazioni di carattere affettivo, con l’ingresso nel periodo critico di transizione puberale, comincia a strutturare in forma sempre più chiara ed esplicita un definito e specifico *senso di proponibilità*, un proprio sentimento soggettivo di amabilità affettiva, fisica e sessuale.

*“La proponibilità, in senso lato, corrisponde a quanto una persona si sente idonea a essere scelta da un altro essere umano con cui poter stabilire un rapporto che abbia caratteristiche di unicità ed esclusività; dipende dal tipo di rapporto che si ha con il genitore del sesso opposto: la madre per il maschio, il padre per la femmina: in genere il genitore dell’altro sesso dà il senso di chi bisogna essere come maschio o come femmina; certamente si può scegliere di essere esattamente l’opposto di quel genitore, ma anche essere l’opposto vuol dire comunque partire dallo stesso punto di riferimento”* (Arciero, 2002).

Dunque, mentre il genitore omologo indica al soggetto, sul piano identificatorio, come sente, pensa, agisce e si relaziona al mondo un individuo del proprio sesso; il genitore eterologo gli consente, in una continua “palestra” di scambi e di giochi interpersonali, di apprendere come si tratta con l’altro sesso, come è possibile modulare il proprio atteggiamento verbale e non verbale per raggiungere e mantenere uno stato adeguato di relazione con l’altro sesso.

*Sempre secondo Arciero (2002), potrebbero essere individuate quattro posizioni, a seconda che, per l’adolescente maschio o femmina, si configuri come emotivamente prevalente la figura paterna o materna.*

*L’adolescente femmina che abbia avuto la possibilità di relazionarsi a una figura paterna di grosso rilievo emotivo (sia in senso positivo e gratificante, che negativo e controllante), finirà con lo strutturare elevati livelli di proponibilità fisica e sessuale, una percezione e valutazione di Sé particolarmente elevata in termini di potenziale sollecitazione di risposte intense e di attrazione sull’altro. Femmine con padre periferico o assente e madre come figura dominante tenderanno a strutturare una scarsa dimestichezza nel rapporto con la mascolinità e scarsa seduttività, se non in termini particolarmente passivi. Adolescenti maschi con madri emotivamente rilevanti e supportanti orgogliosamente le loro conquiste, troveranno ben confermata e valutata la propria mascolinità. Al contrario di quanto accade ai maschi con padre affettivamente in primo piano e madre periferica, solitamente insicuri, sprovvisti di risorse e strategie interpersonali nella relazione con l’altro sesso.*

### *I criteri di selezione del partner e di costruzione del legame affettivo*

In generale i processi di selezione del partner seguono, per tutti gli esseri umani, delle loro regole biologicamente definite. A questo riguardo risultano particolarmente interessanti i lavori di Cunningham et al. (1997), che hanno tentato di identificare i diversi fattori che potenzialmente rendono un partner più attraente. Sia per i maschi che per le femmine, il cosiddetto “*sex appeal*”, il potenziale di attrazione fisica, sembra essere significativamente correlato alla co-occorrenza di tre tipi di segnali facciali: *fattori espressivi* (ad es., l’estensione dell’area del sorriso) come segnale di calore e sensibilità; *fattori*, diciamo così, “*neotenici*” (ad es., larghi occhi) come segnali di vulnerabilità, elicitanti bisogno di cure-nutrimiento; infine, *fattori di maturazione sessuale* (ad es., gli zigomi prominenti), come segnale di capacità/potenzialità riproduttiva. E’

interessante notare che l'insieme di queste diverse serie di segnali corrisponda al funzionamento integrato dei diversi sistemi motivazionali di cui abbiamo parlato precedentemente (attaccamento, accudimento, sessualità). L'utilità di una armonica integrazione delle disposizioni rappresentazionali provenienti dai vari sistemi è piuttosto evidente: ad esempio, il sistema dell'attaccamento è importante nella selezione del partner perché gli esseri umani hanno bisogno di selezionare partner riproduttivi, che possano essere contemporaneamente buoni genitori e buoni compagni.

Ciò detto, i criteri di selezione del partner e di gestione delle fasi iniziali di costruzione del legame assumono per ogni essere umano una forma unica, strettamente connessa alle specifiche dimensioni di significato personale che caratterizzano, appunto, quel Sé come unico. *“In una prospettiva ontologica, la caratteristica cruciale di un rapporto affettivo consiste nella reciproca costruzione autoreferenziale di un'immagine dell'altro significativo in grado di stabilizzare e, nel caso, di articolare ulteriormente la dinamica tra i contorni del Sé. Il legame fisiologico con i ritmi dell'altro produce una qualità dell'esperienza immediata («Io») avvertita specificamente come il proprio Sé «reale» («Me»). L'andamento di una relazione affettiva, pertanto, è più strettamente correlato alla percezione del partner che non alle sue caratteristiche attuali (Stenberg e Barnes, 1985); come dire che nel processo di un legame non si sceglie tanto una persona quanto piuttosto il modo di sentir-si con una persona ... la qualità dell'immagine costruita dell'altro è strettamente correlata con il pattern di significato personale. Così, in un significato depressivo, l'immagine dell'altro è sempre connessa al senso di solitudine e di esclusione dal mondo interpersonale, o in modo positivo (redenzione da un destino di solitudine) o in modo negativo (conferma di tale destino). Nel significato fobico, il bisogno di essere alleviato dalla paura costante di vivere in un mondo pericoloso vincola ogni possibile percezione di una figura d'attaccamento con la possibilità di attivare nell'esperienza immediata un senso positivo (protezione incondizionata che non limiti il concomitante bisogno di libertà) o negativo (minaccia/perdita della protezione o della libertà e dell'indipendenza). Nel significato tipo DAP, l'immagine di un partner affettivo viene avvertita direttamente come la propria coscienza di Sé, facendo sì che il senso vago e indefinito della propria esperienza immediata possa essere ridotto (l'approvazione dell'altro è avvertita come non contingente dai risultati affettivi) o reso più intenso (l'altro è percepito come intrusivo e disconfermante). Nella dimensione ossessiva, infine, il bisogno di unificare e stabilizzare un'esperienza immediata dicotomica in*

*un'identità certa e attendibile produce due possibilità opposte che possono slittare l'una nell'altra secondo una modalità «tutto o nulla»: o la percezione dell'altro significativo conferma la certezza di avere un controllo assoluto o l'altro è avvertito come la sola possibilità per arginare il senso pervasivo di un'incontrollabilità altrettanto assoluta” (Guidano, 1991).*

Lo stile affettivo di tipo *depressivo* ben si presta ad esemplificare il carattere assolutamente soggettivo, di selettivo ordinamento dei dati interpersonali, di ciò che definiamo, talora con connotazioni quasi oggettive, col termine “amore”. Dopo una adolescenza passata in genere nella più profonda solitudine (cotte che si prendono da soli, abbandoniche e tragiche, “leopardiani” amori impossibili), nel giovane caratterizzato da un tale stile interpersonale, si può determinare un debutto sentimentale che finisce sempre con un tragico rifiuto come vittima predestinata, a cui è possibile che segua uno stato di isolamento, di ritiro e di depressione anche piuttosto lungo. Da questa fase è facile che l'individuo ne esca con quella che è la tipica “attrezzatura” depressiva verso la perdita affettiva: il modo migliore con cui ci si può garantire da una perdita affettiva è, semplicemente, quello di non investire; come se quel primo grosso fallimento servisse a mettere a punto questa nuova strategia affettiva. Può plasmarsi, così, gradualmente, questa nuova immagine di solitario, un po' nomade e indifferente, crepuscolare e inafferrabile. Destinato, talora, a risultare anche socialmente interessante e a riscuotere paradossalmente un relativo successo (assistito, magari, da quel raffinato senso dello humour che solo le grandi sensibilità depressive sono in grado di avere: data la loro capacità di distanziamento dal dato concreto, di trascendenza rispetto alla banalità del contingente, e considerata la quantità di rabbia controllata e pronta a cercare vie socialmente accettabili, nell'area del “per finta”).

*“Il problema, per tali organizzazioni conoscitive e affettive, può determinarsi nel momento in cui decidono di investire realmente e, dopo un congruo periodo di nomadismo sentimentale, cominciano ad avvertire la necessità di “mettere la testa a posto”. Qui si evidenzia bene il loro stile affettivo assoluto, mentre si impegnano a realizzare il più grosso investimento di vita. Ovviamente, le modalità di avvicinarsi all'altro saranno assolutamente tipiche: in primo luogo, vietato prendere l'iniziativa, poiché la messa alla prova, il test relazionale principale è proprio riassumibile soggettivamente in questi termini: “c'è qualcuno che pare voglia lasciare il consorzio umano per avvicinarsi a me; la cosa essenziale è che venga qui non per caso ma perché vuole proprio me, perché sceglie me in modo unico ed esclusivo” (ciò che egli non ha mai avuto la possibilità di sperimentare). L'iniziativa impedirebbe*

*di testare la tenacia motivazionale e il desiderio dell'altro. Anzi, è possibile addirittura che le iniziative dell'altro vengano attivamente scoraggiate mantenendo una presentazione negativa, atta a testare in termini assolutistici il reale desiderio dell'altro di condividere una prospettiva globalizzante del rapporto del tipo: "Io e te qua e tutto il resto del mondo a parte".*

Uno stile diametralmente opposto, che prende forma e trova alimento interpersonale in itinerari di sviluppo di tipo coercitivo, può finire per caratterizzare quella organizzazione cognitivo-emotiva definita come *fobica*. Il conflitto di fondo tra autonomia (desiderio di libertà, intolleranza alla costrizione) e dipendenza (bisogno di protezione e di regolazione esterna), è gestito attraverso la costruzione di modalità interpersonali centrate sul controllo coercitivo della relazione. La loro abilità sta appunto nel procurarsi sempre la prossimità di figure ritenute protettive ma non costrittive e nel saperle adeguatamente controllare. Questa diventa, selettivamente, la loro principale preoccupazione, ma anche la loro principale "specializzazione". Il gioco e l'iniziativa devono restare saldi nelle loro mani, in ogni ambito della loro esperienza (professionale: spesso nel ruolo di leader; amicale: con modalità sottilmente manipolatorie di gestione del rapporto in vista dei propri obiettivi). Allo stesso modo, il loro stile affettivo risulterà, in genere, primariamente (talora ossessivamente) centrato sulla dimensione protezione/costrizione, con la conseguenza che la maggior parte delle complesse dinamiche che si instaurano in qualunque vicenda affettiva possono sfuggire completamente alla loro percezione. Ogni legame affettivo sarà inevitabilmente avvertito come costrizione, fin dai primi movimenti di percepito coinvolgimento proprio e altrui. L'innamoramento stesso, nelle sue fasi di maggiore implicazione emozionale e passionalità, potrà essere anche tacitamente sentito come pericolosa perdita di controllo. La collusione di coppia potrà, quindi, realizzarsi per complementarità (nel rapporto ad esempio con un partner sufficientemente passivo, con aspetti abbandonici, che offra garanzie di grande stabilità); o talvolta, paradossalmente, per simmetria, quale può essere il caso di strutture coercitive attive ad alto indice (caratterizzate da fortissima intolleranza alla costrizione, bisogno di fuga immediata dopo le prime fasi di conoscenza, e conseguente incapacità a stabilire qualunque relazione affettiva stabile): una tale organizzazione può riuscire a stabilire una sorta di reciprocità confermante con gravi strutture depressive, declinate su livelli di integrazione assai scarsi e funzionamento tutto in attribuzione esterna. L'essere così intrusivo dell'altro, magari con frequenti e intensi deliri di gelosia, diviene una comoda e rassicurante spiegazione esterna della sua

grave intolleranza alla costrizione, del suo continuo “pendolaraggio”, entrare e uscire dalla relazione per trovare “respiro”.

I livelli di amabilità elevata che, pur nella insicurezza dei legami, caratterizzano comunque queste organizzazioni, le elevate competenze coercitive in termini di seduttività e di controllo manipolatorio dell’altro, e il bisogno di evitare legami troppo coinvolgenti e stabili vanno a comporre uno stile affettivo assolutamente peculiare (un po’ “farfallone” o “dongiovannesco”), in cui il soggetto può passare da una storia all’altra, non appena la prima comincia ad essere percepita come intollerabilmente “stretta” e vincolante. Questo stile è, ovviamente, in grado di reggere, con ragionevole certezza, fintanto che il soggetto sente di poter contare sul carattere protettivo della sua “base sicura” consolidata, vale a dire le sue figure primarie d’attaccamento. Garanzie destinate, col tempo, più o meno gradualmente, a cadere, fino a rendere necessaria la costruzione di nuovi legami stabilmente protettivi. I criteri di selezione del partner saranno allora chiaramente riconoscibili, sopra ogni altro aspetto umanamente e socialmente condivisibile: l’altro prescelto dovrà essere un partner capace, nella sua prospettiva, di offrire le più ampie garanzie di protezione e competenza in termini rassicuratori, ma, contemporaneamente anche una figura sufficientemente controllabile e manipolabile. Comunque sia, anche quando le strategie interpersonali di controllo riescano particolarmente bene, la decisione di “istituzionalizzare” il rapporto (il “mettersi insieme”, il “fidanzarsi”), sarà inevitabilmente vissuta con qualche percezione, anche sensoriale, di costrittività.

### *Mantenimento del legame: intimità interpersonale, espansività e comunicazione*

Una volta stabilito, un legame affettivo si mantiene nel tempo attraverso continue messe alla prova reciproche (centrate sui bisogni di conferma caratteristici di ogni dimensione di significato personale) e continue rinegoziazioni sul tipo di reciprocità che è andato stabilendosi.

Ad esempio, una definizione della relazione con carattere di esclusività assoluta, come quella che abbiamo visto caratterizzare uno stile interpersonale di tipo depressivo, non sarà mai raggiunta come stabile e definitiva una volta per tutte, ma andrà continuamente rinegoziata. Ad ogni percezione di allontanamento emotivo (“fisiologico” in ogni relazione affettiva), si determineranno nuove e intense oscillazioni emotive, nonché messe alla

prova atte a verificare la scelta assoluta, unica ed esclusiva del rapporto da parte dell'altro. La strategia dovrà passare attraverso una netta presentazione negativa di sé e, di nuovo, la risposta del partner dovrà essere totale: non già una banale rassicurazione, bensì una chiara conferma dell'essere voluto e apprezzato proprio in virtù di quelle caratteristiche personali ostentate come negative, inutili e inaccettabili. La reciprocità con l'altro, in altre parole, deve essere in grado di rimodulare la profonda percezione di sé (connotata in termini di non amabilità personale e incapacità a sollecitare risposte amorevoli nell'altro) in senso di elezione e quasi di redenzione rispetto a un tale destino di solitudine. Così, mentre va investendo in una relazione affettiva, una tale organizzazione conoscitiva (abituata a non rivestire di significato e di valore i dati della propria esperienza) finirà con ogni probabilità per non riconoscerlo, per negarselo o per spiegarselo in termini esterni (il caso, le cose che accadono) o col suo senso di responsabilità personale verso l'altro. Pur negandoselo, il coinvolgimento nel legame diviene evidente e, paradossalmente, questo finisce per essere il problema di maggior rilievo, in quanto ciò aumenta considerevolmente i sentimenti di vulnerabilità. Una volta immerso nella sua relazione significativa e totalizzante, ogni minimo fallimento può essere percepito come minacciante lo stato di relazione faticosamente costruito con l'altro. L'essersi creato una rete affettiva significativa, insieme a stabilizzarlo, lo rende drammaticamente più vulnerabile, per il semplice fatto che adesso ha qualcosa da perdere. Certi scacchi personali, che precedentemente potevano essere rubricati solo come un capitolo in più nel suo racconto di cinismo filosofico, possono ora innescare reazioni emotive profonde e perturbanti.

Il mantenimento di una relazione affettiva passa attraverso la possibilità di gestione delle fluttuazioni emotive che si determina nell'evolvere del rapporto di coppia. In un tale processo svolgono un ruolo fondamentale alcune caratteristiche della comunicazione all'interno della coppia stessa, tra cui: le modalità di gestione dell'intimità interpersonale, fisica, emotiva e sessuale; le strategie di gestione del conflitto tra bisogni e posizioni diverse; le modalità di regolazione ed espressività degli stati emotivi, di espansività ed esposizione di sé. A questo riguardo, la ricerca nell'ambito della teoria dell'attaccamento ha messo in luce alcuni aspetti interessanti.

Per quanto riguarda la *gestione del conflitto* all'interno dei rapporti sentimentali, si è osservato che i partner con attaccamento sicuro più frequentemente utilizzano strategie integrate di problem-solving e una ricerca di piani condivisi, mentre i partner con stile preoccupato (C) tendono più frequentemente a vincolare il partner in modo coercitivo, tentando di piegarlo



ai propri bisogni (Pistole, 1989).

Per quel che concerne, invece, la cosiddetta *self-disclosure* all'interno del legame intimo, alcuni studi (Keelan et al., 1998; Mikulincer e Nachshon, 1991) evidenziano come i partner con stile sicuro e preoccupato mostrino in genere maggiori livelli di esposizione del Sé rispetto ai soggetti con stile accantonante, sebbene i sicuri evidenzino la più elevata reciprocità nell'accogliere, approfondire ed elaborare i problemi particolari sollevati dal partner. Questi sembrano mostrare anche una maggiore flessibilità nel "range" di risposta, in termini di esposizione di Sé, nelle diverse situazioni sociali (in altri termini, si mostrano più abili nell'individuare tra partner, figure significative o estranei le potenziali sponde relazionali atte ad accogliere le proprie comunicazioni; limiti che, invece, non riescono a definire i soggetti preoccupati, caratterizzati da pochi confini, con la possibilità di esporre parti particolarmente implicative di sé anche a figure scarsamente significative).

Che "l'allenamento", l'esperienza all'intimità fisica ed emotiva nei legami primari di attaccamento rappresenti un prerequisito per una buona esperienza di contatto e intimità anche nei legami intimi e sessuali adulti, è un dato piuttosto evidente. E' interessante osservare la similarità tra l'uso che madre e bambino fanno del contatto fisico esteso nelle relazioni primarie, e l'uso che ne fanno i partner affettivi adulti (toccamenti reciproci, stuzzicamenti, baci, carezze in un prolungato contesto faccia a faccia, pelle a pelle). Solo in questi due contesti di vita si determina un tale contatto esteso pressoché in tutte le culture (Eibl-Eibesfeldt, 1975).

Si è già accennato al ruolo regolatore della dinamica tra i contorni del Sé che il legame affettivo garantisce, consentendo un ordinamento autoreferenziale di base attraverso il quale la costruzione dell'immagine dell'altro significativo viene ad essere strettamente correlata all'immagine di sé. Considerando l'immagine dell'altro non già come mera rappresentazione cognitiva, bensì come una configurazione unitaria di schemi percettivo-affettivo-motori, diviene chiaro come la presenza o il contatto fisico con il partner possano avere l'effetto di modulare l'attività cardiovascolare umana e la reattività neurovegetativa, in particolare in condizioni di vulnerabilità e di stress (House, Landis, Umberson, 1988; Melnechuck, 1988; Panksepp, Siviy, Normansell, 1985). L'intimità percepita nel rapporto con una figura d'attaccamento sembra strettamente correlata all'intensità dell'interdipendenza emotiva di cui si fa esperienza nella relazione. Peraltro, il grado di intimità consente una previsione piuttosto affidabile delle reazioni emozionali esperibili dal soggetto in caso di rottura del legame affettivo. Anche relazioni intensamente

negative possono produrre un livello di sincronizzazione psicofisiologica capace di innescare, in fase di separazione, intense reazioni di lutto: quella intensa, seppur dolorosa, reciprocità consentiva ai partner di riconoscere e confermare chiaramente se stessi.

Riguardo, più specificamente, alla reciprocità sessuale, e differenziando tra le configurazioni centrali d'attaccamento, sembra meno probabile che i soggetti con stile sicuro si coinvolgano in rapporti "one-night" o che abbiano rapporti sessuali fuori dalla relazione affettiva principale; sono, di solito, più coinvolti, in schemi sessuali mutuamente promossi, avviati e gestiti (reciprocità sessuale) e tendono ad apprezzare e a valorizzare l'intimità fisica e il contatto. I soggetti distanzianti tendono, invece, a riportare più spesso attività sessuali indicative di bassa intimità emotiva (rapporti occasionali, relazioni extraconiugali, "sesso senza amore"); mentre quelli con stile preoccupato, soprattutto le femmine, riportano un possibile coinvolgimento in forme sessuali di tipo esibizionistico, voyeristico o di dominanza/subordinazione (i maschi sembrano essere sessualmente più reticenti).

Anche lo stile sessuale, dunque, sembra riflettere chiaramente il più ampio stile conoscitivo e affettivo di ogni specifica organizzazione del Sé. Per cui risulta comprensibile come una organizzazione di tipo fobico adulta possa percepire la sessualità come perdita di controllo (tanto che, in ambito clinico, nelle sindromi di tipo agorafobico, dove gli schemi coercitivi e di controllo della relazione sono gestiti in termini particolarmente rigidi e concreti, è piuttosto comune riscontrare tra i pazienti maschi problematiche di precocità eiaculatoria, mentre nelle femmine problemi di anorgasmia). Può, addirittura, accadere che i primi attacchi di panico si accompagnino, nelle pazienti femmine, ad una esperienza imprevista e non controllabile di orgasmo.

### *Gestione ed elaborazione della fase di rottura del legame*

Come sosteneva Bowlby (1977), i momenti della nostra vita in cui facciamo esperienza delle emozioni più intense e laceranti, corrispondono a fasi di costruzione, di mantenimento e soprattutto di rottura di importanti legami affettivi; cioè, quei momenti in cui si trasforma, nella nostra percezione, l'immagine che abbiamo dell'altro, così come l'avevamo attentamente e pazientemente costruita. Quelli sono i momenti in cui faticiamo anche a riconoscere noi stessi e in cui è più facile che si determinino quelle configurazioni comportamentali, ideative o emotive che chiamiamo sintomi.

Le probabilità di rottura di un rapporto di coppia sono da ricollegare non

tanto ad eventuali eventi critici esterni, quanto piuttosto ai livelli di flessibilità/rigidità “interna” con cui i partners sono in grado di integrare le oscillazioni emotive emergenti e di riordinare congruentemente la propria esperienza. Lo stile di rottura ci informa su aspetti diversi dell’organizzazione conoscitiva di ogni singolo partner, ad esempio, in modo assai evidente, sul loro grado soggettivo di proponibilità: laddove, in genere, coloro che hanno un senso più elevato di proponibilità tendono a vivere e a gestire la fine di un rapporto nel ruolo anticipatorio e più attivo di “lasciatori”, mentre coloro che si stimano come meno proponibili tendono più facilmente a collocarsi nel ruolo passivo di “lasciati”, con uno stile più abbandonico.

Una rottura affettiva va considerata non già come un semplice evento, puntuale, bensì come un processo complesso che si dispiega nel tempo, per certi aspetti assimilabile a un processo di “lutto”.

Com’è noto ogni *processo di lutto* deve seguire, nella sua “fisiologica” elaborazione le seguenti fasi: (a) fase del *torpore* e della *negazione*, rotta in genere da intense emozioni di angoscia e terrore; b) *struggimento, rabbia, protesta e ricerca* della persona persa; c) *disperazione e disorganizzazione*; d) *riorganizzazione e accettazione* (Bowlby, 1979). L’elaborazione di una separazione affettiva, reca in sé un ulteriore elemento di complessità, nella necessità per il soggetto di darsi una spiegazione della rottura e degli stati emozionali esperiti (“perché non ha funzionato?”), sufficientemente coerente con i contorni della propria identità personale.

Di nuovo, ognuno di tali passaggi elaborativi sarà strettamente condizionato, nella sua intensità e nella sua qualità, dalla logica autoreferenziale e dai vincoli auto-organizzativi presenti in quel particolare individuo, dal suo modo unico di fare esperienza immediata della realtà e di rendersela consistente sul registro della spiegazione e dell’ordinamento semantico. Un’organizzazione sicura dell’attaccamento, connotata da una più ampia conoscenza dei propri stati emotivi, da una loro più accurata articolazione ed espressione (con tutto il bagaglio affettivo motorio che l’evoluzione ci ha messo a disposizione), da coerenza nel pensiero e nella narrazione delle proprie esperienze affettive, senza esclusioni massicce di importanti quote di informazione cognitiva o affettiva, dovrebbe consentire una più integrata e profonda elaborazione dei vissuti tipicamente connessi ad un tale doloroso processo.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S.: I. Patterns of infants-mother attachment: Antecedent and effects on development; II. Attachment across life span. *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, 771-791, 1985.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E. e Wall S.: *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, New York, 1978.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. e Wall S.: *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1978.
- Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Bara B.G. (Ed.): *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Bartholomew K.: Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7, 147-178, 1990.
- Bartholomew K., Horowitz L.M.: Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244, 1991.
- Beker-Stoll F., Bombik E.: Adolescent-mother interaction and attachment: a longitudinal study. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington DC, 1997.
- Belsky J., Cassidy J.: Attachment: Theory and evidence. In: Rutter M., Hay D. e Baron-Cohen J.F. (Eds.), *Developmental Principles and Clinical Issues in Psychology and Psychiatry*. Blackwell, Oxford, 373-402, 1994.
- Bowlby J.: *Attachment and Loss, Vol. 1. Basic Books, New York, 1969. (Ed. it.: Attaccamento e Perdita, Vol. 1, L'Attaccamento alla Madre. Boringhieri, Torino, 1972).*
- Bowlby J.: *Attachment and Loss, Vol. 2. Basic Books, New York, 1973. (Ed. it.: Attaccamento e Perdita, Vol. 2, La Separazione dalla Madre, Boringhieri, Torino 1975).*
- Bowlby J.: *The Making and Breaking of Affectional Bonds. Tavistock, London, 1979. (Ed. it.: Costruzione e Rottura dei Legami Affettivi. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982).*
- Bowlby J.: *Attachment and Loss, Vol. 3. London Hogarth Press, New York, 1980. (Ed. it.: Attaccamento e Perdita, Vol. 3, La Perdita della Madre. Boringhieri, Torino 1983).*
- Bowlby J.: *A Secure Base. Routledge, London, 1988. (Ed. it.: Una Base Sicura. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989).*
- Carli, L.: *Attaccamento e Rapporto di Coppia. Cortina, Milano, 1995.*
- Cassidy J., Berlin L.J.: The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991, 1994.
- Cassidy J., Shaver P.R. (Eds): *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications.*

Guilford Press, New York, London, 1999. (Ed. it.: Manuale dell'Attaccamento; Teoria, Ricerca e Applicazioni Cliniche. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).

Ciotti F., Lambruschi F.: Configurazioni di attaccamento genitori-bambino in età prescolare e comportamento in contesti extrafamiliari. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 2(2), 3-14, 1996.

Crittenden P.M.: Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads, differentiating by patterns of interaction. *Merill-Palmer Quarterly*, 27, 201-218, 1981.

Crittenden P.M.: Relationships at risk. In: Belsky J., Nezworski T. (Eds.), *Clinical Implications of Attachment*, pp.136-174. Erlbaum, Hillsdale, New York, 1988.

Crittenden P.M., Ainsworth M.D.S.: Child maltreatment and attachment theory. In: Cicchetti D., Carlson V. (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment*, pp. 432-466. Cambridge University Press, New York, 1989. (Ed. it.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Guerini, Milano 1994).

Crittenden P.M.: Internal representational model of attachment relationship. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277, 1990.

Crittenden P. M.: Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241, 1992.

Crittenden P.M.: Attachment and Psychopathology. Paper presented at the "John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical, and Social Significance". C. M. Hinks Institute, Toronto, Canada, October 23, 1993.

Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad Alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.

Crittenden P. M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento, Masson, Milano, 1997.

Crittenden P.M.: Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturation approach. In: Cicchetti D., Toth S. (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. Vol. 10, Trauma and Mental Processes. University of Rochester Press, Rochester, 1997.

Crittenden P.M.: Attaccamento in Età Adulta: L'Approccio Dinamico Maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano, 1999.

Crittenden P.M.: The process of constructing the self and its relations to psychotherapy. In: Bondolfi G., Bizzini L. (Eds.), *7<sup>th</sup> International Congress on Constructivism in Psychotherapy*. Université de Genève, Genève, 2000.

Crittenden P.M., Ainsworth M.D.S.: Child maltreatment and attachment theory. In: Cicchetti D. e Carlson V. (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment*, pp. 432-463. Cambridge University Press, New York, 1989. (Ed. it.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Guerini, Milano 1994).

Crittenden P.M.: The Preschool Assessment of Attachment: Coding Manual. Manoscritto non pubblicato disponibile presso l'autrice, 2002.

Crittenden P.M., Claussen A.H.: The Organization of Attachment Relationship: Maturation, Culture,

and Context. Cambridge University Press, Cambridge, 2000.

Cunningham M.R., Druen P.B., Barbee A.P.: Angels, mentors, and friends: Tradeoffs among evolutionary, social and individual variables in physical appearance. In: Simpson J.A., Kenrick D.T. (Eds.), *Evolutionary Social Psychology*, pp. 109-140. Mahwah, Erlbaum, New York, 1997.

Eibl-Eibesfeldt I.: *Die Biologie des Menschlichen Verhaltens Grundriss per Humanethologie*. R. Piper GmbH e Co. Kg., München, 1984. (Ed. it.: *Etologia Umana*. Bollati Boringhieri, Torino, 1993).

Feneey J.A.: Adult Romantic Attachment and Couple Relationships. In: Cassidy J., Shaver P.R. (Eds), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, London, 1999. (Ed. it.: *Manuale dell'Attaccamento; Teoria, Ricerca e Applicazioni Cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).

Feeney J.A., Noller P., Callan V.J.: Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In: Bartholomew K., Perlman D. (Eds.), *Advances in Personal Relationship*. Vol. 5. *Attachment Processes in Adulthood*, pp. 269-308. London, Jessica Kingsley, 1994.

George C., Kaplan N., Main M.: *The Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato. University of California, Berkeley, 1985.

Grossman K.E., Grossmann K., Zimmermann P.: A wider view of attachment and exploration. In: Cassidy J., Shaver P.P. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, London, 1999.

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford Press, 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-Behavioral Therapies*. Guilford, New York, 1988.

Guidano V.F.: L'adolescente nel modello cognitivo. In: Nuvoli G. (Ed.), *Psicologia e Adolescenza*. Delfino, Sassari, 1990.

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

Guidano V.F., Dodet M.: Terapia cognitiva sistemico processuale della coppia. *Psicobiettivo*, 1, 29-41, 1993.

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

Hazan C., Shaver P.R.: Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524, 1987.

House J.S., Landis K.S., Umberson D.: Social relationship and health. *Science*, 241, 540-545, 1988.

Keelan J.P.R., Dion K.K., Dion K.L.: Attachment style and relationship satisfaction: Test of a self-disclosure explanation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 30, 24-35, 1998.

Lambruschi F.: Il bambino. In: Bara G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Lambruschi F., Ciotti F.: *La teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia*. *Età Evolutiva*, 52, 109-126, 1995.

Liotti G.: *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

Liotti G.: 2001. *Le Opere della Coscienza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

Magai C., Mc Fadden S.: *The Role of Emotions in Social and Personality Development: History, Theory and Research*. Plenum Press, New York, 1995.

Main M., Goldwyn R.: *Adult attachment scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychology, Università di California, Berkeley, 1984-1998.

Main M., Hesse E.: *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?*. In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Fumming E.M. (Eds.), *Attachment in Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Main M., Hesse E.: *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*. In: Ammaniti M., Stern D.N. (Eds.), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1992.

Main M., Solomon J.: *Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton T.B., Yogman M. (Eds.), *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, pp. 95-124, 1986.

Main M., Solomon J.: *Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation*. In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Meins E.: *Security of Attachment and the Social Development of Cognition*. Psychology Press Ltd, Taylor & Francis Group, 1997 (Ed. it.: *Sicurezza e Sviluppo Sociale della Conoscenza: Nuove Prospettive per la Teoria dell'Attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999).

Melnechuck T.: *Emotion, brain, immunity, and health: A review*. In: Clynes M., Panksepp J. (Eds.), *Emotion and Psychopathology*. Plenum Press, New York, 1988.

Mikulincer M., Nachshon O.: *Attachment style and pattern of self-disclosure*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331, 1991.

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

Panksepp J.: *Brain emotional circuits and Psychopathologies*. In: Clynes M., Panksepp J. (Eds.), *Emotion and Psychopathology*. Plenum Press, New York, 1988.

Pistole M.C.: Attachment in adult romantic relationships: style of conflict resolution and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 505-510, 1989.

Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Schacter D.L., Tulving E.: What are the memory systems of 1994? In: Schacter D.L., Tulving E. (Eds.), *Memory Systems 1994*. Bradford, Cambridge MA, pp. 1-38, 1994.

Simpson J.A., Rholes W.S., Nelligan J.S.: Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446, 1992.

Solomon J., George C. (Eds): *Attachment Disorganization*. Guilford Press, New York, 2001.

Sroufe L.A., Cooper R.G., DeHart G.B e Marshall M.E.: *Child Development: Its Nature and Course* (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1996.

Strahan B.J.: Attachment theory and family functioning: expectations and congruences. *Australian Journal of Marriage and Family*, 12, 12-26, 1991.

Tulving E.: Memory research: What kind of progress? In: Nilsson G. (Ed.), *Perspectives on Memory Research: Essays in Honor of Uppsala's University's 500th Anniversary*. Lawrence Erlbaum Associated, Hillsdale, 1979.

Tulving E.: How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40, 385-98, 1985.

Tulving E.: Introduction. In: Gazzaniga M. (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*. MIT Press, Boston (MA), 751-753, 1995.

Weinfield N.S., Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E.A.: The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In: Cassidy J., Shaver P.P. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, London, 1999.



Adelmo Tancredi

## IL DISAGIO FAMILIARE

I dati dell'ultimo censimento presentano la realtà familiare nel nostro Paese ancora molto forte. Attualmente, infatti, le famiglie esistenti in Italia sono circa 22.226.115 su una popolazione totale di circa 57.844.017. Il confronto tra i dati relativi ad una regione abbastanza tradizionalista come le Marche e quelli relativi ad una regione a sviluppo industriale più avanzato, come la Lombardia, non evidenzia grandi scostamenti né per quanto riguarda la percentuale delle famiglie esistenti né per quanto riguarda il tasso di nuzialità; emerge qualche differenza significativa nel confronto tra le percentuali di separazioni (Marche: 0,83%, Lombardia: 1,39%).

In sostanza, vista dall'esterno, la realtà familiare sembra ancora forte e il matrimonio rappresenta tuttora una meta da raggiungere per gran parte dei giovani.

La stessa impressione di forza e di solidità, invece, non viene confermata da un esame attento soprattutto alla qualità della vita emozionale, alle relazioni e alla comunicazione affettiva realmente vissute all'interno della famiglia, come se essa stesse perdendo la sua caratteristica fondamentale di luogo deputato soprattutto alla custodia, allo scambio e alla cura degli affetti.

Uno studio effettuato dalla rivista "Riza Psicosomatica", ad esempio, mette in evidenza che da molti uomini e molte donne la famiglia viene vissuta come luogo, causa, origine della propria insicurezza. Secondo i dati rilevati su un campione di 1012 italiani di età compresa tra 19 e 68 anni emerge che il 61% degli uomini intervistati si sente "incerto" quando è in casa; il 72% delle donne ha dichiarato di essere criticata dal partner perché "...secondo lui c'è sempre un modo migliore di fare le cose...".

Per molti uomini e molte donne la famiglia, quindi, viene vissuta come luogo, causa, origine della propria insicurezza.

In sostanza, oggi la famiglia tende a rappresentare uno "spazio emozionale" che comprende soggetti diversi, ognuno con stili comportamentali, concezioni, percezioni della vita e della stessa entità familiare molto differenti e spesso in conflitto fra di loro.

Le cause del disagio familiare possono essere individuate in profonde

trasformazioni sociali e culturali avvenute negli ultimi decenni, nella impossibilità di trasferire modelli etici e comportamentali da una generazione all'altra a causa dei repentini e radicali cambiamenti sopravvenuti nella società e nel mondo in cui viviamo, nello sviluppo di nuovi modelli comportamentali, diffusi soprattutto dai "media".

Inoltre, si registrano notevoli cambiamenti all'interno dei ruoli cardine del sistema familiare, come i rapporti di coppia o la relazione genitori-figli.

La crisi della famiglia, infine, è resa più acuta dalla mancanza di forme adeguate di sostegno esterno provenienti soprattutto dal sociale.

Secondo Umberto Galimberti *"...la famiglia è l'istituto più forte ancora oggi esistente e la sua forza consiste nella sua dimensione di protezione economica. La famiglia, che dovrebbe essere il luogo degli affetti, oggi si trova ad esprimere i suoi affetti sostanzialmente in forma monetaria. Quindi, sotto questo profilo, la famiglia non è in crisi perché, rispetto al sociale che è sostanzialmente menefreghista o burocratico, la famiglia costituisce ancora quella forma di protezione incondizionata per cui nessun padre e nessuna madre lasceranno che i figli vadano allo sbando, ma troveranno il modo di sostenerli economicamente. Il problema della crisi della famiglia risiede dall'altra parte, invece, nel fatto che gli affetti si esprimono solo attraverso oggetti o denaro e non si esprimono attraverso manifestazioni affettive. Nella famiglia non c'è comunicazione. Comunicare non vuol dire tanto che i padri e le madri enuncino i principi di educazione, ma che essi ascoltino le fasi confuse di sviluppo dei figli. Questo ascolto non esiste più o quasi più, nel senso che è stato soppiantato da quell'aggeggio infernale che si chiama televisore. Capita, al massimo, che la famiglia si raccolga intorno al televisore (e questo è già qualcosa perché poi, almeno, si fanno dei commenti) oppure si sparpagli nei vari locali dove vi sono altrettanti televisori. La famiglia non è più il luogo della comunicazione e dell'ascolto degli affetti. Questo significa che crescerà una gioventù protetta economicamente, ma, dal punto di vista emotivo-affettivo, molto afasica se non addirittura analfabetica. E, se la famiglia, che è la deputata alla crescita dell'emotività (perché l'emotività va educata proprio come la mente, va cresciuta, coccolata, seguita ed inseguita, esattamente come si inseguono i percorsi razionali), non svolge questo compito, otterremo delle belle teste brillanti (si dice che i figli di oggi siano più intelligenti, ma non è vero, sono solo più informati e più stimolati), ma sganciate dalla risonanza emotiva rispetto alla loro formazione intellettuale.*

Concludendo possiamo dire che la famiglia è in crisi per carenza di

*comunicazione affettiva, mentre è potentissima come struttura di supporto in termini economici, di previdenza ed assistenza”* (intervista ad Umberto Galimberti, Babele, Rai, 15/2/2002).

I dati di una recente ricerca condotta da “Riza Psicosomatica” su un campione di 874 ragazzi di età compresa tra i 15 e 25 anni confermano le difficoltà comunicative presenti all’interno della famiglia. Il 68% degli intervistati ha affermato, infatti, che i genitori comunicano tra loro poco o per niente. Secondo la percezione dei figli, i genitori comunicano tra di loro per lo più al telefono (33%), oppure non si parlano affatto (24%). Appena il 7% ha affermato di assistere ad una comunicazione tra i genitori durante la colazione del mattino o dopo cena sul divano (4%)

Alla domanda: “*Quali sono gli argomenti di discussione preferiti dai tuoi genitori*”, il 28% ha risposto “*I soldi*”, il 23% ha risposto “*Il lavoro*”; solo l’8% ha risposto “*I problemi tra loro*”. Inoltre, il 70% degli intervistati hanno affermato di sentirsi esclusi dalla comunicazione con i genitori.

In un recente libro di Paolo Di Stefano (2001) il quadro che emerge è quello di famiglie che parlano molto, ma si dicono ben poco; una comunicazione fitta, ma superficiale, una comunicazione che potrebbe definirsi quasi di contatto, di intrattenimento.

G. Nardone (2001) condivide pienamente il ritratto di Di Stefano. Ciò che si nota, cioè, è un tentativo maggiore dei genitori di comunicare con i figli, tentativo che, il più delle volte, si trasforma in una sorta di monologo dei genitori stessi. I figli ascoltano, ma non rispondono sulla stessa linea. Un dato emergente è che, nelle famiglie, si fanno sempre meno figli, aumentando sempre più la scelta del figlio unico. Si assiste così alla formazione di alberi genealogici rovesciati in cui sull’unicogenito si riversano le attenzioni di genitori, nonni, zii e zie sempre più spesso single.

La presenza di tanti genitori, nonni e pseudonnonni incrementa l’iperprotezione, impedendo ai giovani di misurarsi con se stessi.

In questo contesto va ad inserirsi di solito la crisi adolescenziale, incentrata soprattutto sul processo di individuazione/separazione, che richiede, per essere superata, la presenza di forti riferimenti affettivi. L’adolescente incontra invece, in questo contesto familiare, il vuoto affettivo e adulti spesso alle prese con le proprie difficoltà.

I genitori, in questa fase, infatti, appaiono più impegnati in proprie difficoltà esistenziali. Spesso reduci da un impegno sociale che li ha portati lontano dai punti fermi delle precedenti generazioni, sembrano però non essere approdati ancora ad altri modelli di riferimento.

La generazione di coloro che fanno ora genitori è stata quella che ha denunciato con forza i limiti di un sistema precedente, le ambiguità, il vuoto esistenziale e la pura esteriorità di certi ruoli familiari e di coppia, ma non ha saputo o potuto ancora ricreare un sistema alternativo di valori e di modelli di convivenza.

In particolare la famiglia sembra non riuscire più a dimostrare una continuità a livello formativo ed educativo, rompendo con quello che Aries definiva in questo modo: “...*l'avvenimento fondamentale della storia dell'educazione è la trasformazione della famiglia tra il XVI e il XVIII secolo: fenomeno profondo di sensibilità collettiva...*” (1978).

Nei rapporti con l'ambiente esterno, la famiglia manifesta altrettante difficoltà che al suo interno.

Paolo Di Stefano, nel suo lavoro di ricerca, ha trovato una sorta di claustrofobia, di paletti messi attorno alla famiglia in modo che tutti gli stimoli esterni non entrino e ci siano delle barriere rispetto al fuori. Si riscontrano infatti moltissime paure sia nei genitori che nei figli che contribuiscono ad isolare ulteriormente il nucleo familiare.

Per esempio, uno dei desideri dei figli, su cui insistono maggiormente, è l'andare in discoteca. I genitori percepiscono la discoteca come minacciosa, per cui il permesso viene negato perché si ha paura della droga, degli incidenti stradali, dei compagni e degli amici che possono essere violenti. Tutto l'esterno viene percepito come minaccioso.

Un'altra minaccia molto sentita è “lo straniero”, il fatto che la società sia multietnica la fa sembrare un po' più ignota rispetto al passato.

Anche dal punto di vista della autorevolezza, si registrano cambiamenti significativi rispetto al passato. G. Nardone ha notato un dettaglio importante: di solito, il genitore che proibisce non riesce a mantenere l'autorità per poter proibire. Questo rappresenta una specie di collasso dell'autorità genitoriale e può avere conseguenze drammatiche, perché il fallimento nell'imposizione dà un messaggio di debolezza e di ambivalenza al figlio, che, se un giorno avrà bisogno di aiuto, non lo chiederà al genitore poiché, non essendo stato capace di imporsi, non potrà neanche essere in grado di aiutarlo.

Il problema del disagio familiare, quindi, appare complesso, ricco di componenti diverse, di non facile soluzione.

Innanzitutto, la famiglia da sola non sembra essere in grado di trovare vie d'uscita, o se vi riesce, è solo con difficoltà e compromessi.

Andrebbero realizzati nella comunità interventi urgenti di sostegno al sistema familiare, aiutando i suoi membri a trovare nuove forme di equilibrio,

a ricercare e sperimentare nuovi modelli di relazione al suo interno e con il mondo circostante.

Una via praticabile può essere quella di rimettere in cammino gli adulti, promuovendo l'educazione permanente dei genitori, aiutandoli nella ricerca di nuovi modelli non riassumibili in "ricette" preconfezionate.

Alcune esperienze di incontro con e tra genitori, ad esempio, rendono concreto questo percorso che, partendo dalla crescita e dalla formazione degli adulti, può determinare nuovi equilibri all'interno della famiglia, facilitando soprattutto la ricerca di nuove forme di rapporto con le giovani generazioni. Jung, tra gli altri, affermava che *"...Probabilmente il miglior metodo educativo consiste nel fatto che l'educatore stesso sia educato e che cominci col provare su se stesso, per stabilire la sua idoneità, le saggezze psicologiche che gli sono state fornite dalla sua scuola. Finché continuerà in questo suo sforzo con una certa intelligenza e con pazienza, non sarà probabilmente un cattivo educatore..."*

In questo modo sembra possibile recuperare quel filo intergenerazionale che rischia altrimenti di interrompersi. Secondo Carl G. Jung, infatti *"...La generazione più vecchia guarda con occhi allarmati i propri figli e il loro più o meno strano modo di comportarsi. Ma i figli tendono sempre a vivere la vita inconscia che non è stata vissuta dai loro genitori, le cose che i loro genitori hanno ignorato, non hanno osato o hanno negato, a volte anche ingannando se stessi. I genitori non hanno niente di cui meravigliarsi se non della sprovvedutezza e ignoranza che essi hanno della propria psicologia, che a sua volta è frutto del seme gettato dai loro stessi genitori: sprovvedutezza e ignoranza che perpetuano all'infinito il corso dell'inconsapevolezza di sé. La mia soluzione a questo problema è: educare gli educatori, fare scuole per gli adulti..."*

## BIBLIOGRAFIA

Aries P.: Educazione. In: Enciclopedia Einaudi, Torino, 1978.

Benzi O.: Cosa Fare con Questi Figli. Edizioni Ancora, 2001.

Caritas e Fondazione Zancan: La Rete Spezzata: Rapporto su Emarginazione e Disagio nei Contesti Familiari. Feltrinelli, Milano, 2000.

Di Stefano P.: La Famiglia in Bilico. Un Reportage Italiano. Feltrinelli, Milano, 2001.

Galimberti U.: Intervista. In: <http://www.educational.rai.it/railibro/babele/puntata3.aps>

Gallino, Giani T.: Famiglie 2000. Einaudi, Torino, 2000.

Nardone G., Giannotti E., Rocchi R.: Modelli di Famiglie. Edizioni Ponte alle Grazie, Milano, 2001.

Saraceno C.: Mutamenti della Famiglia e Politiche Sociali in Italia. Il Mulino, Bologna, 2003.

Sponchiado E.: Capire le Famiglie. Carocci, Roma, 2001.

<http://www.guidagenitori.it>

Emidio Arimatea

## PREVENIRE IL DISAGIO<sup>1</sup>

Negli ultimi anni vi è stato un cambiamento di atteggiamento nei confronti della Prevenzione: da una accezione negativa, di emergenza e cura si è passati a quella positiva, di risorse; non a caso il termine stesso Prevenzione è stato soppiantato da un concetto più ampio e da un modo di operare più complesso, quello della Promozione del Benessere. Esistono vari modi di Promuovere il Benessere, di fare Prevenzione; la scuola è tra le istituzioni più sensibili e attive che si avvale sovente della collaborazione di strutture o Enti che operano nel sociale a cavallo tra terzo settore e volontariato. L'attività di un Centro Studi<sup>2</sup> che si occupa di Promozione del Benessere dipende spesso dal tipo di progetto a cui la scuola intende aderire o dal tipo di finanziamento che i Progetti di Prevenzione possono ottenere. Di fatto, il lavoro del Centro Studi si svolge principalmente nelle scuole, con incontri che riguardano gli studenti nella fascia di età che va dai 10-11 anni sino ai 18, anche se solitamente il lavoro si interrompe con le terze classi della scuola superiore. Un ruolo determinante lo hanno i finanziamenti; in effetti, da questi dipendono durata e consistenza dei progetti, possono partire da leggi regionali oppure essere a carattere nazionale, Fondo Nazionale Lotta alla Droga, o a livello europeo. Per gli incontri nelle scuole, ad esempio, si incappa sovente in una scelta forzata: coinvolgere quante più classi possibili di una scuola o poche classi ma con maggior intensità e continuità. Proprio ai fini della motivazione la seconda alternativa è quella solitamente di maggiore successo pur essendo molto selettiva.

Sempre nell'ambito scolastico vengono sempre più frequentemente coinvolti, per la loro formazione, i docenti. In questo caso si riscontra una maggiore eterogeneità di "utenti" in quanto recentemente la Promozione del Benessere riesce a coinvolgere agli incontri di formazione, ad esempio, anche le maestre della scuola elementare o le educatrici della materna; la loro partecipazione a progetti ad hoc va ad aggiungersi alla formazione da alcuni anni attivata per i docenti che interagiscono con gli adolescenti. A volte sono

---

<sup>1</sup> Un ringraziamento all'Università Politecnica delle Marche ed in particolare al Dott. Bernardo Nardi per avermi dato l'opportunità di riportare la mia esperienza di lavoro nell'ambito della Promozione del Benessere.

<sup>2</sup> Il Centro Studi a cui si fa riferimento, in particolare, è quello dell'Associazione Onlus OIKOS di Jesi, con la quale è nata una costruttiva e formativa collaborazione che dà vita e sviluppa progetti di Prevenzione Primaria e Secondaria.

i Comuni stessi, in quanto gestori di servizi specifici, come ad esempio gli asili nido comunali, che richiedono la consulenza di professionisti per la formazione del personale, al fine di migliorare il servizio.<sup>3</sup> In questo caso, formazione e percorso personale dei docenti o delle educatrici sono mirati alla Promozione del Benessere nell'ambito lavorativo per migliorare i rapporti interpersonali tra colleghi, ma con un effetto di ricaduta positiva nel rapporto con i bambini/studenti e con i loro genitori.

Si può affermare che, anche se a piccoli passi, sta crescendo la consapevolezza da parte delle istituzioni di quanto sia importante il vissuto degli studenti a scuola: come vivono la scuola. Si dà importanza al rapporto docenti-studenti, così come si cerca di avvicinare i programmi scolastici alle esigenze ed agli interessi dei giovani, ma recentemente, per esperienza diretta, è in crescita il bisogno di porre maggiore attenzione alle modalità di interazione tra studenti, ai rapporti che intercorrono tra loro, dal momento che influiscono non solo sul Ben-essere ma anche sul rendimento scolastico; non a caso situazioni problematiche a scuola diventano anch'esse causa di dispersione. Lavorando nelle scuole è molto frequente che i progetti prevedano anche degli incontri rivolti ai genitori in un contesto che non è tanto di formazione, come una "Scuola per genitori", bensì degli incontri che hanno il fine di creare occasioni di confronto. È innegabile il fatto che, purtroppo, con i genitori il lavoro incontra le maggiori difficoltà proprio nel coinvolgere alla partecipazione mamme e papà. Negli ultimi anni, sulla base di esperienze maturate, il lavoro ha visto un cambiamento di oggetto significativo: da un tipo di intervento concepito principalmente per la scuola o limitato ad essa, lo scopo principale è diventato quello di coinvolgere il maggior numero possibile di persone che siano a contatto con i giovani, con gli adolescenti. Si è delineata una nuova figura, quella del "mediatore generazionale" e si cerca di coinvolgerla a pieno titolo. Il "mediatore generazionale" è quella persona che per ruolo e/o per disponibilità e sensibilità personali è a contatto e al tempo stesso attenta alle problematiche e alla vita dei giovani; si pensi al personale ATA della scuola, ai capi-scout, ai catechisti, a tutte quelle figure educative che a volte possono anche non essere consapevoli dell'importanza del proprio ruolo; in particolare, con gli allenatori, i tecnici e i dirigenti delle società sportive di Jesi, un progetto "ad hoc" ha riscosso ottimi risultati. Senza entrare eccessivamente nei dettagli dei singoli progetti, va ricordato che il coinvolgimento di tutte

---

<sup>3</sup> Progetto di Promozione del Benessere che dura ormai da due anni con le educatrici degli asili nido comunali di San Benedetto del Tronto.



queste figure, che si possono incontrare ad esempio tramite la scuola: studenti, docenti, genitori e personale ATA ecc. non è sempre possibile ma rimane uno degli obiettivi principali. Lo scopo ultimo è quello di creare una “RETE” di persone che, in primo luogo, parlano la stessa lingua riguardo ai giovani e alle loro problematiche. Il concetto di “RETE” enfatizza l’idea che si può avere un sostegno, per non “sentirsi soli”, dal momento che la propria esperienza può essere simile a quella di altre persone o confrontabile a come la vivono gli altri; ansie e paure in molti casi si alleviano o comunque possono essere viste con modalità differenti. Il cambiamento di tendenza del nostro modo di lavorare, sulla base anche di ricerche ed esperienze nazionali, è stato precisamente quello di spostare l’attenzione sul mondo che interagisce con i giovani, non solo lavorare “con loro”, ma “per loro”.

Le persone che fanno parte di questa RETE, che si muovono attorno ai giovani, siano della stessa scuola, dello stesso quartiere o ad un livello ancora non raggiunto, della stessa città, sono tutte accomunate dal promuovere in primo luogo il Benessere. Una delle strade percorribili è quella di promuoverlo a livello individuale per ciascuno, ma quando si hanno risorse personali e strumenti è possibile promuovere il Benessere di chi interagisce con loro, con un effetto che possiamo definire “ricaduta” sugli altri.

Un esempio concreto nella costruzione della RETE lo riscontriamo con il Progetto “Insieme Possiamo”, nato dal Provveditorato agli Studi di Modena, progetto di ambito nazionale visto il coinvolgimento oltre che di Modena, dell’Associazione Oikos di Jesi e di altri due centri CEIS: Catanzaro e Caserta. All’obiettivo principale di creare una RETE in queste quattro diverse città si aggiungono come particolarità quella della rilevanza nazionale e soprattutto della standardizzazione degli interventi, nonché replicabilità dei risultati. Si tratta, infatti, di un Progetto di Prevenzione Sperimentale dove le modalità di intervento non nascono direttamente da un’analisi dei bisogni, bensì da una attenta e replicabile indagine del territorio, soprattutto a livello scolastico. Si hanno per ogni città gruppi sperimentali e gruppi di controllo ed annualmente vengono condotti nelle classi test, questionari e interviste che hanno lo scopo di valutare gli elementi specifici alla base del Benessere e del Disagio e il lavoro condotto annualmente con la Prevenzione. Il Progetto ha durata triennale e di anno in anno vengono effettuati interventi sia sulle classi sperimentali e sia con le persone che “ruotano” attorno questi giovani, docenti, genitori e “mediatori generazionali”, come descritto precedentemente, per la creazione appunto di una RETE del Benessere.

Gli incontri di formazione possono avere molteplici modalità di lavoro, di

conduzione degli incontri. Calandosi nel contesto di un incontro di Promozione del Benessere, tenendo conto del numero di partecipanti e dei limiti di spazio fisico e di tempo, i partecipanti, dovrebbero trovarsi disposti in cerchio. È intuibile che in questo modo si ha l'opportunità di guardarsi ed ascoltarsi tutti, in una situazione paritaria di confronto di esperienze. Il ruolo del conduttore diverrebbe essenzialmente quello di "facilitatore" della comunicazione: facilitatore in quanto non è chiamato a dare risposte ma a creare uno spazio alle domande e alle idee sulle eventuali risposte che i partecipanti possono aver maturato nel corso della propria vita ed esperienza. In questo modo, lo scopo dell'incontro diventa quello del confronto, la possibilità di guardare le cose da altri punti di vista, quelli ad esempio degli altri partecipanti, senza dover trovare il "modo giusto" ma diversi modi più o meno "efficaci" per affrontare il mondo dei giovani e alcune delle problematiche che lo caratterizzano. Gli incontri sono solitamente a tema, verranno poi accennate quelle che sono le tematiche affrontate più frequentemente: con i ragazzi la collaborazione da creare è maggiormente complessa e con loro si pone più attenzione al fatto che l'incontro non venga vissuto come "calato dall'alto" e così, non per improvvisazione, ma dando importanza all'esigenza del momento, lavorando con le classi le tematiche devono essere più flessibili. In questa situazione di confronto che andiamo a creare, non si esclude che il conduttore possa fare riferimenti sia teorici e sia riferiti all'esperienza, ma questa voce è giusto che sia alla pari delle altre. Il momento di inizio, dopo una breve presentazione, solitamente è l'esposizione delle aspettative dei partecipanti sull'incontro o anche, come punto di partenza, l'idea che essi hanno sul Benessere e come promuoverlo.

Potrebbe sembrare retorica, tuttavia, da questo tipo di premessa si definiscono le regole di un contratto che distingue questo tipo di incontri da altri, da una terapia di gruppo ad esempio, ma soprattutto oltre a chiarire quale sia il tipo di setting, abbiamo l'opportunità di distinguere le priorità della Prevenzione Primaria, meglio detta Promozione del Benessere, dalla Prevenzione Terziaria, ad esempio, laddove il problema che si affronta è già conclamato. L'idea che i partecipanti hanno sulla Promozione del Benessere, su come si possa incrementarlo e da cosa lo riconosciamo ad esempio, centra l'attenzione sulle modalità personali di affrontare la quotidianità della vita, spesso il Benessere parte proprio dalle cose più semplici. Il lavoro in questo caso è personale, coinvolgimento in prima persona, e questo primo confronto su come promuovere il benessere ha un ruolo essenziale per giungere alla consapevolezza che non ci sono idee e modalità, appunto, giuste o sbagliate

ma possono essere, semmai, più o meno efficaci. Si può passare a questo punto alla definizione dell'intento del percorso che va ad attivarsi: avvicinare il pubblico ad un'ottica di psicologia preventiva, tenendo ben presente che è una delle tante modalità possibili. Dai percorsi formativi attivati, si possono acquisire quelle abilità e quelle competenze che permettano di cogliere e potenziare le risorse individuali e/o collettive, ma anche riconoscere eventuali situazioni di disagio. Questo consente di migliorare le relazioni a più livelli, tra "pari", con i superiori, i colleghi ecc. o con i giovani. Si tratta di un lavoro complesso, di "messa in gioco personale" dato che è richiesta la partecipazione attiva, laddove la motivazione ha un ruolo molto importante.

Quali sono le linee guida seguite per raggiungere questi intenti? Innanzitutto distinguiamo la Psicologia della Prevenzione da altre forme di intervento, così come riportato nella Fig. 1:

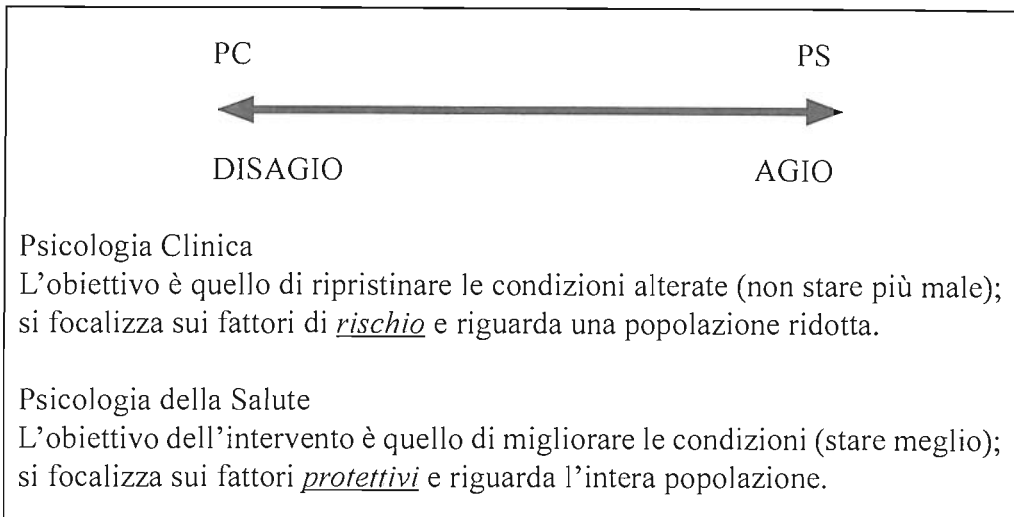
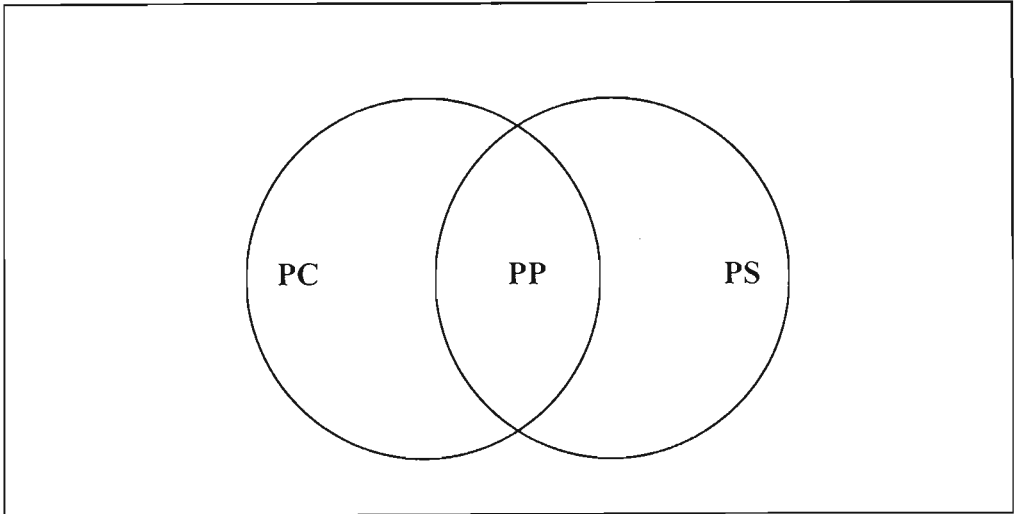


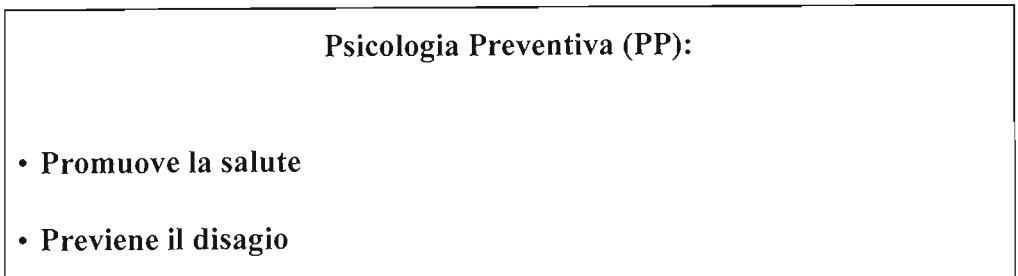
Fig. 1 Psicologia Clinica e Psicologia della Salute

La Psicologia Clinica e la Psicologia della Salute si distinguono essenzialmente in quanto è diverso l'oggetto d'intervento: la prima si preoccupa di curare il disturbo (disagio), l'altra di promuovere il benessere (agio). Tra le due c'è però un'area di sovrapposizione, come rappresentato nella Fig. 2:



*Fig. 2 La Psicologia della Prevenzione*

Si può quindi sintetizzare che la Psicologia della Prevenzione intervenga per quanto possibile contemporaneamente su due fronti. Da un lato con l'obiettivo di Promuovere il Benessere e dall'altro cercando di prevenire anziché curare il Disagio, la Psicologia Preventiva opera su quei fattori, elementi, che nella vita dei singoli e della collettività entrano in gioco da uno o dall'altro lato come riporta la figura successiva:



*Fig. 3 Obiettivi della Psicologia Preventiva*

- Gli scopi principali della Psicologia Preventiva sono:
- Analizzare ed individuare i fattori personali ed ambientali in grado di produrre disturbi o salute al singolo ed alla collettività;
  - Riconoscere gli indici predittivi del disagio e i fattori costitutivi del benessere;
  - Programmare ed attuare progetti di intervento finalizzati a ridurre i fattori

potenziali di disagio ed a incrementare i fattori di tutela della salute.

È l'Organizzazione Mondiale della Sanità che traccia le linee guida riguardo a quali fattori/elementi entrano in gioco nel Benessere siano essi riferiti all'individualità o legati al contesto sociale e ambientale. È come se ci trovassimo di fronte ad una bilancia il cui equilibrio porta situazioni possibili di Agio o Disagio; i due piatti di questa bilancia contengono i Fattori determinanti, da una parte avremo quegli elementi che hanno un ruolo positivo, che sono costitutivi del Benessere o tutelano situazioni di equilibrio psicologico e comportamentale, mentre dall'altra parte vi sono gli elementi che possono produrre disturbi, o contribuire alla cronicizzazione di questi, minano cioè il Benessere. Questi elementi in gioco sono detti fattori, in quanto, è proprio dalla loro combinazione che dipende il risultato. Non deve sorprenderci il fatto di trovare fattori simili o anche identici sia da una parte (in positivo) sia dall'altra (in negativo). Si pensi ad esempio al ruolo che hanno i "pari" per gli adolescenti, il gruppo è una componente talmente forte che, in base alla sua stessa natura, può portare un adolescente, un giovane, verso situazioni positive di benessere o verso situazioni negative di disagio. Le stesse esperienze negative fatte nel passato, in base alla loro intensità, naturalmente, possono però rappresentare da un lato motivo di ricaduta ma dall'altro una sorta di vaccino che aiuta a superare il loro ripresentarsi. Come descritto in Fig. 4 e Fig. 5, si tratta di fattori predittivi, che consentono di anticipare la possibilità dell'evoluzione del comportamento in una certa direzione a meno che non si intervenga su di essi per cambiarne la traiettoria. Parliamo comunque di possibilità, non di probabilità dei fattori, di cui il peso in gioco non è quantificabile, ecco perché singolarmente non sono condizioni necessarie e sufficienti per spiegare uno stato di Benessere o di Disagio.

Sovente durante i percorsi formativi c'è un momento di confronto con il pubblico riguardo a questi fattori. Spiegare cosa rappresentano, che ruolo possono avere questi fattori, diventa occasione per decidere insieme su quali aspetti è possibile lavorare e formarsi, d'altra parte mettere a fuoco questi fattori significa anche alleviare da ansie o ancor peggio deliri di onnipotenza quelle figure che si pongono come aiuto. In altre parole, attraverso un primo confronto sui fattori in generale con gli addetti ai lavori è possibile centrare competenze, anche responsabilità di chi è a contatto con i giovani ma prendendo consapevolezza dei limiti personali ed istituzionali e della possibilità di interventi, da qui possono nascere progetti di Prevenzione sempre più mirati.

## FATTORI DI RISCHIO

Variabili modulatrici, a carattere sommativo o moltiplicativo, che, pur non costituendo condizioni necessarie e sufficienti a determinare il disagio, possono contribuire allo sviluppo o alla cronicizzazione di esso.

### **Circostanze Familiari**

Classe sociale bassa  
Conflitto familiare  
Malattia mentale in famiglia  
Famiglia allargata  
Scarso legame con i genitori  
Disorganizzazione familiare  
Comunicazione disturbata  
Stili educativi inadeguati

### **Problemi Scolastici**

Insuccesso scolastico  
Demoralizzazione scolastica

### **Difficoltà Emozionali**

Abuso infantile  
Apatia o chiusura emozionale  
Immaturità emozionale  
Eventi di vita stressanti  
Bassa autostima  
Scarso controllo emozionale  
Tendenza alla passività  
o all'iperattivismo  
Immagine di sé inferiorizzata

### **Problemi Interpersonali**

Rifiuto dei pari  
Alienazione e Isolamento

### **Ritardi nello Sviluppo delle Abilità**

Intelligenza sotto la norma  
Incompetenza sociale  
Deficit attentivo  
Disabilità di lettura  
Scarse abilità e attitudini al lavoro

### **Contesto Ecologico**

Disorganizzazione del quartiere  
Ingiustizie razziali  
Disoccupazione  
Povertà estrema

### **Handicap Costituzionali**

Complicazioni perinatali  
Disabilità sensoriali  
Handicap organici  
Squilibri neuro-chimici

*Fig. 4 Fattori di Rischio per il Disagio*

## FATTORI PROTETTIVI

Fattori di natura personale e/o ambientale che possono esercitare un'azione di tutela degli equilibri psicologici e comportamentali in situazioni di stress, alterando o anche invertendo le previsioni di psicopatologia basate su situazioni ad alto rischio.

### FATTORI PERSONALI

Competenza sociale  
Competenza emozionale  
Buona autostima  
Capacità di problem solving  
Autocontrollo  
Percezione di controllabilità  
Autoregolazione  
Autoefficacia  
Temperamento Facile

### FATTORI AMBIENTALI

Supporto sociale  
Calore parentale  
Disciplina adeguata  
Monitoraggio e supervisione degli adulti  
Esposizione a modelli prosociali

*Fig. 5 Fattori Protettivi del Benessere*

Come accennato precedentemente, una volta che sono chiari gli aspetti di cui poter incrementare competenze ed abilità, si può passare ad aspetti più operativi sempre con il metodo del confronto in gruppo. I fattori più frequentemente presi in esami sono quelli Protettivi di natura Personale, soprattutto con i gruppi classe con i quali si lavora. Accrescere negli studenti, ad esempio, la consapevolezza sulla propria autostima o sul senso di autoefficacia può aiutarli a spiegare in modo diverso il loro rendimento scolastico così anche a capire le modalità individuali di spiegarsi gli eventi, centrate più sull'esterno o su di sé, che tendono a generalizzare o che tengono conto delle variabili contingenti e specifiche, e così via. Sempre riguardo all'incremento dei fattori protettivi personali, si pensi, ad esempio, al ruolo delle figure educative, quando il lavoro è condotto con gli educatori si tratta di un lavoro per loro personale, ma al tempo stesso, lo possiamo considerare legato al contesto ambientale nel momento in cui queste figure educative vanno ad interagire con i ragazzi e di fatto sono dei modelli prosociali per i giovani. Le forme di intervento possono seguire preferibilmente anche una propedeuticità

di tempi ed argomenti, è intuibile come questa dipenda dalle risorse a disposizione e dall'opportunità di lavorare nel tempo. In molti casi, quando si ha la possibilità di fare interventi con la figura del “mediatore generazionale” come ad esempio educatori di un ambito specifico<sup>4</sup>, uno degli obiettivi che si persegue è quello di incrementare le abilità sociali dei partecipanti, secondo il seguente percorso:

- **INCONTRO DI PRESENTAZIONE**
  - **Modulo 1 - Presentazione progetto:** approfondimenti sulla Promozione del Benessere nello Sport ed il ruolo di educatore;
- **ABILITA' INIZIALI**
  - **Modulo 2 - Comportamento Non Verbale:** il disagio latente;
  - **Modulo 3 - Comunicazione Verbale quando il problema è dell'altro:** (come accogliere il disagio con il metodo dell'ascolto attivo);
  - **Modulo 4 - Comunicazione Efficace Assertiva:** quando il problema è mio (utilizzo del “messaggio-io” per manifestare i propri bisogni nel rispetto degli altri);
  - **Modulo 5 - Sport e Famiglia:** confronto sulle modalità di lavoro sinora adottate e progettazione di interventi volti al coinvolgimento delle figure educative (la famiglia);
- **STILE ATTRIBUTIVO**
  - **Modulo 6 - Stile Attributivo e Comportamentale** (Come spieghiamo gli eventi ed effetti sull'autostima);
- **ABILITA' DI ESPRESSIONE DI SÉ**
  - **Modulo 7 - Le emozioni:** riconoscere le proprie ed altrui emozioni;
  - **Modulo 8 - Esprimere opinioni e sentimenti** (ad esempio: fare e ricevere incoraggiamenti e apprezzamenti);
  - **Modulo 9 - Fare e ricevere critiche;**
- **ABILITA' PER RISPONDERE AGLI ALTRI**
  - **Modulo 10 - Rispondere a richieste e sentimenti;**
- **ABILITA' ALTERNATIVE AL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO**
  - **Modulo 11 - Gestione della rabbia**
- **CONCLUSIONI**
  - **Modulo 12 - Conclusione attività e progettazione per il prossimo anno.**

*Fig. 6 Un Progetto per lo Sport*

<sup>4</sup> “Un Progetto per lo Sport: la famiglia e i giovani” è un Progetto rivolto agli allenatori, istruttori, accompagnatori delle Società Sportive Jesine, promosso dall'Associazione OIKOS.



Prendere consapevolezza dei propri stili comportamentali ed educativi nel caso si lavori con degli adulti, delle modalità comunicative che emergono da questi stessi stili, sono aspetti essenziali e fondanti il Ben-essere e al tempo stesso conducono alle abilità sociali. Come descritto in Fig. 7 si arriva alle abilità sociali passando per un percorso orientato ad incrementare l'Assertività dei soggetti.

L'acquisizione delle abilità sociali dà la possibilità alle persone di muoversi in modo più appropriato nei diversi contesti sociali, incrementando la loro modalità di comunicazione assertiva.

### **ASSERTIVITÀ:**

un insieme di complesse abilità che riguardano la capacità di una persona di riconoscere le proprie esigenze e di affermarle, esprimendole all'interno del proprio ambiente, con buone probabilità di raggiungere i propri obiettivi e di mantenere, al contempo, una positiva relazione con gli altri.

*Fig. 7 L'Assertività*

Per poter manifestare i propri bisogni è importante riconoscere ciò che si prova, le proprie emozioni, in funzione del rapporto con gli altri; ciò allarga il campo di intervento ad un ulteriore fattore protettivo quello della Competenza Emozionale. Nel momento in cui si parla di autenticità, accettazione dell'altro ed empatia come elementi fondanti l'Ascolto, l'emozione provata in quel momento racconta non solo della persona che ascolta ma dell'idea che questa ha di chi ha di fronte e di come vive il mondo che la circonda.

Proporre agli utenti dei nostri percorsi una formazione sulla competenza sociale (Fig. 8) rappresenta per loro prendere consapevolezza di una capacità complessa implicante abilità cognitive, emozionali e comportamentali, che consentono alla persona di raggiungere con successo i propri obiettivi salvaguardando, al contempo, la positività della relazione con gli altri. Le abilità sociali descrivono comportamenti legati a situazioni specifiche, di natura verbale e non verbale, che la persona manifesta nel contesto interpersonale e che costituiscono il prerequisito di una adeguata competenza sociale. Accade sovente, con soddisfazione degli operatori, che l'acquisizione

delle abilità sociali da parte degli “utenti” offre loro la possibilità di muoversi in modo più appropriato nei diversi contesti sociali, incrementando la loro modalità di comunicazione assertiva. Il concetto di Assertività racchiude in sé l’idea stessa di abilità sociale perché assertività significa riconoscere le proprie esigenze e poterle affermare, esprimendole all’interno del proprio ambiente, con buone probabilità di raggiungere i propri obiettivi e di mantenere, al contempo, una positiva relazione con gli altri.

Il fine del percorso è quello di incrementare in ciascun partecipante la possibilità di sentirsi a proprio agio nelle diverse situazioni sociali e potenziare la capacità di interagire con gli altri; con questo lavoro personale ed individuale si creano poi i presupposti per l’effetto ricaduta già citato (Fig. 9).

#### COMPETENZA SOCIALE:

UNA CAPACITÀ COMPLESSA IMPLICANTE **ABILITÀ COGNITIVE, EMOZIONALI E COMPORTAMENTALI**, CHE CONSENTE ALLA PERSONA DI RAGGIUNGERE CON SUCCESSO I PROPRI OBIETTIVI SALVAGUARDANDO, AL CONTEMPO, LA POSITIVITÀ DELLA RELAZIONE CON GLI ALTRI.

#### LE ABILITÀ SOCIALI:

RIGUARDANO **COMPORTAMENTI SITUAZIONALI SPECIFICI**, DI NATURA VERBALE E NON VERBALE, CHE LA PERSONA MANIFESTA NEL CONTESTO **INTERPERSONALE** E CHE COSTITUISCONO IL PREREQUISITO DI UNA ADEGUATA COMPETENZA SOCIALE.

*Fig. 8 La Competenza Sociale*

## **Finalità**

Il programma di addestramento sulle abilità sociali è finalizzato a:

- incrementare in ciascun partecipante la possibilità di sentirsi a proprio agio nelle diverse situazioni sociali;
- a potenziare la capacità di interagire con gli altri secondo modalità che consentono sia di soddisfare le proprie esigenze sociali che di sortire negli altri effetti neutrali o positivi.

## **Obiettivi**

Gli utenti del programma andranno ad acquisire:

- abilità iniziali;
- abilità di espressione del sé;
- abilità per rispondere agli altri;
- abilità alternative al comportamento aggressivo.

*Fig. 9 Finalità e obiettivi dell'intervento*

Descrivendo alcune delle tematiche più significative del lavoro di Promozione del Benessere, come ad esempio trattare le Abilità Sociali, emergono importanti contenuti metodologici e di teoria. In effetti nel confronto che si crea con e tra i partecipanti agli incontri, in alcuni momenti il contributo del conduttore diventa anche teorico. I Progetti attuati sul territorio richiedono spesso uno staff composto da più persone che sono anche figure professionali diverse e che vanno a costituire un Centro Studi<sup>5</sup>. Naturalmente questi professionisti, che sono principalmente psicologi, appartengono a più orientamenti e frequentano scuole di specializzazione diverse; pertanto il lavoro è spesso frutto di una collaborazione ed integrazione di idee e contenuti di approcci diversi e ciò costituisce una importante risorsa: poter cogliere aspetti diversi ed integrarli. Dal momento che il nostro lavoro non è assolutamente riferito al terapeutico, emergono esigenze e circostanze particolari in quanto la Promozione del Benessere si sviluppa nel corso di pochi incontri ed è tutta centrata sull'hic et nunc, nel cogliere le situazioni di disagio; ci si sofferma su diversi aspetti legati a situazioni specifiche e vengono trattate nell'immediato dell'incontro pur lasciando spazi anche alla riflessione.

---

<sup>5</sup> Il Centro Studio dell'Associazione OIKOS, ad esempio, è composto da uno staff di 7 psicologi di diverso orientamento, una volontaria ed il responsabile.

Solitamente vi è una dicotomia nel considerare le persone, il loro modo di vivere e di porsi con gli altri tra pensieri ed emozioni, dicotomia portata avanti soprattutto dagli “utenti” che a volte conoscono poco la psicologia. Questa dicotomia è innegabile in quanto il nostro stesso sistema nervoso centrale, e la fisiologia del nostro cervello ha visto filogeneticamente sviluppare una parte più antica di esso, quella “emotiva”, ma anche crescere nel tempo la parte più legata al pensiero. Le emozioni sono una potente risorsa ma solitamente, come già accennato, nel fare prevenzione è frequente e maggiormente possibile cogliere comportamenti e pensieri che fanno vivere le emozioni in modi che sono individuali.

Si va alla scoperta dell’emozione vissuta dall’altro e al tempo stesso la si confronta con la propria, nelle specifiche situazioni quotidiane per crescere la conoscenza dell’altro e quella personale al fine di migliorare i rapporti.

In questa dualità imprescindibile tra *pensiero e sentimento*, quindi, ci soffermiamo sull’influenza che il pensiero che strutturiamo in determinate circostanze ha sul comportamento. Non potendo modificare ciò che si prova in determinate situazioni, emotivamente, è possibile cambiare il pensiero ad esso associato in quanto frutto dell’esperienza stessa. Sentimento e pensiero sono associati, in primo luogo, a causa di determinate esperienze, potremmo dire, quindi, che ciò che conta è il nostro modo di vivere le emozioni e questa modalità è legata ai nostri pensieri. Notevole importanza viene data in questo caso all’approccio cognitivo e comportamentale, ma va ricordato come nella Prevenzione siano forti le influenze teoriche della Psicologia Umanistica di T. Gordon e C. Rogers, ricca di riferimenti e strategie legate alla quotidianità.

Un esempio di come questi diversi approcci teorici vanno ad integrarsi nello specifico del nostro lavoro, lo riscontriamo nella gestione dei conflitti, argomento piuttosto ricorrente, dai gruppi classe ai rapporti genitori-figli. Nel caso dei conflitti, il percorso è fondamentale proprio nell’acquisizione di consapevolezza dello stato d’animo altrui. Formulare il conflitto tramite il “Messaggio-Io” consente a chi lo vive di acquisire consapevolezza del proprio disagio e manifestare il proprio stato d’animo senza dover fare richieste all’altra persona: “Quando tu fai...io mi sento...”. I partecipanti agli incontri si chiedono spesso se sia possibile cambiare il proprio carattere, e questo genera spesso delle resistenze, ma da noi la questione viene spostata su un altro versante. Quando un problema viene esposto con il suddetto “Messaggio-io” accade che: l’altro di fronte allo stato d’animo di sofferenza o disagio di chi espone questo suo personale problema non deve certo cambiare il proprio carattere, non riceve alcuna richiesta tanto meno riferita al carattere,

bensi scopre che se ritiene questo rapporto significativo (se vuole tutelare la relazione), può tener conto dell'altro ed alleviarne il disagio semplicemente cambiando il proprio *comportamento*. L'emozione anche in questo caso ha un ruolo fondamentale, è inopinabile ciò che ciascuno sente, le proprie emozioni non si possono mettere in dubbio, da qualunque parte si guardi il conflitto. Il nuovo comportamento nasce proprio a livello emotivo nella possibilità di "mettersi nei panni dell'altro", di creare una nuova empatia. Potremmo dire che si arriva ad una nuova emozione, dal momento che prima vi era mancanza di consapevolezza ed il rapporto era conflittuale. Per raggiungere questa consapevolezza è stato fondamentale venire a conoscenza dell'emozione dell'altro e così pensieri ed emozioni si combinano ancora una volta e non è possibile prescindere da nessuno dei due aspetti.

Quello che è stato descritto è un esempio di "cambiamento" o meglio di risoluzione del conflitto, così come viene proposto all'interno di un nostro incontro. Ogni singolo incontro solitamente è strutturato come "Training". Il "Training" (allenamento), in effetti è una complessa procedura di apprendimento in situazioni di gruppo, graduale e progressiva, che mira:

- all'acquisizione di nuove *Informazioni*;
- alla modificazione delle strutture di *Atteggiamento*;
- al potenziamento della messa in atto di *Comportamenti* desiderabili.

Gli studi e le ricerche condotte sul comportamento umano evidenziano come l'agire sia il risultato dell'interdipendenza di diverse variabili di natura cognitiva, emozionale e comportamentale. Ne deriva che per agire sull'acquisizione e sul potenziamento di abilità e, ancor più, sulla modifica di modalità inefficaci, non basta semplicemente informare, occorre sollecitare il coinvolgimento di colui che apprende, a diversi livelli.

Per questo il training prevede una costante partecipazione dei soggetti ai quali è richiesto di auto-osservare le modalità automatiche con cui affrontano le diverse situazioni, di auto-valutarle; di definire, quando è necessario, strategie per il miglioramento, di mantenere e generalizzare il processo di cambiamento.

Ciò che caratterizza il Training è la *partecipazione attiva* dei partecipanti, i quali non sono visti come destinatari passivi dell'azione formativa, ma come soggetti capaci di assumersi le proprie responsabilità e capaci di recuperare e incrementare le proprie competenze nel gestire gli eventi. Le fasi del Training sono quattro, schematicamente rappresentate nella Figura 10: Esperienza Concreta, Osservazione Riflessiva, Concettualizzazione Astratta e Sperimentazione Attiva. È come se inizialmente la situazione,

il problema, venissero visti da fuori, si parte da un filmato, da una storia, da qualcosa di concreto, anche l'esperienza diretta di una persona e poi nella fase successiva i partecipanti, da spettatori, divenissero protagonisti semplicemente rispondendo alla domanda: "Io in quella situazione o di fronte a quel problema cosa avrei fatto?". Questa seconda fase è detta appunto Osservazione Riflessiva in quanto il partecipante all'incontro è portato a riflettere, ad auto-osservarsi. Ogni fase, ogni momento, è caratterizzato dal confronto, anche la terza fase, quella della Concettualizzazione Astratta, ma proprio perché concettualizzazione si differenzia per il contributo teorico offerto dal Conduttore dell'incontro. In effetti, di astratto vi è poco, anche questo è un contributo come gli altri che però nasce dalla teoria e non è detto che possa essere una strategia comportamentale già attuata da qualcuno. L'incontro si conclude con la quarta fase: i partecipanti tornano ad essere protagonisti in quella che è la Sperimentazione Attiva. In questa ultima fase, infatti, si è chiamati a sperimentare in prima persona quelli che sono emersi come i comportamenti più efficaci ed assertivi attraverso situazioni specifiche, ad esempio simulate.

Il lavoro sulle abilità sociali prima descritto prevede quindi più incontri, cioè più Training, e tra un incontro e l'altro è importante che trascorra almeno una settimana per permettere al partecipante di realizzare, nel contesto abituale, le abilità acquisite o potenziate nel corso del Training, una sorta di compito a casa.

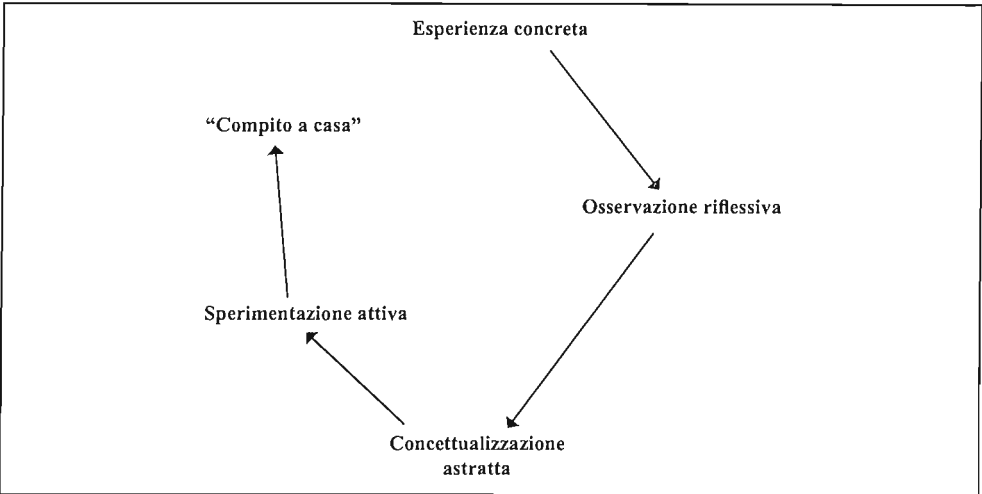


Fig. 10 Il Training

Il Training va considerato come uno strumento, non è detto che possa essere utilizzato in tutti i tipi di incontri e con tutti gli utenti, d'altronde sarebbe un errore dire che c'è una uguaglianza di interventi che possa prescindere dalle tematiche e dagli stessi utenti. Dalla mia esperienza posso affermare che la Prevenzione non si fa sempre allo stesso modo ma la distinzione fondamentale che ci troviamo ad operare è tra informazione e formazione e la scelta cade preferibilmente sulla formazione, a tutti i livelli. Gli interventi caratterizzati dall'informazione: consumo di sostanze, comportamenti delinquenti, ecc. sono centrati sul sintomo, mentre fare formazione significa occuparsi del disagio come descritto precedentemente. Possono essere diversi gli strumenti di valutazione del lavoro condotto nell'ambito della Psicologia Preventiva:

- Incremento del numero dei partecipanti ai percorsi;
- Rilevazione del gradimento dei percorsi attraverso le schede di valutazione di fine percorso;
- Attivazione di una rete di azioni concrete all'interno ed all'esterno del circuito scolastico;
- Monitoraggio e supervisione da parte di altre strutture o enti.

L'impressione diretta di chi partecipa, raccolta in vari modi, è comunque uno degli elementi più significativi, dal momento che non è sempre possibile trovare delle correlazioni tra il lavoro svolto e i fenomeni sociali sul territorio.

Da quanto riportano i partecipanti agli incontri, tuttavia, emerge che la maggiore efficacia degli interventi si può ottenere solo facendo formazione, cercando di promuovere la consapevolezza di sé e tenendo conto di esperienze ed informazioni già acquisite. Senza cadere in generalizzazioni, si può affermare che la relazione è uno dei temi ricorrenti, in quanto l'altro significativo: pari, genitori, figli, partner, colleghi, ecc. ha un ruolo importante per il Benessere di ciascuno. Soprattutto in classe emerge sovente il bisogno da parte dei ragazzi di conoscere i propri compagni in modi differenti e che non siano scontati: scoprire e a volte dividerne sogni, paure, aspettative per il futuro, sono aspetti importanti della relazione tra compagni. Sentirsi integrati nel gruppo, fidarsi degli altri o semplicemente essere disposti a collaborare con i compagni sono diverse sfaccettature della relazione, del modo di stare insieme agli altri. Al tempo stesso, proprio durante il processo di conoscenza dei compagni si innescano dinamiche che mettono in luce quanto sia importante la comunicazione. Il rispetto delle regole in classe indica, ad esempio, quanto si è disposti a rispettare gli altri: comunicazione e relazione sono sullo stesso piano, se funziona la prima funziona anche la seconda e

proprio per stare meglio in classe si lavora su questo fenomeno. Il lavoro della Promozione del Benessere è piuttosto complesso e faticoso ed in particolare non mostra sempre frutti immediati o evidenti; come già accennato, sono gli utenti stessi in primo luogo a dare un feedback sugli interventi e sul modo di lavorare e finora i risultati complessivamente premiano l'impegno ed incoraggiano nel portare avanti progetti analoghi.

#### BIBLIOGRAFIA

Becciu M., Colasanti A. R.: La Promozione delle Abilità Sociali. Descrizione di un Programma di Addestramento. Edizioni A.I.PRE., Roma.

Comoglio M., Cardoso M. A.: Insegnare e Apprendere in Gruppo. Il Cooperative Learning. LAS, Roma.

Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Hough M.: Abilità di Counseling. Manuale per la Prima Formazione. Edizioni Erickson, Trento, 1999.

Gordon T.: Genitori Efficaci. Ed. La Meridiana.

Milani P.: Progetto Genitori. Edizioni Erickson, Trento.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

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

Regoliosi L.: La Prevenzione del Disagio Giovanile. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.



Sara Rupoli, Valeria Frattesi

## IL SETTING IN ADOLESCENZA

In questo intervento si tratterà dell'adolescente in ambito clinico o, meglio, di come la clinica possa porsi affinché si crei uno spazio che l'adolescente possa effettivamente occupare.

Il disagio che oggi gli adolescenti vivono si esprime in nuove e variegate forme e sembra richiedere, a chi di adolescenza si occupa, non solo competenze specifiche, ma anche strumenti di intervento clinico innovativi.

Il prolungamento degli anni di studio, l'immissione nel mondo del lavoro dopo un lungo percorso di iper-specializzazione, la protratta dipendenza economica dai genitori e la lunga attesa prima di creare un nuovo nucleo familiare, ci obbligano a studiare l'adolescenza nell'*hic et nunc*, il qui e adesso della nostra realtà sociale e culturale, di cui anche noi siamo permeati, se vogliamo individuare strumenti che ci consentano di prevenire e alleviare il disagio adolescenziale.

Si tratta anche di vedere come le nostre conoscenze psicologiche generali e specifiche possano applicarsi nel qui ed ora di questa realtà.

Quando l'adolescente metaforicamente esce dal mondo reale per entrare in quello psicologico, mentale della clinica, più che per altre tipologie di utenti, il destino della relazione che avrà con noi si gioca nel primo colloquio, una sorta di prova generale, spazio in cui, come sostengono Telleschi e Torre (1988), l'adolescente e l'adulto si misurano reciprocamente in un'operazione di conoscenza all'insegna del binomio *contenimento-sfida*.

Chiunque tratti con adolescenti sa infatti che fin dai primi colloqui essi richiedono instancabilmente che si intervenga, hanno bisogno di un contenimento immediato; quindi un setting classico come lo si prevede per un adulto (ad es., fare uno o due colloqui psicodiagnostici di valutazione, per poi accedere alla fase psicoterapeutica vera e propria) non riuscirebbe a rispondere a tale bisogno.

Lo stesso Senise (1985) parla di un setting che non deve possedere regole formali rigidamente predefinite e che tuttavia deve strutturarsi in modo funzionale agli obiettivi che ci si prefigge.

Nel caso dell'adolescente si riscontra che più di una psicoterapia classica

necessita di un counseling psicologico, un *intervento psicologico di «sostegno»* che sia:

- a) *tempestivo* (per evitare la cronicizzazione del disagio);
- b) *rapido* (per un riorientamento veloce ed adattivo dell'adolescente nel suo contesto di vita);
- c) con *obiettivi più limitati* rispetto a quelli di un trattamento psicoterapico classico.

Un *setting specifico* significa, per quanto riguarda gli aspetti esterni del setting, avere uno spazio fisico, di facile e diretto accesso, il più possibile informale ed accogliente, non istituzionale così da non risultare etichettante.

Per quanto riguarda gli aspetti interni, si rivelano molto importanti alcune funzioni che l'operatore deve svolgere (Ardizzone, 1994):

- a) *funzione di accogliimento* che significa essere ricettivi e disponibili evitando sia un atteggiamento impermeabile che il suo contrario (essere iper-interventisti);
- b) *funzione di contenimento* (sostenere i livelli di angoscia attraverso modalità dell'io orientate all'introiezione piuttosto che all'espulsione);
- c) *funzione di riconoscimento* come capacità di analizzare e comprendere la domanda.

La modalità di richiesta di aiuto da parte dell'adolescente è molto diversa nelle sue forme da quella che può provenire da un adulto.

Durante la prima fase di accoglienza, predisporre a fare una analisi della domanda può aiutarci ad orientare meglio il nostro intervento.

Ardizzone (1994) distingue quattro diversi tipi di domanda, così come si possono presentare ad un primo contatto:

- 1) la *domanda orientata*, che è diretta e possiede caratteristiche di chiarezza;
- 2) la *domanda diffusa*, con minori caratteristiche di orientamento, che ha aspetti di diffusione su più aree e livelli;
- 3) la *domanda concreta*, che è focalizzata su aspetti tangibili e pratici;
- 4) la *domanda "assente"*, mascherata, non espressa o espressa in modo così confuso da renderne difficile la messa a fuoco.

Quando l'adolescente arriva al servizio spesso il committente è il genitore.

Vi sono genitori che chiedono in prima persona la consultazione per il figlio, e quelli che chiedono una consultazione per le loro difficoltà, come singoli o coppia.

A livello di setting, bisogna prendere in considerazione la eventualità di fare colloqui con i genitori.

Poi le modalità del tipo di coinvolgimento della famiglia in una prima fase

di accoglienza sono molteplici: si può pensare di vedere il ragazzo insieme ai genitori, o ascoltare i genitori separatamente, utilizzando il colloquio con loro come integrazione di informazione, etc.

Poi c'è la eventualità in cui l'adolescente si presenta lui(lei) stesso(a), chiedendo magari di non coinvolgere i genitori.

Alcuni autori di formazione post-razionalista prevedono un numero di circa dieci sedute, affinché il giovane possa poi riorientarsi nella vita quotidiana.

Colloqui basati sull'empatia e la collaborazione, ma anche sull'ironia e sull'umorismo, in cui lo psicologo sospende la valutazione (l'adolescente è già fin troppo valutato tra scuola e famiglia) e funge da catalizzatore piuttosto che da indirizzatore del percorso di autoconoscenza, con un ruolo ben poco attivo, la cui funzione è quella di facilitare la naturale evoluzione di un sistema autopoietico e autoreferenziale (Morin, 1990; Maturana e Varela, 1987).

Spesso s'interviene più su un «*inciampo evolutivo*» che su una patologia vera e propria (Sacchi, 2003); ci si trova di fronte a pazienti che vivono momenti d'intenso disorientamento cognitivo-emozionale con deficit dell'autonomia, dell'iniziativa, della responsabilità, del problem-solving, ecc.

L'*esito* dell'intervento non coincide con il buon esito della crisi adolescenziale, ma con il riappropriarsi da parte dell'adolescente delle proprie capacità di entrare nel disagio di una crisi, affrontarla con un maggior repertorio di strategie e di uscirne arricchito, in altre parole con la sensazione di essere competente nel rispondere agli stimoli ambientali, di essere buoni solutori di problemi.

Questo tipo di percorso di sostegno permette:

- di riuscire a focalizzare meglio il *problema* depurandolo dalla molteplicità dei conflitti in campo, dall'abbondanza dei sentimenti impetuosi e fuori misura;
- di riconoscere il *bisogno*, il saper *chiedere aiuto* e sostenere la *motivazione*;
- di evitare pesanti *risvolti relazionali* che nell'adolescenza giocano un ruolo cruciale;
- di favorire l'*autoservazione* grazie alla nuova capacità di pensiero riflessivo;
- di indagare il concetto di «*non modificabilità*» della vita e il collocare il *sé* oltre il presente anche con un passato e un futuro. Zucca Alessandrelli (in Giannini, 1995) definisce l'adolescente come l'apprendista del tempo proprio perché uno dei compiti più difficili è quello di mantenere un senso di sé sia diversificando il passato, il presente e il futuro sia tenendoli in

- relazione e integrandoli fra loro;
- di affrontare quella che spesso è la maggior preoccupazione: *essere/non essere normale* con una riformulazione dei concetti di *normalità*, di *crisi* - vista oltre che come pericolo, come opportunità - e di *conflitto* - sperimentare che non implica la perdita dell'amore;
  - di restituire il «*sensu dell'agito*» (la possibilità per il ragazzo di riappropriarsi del proprio ruolo nelle scelte che lo coinvolgono ed in cui spesso viene scavalcato dagli adulti significativi).

In questa fase è importante la *validazione* delle emozioni provate, dei comportamenti e dei pensieri, ecc. (Lineham, 2001). Si comunica all'adolescente che il suo comportamento è logico e plausibile per quanto *soggettivo* ed è possibile ricavarne il significato a partire dalla situazione in cui si è venuto ad attuare. E' un restituire un «*sensu*» all'azione del ragazzo, scoprire cosa c'è di buono nelle sue risposte e rinforzarlo. Il fine è validarlo, perché sappia poi *autovalidarsi*.

Un'azione volta all'*accettazione di sé* come base necessaria e punto di partenza del *cambiamento*. Questa non è cosa da poco visto che nell'adolescente accanto al bisogno di autonomia e progettualità vi è anche il bisogno ugualmente pressante di sentirsi confermati e condivisi dagli altri (Nardi, 2001).

Nel caso se ne ravvisi la necessità (ad es., un possibile profilarsi di un quadro clinico più delineato) si cercherà di motivare il paziente ad intraprendere una *seconda fase* di terapia, un percorso di *cambiamento profondo*.

Se la prima fase della relazione terapeutica con l'adolescente viene caratterizzata dal *sistema motivazionale* cooperativo, grazie alla condivisione di un obiettivo, in questa seconda fase si attualizzeranno anche altri S.M. come quello agonistico (sfida), sessuale e d'attaccamento/accudimento (Liotti, 1994).

Questo permetterà all'adolescente di poter sperimentare in vivo modi alternativi di comportarsi in situazioni di antagonismo non distruttivo, di affettività non costrittiva aumentando così il suo *repertorio comportamentale*.

Alla *comprensione sul livello cognitivo* non può che essere agganciata una *elaborazione sul piano emotivo* se si vuole rendere possibile il *cambiamento*. Spesso questo è reso possibile aiutando il ragazzo a comprendere che cosa sta pensando e sentendo nel qui ed ora della seduta.

Il terapeuta deve assumere a tal fine il ruolo di *perturbatore strategicamente orientato*; cioè mentre lavora all'aumento della consapevolezza cognitiva,

rimane vigile sulle oscillazioni emotive in atto nel paziente e le utilizza strategicamente al fine di incrementare la comprensione del proprio modo di funzionare e l'assimilazione delle ricostruzioni (Guidano, 1988).

Questo lavoro è difficile da attuare con l'adolescente che spesso tende al *dominio* e al *controllo del proprio range emotivo* al fine di evitare la sofferenza, nascondendosi nel pensiero razionale e nel rimuginio intellettuale. Molto del lavoro terapeutico (aldilà dei quadri clinici) sta proprio in questo *riconoscere, differenziare e denominare le emozioni* troppo spesso confuse con il somatico.

Quindi lo *scopo* del cambiamento terapeutico in adolescenza è possibile mediante una buona integrazione delle *tre componenti somatica, cognitiva ed emotiva* che in tal periodo come non mai tendono a venire separate.

Il lavoro terapeutico si svolgerà:

- attraverso un'analisi della *storia di sviluppo personale*;
- sulle *teorie del disagio*. Il problema inizialmente vissuto e narrato con i caratteri di *esternalità* (come qualcosa di oggettivamente determinato da fattori interni ed esterni di cui non si ha attribuzione causale) viene riportato ad un piano d'*internalità*, cioè al senso di sé (cognitivo ed emozionale). L'adolescente scopre così di essere un attivo costruttore di come percepisce e di come narra le proprie esperienze di disagio, e che questa è solo una delle infinite modalità in cui possono essere inquadrate;
- sul *riordinamento dell'esperienza* disturbante attraverso l'individuazione, la focalizzazione e l'organizzazione degli eventi che si susseguono nel corso delle settimane di terapia – lavorando come in una moviola cinematografica avanti e indietro sulle sequenze più importanti. Esperienza in cui l'adolescente diverrà sempre più autonomo assumendo una metodica di *autoservazione* e attraverso la quale comprenderà come *l'esperienza immediata* si vada in lui strutturando in convinzioni personali (Nardi, 2001);
- sul vaglio di punti di vista sul Sé e il Mondo alternativi e autonomi;
- sui *meccanismi di scompensazione e mantenimento* come le strategie di controllo o di evitamento, le resistenze, i giochi relazionali, ecc.;
- sull'individuazione di *credenze disfunzionali implicite* e idee irrazionali (spesso «travasate» dallo stile di pensiero dei genitori stessi);

Il momento di incontro fra l'adolescente e il mondo della clinica può diventare così un'opportunità di riprendere il cammino della vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Ardizzone M.: Note sull'adolescenza Impostazioni personologiche e cliniche a confronto (1994). In: Giannini A.M. (Ed.), *Attualità in Psicologia*, Anno X, 1995.
- Bara B.G. (Ed.): *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Bandura A.: Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 1982.
- Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Lineham M.: *Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Liotti G.: *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Morin E.: *Introduction a la Pensée Complexe*. Seuil, Paris, 1990.
- Maturana H., Varela F.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987.
- Sacchi D.: *Apprendisti Adulti*. McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Senise T.: *L'Adolescente come Paziente*. Franco Angeli, Milano, 1989.
- Telleschi R., Torre G.: *Il Primo Colloquio con l'Adolescente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.

Bernardo Nardi

## CRISI E ADATTAMENTO

### IL DISAGIO INTERGENERAZIONALE

Quando ci si confronta con il disagio familiare – che è poi l'insieme di una serie di sfaccettature diverse: il disagio di ogni singolo componente, il disagio intergenerazionale, il disagio della coppia, il disagio dei figli, il disagio tra coppia genitoriale e figli – ci si trova sempre più spesso di fronte ad una diade terminologica, tanto diffusa quanto confusiva: e, cioè, quanto sia “facile” o “difficile” vivere insieme, crescere, essere figli o genitori. Si ha sempre più frequentemente paura che il confronto con l'esperienza quotidiana, che il ciclo di vita propone, non sia così “facile” o sia effettivamente troppo “difficile” per potercisi confrontare. Si sperimenta così disagio, lo si comunica, spesso lo si rivendica agli altri, ma non si sa come affrontarlo. Dunque, sempre più spesso si osservano adolescenti “in crisi”, genitori “in crisi”, famiglie “in crisi”; generalizzando, tendiamo a dire che oggi la società è “in crisi”.

E tuttavia, se vogliamo entrare in un'ottica esplicativa per cercare di comprendere cosa avvenga e affrontare il disagio che la vita propone – il quale disagio non va “prevenuto”, dato che non si può vivere sotto una perenne campana di vetro, ma va affrontato trovando gli strumenti per poterlo fare – dobbiamo fare riferimento ad un'altra diade terminologica: fare esperienza non è “facile” o “difficile”, piuttosto può essere più o meno “semplice” o “complesso”.

La società tradizionale, ad esempio, era più semplice, più statica e, quindi, più prevedibile; al tempo stesso, anche i ruoli familiari, di coppia, intergenerazionali erano più delineati e con minori possibilità di introdurre variabili.

La società odierna nel mondo occidentale è invece più complessa e soggetta a continui mutamenti, che ridefiniscono ruoli e competenze, propongono modelli dalla durata effimera e cambiano ritmi e abitudini soggettive e sociali. Crescere è diventato più complesso: richiede più tempo per cui, non solo da un punto di vista biologico, non si finisce mai di maturare.

Di fronte a questa crescente complessità, individuale e sociale, la “crisi” va riletta non riducendola solo a crisi del bisogno di costruire un'identità

individuale, delle relazioni amicali, un rapporto di coppia, una famiglia; anzi, a volte si osserva un marcato desiderio di costruire queste cose. C'è piuttosto una carenza dei mezzi e degli strumenti necessari per raggiungere e consolidare questi scopi, che pure sono sostenuti da un autentico e sentito bisogno; succede così che un adolescente possa desiderare intensamente di costruire un legame stabile con qualcuno, che riesca magari ad avviarlo con la percezione di fare qualcosa di unico e di eterno e che poi tutto si scioglia come neve al sole di fronte a qualche difficoltà o a qualche evento imprevisto. La complessità rende l'adolescente – come osservava lucidamente Giuseppe Cesari (1990, 1994) - un “*non più e non ancora*”, uno che si “*tira fuori*” dalle relazioni e dai ruoli dell'infanzia ma non si sente ancora pronto e accettato per quelli della vita adulta. Analogamente, più complesso è diventato svolgere il ruolo genitoriale, che richiede il passaggio, sempre per citare un'altra espressione di Cesari mutuata da Fromm (1986), dal rapporto “*di guida*” svolto con il figlio piccolo a quello “*dialettico*” necessario per continuare il rapporto con l'adolescente.

Come scrisse Giuseppe Ungaretti nel IV Frammento dell'Apocalissi (1950), “*la verità, per crescita di buio, più a volarle vicino s'alza l'uomo, più si va facendo la frattura fonda*”. Ed è una frattura non tanto logica, conoscitiva, quanto piuttosto emozionale. La complessità riguarda infatti quell'insieme di processi psichici, a rilevanza soggettiva, che comportano attivazioni emotive e di cui siamo scarsamente consapevoli. D'altra parte ho avuto modo di sottolineare in precedenza come i progressi delle neuroscienze abbiano reso quanto mai attuale l'intuizione filosofica di Nicolas de Malebranche (1679), per cui la coscienza è in ampia parte soggettiva e inconsapevole, e si fonda su un “*sentire di sapere*” prima ancora che su un “*sapere di sapere*” (Damasio, 2000; Le Doux, 2002).

Ma una cosa che complica ulteriormente le cose è che costantemente, maturando – e andando quindi in crisi – passiamo da un livello di complessità inferiore ad un nuovo livello di complessità superiore. Questo avviene quando non è possibile integrare nell'idea di sé perturbazioni marcatamente attivanti sotto il profilo emozionale, le quali vengono a rompere un periodo di sostanziale continuità e omogeneità nella crescita. Entriamo così in una fase metastabile che si può concludere non certo tornando ad essere “*quelli di prima*” ma un qualcosa di nuovo e più complesso, che integri nel nuovo senso di sé anche le esperienze perturbanti che erano risultate incompatibili e che avevano rotto l'equilibrio di un sistema non più sufficiente rispetto alle esigenze individuali di maturazione. Il ciclo di vita è così una costante



dialettica tra continuità e cambiamento, dove al bisogno di mantenere costante il senso di identità, per continuare a riconoscerci come “noi” si affianca il bisogno di cambiamento, per affrontare da livelli più complessi le nuove esperienze che la maturazione propone. Ma questa dialettica, particolarmente evidente nell’adolescente e sostenuta dalla affermazione e dallo sviluppo del pensiero astratto e delle capacità simboliche individuali, trova riscontro in una parallela dialettica dell’adulto genitore che spesso, proprio in coincidenza con l’adolescenza del figlio, si trova a vivere riarrangiamenti critici del senso di sé ed una rilettura del senso del tempo, con bilanci esistenziali.

Succede così che il figlio, che sperimenta nuove situazioni in una fase di grandi cambiamenti e, quindi, di marcata insicurezza e inesperienza, si “specchia” nel genitore cercando di capire dal suo atteggiamento quanto è adeguato sul versante dell’autonomia e dell’affermazione dei suoi punti di vista. Viceversa, anche il genitore si trova a specchiarsi nel figlio, cercando di cogliere, dietro i suoi cambiamenti, quanto il figlio risponda a quel modello ideale che il genitore si prefiggeva di promuovere. Nascono così incomprensioni e disagio, che danno luogo ad una sorta di “telenovela”, fatta di liti che seguono un canovaccio comune e ripetitivo (situazioni che le provocano; chi inizia; come va avanti la disputa; come viene interrotta e da chi); in questo canovaccio, quando le emozioni attivanti diventano “pericolose” in quanto non integrabili nel senso di sé e, quindi, marcatamente destabilizzanti, succede sempre qualcosa che tronca la discussione, facendola riprendere daccapo in un nuovo episodio, come se non fosse successo nulla prima.

Così, durante l’infanzia il pensiero concreto consente al bambino di regolare il rapporto con gli adulti attraverso l’espressione – a volte l’iperespressione – o, al contrario, l’inibizione delle sue emozioni (fa i capricci, il debole o il seduttivo con una figura percepita come incerta, insicura, ambigua, risintonizzandola su di sé ed ottenendo in questo modo l’accudimento; ma cambia atteggiamento se al posto di “quell’adulto” ce n’è un altro più sicuro e meno “disponibile” a mutare punto di vista); in altri termini, il bambino opera una sorta di “compartimentalizzazione” nell’*hic et nunc*, nel qui ed ora, dell’espressione del suo mondo interno rispetto agli altri, nell’ambito di un mondo che è comunque percepito come unico (“*universo*”).

L’adolescente, al contrario, con l’emergere del pensiero astratto si trova a doversi decentrare dal mondo abituale e dai suoi riferimenti; scopre il relativo e inizia a porsi il problema di doversi orientare, ormai, in un “*multiverso*” – per dirlo con Maturana (1997) – interrogandosi quindi di fronte agli strumenti

che ha per scegliere. Spesso cerca di superare il disagio, derivante da questa “solitudine” interiore, attraverso il confronto con i suoi simili, i coetanei, quelli percepiti, appunto, come dei “pari”.

D'altra parte, proprio la discrepanza avvertita tra desiderio e realtà può complicare, come si è detto, i rapporti con la famiglia di origine, nella quale a volte si cerca più un supporto che una comunicazione affettiva, resa difficile dal reciproco “specchiarsi” di genitori e figli, che vedono nell'altro più una fonte di conferme/disconferme piuttosto che un individuo unico e irripetibile, con una storia personale, delle trame narrative proprie e un modo di percepire e riferirsi l'esperienza assolutamente unico e originale.

Lo scoprirsi soggetto – protagonista del costruirsi la propria storia e del riferire a sé l'esperienza – complica la vita all'adolescente (“che effetto mi fa essere me stesso?”), il quale non si accontenta più di assimilare in modo lineare ciò che gli viene dalla famiglia e, in senso lato, dagli altri (scuola inclusa). Come ha osservato Guidano (1992), aumenta dunque la complessità della coscienza individuale. Nella costante tensione tra bisogno di continuità e bisogno di cambiamento, all'interno del medesimo senso di continuità e unicità di una esperienza immediata vengono colte più possibili sfaccettature, che richiedono di essere scelte e riordinate avviando ulteriori sviluppi e articolazioni del senso di sé.

Essere nel mondo, fare esperienza, diviene conoscenza nella misura in cui l'adolescente riordina l'esperienza fatta rendendosela consistente, assimilabile cioè nella sua coerenza interna e riferibile a sé in modo unitario, nonostante la novità percepita all'interno di quella stessa esperienza e nonostante la trasformazione e l'aggiornamento del senso di sé che tale esperienza comporta. Così, se il bambino di fronte ad un'esperienza negativa esprime direttamente una sua attivazione emotiva – ad esempio di rabbia – l'adolescente deve poter articolare l'attivazione di rabbia nell'ambito del senso di autostima che si sta costruendo.

Dunque l'adolescente è un soggetto in trasformazione, in costante e complesso rapporto dialettico con l'ambiente. E, dato che anche l'ambiente è composto da soggetti in rapporto dialettico con lui, il senso di normalità o di disagio, di benessere o di malessere, deriva dalle modalità soggettive – espressione del dispiegamento dei processi ideoaffectivi ricavati dalle relazioni di attaccamento – attraverso le quali viene ordinata la molteplicità e la variabilità delle perturbazioni ambientali in modo che sia possibile convalidare o meno la peculiare esperienza del vivere che ci si attribuisce, sotto forma di identità personale.

Del resto, proprio il fatto che l'esperienza umana sia intrinsecamente relazionale e, quindi, interazionale, fa sì che, come osservava Guidano (1988), l'adolescente colga quanto sia importante il fatto che il senso di sé è irriducibilmente legato all'esser parte della consapevolezza degli altri (*"convalidazione sociale dell'identità"*), in un continuum tra il "sentirsi se stessi da come ci si sente di essere" e il "sentirsi se stessi in rapporto a ciò che gli altri ci fanno cogliere di noi". Lungo questa direttrice relazionale tra messa a fuoco interna e messa a fuoco esterna – tra una prevalente attenzione al mondo interno ed una prevalente attenzione al mondo esterno come fonte primaria dell'idea di sé e, quindi, base sulla quale costruire i rapporti con gli altri – si strutturano e si definiscono i processi di costruzione della personalità e, quindi, di un peculiare significato personale (Nardi, 2001).

La complessità che deriva dalle periodiche – talora critiche – articolazioni del sé nel ciclo di vita fanno sì che, come ha osservato Françoise Truffaut (1989), *"nel corso della nostra vita noi diventiamo tante persone differenti ed è proprio questo a rendere così strani i libri di memorie. Una persona, l'ultima, si sforza di unificare tutti i personaggi precedenti"*. In altri termini, abbiamo bisogno di continuare a percepirci noi stessi nonostante i cambiamenti e le trasformazioni sperimentate nel ciclo di vita. E, nella costante dialettica tra l'esperire e lo spiegare, tra il fare esperienza in maniera globale e scarsamente consapevole e l'utilizzare l'esperienza in corso per costruire una coerenza personale, esistono dei *pattern di autoinganno* che limitano la "pericolosità" delle esperienze perturbanti. Viviamo e condividiamo un mondo oggettivo senza renderci conto che lo vediamo da un punto di vista irriducibilmente soggettivo. In questa soggettività entra, come dicevano gli antichi, "in medias res" l'adolescente. Dalla sua capacità di articolare il senso di sé in livelli crescenti di complessità deriva il fatto che le crisi fisiologiche che incontra abbiano sviluppi crescenti, costruttivi e progettualmente percorribili sul piano adattivo (*"viabili"* secondo Maturana) o, viceversa, attivino instabilità crescenti, spesso intrecciate con parallele perturbazioni familiari, da cui non si vedono vie di uscita ma solo nocivi, intrusivi e disadattivi pseudo sensi di colpa (scivolamenti dal proprio punto di vista a quello dell'altro).

## NORMALITÀ E PATOLOGIA

Per valutare in chiave adattiva i percorsi esperienziali che ciascun adolescente intraprende, occorre tenere presente che normalità e patologia sono collocate lungo un continuum, senza evidenti discontinuità tra una

condizione e l'altra; esse vanno intese come differenti dimensioni nel livello di elaborazione e di integrazione della coerenza interna in rapporto alla organizzazione di significato personale di un individuo.

Il passaggio da condizioni di normalità ad altre indicate come condizioni di nevrosi e di psicosi, dipende pertanto dalla crescente perturbazione della coerenza interna e dell'immagine di sé e del mondo.

Questo passaggio, svolgendosi lungo un continuum, può essere anche, ovviamente, reversibile ed 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.

Sulla base di quanto si è detto, rispetto alla normalità, i quadri di nevrosi e, soprattutto, di psicosi si caratterizzano per una compromissione quantitativamente crescente dei parametri sopra ricordati, con minori capacità di flessibilità e di generatività, con un rapporto concretezza/astrazione sempre più alto – con conseguente lettura fortemente concreta dell'esperienza – e con una marcata compromissione della capacità di autointegrazione personale (quest'ultima evidente soprattutto nelle psicosi).

Nelle psicosi, inoltre, si osserva anche una marcata compromissione della "*sequenzializzazione temporale*", cioè della capacità di costruire e di mantenere un ordine cronologico tematico e strutturale, con conseguente disfunzione della trama narrativa.

Ogni organizzazione di significato personale, che si viene delineando nel corso dell'adolescenza, presenta delle sue specifiche vulnerabilità, cioè degli aspetti critici nei suoi processi di assimilazione e ordinamento dell'esperienza e di mantenimento della coerenza interna. Come è noto, con tale dizione ("*Personal Meaning Organization*", P.M.O.) Vittorio Guidano ha indicato la peculiare modalità soggettiva di organizzare stabilmente l'esperienza soggettiva, intendendo quindi lo "*specifico assemblaggio dei processi ideofettivi 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*" (1988).

D'altra parte, la "vulnerabilità" individuale è tale se la si considera dal punto di vista dello scompensamento clinico, mentre rappresenta una "sensibilità", cioè – ed è l'altra faccia della medaglia – una risorsa potente e positiva, naturalmente e fisiologicamente presente nel repertorio individuale. L'approccio clinico deve quindi muovere dalla individuazione dell'organizzazione di significato personale del soggetto che presenta un determinato scompensamento, i cui sintomi vanno letti alla luce delle caratteristiche proprie di quella specifica organizzazione.

## ADATTAMENTO E DISADATTAMENTO

Il sintomo, nell'ottica cognitiva post-razionalista sistemico processuale, rappresenta un tentativo di cambiamento non riuscito (non "viabile") sul piano dell'*adattamento* individuale.

Si tratta di una situazione in cui non è più possibile un'assimilazione coerente dell'esperienza, almeno utilizzando il livello di consapevolezza disponibile al momento.

Inizia così un periodo metastabile di turbolenza, di crisi, dal quale il soggetto può uscire positivamente solo ampliando le sue capacità di assimilare e riordinare l'esperienza.

Ogni scompensamento critico – e, più in generale, ogni fluttuazione dell'esperienza – è correlato, più che a specifici eventi esterni, come se si potesse "oggettivamente" definirne la gravità e la significatività, a come soggettivamente l'individuo percepisce e attribuisce un valore a questa esperienza, cercando di integrarla nel senso di sé.

Il fatto che un adolescente percepisca un evento come discrepante – elaborazione che è generalmente tacita, non consapevole – è quindi intimamente legato alla organizzazione di un significato personale, e ciò spiega la molteplicità dei significati che può assumere una crisi e la diversità degli esiti che ne possono derivare.

Attraverso i simboli, gli adolescenti costruiscono un senso stabile di sé e dei propri ruoli sociali. L'immagine di sé, il cosiddetto "look" (e già per gli antichi sumeri e accadi conoscere era un vedere-sapere: dal loro vocabolo "se'u" derivano l'inglese "see" e il tedesco "sehen"), non rappresenta un aspetto puramente estetico e decorativo, ma qualcosa che è funzionale all'identità, esprimendo il modo di essere che si sceglie, le regole del gruppo sociale cui si appartiene, la posizione e il ruolo rivestiti all'interno del gruppo.

L'immagine di sé consente agli adolescenti di conoscersi e ri-conoscersi,

all'interno della propria generazione (i “*pari*” età) e rispetto a quella dei minori di età (i “*non ancóra*” adolescenti) e a quella degli adulti (i “*non più*” adolescenti; Cesari, 1990, 1994), venendo in questo modo a integrare l'immagine corporea.

Senza esserne consapevoli, utilizzano capacità cerebrali maturate nel corso dello sviluppo che sono le stesse che hanno verosimilmente consentito, ai nostri remoti progenitori provenienti dall'Africa, di soppiantare gradualmente i Neandertaliani europei (certamente più robusti fisicamente e dalle capacità mentali più aderenti al concreto, ma meno dotati nelle funzioni immaginative e simboliche). I nostri antenati, capaci di pensiero innovativo e divergente, erano infatti in grado di attribuire valori emozionali agli oggetti e alle situazioni e di porre in relazione il proprio stato d'animo a ciò che li circondava (Arsuaga, 2001).

Questa attenzione per i propri simili, che si dispiega attraverso i processi di attaccamento, cercando di capire l'altro e di prevederne il comportamento, può provocare numerosi problemi agli adolescenti, riferibili ad errori valutativi: ad esempio, quello di attribuire all'altro il proprio punto di vista e le proprie aspettative e motivazioni, come se esistesse sempre e comunque una simmetria di reciprocità che le possa rendere comunque condivisibili; oppure, ricavare acriticamente dagli altri il proprio valore, come se essi fossero dei punti di riferimento “oggettivi” e al di sopra delle parti, in grado quindi di poter conferire o meno all'adolescente una sorta di “diploma di maturità” (Nardi, 1995; 2001).

D'altra parte, questa attenzione verso gli altri consente, se percorsa con modalità adattive, di maturare sotto il profilo ideo-affettivo e motivazionale, passando dalla affettività dipendente, possessiva e unilaterale dell'infanzia a forme di affettività mature, dialettiche e propositive, attente alle esigenze del mondo interno dell'altro quanto a quelle del proprio.

## BIBLIOGRAFIA

- 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.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): Adolescenza e Trasgressione. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.
- Cesari G.: Adolescenti e Adulti (introduzione di B. Nardi). Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona. Ancona, 1994.
- 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).
- Fromm E.: The Art of Loving, 1956 (Ed. it.: L'Arte di Amare. Mondadori, Milano, 1986).
- 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, 1991. (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Le Doux J.: Il Sé Sinaptico. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Malebranche N. de: De la Recherche de la Verité. Pralard, Paris, 1678-1679.
- Maturana H.: Autocoscienza e Realtà. Cortina, Milano, 1997.
- Nardi B.: L'identità nell'adolescente. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.), Scoprire l'Adolescenza. IRS 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.
- Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): Scoprire l'Adolescenza. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.
- Truffaut F.: Autoritratto, Einaudi, Torino, 1989.
- Ungaretti G.: Vita di un Uomo, 1914-1960. Apocalissi (1950). Mondadori, Lo Specchio.

Giovanni Santone, Maria Teresa Sardella, Carla Piccinini,  
Giovanna Monterubbiano, Rita Roccheggiani, Alberto Vito, Gabriele Borsetti

## DISORGANIZZAZIONE ADOLESCENZIALE E PATOLOGIE RELAZIONALI

*Eccomi qui, vecchio in mese arido,  
mentre un ragazzo mi legge, aspettando la pioggia.*  
T.S. Eliot, *Gerontion*

*Durante quella notte egli [Giacobbe] si alzò, prese le  
due mogli, le due schiave, i suoi undici figli e passò  
il guado dello Iabbok. Li prese, fece loro passare  
il torrente e fece passare anche tutti i suoi averi.  
Giacobbe rimase solo e un uomo lottò con lui fino allo  
spuntare dell'aurora.*

*Genesi 32,23-25*

### INTRODUZIONE

Una recente ricerca condotta nella regione Marche (Santone et al., 2003a), focalizzata sull'erogazione di psicoterapia relazionale nell'ambito di strutture pubbliche, ha evidenziato come la fase con figli adolescenti rappresenti quella per cui viene riferita con maggior frequenza l'insorgenza di problemi che portano alla psicoterapia.

La transizione adolescenziale si caratterizza infatti per la sua criticità (Nardi, 2001), relativa non solo a profonde e tumultuose modificazioni somatiche, ma anche ad evoluzioni cognitive. Queste risiedono principalmente nell'emergere del pensiero astratto e della coscienza dell'acquisizione nella vita di una direzionalità verso il futuro, con la naturale conseguenza della consapevolezza della irreversibilità della propria storia e del progressivo sviluppo di una progettualità esistenziale. La capacità di riflettere sull'esistenza secondo nuove modalità, più complesse e integrative, rende l'adolescente consapevole della presenza, nella sua mente, di *pattern* conflittuali, tra quelli che Harter et al. (1997) chiamano differenti Sé adattivi, legati a ruoli specifici all'interno di determinati rapporti e contesti sociali. Solo con la progressiva accettazione di questi diversi ruoli, e con la ricerca di modi per risolvere eventuali conflitti all'interno delle relazioni con genitori e compagni, diventa possibile un'integrazione nel tempo di stati del Sé differenti, attraverso processi che sono fondamentali per la creazione di un Sé unitario e coerente, necessario



per il raggiungimento di un benessere psicologico (Siegel, 2001).

Da un punto di vista relazionale, la fase della famiglia con figlio adolescente presenta elementi di particolare vulnerabilità per il mantenimento e lo sviluppo di un assetto funzionale al benessere dei componenti della famiglia stessa. Ciò a causa di mutamenti rapidi e profondi a livello fisiologico, psichico e di definizione socio-relazionale, ed anche perché la coppia coniugale-genitoriale deve saper affrontare una profonda riorganizzazione sia individuale che relazionale, affrontando tematiche quali i cambiamenti della sfera biologico-sessuale, il progressivo separarsi dalle funzioni di protezione e controllo dei figli, la prospettiva di essere vicini ad una fase di vita meno vivace rispetto alle altre. Si verificano parallelamente il ribaltamento delle funzioni di accudimento espresse verso i rispettivi genitori ormai anziani e le frequenti elaborazioni degli eventuali lutti per la loro perdita, ed il ristrutturarsi della coppia coniugale a fronte delle diminuite richieste dei figli sul fronte genitoriale. Ne deriva un profondo senso di cambiamento, che porta gli individui a confrontarsi con il proprio sistema di valori, frutto di una stratificazione che discende dalle esperienze personali, al cui interno un particolare rilievo assumono quelle che si sono verificate nelle famiglie di origine, le quali possono essersi reificate in forma di mandati transgenerazionali.

Il processo evolutivo dell'adolescente deve quindi integrare complessi aspetti individuali e relazionali e, al pari di ogni altro spostamento su diversi livelli adattativi, non può leggersi al di fuori dei contesti emotivi di appartenenza. Nel caso specifico, un ruolo centrale è assunto dalla famiglia la quale deve affrontare uno stress particolarmente intenso per la profondità delle ristrutturazioni richieste dopo essere stata, fino a quel momento, principale punto di riferimento per l'individuo ormai adolescente.

## ADOLESCENZA E CICLO DI VITA FAMILIARE

Il ciclo di vita della famiglia si è affermato da lungo tempo quale modello interpretativo per i compiti evolutivi di questo sistema, e per gli stress adattativi cui esso va incontro nel suo normale sviluppo (Simon et al., 1985). Esso viene concettualmente caratterizzato da fasi successive di sviluppo, di cui le più importanti sono scandite dall'ingresso o dall'uscita di individui dal sistema familiare (McGoldrick e Carter, 1988). Nel caso specifico della famiglia con figlio (o figli) adolescente, il processo emotivo funzionale al corretto superamento di tale fase del ciclo vitale è caratterizzato dalla

ridefinizione dei confini familiari, al fine di rendere possibile una progressiva autonomia fisica, economica, emotiva e psicologica del figlio stesso. L'uomo è, tra le specie animali, quello che diventa autonomo in tempi più lunghi. Quando poi si è reso indipendente dal punto di vista della sopravvivenza fisica e materiale, non è detto che sia autonomo in senso psicologico, che sia cioè in grado di individuare le proprie risorse, riconoscere i propri bisogni, integrando in maniera originale le prescrizioni, i divieti e le direttive di coloro che si sono presi cura della sua formazione. Affermare e valorizzare la propria individualità è un compito difficile, e può risultare ancora più arduo esprimerla una volta identificata.

L'impegno affettivo insito nello specifico compito evolutivo porta l'adolescente a ritirare parzialmente la propria attenzione dal mondo familiare, ponendosi in posizione egocentrica, mentre elabora modelli di lettura della realtà (con quanto comportano a livello di consapevolezza personale) che sente tanto più propri quanto più si differenziano, sino ad opporsi, ai modelli della famiglia di origine (Nicolò-Corigliano, 1991). Durante l'adolescenza, il rafforzamento dell'identità si realizza sostanzialmente utilizzando due stili fondamentali ed opposti. Il primo consiste nell'imitazione di un modello di riferimento che si prova a ripetere. Il secondo, invece, prevede la ribellione nei confronti dei modelli preesistenti. In tal modo, l'identità si definisce provando a fare ciò che è disapprovato dalle figure adulte di riferimento. Ogni individuo, anche secondo i modelli familiari e culturali a cui appartiene, deve trovare la propria sintesi tra queste due polarità di funzionamento.

In questo processo l'incontro con il gruppo dei pari, se da un lato rinforza la spinta centrifuga dell'adolescente, così come i comportamenti oppositivi, dall'altro consente di mettere alla prova la visione di se stessi, fornendo un contesto in cui risulti tollerabile la confusione che deriva dallo sviluppo di una storia personale che non si percepisce come compiuta (Haber, 1995). Il bisogno di sentirsi parte di un gruppo potrà in seguito attenuarsi: stare con gli amici continuerà ad essere un'esperienza gratificante ma non più così indispensabile. L'adulto è capace, o dovrebbe esserlo, di stare anche da solo, in compagnia di se stesso. L'adolescente no, e non ama farlo. Se ciò avviene, si tratta di un atteggiamento che dovrebbe essere fatto oggetto di un'attenta valutazione da parte degli adulti.

L'adolescenza appare dunque come una fase di rapida trasformazione, prevedibile ma non programmabile. Essa infatti sfugge ad ogni possibilità di controllo nel suo verificarsi, in quanto processo che scaturisce dall'incontro/scontro fra le modificazioni fisiologiche dell'adolescente (con l'insorgenza di

pulsioni inedite), gli schemi organizzativi ed affettivi adottati dalla famiglia e la particolare configurazione sociale in cui questa è inserita, configurazione in grado di modellare tempi e modalità dell'incontro fra l'adolescente ed il gruppo dei suoi pari. Si può affermare che, mentre è possibile determinare l'insorgere dell'adolescenza da un punto di vista *fisiologico*, non è possibile (almeno nella cultura occidentale) stabilirne a livello *sociale* l'inizio ed il termine (Quinn et al., 1985).

Poiché l'adolescenza si caratterizza proprio in rapporto alla disponibilità di uno spazio affettivo esterno alla famiglia, occorre che il sottosistema genitoriale, sino ad allora principale punto di riferimento emotivo e sociale per l'adolescente, accetti, tolleri e rielabori il coinvolgimento del figlio nel sistema dei pari. Nel contempo le modificazioni corporee ed il nuovo ruolo sociale dell'adolescente ne sottolineano l'aspetto di individuo in crescita, che reclama il ruolo di interlocutore attivo, la cui vita appare però ancora come una storia da scrivere, un canovaccio da riempire (Dickerson e Zimmerman, 1992).

Consegue per la famiglia un vissuto di indefinitezza, e il carattere di indeterminatezza di questa fase del ciclo vitale non solo nella durata, ma anche nel valore sociale, e negli obiettivi raggiungibili, è accentuato dall'assenza nella nostra cultura di riti sociali di passaggio fra adolescenza ed età adulta (Haley, 1976; Kobak e Waters, 1984). Ciò comporta il rischio della confusione relativamente alla direzione che il processo di crescita deve assumere, così come del fallimento della ricontrattazione del nuovo sistema di diritti e doveri che deve caratterizzare i rapporti fra genitori e figli (Quinn et al., 1985).

La famiglia, inoltre, si trova anche a dover ridefinire regole di funzionamento attraverso processi impliciti (di risposta alle aspettative inconsapevoli dei vari membri) ed espliciti (per la definizione di regole che permettano l'autonomizzazione dell'adolescente secondo tempi e modi accettabili per tutti), all'interno di una dimensione temporale che discende dalle storie familiari della coppia genitoriale, con la trasmissione di miti, ovvero di convinzioni a forte valenza affettiva che influenzano profondamente le modalità secondo cui l'individuo (o l'intero sistema familiare) percepisce, interpreta e risponde ad esperienze cruciali della vita (Papp e Inver-Black, 1996).

L'investimento che ciò comporta implica la necessità affettiva di assegnare ai comportamenti nuovi, a cui ognuno viene chiamato, significati che devono rivestire carattere di temporaneità, e per i quali è necessaria una verifica

man mano che va avanti il processo di crescita. Disfunzionalità e disagio cominciano laddove vengono a mancare il senso della temporaneità e la capacità di tollerare la tensione evolutiva. I membri del sistema si connotano rigidamente, e si riduce criticamente una genuina lealtà intrafamiliare, secondo un processo che può trovare l'innescò non solo nel rapporto fra genitori e figlio, ma anche fra i genitori stessi. In particolare questi ultimi possono agire in maniera sconnessa, rispondendo a mandati che discendono dalle proprie storie individuali e familiari. Il figlio non viene percepito (ed apprezzato) per ciò che realmente è, e le relazioni vengono distorte dalla presenza di fantasmi di eventi del passato, in particolare delle relazioni vissute all'interno delle proprie famiglie di origine (Andolfi e Angelo, 1991).

Da parte sua, l'adolescente può trovarsi bloccato nel sistema dei pari, adottando uno stile di vita rigidamente oppositivo, con il coinvolgimento assoluto nel gruppo. Questo non assolve il ruolo di supporto nella sperimentazione di risposte personali ad un progetto di vita, pur iniziale ed imperfetto, ma fornisce sostegno emotivo a condotte che nella costanza della trasgressione delineano un quadro di devianza, con la grave compromissione di ogni possibilità di confronto con il mondo degli adulti, di assunzione di responsabilità nell'affermazione dei propri progetti e di adeguato investimento in questi ultimi (Baldascini, 1995).

## AFFRONTARE L'ADOLESCENZA: RISORSE FAMILIARI E SOCIALI

Numerosi studi si sono rivolti all'identificazione dei fattori che rivestono un carattere protettivo rispetto allo stress rappresentato dall'ingresso dei figli nella fase adolescenziale (Olsson, 2003), i quali concorrono a definire le caratteristiche complessivamente indicate come *resilienza*<sup>1</sup> del sistema. Emerge un quadro articolato che vede coinvolte per l'adolescente caratteristiche costituzionali, capacità di integrazione sociale, livello intellettivo, capacità comunicative, caratteristiche personologiche, caratteristiche delle relazioni familiari, livello socio-economico, esperienze scolastiche e supporto sociale.

La letteratura orientata in senso più specificamente relazionale (Walsh, 2003) sottolinea per la resilienza la dimensione temporale-evolutiva transgenerazionale (con riferimento alla capacità di gestire stress che emergono nel momento in cui la famiglia si trova a fronteggiare fasi del ciclo vitale che si sono rivelate traumatiche per la generazione precedente), così

---

<sup>1</sup> **Resilienza:** capacità di un materiale di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi (Da: Lo Zingarelli, Vocabolario della Lingua Italiana, Dodicesima Edizione. A cura di M Dogliotti e L Rosiello. Zanichelli, Bologna, 1997).

come il livello attuale (con la possibilità di sperimentare relazioni di cura e coinvolgimento reciproci).

Al di là dello stereotipo di conflittualità intrafamiliare come costante della fase del ciclo vitale adolescenziale, in quanto un'assenza di conflittualità può rivelare un'incapacità a far fronte alle modifiche evolutive in atto, alcuni studi evidenziano che genitori e figli possono fornire relativamente alla qualità della vita intrafamiliare giudizi ampiamente sovrapponibili. Questi appaiono più significativamente influenzati dall'atmosfera emotiva e dalla sensazione di rivestire un ruolo definito, riconosciuto ed efficace, rispetto a caratteristiche "oggettive" come livello socio-economico, livello di istruzione e numerosità dei componenti la famiglia (Benson et al., 1995; Ransom e Fisher, 1995). Bartle-Haring e Gavazzi (1996) hanno evidenziato come adolescenti e coppia genitoriale esprimano giudizi convergenti circa la qualità dei rapporti emotivi, in termini di tolleranza verso l'intimità e verso la distanza. Inoltre, la presenza di confini emotivi definiti fra figlie femmine e genitori si è dimostrata in grado di favorire la possibilità per le figlie stesse di intraprendere con soddisfazione la carriera lavorativa, così come di instaurare significative relazioni sentimentali e di amicizia (Fullinwider-Bush e Jacobvitz, 1993).

Uno strumento straordinariamente utile di interpretazione dei processi familiari è costituito dai riti, intesi nella accezione più ampia, che include sia celebrazioni altamente strutturate che condotte quotidiane (si va così dalla partecipazione ai matrimoni ai saluti rientrando a casa). I riti presentano un aspetto simbolico, condiviso attraverso le generazioni ed in grado di rafforzare il senso di appartenenza, ed un aspetto attuativo (chi fa cosa e quando per porre in atto i riti). In un campione di adolescenti sani, valutato insieme ai genitori (Fiese, 1992), si è visto che questi ultimi giudicavano la vita della famiglia maggiormente scandita dai riti, attribuendovi più rilevante importanza emotiva. Per gli adolescenti il livello di autostima, la presenza di un sufficientemente chiaro senso di identità, la sensazione di essere accettati e di poter esprimere validi sentimenti correlavano positivamente con la capacità della famiglia nel suo complesso di attribuire significati simbolici ai riti, ma non con le modalità di organizzazione nella attuazione dei riti stessi. Emerge quindi, come prevedibile, la contestazione adolescenziale delle regole strutturali interne alla famiglia, ma parallelamente si evidenzia il ruolo protettivo verso la possibilità di individuazione esercitato dalla opportunità di accedere ad esperienze emotivamente significative, condivise con la famiglia sia nucleare che allargata. Un valido senso di appartenenza costituisce il

terreno di partenza che dà la sicurezza che consente di iniziare l'esplorazione di territori nuovi ed ignoti.

Inoltre, accanto alla qualità della vita emotiva familiare, la presenza di atteggiamenti condivisi verso la necessità della presenza di estesi rapporti sociali si presenta come una caratteristica in grado di promuovere efficacemente la sensazione di benessere psicologico dei componenti la famiglia, offrendo all'adolescente maggior libertà emotiva per l'esplorazione di realtà esterne, e proteggendolo da meccanismi di triangolazione intrafamiliare (Benson et al., 1995).

Si riafferma quindi che il corretto sviluppo individuale deriva da un buon equilibrio fra il senso di appartenenza e quello di differenziazione (Canevaro, 2003). L'individuo deve poter sperimentare all'interno della famiglia innumerevoli interazioni, emotivamente intense e significative, che forniscano un senso alla propria storia ed alla propria identità. Deve però verificarsi allo stesso tempo la possibilità per l'individuo di differenziare la propria storia da quella della famiglia di appartenenza, anche mettendo a punto proprie modalità di espressione simbolica. In conclusione, l'ampliamento del campo di azione sociale, ed il desiderio di autonomia dell'adolescente non sono in opposizione con la presenza di intense relazioni familiari (Liddle e Schwartz, 2002).

## STORIE CHE SI INTERSECANO

Ogni nuova famiglia si fonda sulla storia, sulle relazioni interne delle famiglie da cui provengono i coniugi. Questi portano con sé esigenze affettive maturate nella propria famiglia di origine, le quali influenzano la vita del nuovo nucleo attraverso la trasmissione di miti, di modalità relazionali che possono rivelarsi disfunzionali, di mandati transgenerazionali che implicano la necessità di riparare ingiustizie o insufficienze (Canevaro, 1994; Boszormenyi-Nagy et al., 1995). Qualora tali processi transgenerazionali si rivelino troppo rigidi, risulta minata la possibilità di esprimere una sana lealtà intrafamiliare, ovvero la possibilità di offrire un supporto affettivo genuino. Inoltre, la famiglia condizionata da nodi affettivi non risolti già nella sua fondazione o nei suoi processi transazionali interni, incontra particolari difficoltà nell'affrontare i compiti di supporto al processo esplorativo messo in atto dall'adolescente e, più in generale, le sue manifestazioni di indipendenza.

Sottolineando la necessità che la famiglia affianchi l'adolescente nel suo impegno esplorativo, va ricordato come le esperienze nella famiglia di

origine sono in grado di influire sulla qualità delle relazioni di attaccamento attuali (Byng-Hall, 1995; Doane e Diamond, 1995). In particolare, un vissuto positivo relativamente alla propria infanzia e la capacità di rendersi conto delle motivazioni altrui sono alla base della capacità per l'adulto di sviluppare adeguate risposte di attaccamento intrafamiliari (Werner-Wilson e Davenport, 2003).

L'attaccamento può essere considerato un processo che coinvolge tutta la famiglia. Ogni relazione diadica, al fine di affrontare le situazioni di instabilità cui necessariamente va incontro nel corso della sua storia, deve coinvolgere un terzo soggetto per raggiungere una stabilizzazione, pur temporanea (la triade si configura così come l'unità emotiva essenziale: Donley, 1993). Inoltre, valide relazioni intrafamiliari si basano sulla sensazione condivisa da parte di tutti i suoi membri circa la valenza e le modalità di espressione dell'attaccamento stesso (Hill, 2003). Ciò porta a poter affermare che la funzionalità o meno dell'ambiente familiare discende più dal complesso delle relazioni di attaccamento interne al sistema, che da una singola relazione (Liddle e Schwartz, 2002).

## DISORGANIZZAZIONE ADOLESCENZIALE E PATOLOGIE RELAZIONALI

Intendiamo qui sviluppare quanto evidenziato in un precedente lavoro (Santone et al., 2003b), focalizzando le nostre osservazioni e riflessioni su quadri disfunzionali osservati in famiglie con uno o più figli adolescenti, consapevoli che la mappa non è il territorio (Bateson 1984), e che la nostra descrizione non può quindi che delineare un modello incompleto della complessa realtà familiare.

Più specificamente, nel lavoro in questione sottolineavamo la presenza di una designazione dell'adolescente da parte della coppia genitoriale, pur in assenza di tratti individuali francamente patologici, accanto ad una incapacità dell'adolescente di inserirsi nel gruppo dei pari in una maniera incondizionata (anche se disfunzionale). Abbiamo creduto di poter definire il processo osservato come *adolescenza disorganizzata*, in quanto la perdita di punti di riferimento per l'adolescente porta alla perdita della direzionalità della trama il cui scopo è quello di condurre ad un più elevato livello organizzativo, che vede il suo ingresso nel mondo degli adulti. Per *adolescenza disorganizzata* non intendiamo la tipica e normale disorganizzazione dell'adolescente, ma una connotazione riferita all'intero sistema di relazioni significative che si

congela in una angosciante *confusione di significati* in cui non risulta più possibile identificare chi fa che cosa, quando lo fa e perché lo fa.

Si verifica in questi casi una confusione del sistema rispetto alle proprie possibilità evolutive, per l'emergere di fantasmi evocati dal timore largamente inconsapevole, in almeno uno dei genitori, della delusione di aspettative o della ripetizione di storie dolorose già verificate nelle loro famiglie di origine. La coppia genitoriale si pone quindi come anello debole del processo di transizione, posta com'è a livello di congiunzione fra due generazioni (quella dei nonni e quella dei figli), a completare quel sistema trigenerazionale che più autori indicano come unità elementare da cui scaturiscono, nel fluire del tempo, patologie anche gravi, integrando concettualmente su un piano evolutivo il quadro trasversale patologico della triangolazione (Andolfi e Angelo, 1991; Canevaro, 2003).

La famiglia può essere pervasa da un senso di indefinitezza di quanto sta accadendo, anche per la notevole carenza di miti (intesi come sintesi di significati) tramandabili e tramandati, e di riti riconosciuti nel loro valore strutturante ed affettivo. Tale contesto spiega l'insorgere di emozioni spesso violente ma scarsamente direzionate, che frequentemente possono esitare nella patologia individuale di un membro della famiglia o che più spesso portano ad una sofferenza diffusa dell'intero sistema familiare, con livelli di stress intollerabili.

Partendo dall'ipotesi, formulata in base a quanto osservato nel nostro lavoro, di una debolezza del sottosistema genitoriale come componente essenziale nella genesi del quadro delineato, l'intervento terapeutico deve primariamente essere mirato ad aiutare la coppia a superare le difficoltà che si frappongono ad un assolvimento soddisfacente del suo ruolo nella specifica fase del ciclo di vita, anche con lo scopo di prepararsi adeguatamente alla ridefinizione dei rapporti che si verificherà una volta che sarà avviato verso il compimento l'auspicato processo di individuazione dell'adolescente. Tali difficoltà possono essere identificate essenzialmente nel superamento di timori di ripetizione di traumi intrafamiliari, di incapacità di assolvere al ruolo genitoriale in maniera soddisfacente per il figlio (il desiderio di impersonare il genitore amico e/o educatore perfetto), così come del vissuto di necessità di portare a termine istanze riparative verso il figlio (soprattutto per aver maturato convinzioni di fallimento in epoche precedenti per inadeguatezze relative a compiti di protezione) e di controllo verso l'altro coniuge, visto come inadeguato ad apportare alcunché di positivo per la crescita del figlio, o addirittura pericoloso.



In questo percorso terapeutico vanno privilegiati gli incontri di coppia, tesi a ricostruire un sottosistema genitoriale in grado di fornire una valida base per le esplorazioni dell'adolescente, aiutando la coppia stessa a riscoprire (o scoprire) un sistema di significati, anche minimo, condiviso da entrambi i soggetti, ed a stabilirne un ordine di priorità che comprenda il figlio adolescente. E' opportuno che quest'ultimo partecipi periodicamente a sedute allargate a tutta la famiglia, durante le quali abbiamo sperimentato l'efficacia di mettere a punto riti concordati, basati su significati condivisi, da attuare fra le sedute stesse, allo scopo di reinserire l'adolescente in un sistema familiare che ricomincia a configurare una propria identità più definita basata su elementi riconoscibili da tutti i membri del sistema, favorendo lo sviluppo di un senso di appartenenza ed una attribuzione di valore personale, essenziali per la ripresa di una efficace esplorazione emotiva e sociale.

Il terapeuta non può in questo ruolo, ovviamente, ritenersi e porsi come una figura sovraordinata alla famiglia, ma deve conservare durante tutto il processo la consapevolezza delle determinanti interiori che orientano il suo operare (Framo, 1991; Canevaro, 1994), così come dovrà sfuggire alla tentazione di farsi portatore di normatività sociale (Vito, 2003) o di valori appartenenti al proprio sistema di riferimento, utilizzando anche per questo rischio sempre presente le potenzialità di ri-orientamento e ri-elaborazione che il *setting* sistemico/relazionale offre.

La possibilità che il processo terapeutico coincida con la ripresa di un processo evolutivo può essere potenziata dalla assunzione da parte del terapeuta di una posizione empatica verso le esperienze affettive individuali, ma anche verso la fase che tutti i membri della famiglia stanno affrontando. In questo modo si potranno genuinamente sottolineare le possibilità di contrattazione flessibile fra posizioni estreme, affinché ognuno possa posizionarsi su un nuovo e più maturo equilibrio all'interno del sistema familiare. Occorre lasciarsi ospitare ed ospitare la famiglia, promuovendo e sostenendo ogni movimento, pur apparentemente marginale, che consenta infine anche l'uscita senza traumi del terapeuta dal sistema costituito con la famiglia, sperimentando la nuova solidità acquisita e la caduta degli elementi di confusione.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nella nostra realtà di spettatori/attori di processi familiari, abbiamo conosciuto famiglie che hanno saputo esprimere risorse e potenzialità sorprendenti, che nemmeno sospettavano di possedere e che noi altrettanto

non sospettavamo di poter catalizzare, e per tali ragioni ci è sembrato importante, in questo breve contributo, che non pretende di essere esaustivo della complessità dell'universo dell'adolescenza, non focalizzarci su aspetti di incompetenza educativa ed emotiva dei genitori, o su forme psicopatologiche specifiche.

Crediamo sia invece più utile sottolineare una posizione di realismo e di fiducia verso la possibilità che, proprio nella fase del ciclo vitale del figlio adolescente, anche in presenza di sofferenze o blocchi evolutivi, siano presenti nell'intera famiglia altissime energie e potenzialità. Esse, una volta riorientate per accadimenti fortuiti, o attraverso un lavoro terapeutico nelle situazioni più complesse, possano velocemente far transitare la famiglia verso un livello di miglior integrazione ed evoluzione del sistema di relazioni che consenta la ripresa di un processo di maturazione reciprocamente alimentato.

Ogni generazione può trovare in sé le capacità di adattamento per fronteggiare le nuove sollecitazioni e le nuove esigenze che gli inevitabili cambiamenti del vivere in relazione comportano. La dimensione temporale-evolutiva deve essere sempre presente ai partecipanti al sistema terapeutico. Burbatti e Castoldi (1998) riportano quanto scritto da Conrad: "Si va avanti. E il tempo, anche lui va avanti; finché dinanzi si scorge una linea d'ombra che ci avvisa che anche la regione della prima giovinezza deve essere lasciata indietro" (J. Conrad: *La linea d'ombra*). E gli stessi autori ricordano che: "La regione che Conrad chiama 'della prima giovinezza' raffigura bene l'adolescenza. E' l'età dei sogni e delle illusioni. [...] Al limite di questa regione c'è un passaggio obbligato, che aspetta al varco ciascun individuo: quella linea d'ombra che separa la fase della dipendenza dall'adulto e quella dell'autonomia".

L'adolescenza apporta uno spiccato dinamismo vitale, con la percezione di massima apertura e potenzialità verso le infinite possibilità che la vita propone, ma anche da una condizione di incompiutezza, cui sopperiscono gli slanci, l'idealismo, i valori assoluti dell'adolescente. L'età adulta è invece caratterizzata dai vincoli pratici, dalla realizzazione di un segmento finito delle possibilità fra quelle offerte dalla vita. Conseguono una scommessa ed un impegno per gli adulti. La scommessa è nel trovare un equilibrio fra lo slancio idealistico dell'adolescente e la concretezza dell'adulto. L'impegno risiede nel non trasformare l'adolescenza in una compagna per i rimpianti di una precoce aridità senile, ma nel guardare con fiducia ai passaggi ed alle sfide che essa comporta.

## BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., Angelo C.: Tre generazioni in terapia. In: Malagoli Togliatti M., Telfener U. (Eds.), Dall'Individuo al Sistema. Manuale di Psicopatologia Relazionale. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Baldascini L.: L'adolescente tra dipendenze e patologie. *Terapia Familiare*, 47,19-34, 1995.
- Bartle-Haring S., Gavazzi S.M.: Multiple views on family data: the sample case of adolescent, maternal, and paternal perspectives on family differentiation levels. *Family Process*, 35, 457-472, 1996.
- Bateson G.: Verso un'Ecologia della Mente. Adelphi, Milano, 1984.
- Benson M.J., Curtner-Smith M.E., Collins W.A., Keith T.Z.: The structure of family perceptions among adolescents and their parents: individual satisfaction factors and family system factors. *Family Process*, 34, 323-336, 1995.
- Boszormenyi-Nagy I., Grunebaum J., Ulrich D.: Terapia contestuale. In: Gurman A.S., Kniskern D.P. (Eds.), Manuale di Terapia della Famiglia. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Burbatti G., Castoldi I.: Il Pianeta degli Adolescenti. Mondadori, Milano, 1998.
- Byng-Hall J.: Creating a secure family base: implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, 34, 45-58, 1995.
- Canevaro A.: La terapia familiare trigerazionale. In: Onnis L., Galluzzo W. (Eds.), La Terapia Familiare e i suoi Contesti. Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.
- Canevaro A.: La psicoterapia per le famiglie del nuovo secolo. In: Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona (Ed.), Terapia Familiare: Attualità e Possibilità. Atti del Seminario Regionale "Disagio Familiare e Terapia della Famiglia: quale Risposta dai Servizi Pubblici?" (Ancona, 30 novembre 2002) ed altri contributi. Quaderni dell'Azienda Sanitaria Locale 7, Ancona, 2003.
- Doane J.A., Diamond D.: Affetti e Attaccamento nella Famiglia. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Dickerson V.C., Zimmerman J.: Families with adolescents: escaping problems lifestyles. *Family Process*, 31, 341-353, 1992.
- Donley M.G.: Attachment and the emotional unit. *Family Process*, 32, 3-20, 1993.
- Fiese B.H.: Dimensions of family rituals across two generations: relation to adolescent identity. *Family Process*, 31, 151-162, 1992.
- Framo J.: La domanda che non ha mai avuto risposta: "Papà, che cosa siamo noi l'uno per l'altro?". *Terapia Familiare*, 35, 7-10, 1991.
- Fullinwider-Bush N., Jacobvitz D.: The transition to young adulthood: generational boundary dissolution and female identity development. *Family Process*, 32, 87-103, 1993.
- Haber R.: "Con un piccolo aiuto da parte dei miei amici". Gli amici come risorsa nella consulenza. In: Andolfi A., Haber R. (Eds.), La Consulenza in Terapia Familiare. Raffaello Cortina, Milano, 1995.

Harter S., Bresnick S., Bouchey H.A., Whitsell N.R.: The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9, 853-854, 1997.

Hill J., Fonagy P., Safier E., Sargent J.: The ecology of attachment in family. *Family Process*, 42, 205-221, 2003.

Kobak R.R., Waters D.B.: Family therapy as a rite of passage: play's the thing. *Family Process*, 23, 89-100, 1984.

Liddle H.A., Schwartz S.J.: Attachment and family therapy: clinical utility of adolescent-family attachment research. *Family Process*, 41, 455-476, 2002.

McGoldrick M., Carter E.A.: Il ciclo di vita della famiglia. In: Walsh F. (Ed.), *Stili di Funzionamento Familiare*. Franco Angeli, Milano, 1988.

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nicolò-Corigliano A., Ferraris L.: Famiglia e adolescenza. In: Malagoli Togliatti M., Telfener U. (Eds.), *Dall'Individuo al Sistema. Manuale di Psicopatologia Relazionale*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.

Olsson C.A., Bond L., Burns J.M., Vella-Brodrick D.A., Sawyer S.M.: Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11, 2003.

Papp P., Imber-Black E.: Family themes: transmission and transformation. *Family Process*, 35, 5-20, 1996.

Quinn W.H., Newfield N.A., Protinsky H.O.: Rites of passage in families with adolescents *Family Process*, 24, 101-111, 1985.

Ransom D.C., Fisher L.: An empirically derived typology of families: II. Relationships with adolescent health. *Family Process*, 34, 183-197, 1995.

Santone G., Piccinini C., Sardella M.T., Roccheggiani R., Monterubbiano G., Vito A., Borsetti G.: La psicoterapia familiare nelle Marche: risultati di un'indagine. In: Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona (Ed.), *Terapia Familiare: Attualità e Possibilità. Atti del Seminario Regionale "Disagio Familiare e Terapia della Famiglia: quale Risposta dai Servizi Pubblici?"* (Ancona, 30 novembre 2002) ed altri contributi. Quaderni dell'Azienda Sanitaria Locale 7, Ancona, 2003a.

Santone G., Piccinini C., Sardella M.T., Roccheggiani R., Monterubbiano G., Vito A., Borsetti G.: Riflessioni per un intervento sistemico nei disturbi di personalità. In: Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona (Ed.), *Terapia Familiare: Attualità e Possibilità. Atti del Seminario Regionale "Disagio Familiare e Terapia della Famiglia: quale Risposta dai Servizi Pubblici?"* (Ancona, 30 novembre 2002) ed altri contributi. Quaderni dell'Azienda Sanitaria Locale 7, Ancona, 2003b.

Siegel D.J.: *La Mente Relazionale. Neurobiologia dell'Esperienza Interpersonale*. Raffaello Cortina, Milano, 2001.

Simon F.B., Stierlin H., Wynne L.C.: Family life cycle. In: Simon F.B., Stierlin H., Wynne L.C. (Eds.), *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Sourcebook*. Family Process Press, New York, 1985.

Vito A: La psicoterapia familiare nei servizi pubblici. In: Equipe Interaziendale di Psicoterapia Familiare di Ancona (Ed.), *Terapia Familiare: Attualità e Possibilità. Atti del Seminario Regionale "Disagio Familiare e Terapia della Famiglia: quale Risposta dai Servizi Pubblici?"* (Ancona, 30 novembre 2002) ed altri contributi. Quaderni dell'Azienda Sanitaria Locale 7, Ancona, 2003.

Walsh F.: Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18, 2003.

Werner-Wilson R.J., Davenport B.R.: Distinguishing between conceptualization of attachment: clinical implications in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 25, 179-193, 2003.

## I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I disturbi alimentari psicogeni (cioè, non secondari ad una causa organica), definiti comunemente “*disturbi del comportamento alimentare*” (DCA), si possono manifestare nell’ambito delle seguenti forme: a) anoressia; b) bulimia; c) obesità.

ANORESSIA (dal greco “*an-*” privativo e “*orexis*”= appetito).

Esprime un atteggiamento attivo di sfida, con ipercontrollo dei propri impulsi (anche quelli di base, come la fame), con iperattività competitiva e con tendenza a mettere a rischio progressivamente la vita; in passato è stato osservabile qualcosa di solo in parte relativamente simile, come in alcuni casi di “*ascesi mistiche*”. Il controllo della fame consente inoltre di avere l’impressione di tenere in pugno genitori percepiti come intrusivi, onnipotenti e ipercompetenti, mantenendo a oltranza una immagine positiva di sé attraverso tale capacità. L’anoressia consegue ad una insufficiente introduzione di alimenti, ad una loro eccessiva eliminazione, attraverso il vomito autoindotto, la diuresi, l’assunzione di farmaci o ad un aumentato consumo dei principi nutritivi (da iperattività fisica). Si è pertanto soliti distinguere forme caratterizzate da una restrizione alimentare (“*restricting type*” secondo il DSM-IV) e forme con abbuffate bulimiche associate a vomito autoindotto e a purghe (“*binge eating-purging type*”). La conseguenza è in ogni caso una riduzione della massa e del peso corporeo (“*magrezza*”) di almeno il 15% rispetto ai valori propri dell’età, della statura e del sesso. L’anoressia mentale si riscontra in circa 1 adolescente su 200, con una netta prevalenza femminile (20-10: 1) ed è tipica dei Paesi industrializzati e non di quelli in via di sviluppo. L’esordio di solito avviene tra i 13 e i 20 anni. La paura di ingrassare persiste anche con il progredire del dimagrimento e come si è detto esprime, prima che un disturbo della condotta alimentare, una profonda alterazione dell’identità personale, manifestata sia nel rapporto con il proprio corpo e con la propria sessualità, sia nelle relazioni con le figure significative. L’eccessiva magrezza, spesso dissimulata sotto abiti abbondanti, non riduce

di solito l'attività del soggetto che, viceversa, è in genere molto ricco di iniziative e non lascia trasparire preoccupazioni per il proprio deperimento. Anzi, anche le attività quotidiane più semplici possono divenire occasione per consumare calorie e spesso vengono ricercate le modalità più intense per compierle. Il decorso può avere un andamento progressivo o può presentare recidive e remissioni. Con il progredire dell'anoressia possono comparire alterazioni a carico del sistema neuroendocrino (ridotta secrezione ipofisaria di gonadotropine e conseguente amenorrea nel sesso femminile; affievolimento dei caratteri sessuali secondari; diminuzione globale dell'adattamento psico-fisico all'ambiente da disfunzione dell'ipotalamo, dell'ipofisi e delle strutture endocrine periferiche), del sistema cardio-circolatorio (bradicardia, ipotensione arteriosa, ipotermia, alterazioni emato-chimiche, ecc.), dell'apparato cutaneo e dei suoi annessi (cute secca e screpolata, comparsa di lanugine, caduta dei capelli o alopecia, ecc.). Segnali d'allarme sono costituiti dalla comparsa di squilibri elettrolitici, dall'incremento della creatinemia, da alterazioni cardiache (bradicardia marcata, allungamento dell'intervallo Q-T all'ECG), dalla ipotermia, dall'immunodepressione. Il decorso evolve in circa il 40% dei casi verso la guarigione, in circa il 30% verso un miglioramento parziale, in circa il 30% verso la cronicizzazione; in alcuni casi le complicazioni fisiche sopra riportate o l'insorgenza di malattie intercorrenti possono portare ad un esito infausto.

BULIMIA (dal greco “*bus*”= bue e “*limòs*”= fame).

E' una condotta alimentare episodica, caratterizzata dalla tendenza ad ingerire oltre misura qualsiasi cibo sotto forma di *abbuffate*, di solito in maniera improvvisa, imprevedibile, indiscriminata e irrefrenabile. Questi eccessi alimentari sono spesso seguiti da vomito autoindotto. Le crisi bulimiche, scatenate da situazioni stressanti, sono caratterizzate da ansia, tristezza, rabbia, senso di frustrazione; sotto il profilo biologico comportano l'attivazione dei sistemi dopaminergici, che inducono i comportamenti alimentari e masticatori, ed endorfinergici, che stimolano l'ingestione di cibo, a spese di quelli serotoninergici, che stimolano il senso di sazietà. L'abbuffata costituisce un comportamento impulsivo simile ad un automatismo, come se non si riuscisse a vincere il bisogno di ingurgitare cibo. Il soggetto si abbuffa in genere quando è solo, lontano dai pasti abituali – durante i quali mangia spesso pochissimo o solo cose rigorosamente “pesate” in termini di calorie – non riuscendo a trovare soddisfazione e ad essere gratificato da altre forme di

riconoscimento esterno. La perdita di controllo bulimica sul comportamento alimentare si riscontra in soggetti nella grande maggioranza di sesso femminile con persistente preoccupazione per il proprio aspetto fisico e con marcato timore di diventare grassi; raramente comporta obesità, in quanto tende ad associarsi a comportamenti compensatori volti a prevenire l'aumento di peso (vomito autoindotto, iperattività fisica, ecc.). Rispetto all'anoressia, cui può comunque associarsi, la bulimia conduce meno facilmente ad uno scadimento fisico marcato, sebbene possano insorgere precocemente in modo subdolo squilibri elettrolitici ed alcalosi respiratoria connessi con il vomito; inoltre nei soggetti bulimici è più evidente la tendenza all'impulsività, che va gestita per evitare comportamenti improvvisi e pericolosi. Il decorso di solito è cronico ma occorre gestire con attenzione gli eventuali squilibri biochimici sopra riportati.

## OBESITÀ

Consiste in un aumento del peso corporeo, per un incremento del tessuto adiposo costituito mediamente dal 75% di lipidi e dal 25% di massa magra – che si accumula a causa di una quantità di calorie ingerite in eccesso rispetto alle necessità dell'organismo e, comunque, quando il peso corporeo supera del 20% quello medio previsto per fascia di età, sesso e statura. Se l'eccesso ponderale è compreso tra 10% e 20% si parla di sovrappeso, tra 20% e 40% di forme lievi, tra 40% e 100% di forme moderate, sopra il 100% di forme gravi. Anche l'obesità prevale nel sesso femminile. Sotto il profilo clinico, l'obesità tende progressivamente a modificare la forma del corpo, compromette l'efficienza fisica ed incrementa la sudorazione e la comparsa di smagliature cutanee; il sovrappeso favorisce l'insorgenza di un valgismo delle ginocchia (a "X"); l'accumulo di adipe determina adipomastia (nei maschi) e ginecomastia (nelle femmine), nonché apparente riduzione dei genitali maschili. Si possono infine associare disturbi endocrini e disturbi cardio-circolatori che accrescono i problemi psicologici di base. Le modalità di assunzione del cibo sono piuttosto variabili: molti soggetti sembrano non riconoscere un punto di sazietà in cui arrestarsi; altri presentano accessi bulimici di tipo compulsivo, con irrefrenabile assunzione di qualunque alimento si trovi a portata di mano, specie dopo una delusione o prima di affrontare un esame, una prova, un problema di fronte al quale ci si sente in difficoltà e tendenzialmente perdenti; altri si iperalimentano quando restano soli, o approfittano dell'assenza dei familiari; altri vanno invece alla ricerca



di abbuffate con cibi di cui sono ghiotti, consumati spesso in compagnia di soggetti con abitudini analoghe; altri infine tendono ad alternare periodi anoressici con periodi bulimici (nel corso delle 24 ore, spesso le abbuffate ricorrono la sera o la notte).

#### BIBLIOGRAFIA

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

## **IL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DA UN' IPOTESI ESPLICATIVA ALLA CONCRETEZZA DELL'INTERVENTO NEL TERRITORIO**

### PREMESSA

Nei Paesi occidentali, compresa l'Italia, per ogni 100 ragazze d'età 12 – 25 anni, 8 – 10 soffrono di qualche disturbo della condotta alimentare; di esse 1 o 2 di A.N. e di B.M., le altre di forme più lievi o transitorie.

Le forme che si manifestano in età prepuberale e puberale hanno una prognosi più seria; aumentano le forme associate a disturbi di personalità e le forme croniche (anche per il fenomeno “shopping terapeutico”) e stanno aumentando i maschi affetti da DCA.

I DCA hanno mostrato un'incidenza crescente nel mondo occidentale dagli anni '60 ad oggi, mentre continuano ad essere rari nei Paesi del 3° e 4° mondo.

Quella dei DCA è forse l'area psicopatologica in cui più è stata evidenziata, dibattuta e approfondita la relazione con il contesto sociale e culturale. Esiste una enorme mole di studi in proposito. Un approccio suggestivo, quello che vi proponiamo, è quello di V. Guidano, che vede nella società post-modernista il contesto ideale per la costruzione di una peculiare organizzazione di significato personale (indicata come DAP, termine giudicato infelice e fuorviante dallo stesso Guidano), oggi in consistente aumento, nelle cui modalità di scompensazione s'inscrivono i DCA.

Caratteristiche dell'attuale post-modernismo sono: la lettura di sé sull'esterno; il confronto e la competitività sempre più duri ed inevitabili; le aspettative massimali sul singolo; l'enfasi sull'apparenza, sull'immagine.

La personalità alla base dei DCA è lo specchio di questa società, attraverso l'impronta che essa lascia nelle relazioni affettive, educative, sociali.

L'identità si plasma su elementi esterni, gli altri vengono usati come specchi.

Vediamo, sempre nell'ottica sistemico processuale, alcune caratteristiche della famiglia, i patterns d'attaccamento familiare. Qui prevale l'ambiguità a livello generale (facciata di perfezione, tensioni sotterranee), a livello della

discrepanza tra livello verbale e non verbale (encomio verbale, disprezzo non verbale; affettività “parlata”, ma non “agita”). Si tratta di famiglie invischiate, con scarsa distinzione tra i singoli membri; spesso famiglie allargate perché i genitori sono a loro volta invischiati con i propri.

Il figlio è l’occasione per corrispondere al ruolo di genitore “perfetto”. L’alimentazione è una delle prime ed essenziali modalità con cui il neonato inizia a costruire un senso di sé, attraverso la sintonia e la reciprocità tra i propri bisogni e ritmi e la risposta del care giver. Il ripetersi e la prevedibilità della sintonia contribuisce a stabilizzare gli schemi sensoriali, immaginativi, emotivi.

Un disturbo precoce della sintonizzazione dei ritmi di base, in particolare di quello alimentare, può comportare una difficoltà a riconoscersi stati enterocettivi (fame, sazietà) e quindi percettivi in genere ed emotivi, ed un orientarsi verso “criteri” esterni per confermare un senso di sé altrimenti precario.

Per cui dopo le primissime difficoltà, per es. nell’allattamento, diventano bambini perfetti che non danno problemi.

L’atteggiamento educativo dei genitori poi orienta il bambino su criteri esterni a lui, sulla forma e criteri degli altri.

Si anticipano le emozioni che il bambino deve provare; se ne esprimono altre; si ridefiniscono comunque nel modo voluto.

Nella fase in cui non c’è ancora una buona demarcazione fra interno ed esterno, ciò ostacola il bambino nel riconoscere ciò che sente; pensa di poterlo sapere solo attraverso gli altri; non serve tanto guardarsi dentro, quanto guardare gli altri per conoscersi. Ciò comporta scarsa definizione delle emozioni specie quelle primarie, basiche come paura, rabbia, gioia che sono vaghe e fluttuanti; più definite le emozioni sociali o cognitive come imbarazzo, vergogna, colpa.

La ridefinizione genitoriale non riguarda solo l’interpretazione dei fatti, ma talvolta addirittura la percezione.

Verso i 3 anni il bambino si stabilizza con una figura di riferimento nella misura in cui aderisce a ciò che questa figura si aspetta e nel riconoscimento che dà “sono come tu mi vuoi”. Le aspettative di tale figura di riferimento (e del contesto familiare) sono in genere massimali: bambini perfetti, bravi a scuola; è spesso una perfezione di facciata, con dietro la paura di essere un bluff.

La ricerca di approvazione diventa una modalità estesa di orientarsi verso la compiacenza e la soddisfazione delle altrui aspettative per mantenere un

senso di sé sufficientemente stabile e coerente. Ciò comporta il peso di sentirsi sempre sotto esame, e sotto l'incubo del confronto (non essere le prime, non essere le migliori, le più belle e le più magre).

La crisi adolescenziale da una parte richiede al soggetto nuove competenze, autonomia, individuazione non più rinviabile, dall'altra può rappresentare il momento in cui l'immagine della figura stabilizzatrice entra in crisi. Ciò avviene sia per l'emergere adolescenziale della relativizzazione delle figure genitoriali, sia per eventi concreti (a volte seri, a volte no), la delusione, il cambiamento d'immagine forte, non per uno svincolo, ma per un grave squilibrio interno.

In questa fase s'inseriscono poi momenti di verifica e confronto molto temuti: esami, esperienze sentimentali. Senza la figura stabilizzatrice, la strategia per consolidare il senso di sé deve essere riorganizzata. Il senso di sé è quanto mai vago e fluttuante, senso d'incapacità e incompetenza personale, ma l'immagine di sé è, al contrario, sempre massimale: in ogni situazione si deve cercare il risultato massimo (che è poi il minimo per partecipare).

Ecco allora che controllare il cibo, il proprio corpo e le sue esigenze (di fronte alla sensazione di un fuori incontrollabile e di un dentro confuso e/o vuoto) può restituire un senso di competenza, di demarcazione dalle richieste altrui. Il sintomo ricompatta il sé: per quanto riconosciuto, a volte, come dannoso, irrazionale, non viene abbandonato.

Il sintomo inoltre s'inscrive in una strategia relazionale di "messa alla prova" dell'altro, di ottenere l'esposizione dell'altro, con minima esposizione propria; è una richiesta di rimanere in relazione, ma nello stesso tempo di demarcarsi, di non essere invasa.

Dopo questa breve premessa d'inquadramento teorico ad un'ipotesi esplicativa dei DCA, vorremo proporvi due aspetti dell'approccio possibile a questi disturbi: l'approccio preventivo e l'approccio più propriamente clinico.

## APPROCCIO PREVENTIVO

Grandi sono le difficoltà teoriche e pratiche nella definizione e nella operatività della prevenzione nell'ambito della salute mentale. Le sue possibilità e i suoi limiti si muovono, semplificando, tra i due poli dell'*utopia* (una società buona che genera felicità e riduce l'infelicità) e del *tecnicismo* (prevenzione come appannaggio dei professionisti della salute).

A noi è chiaro che non possiamo fare prevenzione da soli, ma che tipo di

prevenzione?

Se parlare di prevenzione primaria è sempre arduo, nel caso della prevenzione dei DCA lo è ancora di più: anzi è in certo senso paradossale, per quanto detto in precedenza sui DCA come patologia post-modernista per eccellenza. Fare prevenzione primaria in questa nostra società e cultura significherebbe capovolgere aspetti fondanti e fondamentali. Ne consegue che i fattori di rischio, intesi nel senso di una tendenza a produrre personalità predisponenti, sono inevitabili. Non è ovviamente inevitabile ammalarsi. Come potrebbe orientarsi una prevenzione primaria?

Ricordiamo le classificazioni di Gordon (1983):

- *Prevenzione universale*: rivolta a tutta la popolazione. Servono le campagne informative? I 7 studi prospettici, 2 sono risultati dannosi, gli altri inutili.
- *Prevenzione selettiva*: rivolta a gruppi a rischio, ma anche rivolta ad individuare fattori protettivi (concetto di *resilience* vs vulnerabilità).
- *Prevenzione indicata*: va ad intervenire sui disturbi sottosoglia o prodromi delle patologie conclamate, ovvero sull'interfaccia disagio/disturbo; è chiaro il labile confine con la diagnosi precoce, altrimenti detta prevenzione secondaria.

E' a questo livello che intravediamo le maggiori possibilità d'intervento, coinvolgendo i medici di famiglia in un'attenzione e tensione preventiva a largo raggio. Infatti, il nostro lavoro sui DCA s'inscrive (oltre che in un progetto aziendale e in un interesse personale al problema) in un più generale e antico percorso di collaborazione e integrazione con la Medicina Generale sui temi della prevenzione, intesa soprattutto come prevenzione indicata/diagnosi precoce.

Infatti dalla fine degli anni '90, si è strutturata ( in modo anche formalizzato con un gruppo di coordinamento stabile ratificato dalla AUSL 8) una collaborazione sempre più stretta tra Salute Mentale e Medicina Generale.

Finalità, competenze discusse e condivise sono: l'osservazione ed il monitoraggio dello stato di salute della popolazione della nostra zona (sono state prodotte due ricerche che hanno coinvolto un numero altissimo di MMG), il miglioramento della comunicazione e della collaborazione esistente fra UFSM e MG (pieghevoli, manifesti, schede...), la scelta di strategie preventive a breve e a lungo periodo (DCA, disturbi cognitivi e dell'umore nell'anziano), formazione ed aggiornamento ( seminari, tre convegni sui temi di prevenzione e salute mentale).

Nel caso dei DCA avevamo constatato (e sempre più l'esperienza e la letteratura ci confermano) che un DCA trattato precocemente, circa entro 6 mesi dal manifestarsi dei primi segni, è in certo senso "un'altra malattia" rispetto alla rigidità sintomatologica, all'evoluzione, alla prognosi.

Pur immaginando un'organizzazione di personalità già delineata e comune nei soggetti con DCA, in età adolescenziale le possibilità d'evoluzione sono ancora enormi, sia nel senso di forme armoniche e articolate, sia verso forme povere, concrete, sintomatiche.

All'inizio il sintomo è un abbozzo di strategia, un tentativo; solo con il tempo e le esperienze ricorsive legate al suo perdurare diventa un modo stabile di tenere assieme un'identità precaria.

Se s'imbocca un percorso unicamente medicalizzato e farmacologizzato, la lettura organica, la soluzione "esterna" aumentano la difficoltà, già notevole, di leggere dentro di sé le emozioni e stati d'animo, aumentando il senso d'impotenza e ridicolizzando l'unica strategia d'opposizione possibile. E' importante, invece, favorire fin dall'inizio un'internalizzazione del problema e una contestualizzazione; considerare il sintomo espressione di un'area emotiva scarsamente riconosciuta ed elaborata; favorire così una narrazione più elastica e ricca.

Se il disturbo si protrae a lungo, aumenta il senso d'incapacità e incompetenza, il senso di un fallimento senza fine (bulimiche, obese); l'irrigidimento, l'impoverimento delle capacità di astrarre, l'aumento delle concretezze possono giungere al disturbo dell'integrazione stessa del sé, con caratteristiche d'elaborazione psicotica.

Il protrarsi del disturbo ha poi effetti devastanti sulla famiglia, le cui dinamiche si sclerotizzano in circoli viziosi che mantengono disconferme e ostacolano la differenziazione emotiva dei presenti.

La comprensione precoce del significato del disturbo all'interno delle relazioni familiari e nel processo di sviluppo dell'identità è essenziale, perché dopo anni di tentativi, delusioni, colpevolizzazioni incrociate è ben difficile sollecitare flessibilità, disponibilità, speranza.

## APPROCCIO CLINICO

Una volta sottolineata l'importanza di affrontare precocemente i disturbi della condotta alimentare, ed una possibile strategia perché i casi arrivino all'équipe terapeutica precocemente, passiamo ad illustrare brevemente che percorso terapeutico è possibile.

Il riferimento teorico è il costruttivismo post-razionalista, che è alla base del nostro lavoro con pazienti e famiglie anche se non sempre, e non comunque, si può parlare di vere psicoterapie strutturate.

Il nostro lavoro è volto più alla comprensione delle soggettività che alla interpretazioni del disturbo o alla motivazione a cambiare un comportamento.

Si cerca di ri-orientare subito le pazienti (e la famiglia) verso il proprio contesto emozionale e gli eventi della vita, soprattutto recenti.

Non si centra l'intervento nella gestione diretta del comportamento alimentare, non si cerca di correggere comportamenti. Rieducazione nutrizionale, quando è necessaria, e controllo dei parametri organici sono demandati rispettivamente alla dietista e al MMG.

Il lavoro di individuazione precoce ci porta a lavorare molto con pazienti giovani, al di sotto dei 20 anni; per cui di norma coinvolgiamo anche la famiglia; riteniamo utile separare gli spazi terapeutici: un terapeuta per il paziente, un altro per i genitori. Ciò risponde sia al bisogno di riservatezza dell'adolescente, di non essere invaso e di demarcarsi dai familiari, sia al bisogno dei familiari di comprendere ed essere capiti.

### *Pazienti*

Ci sembra utile cercare di comprendere il sintomo in particolare da due angoli visuali:

1. come un mezzo volto al mantenimento di uno stato di relazione con altri significativi (genitori, partner);
2. come un mezzo volto a “demarcarsi”, a darsi un senso di competenza personale, di consistenza; mezzo volto a liberarsi da emozioni confuse, poco riconosciute ed elaborate, che presentano grandi oscillazioni a seconda dei diversi contesti.

Se tali modalità si stabilizzano in meccanismi rigidi di regolazione interna e di relazione affettiva e sociale, si ha la cronicizzazione e l'intervento è difficile.

In una fase precoce di “fluidità” è più semplice:

- lavorare sulle relazioni significative, che tipicamente attraversano una fase di cambiamento (delusione data da un genitore; eventi familiari quali lutti,

- separazioni, ecc.; distacco emotivo; richieste maggiori al paziente) con
- a. strumenti per capire cosa succede;
  - b. riarrangiamento emotivo-affettivo su basi più articolate e mature (rilettura delle figure di riferimento, relativizzazione, comprensione delle loro “modalità di funzionamento”, capacità d’esprimere i propri bisogni);
- lavorare sulla messa a fuoco degli stati emotivi interni (con l’autoosservazione e la tecnica della moviola), in particolare le emozioni primarie (paura, rabbia, gioia) che sono in questi pazienti sfocate, al contrario delle emozioni autocoscienti e autoriflessive (vergogna, colpa).

### *Famiglie*

Quando arrivano i genitori all’esordio di un DCA spesso, ancora, per fortuna, prevalgono gli interrogativi quali: Cosa succede? Perché succede? E’ colpa nostra?

E poi una serie di frasi tipiche, che chiunque lavori in questo ambito avrà sentito molte volte: “Non gli facciamo mancare nulla”, “Facciamo tutto per lei (o lui)”, “Era una così brava bambina: non si sentiva”, “Mai capricci: faceva scegliere a me i regali”, “Non siamo madre e figlia, siamo amiche”, “E’ cambiata, non la riconosco più”, “Così intelligente, come fa a rovinarsi così?”. E ancora “Non me lo sarei mai aspettato”, “Mi fa schifo”.

E’ molto importante evitare qualsiasi atteggiamento giudicante o di colpevolizzazione e costruire un’alleanza, sottolineando che loro hanno comunque il ruolo principale nella “guarigione”, anche se non hanno determinato la “malattia” o il “disturbo”.

E’ importante sottolineare il significato “comunicativo” del sintomo; “vi sta dicendo qualcosa”, qualcosa d’importante: vuole continuare, pur nel cambiamento, ad essere in relazione con voi. Non vi sta odiando, rifiutando, mettendo a terra; sta cercando conferme, supporto, affetto.

Si parte dalle frasi prima ricordate, che possono suonare scontate, a volte irritanti: è importante invece accogliere per cominciare a lavorare da esse: articularle, contestualizzarle, sceneggiarle (Cosa vuol dire? Me lo spiega meglio? Un fatto che glielo ha fatto pensare? Me lo racconta?).

A partire da questo primo materiale, emergono subito temi fondamentali, che abbiamo così schematizzato (anche se è chiaro che sono intrecciati fra loro):

- *Delusione*: i genitori si sentono delusi rispetto ad aspettative massimali, dove



il “massimo” non è punto d’arrivo, frutto di sforzo e impegno, traguardo di un percorso; il massimo è visto come punto di partenza, come “minimo” per partecipare. Rispetto ad una non corrispondenza alle aspettative massimali, i rischi sono la ridefinizione del figlio o come una nullità o come molto malato (quindi non può essere “super”, se non fosse malato allora sì!); la seconda possibilità è ancora più pericolosa (mantenimento e cronicizzazione del disturbo).

- *Squalifica*: ogni tentativo di pensiero autonomo, ogni scelta non in sintonia con i genitori sono criticate. Spesso ciò avviene in modo apparentemente morbido, non necessariamente in modo pesante; anzi spesso non c’è consapevolezza della squalifica perché non c’è scontro aperto; invasività e squalifiche emergono molto bene nel racconto d’episodi di vita quotidiana.
- *“Trasparenza” dei pazienti*: cioè incapacità da parte dei genitori ad accorgersi dei loro bisogni emotivi. I pazienti stessi parlano in questi termini: dicono di sentirsi trasparenti, dicono “non esisto per loro”. Questo in chiaro contrasto con la sovrabbondanza di beni materiali, di motorini, vestiti e telefonini che i genitori tanto valorizzano come prove della loro buona volontà di soddisfare i desideri dei figli. Riorientare i genitori verso aspetti meno esteriori, verso il mondo emotivo, alla ricerca di un difficile equilibrio tra attenzione/invasione da una parte, rispetto dell’autonomia/disinteresse e/o eccessiva responsabilizzazione dall’altro.

## CONCLUSIONI

Vi presentiamo infine i dati (vedi Tab.1) che si riferiscono alle nostre attività del 2002 al di là dell’elemento quantitativo grezzo, non trascurabile per un bacino d’utenza di ca. 49.000 abitanti, e con una popolazione piuttosto “vecchia”; vorremo sottolineare alcuni aspetti.

La nostra attività sui DCA in collaborazione con la MG risale al 2000 e quindi oramai ha una “storia” di 3 anni.

Tab. 1. Casi in trattamento nell’anno 2002

SOTTO AI 18 ANNI	SOPRA AI 18 ANNI
N.7 anoressia nervosa	N.5 anoressia nervosa
N.1 D.C.A.subclinico	N.1 D.C.A.subclinico
N.7 bulimia	N.10 bulimia
N.2 binge eating	N.5 binge eating
N.7 disturbo dell’alimentazione dell’infanzia	

La stragrande maggioranza dei 38 casi del 2002 ha un'età inferiore ai 25 anni, il 44% inferiore ai 18 anni; questo a conferma di una presa in carico tempestiva; in altri termini come Servizio non siamo percepiti come ultima spiaggia, non raccogliamo i fallimenti altrui, i casi cronici e/o disperati.

Più precocemente si affronta il problema, più breve è la terapia: per le pazienti più giovani, si conclude entro i due anni; anche se non abbiamo dati precisi, il continuo contatto con il MMG ci permette un informale follow-up che conferma il mantenimento dei risultati ottenuti. Nessun paziente è peggiorato, nessuno è stato ospedalizzato o inviato altrove per impossibilità e/o inutilità del trattamento.

Infine vorremo ribadire il reciproco potenziamento tra il livello preventivo e il livello terapeutico: l'intervento precoce e mirato facilita il lavoro clinico; un lavoro clinico il cui iter è chiaro, che risulta credibile, che ha una buona percentuale di successi, facilita un invio precoce.

## BIBLIOGRAFIA

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

Garner D.M., Gerfuikel P.E.: Handbook of a Treatment for Eating Disorders. Guilford Press, New York, 1997.

Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

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

Piccione R., Grispieni A.: Prevenzione e Salute Mentale. Fondamenti, Pratiche, Prospettive. Carocci, Roma, 1998.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Rezzonico G., Lambruschi F.: La Psicoterapia Cognitiva nel Servizio Pubblico. Franco Angeli, Milano, 1996.

Andrés Moltedo Perfetti

## LE SFIDE PSICOSESSUALI NELL'ADOLESCENZA<sup>1</sup>

*"The road goes ever on and on  
Down from the door where it began,  
Now far ahead the Road has gone,  
And I must follow, if I can,  
Pursuing it with weary feet,  
Until it joins some larger way,  
Where many paths and errands meet,  
And whither then? I cannot say".*

J.R.R. Tolkien

### INTRODUZIONE

Il primo dei periodi critici dell'età adulta è l'adolescenza, nel corso della quale l'emergere del pensiero astratto richiede all'adolescente un grande sforzo: quello di darsi un senso di sé che possa corrispondere alla tappa della vita in cui si trova, stabilizzando in questo modo e ristrutturando il suo significato personale.

Grazie al pensiero astratto, l'intera esperienza individuale e tutte le tonalità emotive – che possiedono una configurazione unitaria – possono organizzarsi in una determinata conoscenza, traducendosi in una percezione di sé e del mondo.

In altre parole, mediante il pensiero astratto e riflessivo si raggiunge una conoscenza in base alla quale la percezione della vita è più comprensiva dell'esperienza immediata, venendo ad assumere una percezione del mondo in una prospettiva temporale. Si ha, in questa maniera, una trasformazione importante da una conoscenza immediata e concreta ad una conoscenza che implica una visione di sviluppo.

Poiché i bambini vivono nell'immediatezza, possono presentare notevoli contraddizioni nell'esperienza immediata del sé, ma sono incapaci di percepirle, a causa del pensiero concreto e delle ridotte capacità di autoinganno.

L'adolescente, al contrario, essendo il suo pensiero dotato di autoreferenza

---

<sup>1</sup> Traduzione dallo spagnolo a cura della Dott.ssa Jessica Gentili.

riflessiva, acquisisce la facoltà di manipolare l'esperienza immediata, per cui ogni volta può dare una certa coerenza alle maggiori esigenze richieste dal complesso mondo occidentale del XXI secolo. Inoltre, nel corso dell'adolescenza inizia una gestione più attiva della propria identità e delle proprie trame narrative, sulle quali adesso si può agire, modificandole, rinegoziando il proprio ruolo e cominciando a costruire la propria storia, alla ricerca di una ipotesi plausibile di vita.

Con la comparsa della coscienza di sé, con la quale ha inizio il processo di individuazione e di autonomia rispetto alle figure di attaccamento, viene favorito il distacco mentale dalla famiglia d'origine, caratteristico dell'adolescenza, che permette di allargare la rete relazionale e di ampliare la capacità individuale di adattarsi a una realtà complessa e imprevedibile.

In una prima fase, ci si può attendere una situazione di disorganizzazione delle conoscenze a causa dell'aumento qualitativo dell'informazione. Gli adolescenti, in questo primo momento, sono capaci di differenziare fra un sé interno – reale, intimo e personale – e un sé esteriore, adeguato ai requisiti sociali. In questa fase, ogni "apertura" all'esterno può essere percepita come una dispersione del sé e una scomparsa nella massa (essere uguale a tutti gli altri), situazione che rende necessaria la ricerca forzata di autonomia, per cui in molti casi possono comparire sentimenti di solitudine. Si osserva pertanto un egocentrismo adolescenziale che può innescare la volontà di differenziarsi mentalmente dagli adulti<sup>2</sup> (i quali, in molti casi, perdono il ruolo di base sicura) e può motivare a relazionarsi più profondamente con i pari, identificandosi con questi e sfuggendo in tal modo alla solitudine. Per questo motivo non è strano che siano tanto rilevanti le mode, l'uso peculiare del linguaggio, la ricerca di luoghi di incontro e l'appartenenza a gruppi specifici (tifoserie, fan club, ecc.), molte volte vissuta in modo estremo, per non lasciare spazio al sempre possibile emergere di un relativismo minaccioso.

In una seconda fase, compare il bisogno di ristrutturare il proprio sé, garantendo quella ampiezza di interpretazione e di comprensione che permette di affrontare le diverse situazioni della vita con l'elasticità di punti di vista alternativi. In questo periodo si può anche ritornare alle criticate e rigettate idee e abitudini della famiglia di origine, che vengono tuttavia accettate in quanto possono essere considerate come un'opzione personale.

---

<sup>2</sup> La continua presenza dei genitori, che nell'infanzia era bene accettata, ora viene percepita come un'invasione della privacy, la quale è necessaria per permettere un'organizzazione di sé basata sulle verifiche personali.

## SESSUALITA' E ADOLESCENZA

Quando si parla di sessualità adolescenziale, ci si imbatte in una serie di problemi specifici. A questo proposito, è utile fare una premessa. Normalmente, gli esseri umani non vivono, sentono e si spiegano gli eventi in una maniera uguale e unica, condivisa da tutti. Allo stesso modo, i rapidi e radicali cambiamenti fisici e cognitivi dell'adolescenza fanno sì che siano difficilmente conformabili i vissuti dei 13, dei 17 o dei 20 anni. D'altra parte, in rapporto a questi cambiamenti, esistono comunque grandi differenze di genere e di ordine socioculturale. E' opportuno tenere presente che l'adolescenza non può essere assimilata ad una fotografia statica di un essere umano, ma, essendo una fase molto dinamica dello sviluppo, essa procede nella direzione di una crescente complessità, attraverso una serie continua di sfide.

La maturità sessuale cambia l'identità del bambino/a in quella di uomo/donna e li motiva a desiderare e a cercare partner sessuali, situazione che comporta sia opportunità che rischi. Il desiderio sessuale è un motivatore fondamentale del comportamento umano ed emerge con grande veemenza nell'adolescenza, periodo nel quale non tutti gli individui sono preparati a riconoscerlo o regolarlo, per cui il desiderio sessuale può essere fonte di grandi conflitti interni ed esterni. A livello intraindividuale, esistono molteplici rischi; tra tali rischi occorre considerare la possibilità di confondere i propri stati emozionali o di restringere, nell'esercizio della sessualità, l'immagine cosciente di sé a ciò che si percepisce dell'esperienza immediata.

Per gran parte degli adolescenti, il fascino personale è un tema di grande importanza, dato che esso è intimamente legato alla percezione di sé – nella propria femminilità o mascolinità – e alla propria “nuova” immagine corporea, situazione che è particolarmente importante nella cultura occidentale, fortemente centrata sulla valutazione delle persone secondo l'esteriorità. È per questo che non deve stupire che i giovani dedichino molto del loro tempo a guardarsi allo specchio, che altri non vogliano apparire nelle foto familiari, oppure che tre giovani su quattro desidererebbero, qualora fosse possibile, di cambiare qualche aspetto del proprio corpo (Lopez, 1992).

Il chiedersi “come mi vedo?” o “come mi vedono gli altri?” implica in sé, in maniera subdola, un “chi sono?”. A questa domanda molte volte si risponde in base a comportamenti che corrispondono esattamente a ruoli stereotipati di genere. Se si riesce ad avvicinarsi allo stereotipo delle aspettative sociali, si può vivere questa fase con sensazioni più positive, rispetto ai soggetti che si

comportano o si vedono in un altro modo.

Nonostante il fatto che negli ultimi 30-40 anni una grande quantità delle antiche e rigide regole sul ruolo sessuale sia andata incontro a notevoli cambiamenti, e nonostante il fatto che gli adolescenti di entrambi i sessi esprimano attualmente un atteggiamento più paritario, molti giovani maschi continuano a vedere la sessualità come un settore nel quale si devono “segnare” punti o conquiste. Al contrario, la maggior parte delle adolescenti concepisce la sessualità come un mezzo per ottenere affetto e intimità. Si produce, quindi, una sorta di paradosso perché, da una parte, l'identità sessuale è un'idea pienamente affermata, per cui gli adolescenti sanno che i ruoli sessuali sono convenzioni culturali non determinate biologicamente; d'altra parte, però, questa maggiore flessibilità concettuale si accompagna ad una accentuazione della differenziazione sessuale e, nonostante il fatto che gli adolescenti sappiano che le differenze sono arbitrarie, compiono spesso sforzi enormi per rafforzarle e accrescerle.

Non è strano quindi che, nella prima fase della adolescenza, gran parte del comportamento sessuale sia motivata più dalle aspettative relative alla ricerca di un comportamento appropriato al genere di appartenenza e dal desiderio di essere accettati dalla maggior parte dei coetanei, piuttosto che da un reale desiderio sessuale. E' per questo che molti desiderano che li si veda passare attraverso i riti eterosessuali completi, o parlano come se il debutto sessuale fosse già avvenuto.

Per alcuni adolescenti il desiderio di avere relazioni sessuali costituisce una fonte di motivazione *“per valutare le proprie capacità, apprendere nuove abilità e iniziare il processo di riorganizzazione adattativa”* (Crittenden, 2001). Quegli stessi desideri in altri adolescenti portano a confondere la soddisfazione sessuale con il benessere emotivo e fisico, per cui realizzano atti sessuali precoci o frequenti, al fine di ridurre l'ansia o di porre fine ai sentimenti d'isolamento della propria infanzia. L'esercizio della sessualità può anche confondersi con l'esercizio del potere (con conseguenti comportamenti di aggressione o di manipolazione).

Dato che in questa fase esiste una relazione molto stretta tra la percezione dell'attrazione fisica e l'accettazione sociale, “essere differente” deve essere evitato a tutti i costi; pertanto, le caratteristiche indesiderate fanno sì che l'adolescente corra il rischio di essere oggetto di prese in giro, di messa in ridicolo o di esclusione (Siegel, 1982).

Nel caso delle ragazze, esse cercano di essere attraenti, assertive, sensibili ed emotive. Lo sviluppo del seno può essere motivo di confronto, sia da parte

delle stesse adolescenti, sia da parte dei maschi, per cui sia un difetto che un eccesso di sviluppo può essere causa di disagio.

Per i maschi l'aspetto fisico è meno importante, non tanto perché ci si aspetta che essi debbano essere "brutti, puzzolenti e pelosi", quanto piuttosto perché la mascolinità tende ad essere meglio "dimostrata" attraverso i successi sportivi, l'uscire trionfanti da avventure o da eventi rischiosi, e dal controllo delle emozioni. Lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie è, inoltre, meno evidente nel sesso maschile, nel quale appaiono prioritari lo sviluppo della muscolatura, la villosità e il timbro della voce. Nonostante ciò, negli adolescenti con uno sviluppo fisico più ritardato è possibile osservare una serie di comportamenti di evitamento.

La trasformazione fisica, che si produce nelle ragazze prima che nei ragazzi, stabilisce una distanza tra i due sessi, che viene percepita come perdita della reciprocità tra gli adolescenti.

Oltre che trovarsi focalizzati sulla propria immagine esteriore, tipicamente i soggetti devono apprendere una serie di aspetti relativi al proprio corpo e a rispondere alle sue nuove necessità, situazione che non sempre risulta facile.

La forma principale attraverso cui gli adolescenti di entrambi i sessi imparano gli aspetti relativi al proprio corpo è costituita dal riconoscimento fisico, che può essere accompagnato dall'uso dello specchio o dall'uso del metro (specialmente negli adolescenti maschi). Non c'è da stupirsi che, dopo questa prima ispezione, inizi un processo di esplorazione fisica, nel corso del quale si sperimentano le sensazioni prodotte da differenti tipi di contatto con parti del corpo diverse, nonché le risposte che queste provocano.

Il passo logico successivo avviene attraverso prove di autostimolazione, attuate per produrre eccitazione sessuale, in modo da scoprire quanto e con quanta rapidità ci si possa eccitare, quanto tempo possa durare l'orgasmo e quali sensazioni esso determini.

Queste attività sono un modo che gli adolescenti utilizzano per conoscersi, ma costituiscono anche una specie di prova per le future relazioni affettive e sessuali. Tali eventi non sono circoscritti soltanto al momento in cui si è soli, ma si realizzano anche con l'altro, che viene baciato, abbracciato e accarezzato, divenendo oggetto di queste attività.

Il bacio e l'abbraccio tendono ad essere le prime manifestazioni di affetto che si producono, principalmente perché nella nostra società non fanno parte esclusivamente del contatto sessuale e soddisfano altre necessità, quali il bisogno d'intimità, di dimostrazione d'affetto e di approvazione. In un secondo momento di solito si giunge alla stimolazione del corpo femminile

attraverso una serie di giochi sessuali, come il petting, che molte volte può essere socialmente accettato come sostituto del coito prematrimoniale e che implica tutta una serie di contatti fisici, che sono realizzati nella maggior parte dei casi deliberatamente, con l'obiettivo di provocare eccitazione sessuale.

Si tratta di comportamenti che rappresentano una sorta di tirocinio relativo alle relazioni affettive e sessuali, così come del resto lo è tutto ciò che è relativo all'intimità e alla relazione. Il processo viene attivato con la messa in pratica delle abilità sociali necessarie per andare alle feste, agli appuntamenti e ad altri eventi, esperienze nelle quali il livello di coinvolgimento emotivo e di intimità sessuale aumenta progressivamente. In questa progressione è auspicabile che si impari a stabilire alcuni limiti, come anche ad esprimere i propri bisogni e a capire ciò che piace o che disgusta, dato che si tratta di una fase sperimentale nella quale l'adolescente non solo esplora la propria idoneità di essere scelto dagli altri per stabilire una relazione esclusiva, ma anche l'ingresso in un dominio affettivo e sessuale con una percezione di emozioni nuove (Cabrera, 2000), scoprendo una reciprocità narrativa condivisa e un riconoscimento della propria individualità.

Tutti questi cambiamenti strutturali portano gli adolescenti a cercare un'identità personale capace di riunire in un unico "personaggio" la diversità di ruoli che si rivestono in situazioni specifiche. Si genera così un progressivo processo di autonomia dai genitori, attraverso la conglomerazione dell'esperienza immediata sempre mutevole e variabile, in un sentire personale unitario, nelle esperienze con gli altri coetanei e nelle prime relazioni affettive.

## SESSUALITA' E ADOLESCENZA NELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE (O.S.P.)

### *1) O.S.P. Tipo Disturbi Alimentari Psicogeni*

Nel caso degli adolescenti DAP, il rendersi conto delle proprie sensazioni e il doverle esprimere si trasforma in una perturbazione dovuta alla difficoltà di organizzarsi sentendosi padroni di sé stessi, del proprio corpo, dei propri impulsi e, specialmente, delle nuove e sempre vaghe sensazioni relative alla affettività ed alla sessualità.

Le teorie esplicative formulate per sostenere tali circostanze e sensazioni sono fonte di grandi oscillazioni e fluttuazioni nel momento in cui sono espresse pubblicamente, per il timore delle critiche e delle disconferme della propria immagine personale, per cui la grande attenzione prestata al giudizio



degli altri può distrarre dalla necessaria introspezione; questa situazione si determina soprattutto in adolescenti che vivono in una famiglia intrusiva e fonte di incertezza, nella quale i genitori continuano ad essere centrati sul controllo fisico e anticipano e definiscono i sentimenti dell'adolescente, evitando di approfondirli.

Allo stesso modo, il timore delle critiche e la paura di deludere le altre figure significative rende difficile recuperare un'immagine cosciente di sé positiva attraverso la relazione con i pari. In questa fase, una relazione di coppia significativa, nella quale si ampliano i confini della propria identità, può servire da contrappeso al complesso e competitivo mondo adolescenziale dell'immagine, della moda e dello sport. Infatti, soprattutto nei giovani con aspettative esagerate e massimaliste nei distinti ambiti della propria vita, qualsiasi fallimento, pur minimo che sia, provoca grandi fluttuazioni emotive; queste vengono immediatamente autoriferite in termini di inadeguatezza personale e si traducono nella percezione di un vuoto interiore (molte volte scambiato per fame), per cui viene centrata l'attenzione sull'adeguatezza fisica, evitando il rischio di riflettere su di sé.

Nel caso delle ragazze e della loro sintomatologia corporea, questa appare legata all'età in cui si sperimenta una delusione nei confronti di un genitore fino a quel momento molto amato. Nelle obese, questa delusione si osserva prima dei dieci anni di età, periodo in cui la bambina non ha ancora la capacità cognitiva che le permette di elaborare una spiegazione coerente, per cui percepisce la delusione come qualcosa che viene da fuori, che la schiaccia e davanti alla quale è impotente. Nella storia delle anoressiche, questa delusione di solito avviene durante l'adolescenza, e ciò si traduce nel fatto che la delusione viene percepita come una scoperta personale, situazione che conferisce loro un senso di sé più attivo e da protagonista di ciò che accade.

I bambini DAP si sintonizzano con il genitore che è percepito come il più positivo e che può essere facilmente fonte di conferma. Per ottenerla, essi "rivestono" il ruolo del soggetto perfetto, ma per loro è solo una modalità di compiacere i genitori e mantenere l'immagine che questi hanno nei loro confronti, situazione che prosegue generalmente fino all'adolescenza, periodo nel quale compare la delusione verso la figura parentale principalmente confermante, che serviva alla stabilizzazione del senso di sé. Questa situazione è normalmente dovuta alla relativizzazione delle figure genitoriali prodotta dal pensiero astratto, mentre prima tali figure erano solo l'immagine idealizzata di genitori in carne e ossa, con pregi e difetti.

La delusione adolescenziale cambia e stabilizza la strategia dei DAP i

quali, non avendo un senso di sé definito, quando falliscono nel compiacere completamente una figura significativa, cominciano a cercare di ottenere una conferma senza esporsi, per diminuire il rischio di una delusione, facendo esporre prima gli altri.

La confusione caratteristica dell'identità personale scompensata delle persone con questa O.S.P. si apprezza nella difficoltà di decifrare messaggi fisiologici, quali la percezione della fame, della sazietà o delle sensazioni sessuali. Quindi, non è strano che nelle ragazze anoressiche vi siano periodi di desiderio sessuale inibito, di impossibilità di raggiungere l'orgasmo, così come si osservano alterazioni del ciclo mestruale.

Le trasformazioni fisiche proprie di questo periodo implicano una sfida importante, che consiste nell'integrazione di un senso di continuità permanente e unitaria con il modo di sentirsi e percepirsi.

Per le ragazze, il problema è il non avere sicurezza rispetto alla propria dimensione estetica, perché per loro esiste una maggiore esposizione fisica al giudizio degli altri, per cui si possono nascondere i cambiamenti avvenuti, confrontandoli con standard convenzionali e assoluti di perfezione, o si può assumere una posizione più attiva e di forza attraverso la focalizzazione e gestione del corpo (Cabrera, 2000).

Per l'adolescente maschio, i cambiamenti corporei si strutturano attraverso processi di confronto tra la propria immagine – percepita come in trasformazione – e i canoni esterni di virilità riguardanti il modo in cui dovrebbe essere un uomo (Cabrera, 2000). Sulla base di quanto detto, non è pertanto strano il fatto che gli adolescenti DAP siano interessati al tema della misura della grandezza del pene, confrontandosi con i propri compagni ed ottenendo così una misura obiettiva di quanto siano uomini o maschi. Un'altra di queste fonti "obiettive" di informazione è il confronto sulla frequenza con cui ci si masturba, situazioni che non sono mai primariamente vincolate al desiderio o ad altri tipi di attivazione interna.

Nel caso di un adolescente con una O.S.P. di tipo DAP, il problema è quello di non essere sicuro della propria potenza e capacità sessuale, per cui tende a considerare tutte le occasioni di incontro sessuale come un esame personale, attraverso il quale definisce il proprio valore come uomo.

Il non sentirsi sufficientemente o abbastanza "macho" è frequente nei maschi (come lo è nelle ragazze il dubbio sull'immagine estetica del corpo), dato che sono individui tendenzialmente massimalisti. Di fronte a figure e ad eventi significativi, il massimo successo possibile da ottenere è il requisito minimo perché possano esporsi e affrontare la situazione. In questa maniera,

perché un DAP si possa sentire semplicemente un maschio accettabile, ha bisogno di avere la conferma sul fatto di avere una capacità e una potenza bio-psico-sessuale eccezionale. Altrimenti, non si è maschio o uomo, essendo perfettamente possibile, come conseguenza, l'insorgere di dubbi di tipo omosessuale.

Quindi, così come le ragazze DAP possono presentare una sintomatologia di tipo anoressico o bulimico e una inibizione del desiderio sessuale, nel caso dei ragazzi non è da escludere la comparsa di una disfunzione dell'erezione, ma soprattutto essi soffrono di eiaculazione precoce, situazione in cui, in fin dei conti, evitano il confronto o lo posticipano.

Ovviamente, tali problemi sessuali sono presentati in maniera molto ambigua nel colloquio clinico, e raramente vengono espressi parlando con i genitori, con i quali cercano di mantenere un'aria di sufficienza, di potenza, di mascolinità ad ogni costo, anche se si vorrebbe sapere sempre se sono o meno come gli altri.

Nelle relazioni affettive, gli adolescenti con questa O.S.P. cercano di mantenere il controllo, aspettando che il compagno si esponga più di loro, in maniera di sapere che il partner è completamente dedicato alla loro conferma, senza doversi esporre troppo.

I DAP con componente coercitiva passiva possono avere paura di confrontarsi all'interno di una coppia: siccome non conoscono la propria efficienza e capacità, non esigono niente, ma si aspettano conferme e comprensione; quindi, solo se le ottengono saranno capaci di esporsi.

I DAP con componente coercitiva attiva sono invece punitivamente più attivi, sentono che non è colpa loro se hanno un problema o un deficit nel funzionamento, o se non raggiungono l'erezione; quando si presenta una difficoltà sessuale, questa viene sempre riferita all'altro: il partner non è la persona ideale, non lo comprende, esige ogni giorno di più, non è abbastanza seduttivo, ecc.

## 2) *O.S.P. Tipo Fobica*

L'insorgere del pensiero astratto, per i giovani con una O.S.P. di tipo FOB, implica la relativizzazione dell'immagine dei genitori, per cui questi non vengono più percepiti come le uniche figure di sicurezza e protezione. Anzi, al contrario, possono addirittura cominciare ad essere percepiti come figure con limitate o nulle capacità di protezione. È per questo che l'adolescenza è un periodo di introiezione delle modalità (tanto interne quanto esterne) di controllo del pericolo, che fino a questo momento erano detenute dalle

figure parentali. Si ha in questo modo la possibilità di cercare uno spazio personale in cui si può diventare un leader o un personaggio di successo, per la fiducia che si guadagna nel sentirsi sicuro attraverso la capacità di tenere la situazione sotto controllo. La condizione di essere dominante permette anche di minimizzare il rischio che qualcun altro prenda il controllo (e che quindi lo si possa perdere), esponendosi a luoghi o a persone potenzialmente pericolose.

Le trasformazioni fisiche proprie di questo periodo sono percepite come positive per i giovani FOB, poiché l'aumento della forza fisica e le sue ricadute sulle attività sportive offrono loro un migliore senso di sé e, allo stesso tempo, confermano il loro alto valore personale e la loro importanza.

Tuttavia, ciò che resta al di fuori di questa area, così come ogni situazione nuova, è fonte di paura e tende ad essere evitato, se non si ha la protezione di una figura significativa che funga da base sicura.

In questa fase, tipicamente la famiglia cerca di mantenere l'adolescente il più vicino possibile, per evitare i rischi e gli imprevisti legati alla esplorazione, per cui l'adolescente FOB frequenta luoghi o attua attività pericolose di nascosto e in preda ad una grande ansietà, che considera come la conferma della propria fragilità fisica o psichica.

Sebbene in questi casi l'indipendenza non si raggiunga quasi mai completamente, la forma tipica di separazione rispetto alle figure parentali è l'aumento della distanza fisica. Nonostante ciò, tutte le situazioni che potenzialmente vanno verso l'indipendenza o tendono all'autonomia individuale sono abitualmente vissute dai genitori come minacciose, per cui anche i cambiamenti fisici dell'adolescente possono essere percepiti come molto destabilizzanti da parte della famiglia di origine. Non deve stupire, pertanto, che la maturazione sessuale venga percepita in termini di minaccia e di pericolo di fronte a malattie a trasmissione sessuale, HIV, gravidanze e tutte le altre ipotetiche situazioni di perdita di controllo.

Nella misura in cui l'adolescente FOB riesce a costruire relazioni di amicizia e affettive che gli servano da base sicura per esplorare il mondo, gli sarà più facile rendersi indipendente dai genitori, dato che un elemento abbastanza caratteristico di questa O.S.P. è la differenza che esiste riguardo alle prime relazioni affettive con il sesso opposto. Nel caso delle ragazze, queste hanno una autonomia abbastanza limitata, perché anzitutto sentono il bisogno dell'approvazione della famiglia rispetto al giovane con il quale desiderano uscire; i genitori, infatti, cercano di avere il pieno controllo sugli eventi potenzialmente pericolosi; d'altra parte, di fronte al comportamento

costrittivo dei genitori, nasce la fantasia di libertà.

Per gli adolescenti maschi, al contrario, la conquista di una ragazza è fonte di conferma del ruolo di leader di fronte alla famiglia e alle amicizie, esercitando fin dal primo momento il controllo sulla compagna e assumendo il ruolo “dell’abbandonatore”, specialmente di fronte ai tentativi di conquistare maggiore libertà da parte di lei o quando la situazione è vissuta come costrittiva.

In entrambi i casi, il bisogno di controllo sull’ambiente esterno si traduce nel bisogno di curare l’immagine esteriore per vedersi in salute, focalizzandosi sul vestiario e nascondendo i punti deboli come inadeguatezze fisiche.

Il problema del FOB è una discrepanza molto forte nel senso di sé in quanto, da una parte, si è sempre stati al centro dell’attenzione familiare, ricavandone quindi un’immagine positiva, e, dall’altra, questa immagine è accompagnata dalla percezione di una esperienza immediata di sé come limitato e debole. Questa situazione si rende evidente nell’adolescenza, periodo in cui inizia una maggiore libertà, per cui può risultare difficile armonizzare una immagine cosciente di sé come qualcuno che ha una autostima molto alta, con una scarsa o nulla percezione di capacità affettiva.

Al contrario di ciò che succede nel DEP, nella ristrutturazione adolescenziale del FOB tutti gli aspetti negativi che il soggetto percepisce di sé sono attribuiti alla realtà o, in ultima istanza, ad una malattia. È per questo che l’adolescente deve controllare, fino ad eliminare, tutti i tipi di emozioni possibili, perché chi non prova emozioni è una persona che mantiene sempre il controllo.

Lo stile affettivo FOB è estremamente coercitivo e caratteristicamente da “Don Giovanni”, per cui, nonostante si abbia una figura o relazione affettiva stabile (come può essere la fidanzata o la moglie), allo stesso tempo ugualmente si flirta, perché si teme di restare intrappolati, per cui una volta che si è raggiunto ciò che si era desiderato, come una relazione sessuale, spesso la si interrompe e si passa ad un’altra.

Questo andare e venire seduttivo dal rapporto di coppia e da relazioni simultanee, nell’usanza del tipico playboy (per entrambi i generi sessuali), conferisce al soggetto FOB un senso di controllo e, a sua volta, gli garantisce che in ogni relazione il livello di coinvolgimento non venga mai a superare un certo range.

Incluso il periodo pre-adolescenziale, una ragazza FOB può accorgersi delle proprie abilità di seduzione con il padre, ottenendo che questi faccia cose o acceda a situazioni che non avrebbe fatto per nessun altro; e in questo modo articola il proprio significato personale.

Per gli adolescenti maschi, che hanno la capacità di gestire un numero abbastanza grande di relazioni, la quantità di relazioni sessuali conta più della qualità. Questa situazione va in crescendo in relazione al fatto che la qualità può essere percepita come potenzialmente pericolosa, in quanto può produrre attivazioni emozionali incontrollabili. La quantità, al contrario, garantisce il controllo sia sull'esterno (fisico: protezione/non protezione) sia sull'interno (le emozioni e la attivazione sessuale devono restare entro un range definito).

Nel caso delle adolescenti FOB, oltre ad essere particolarmente seduttive, anch'esse possono avere numerose relazioni, nelle quali erotizzano diversi aspetti delle stesse, e ciò dà loro un senso di controllo. Dato che si possono venire a trovare di fronte a situazioni complicate che devono gestire lucidamente, corrono il pericolo di perdere il controllo, per cui non è strano che possano avere problemi di raggiungimento dell'orgasmo (anorgasmia) e di vaginismo, o che possano andare incontro ad attacchi di panico quando questi giochi superano il proprio livello di gestione, poiché in ogni momento hanno bisogno di mantenere il controllo non solo sulla relazione ma anche su loro stesse, e in particolare sulla propria attivazione emozionale e sessuale.

### 3) *O.S.P. Tipo Ossessiva*

L'adolescente ossessivo "apprende" sin dal primo momento ad avere un senso di sé e di unità personale basandosi in maniera esclusiva sulla cognizione, evitando attivamente le emozioni. Per raggiungere ciò anticipano i contesti con le loro regole personali, sentendosi sicuri solo se percepiscono che si stanno comportando conformemente a detta normativa.

L'emergere del pensiero astratto può provocare nell'adolescente con questa O.S.P. una eccessiva fluttuazione emotiva interna, dovuta all'individuazione di due sé, uno negativo e l'altro positivo (che si deve potenziare). D'altra parte, affrontare realtà distinte – diverse da quelle della famiglia di origine – permette a questi soggetti di distanziarsi dalle regole assolute dell'infanzia. Nonostante ciò, la ristrutturazione della complessità di una esperienza immediata, piena di contrasti e di imprevisti, si trasforma molte volte in una impresa titanica dovuta ai modelli di precisione e ai messaggi rigidi, che rendono difficile accettarsi e riconoscersi.

Dato che confidano esclusivamente nella cognizione, gli adolescenti OSS stabilizzano l'identità narrativa in accordo con modelli semantici di riferimento, che conferiscono certezza alla propria percezione del mondo e controllo sugli stati emotivi potenzialmente perturbanti.

Per questo non è strano che, nell'escludere qualsiasi tipo di attivazione emozionale, tutte le trasformazioni iniziate nella pubertà e che continuano nel corso dell'adolescenza possano essere vissute come se non accadessero. In questa maniera, le trasformazioni fisiche e specialmente il comparire dei sentimenti legati alla sfera sessuale possono essere sperimentati in modo problematico, a causa della attivazione emozionale che generano.

Uno dei problemi relativi alla sessualità, per le persone con una O.S.P. di tipo OSS, ha le sue radici nel fatto che può raggiungere livelli intollerabili, nonostante il senso di onnipotenza del pensiero, situazione che li può portare a restare paralizzati nell'attesa di fissare un pensiero e di raggiungere una risposta razionale adeguata.

Le amicizie e le relazioni affettive diventano una fonte di conferma della propria discussa certezza, nella transizione da una identità validata dai genitori ad una identità validata dagli adolescenti stessi. Queste relazioni si mantengono nella misura in cui la persona si sente sicura che il suo comportamento e quello degli altri sia adeguato ai propri principi logici, assoluti e perfetti di funzionamento. Dal punto di vista di un soggetto OSS, se la sessualità non è associata ad un amore ideale, solitamente la si sperimenta con intensi sentimenti di colpa e di vergogna.

La vita affettiva costituisce per essi una responsabilità che debbono assumere in maniera non emotiva, per cui la vita sessuale, oltre ad essere scarsa, viene ridotta essenzialmente agli aspetti riproduttivi.

L'OSS può anche presentare ruminazioni disparate, sempre attraverso immagini intrusive (molte delle quali hanno un contenuto sessuale, quasi mai riferito a se stesso). In caso di attivazioni perturbanti, la maturazione puberale-adolescenziale è vissuta con sentimenti di tragedia; con la scoperta fisiologica della masturbazione, compaiono rituali, confessioni e grandi sentimenti di colpa, perché accettarsi come possessori di impulsi sessuali viene ritenuto inammissibile.

Per questi soggetti, il mondo emozionale e interpersonale è quello in cui hanno competenza e capacità minori, per cui i legami affettivi sono prevalentemente di tipo intellettuale. Sebbene possano esistere relazioni sessuali, queste avranno la dimensione del pensiero logico presente, in quanto tutto ciò che accade avviene sempre a questo livello, per cui nell'adolescenza è particolarmente difficile stabilire una relazione affettiva.

#### 4) *O.S.P. Tipo Depressiva*

Come si è detto, nel corso dell'adolescenza la comparsa del pensiero

astratto è spesso accompagnata da una sensazione di solitudine. In teoria questa sensazione, insieme alla maggiore articolazione della trama narrativa, dovrebbe stimolare positivamente la ricerca di nuove relazioni; negli adolescenti evitanti con questa O.S.P., invece di una attivazione, si osserva una tendenza a vivere da soli questa fase, con conseguente isolamento e sviluppo compensatorio di attività autonome. Ne deriva una maturità precoce, che è spesso fonte di segregazione e di incomprensione, producendo ulteriori esperienze di rifiuto e di perdita affettiva. In questa maniera, l'identità si struttura sotto forma di un'immagine personale poco amabile e incapace di generare sentimenti positivi negli altri.

Nel soggetto con organizzazione DEP, l'itinerario di sviluppo, nel corso dell'infanzia, è centrato sulla separazione rispetto al resto del mondo, per cui si percepisce diverso dagli altri bambini, i quali hanno un affetto e un supporto emotivo che non ha mai sperimentato.

Con l'adolescenza un DEP comincia ad attribuire a se stesso la colpa di essere separato dal mondo, dato che, se c'è una realtà in cui tutti vivono e partecipano, dalla quale tuttavia si sente escluso, deve esserci evidentemente qualcosa dentro di sé che lo rende negativo e non amabile. D'altra parte, questo senso di colpa o di responsabilità personale gli dà la possibilità di tenere sotto controllo la situazione e l'energia per impegnarsi, lavorare e andare avanti, che è anche l'unica maniera di sentirsi riconosciuto e accettato dal resto del mondo.

Anche se meno frequente, è possibile che l'attribuzione che l'adolescente fa di sé sia di tipo opposto, cioè che egli operi una attribuzione causale esterna, per cui il mondo è negativo in se stesso e sono gli altri quelli sbagliati o quelli che non lo amano. Questa linea porta a due tipi di situazioni patologiche come modalità per recuperare un senso di sé attivo: l'insorgenza di un delirio di persecuzione (come nelle psicosi schizoaffettive) o di un disturbo psicopatico. Altre vie osservabili conducono alla tossicomania, con caratteristiche autodistruttive, e alle condotte delinquenti. La percezione e l'espressione della rabbia possono risultare abbastanza difficoltose per gli adolescenti con questa O.S.P.; tutto ciò li può portare ad avere problemi di tipo legale.

Allo stesso modo, ha un effetto molto importante per questi adolescenti la perdita, dato che per loro esiste una grande discrepanza tra ciò che accade obiettivamente nella vita e questo tipo di esperienza. È così che la fine di una relazione durata un paio di settimane può produrre una sensazione di perdita che dura mesi o anni. Quindi, quanto più avanza lo sviluppo individuale della persona con questa O.S.P., tanto maggiore è la discrepanza tra l'evento e la



percezione della perdita, situazione sempre estremamente destabilizzante per il soggetto.

Per gli adolescenti DEP, lo stile affettivo consiste nel minimizzare il più possibile l'esperienza di perdita, situazione che si ottiene non coinvolgendosi emotivamente con gli altri, o facendolo il meno possibile. Questo sarebbe il meccanismo ideale se l'adolescente non avesse una vita emotiva, ma anche in questo caso sarebbe ancora più suscettibile all'esperienza di perdita.

L'impresa fondamentale per un adolescente con questa O.S.P. è pertanto la continua elaborazione e integrazione della perdita, in una fase del ciclo di vita caratterizzata dalla comparsa delle prime significative relazioni di amicizia e affettive, che portano con sé la possibilità di rotture e di contrasti, per cui la possibilità di intimità con l'altro implica sempre il rischio di sentirsi non voluto né accettato.

L'adolescente DEP deve quindi costruire una identità narrativa sufficientemente articolata e flessibile, che gli permetta di integrare e di incorporare nell'immagine cosciente di sé nuovi domini affettivi, come il sentirsi accettato da un amico o scelto da qualcuno come partner. La percezione di un rischio elevato di rifiuti e perdite in queste situazioni facilita la negazione e l'evitamento del coinvolgimento emotivo con l'altro.

L'emergere dell'aspetto sessuale nei DEP è estremamente precoce, a causa del desiderio di affetto e contatto fisico, per cui in molti casi si osserva un'attività masturbatoria frequente, come forma di gestione della solitudine. Per non coinvolgersi, a causa della bassa opinione di sé e per la scarsa abilità di legarsi agli altri, utilizzano come strategia per evitare la perdita sia la ricerca di relazioni promiscue con partner casuali (che non danno la possibilità di una relazione continuativa), sia l'iniziare relazioni affettive la cui rottura comincia già dal principio, con una messa alla prova dell'altro, con azioni considerate deplorabili, per cui, in definitiva, si osserva uno stile di legarsi che produce attivamente la perdita e che conferma la sensazione di vuoto affettivo e di essere una persona biasimevole alla quale non si può voler bene. Chiaramente, negli adolescenti DEP si può osservare il passaggio da atteggiamenti di totale accettazione ad altri di completa negazione, abbandonandosi poi alla perdita, specialmente se l'altro non corrisponde alle proprie aspettative, vivendo questo rifiuto come un lutto insostenibile.

## BIBLIOGRAFIA

- Arciero G.: Las Organizaciones de Personalidad: El enfoque postracionalista. *Revista de Psicoterapia*, 11, 41, 2000.
- 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*. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.
- Balbi J.: *Terapia Cognitiva Posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano*, Ed. Biblos, 1 edición, 1994.
- Barkow J., Cosmides L., Tooby J.: *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*. Oxford University Press, Oxford, 1995.
- Cabrera C., Trujillo S., Suárez A., Arciero G.: Pubertad y adolescencia trabajamos con los jóvenes y/o con los padres? Una perspectiva postracionalista, 2000.
- Crittenden P.: *Attaccamento in Etá Adulta*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Crittenden P.: *Moldear la Arcilla*. *Revista de Psicoterapia*, 11, 41, 2000.
- Crittenden P.: Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: Adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 11, 41, 2001.
- Crittenden P.: *Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego*. Promolibro, Valencia, 2002.
- Gaetano P., Maselli P.: Il cambiamento nelle organizzazioni di significato personale tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni" e tipo "Osseivo". In: Reda M., Pilleri F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Università degli Studi di Siena, 2001.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford Press, New York, 1987.
- Guidano V.F.: *El Sí-mismo en Proceso*, Paidós, 1 edición, 1994.
- Guidano V.F.: *Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista*. Ed. Instituto de Terapia Cognitiva, 1 edición, 1995a.
- Guidano V.F.: Un enfoque constructivista de los procesos de conocimiento. In: Mahoney M. (Ed.), *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas*. Desclée de Brouwer, 1 edición, 1995b.
- Guidano V.F.: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista. In: Caro I. (Ed.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Paidós, 1 edición, pp371-379, 1997.
- Guidano V.F.: La autoobservación en la psicoterapia constructivista. In: Niemeyer R., Mahoney M. (Eds.), *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós, 1 edición, 1988a.
- Guidano V.F.: (1998b) *Los Procesos del Self: Continuidad versus Discontinuidad*, 1998b, in web: [www.inteco.cl](http://www.inteco.cl).
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford Press, New York, 1983.

Guidano V.F., Liotti G.: Una base para la terapia cognitiva. In: Mahoney M., Freemna A. (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Paidós, 1 edición, pp123-165, 1988.

Guidano V.F., Quinones A.: *El Modelo Cognitivo Postracionalista*. Desclée de Brouwer, 1 edición, 2001.

Lewis M.: The emergence of human emotions. In: Lewis M., Haviland-Jones J. (Eds.), *Handbook of Emotions*. Guilford Press, New York 2000.

López F.: (1992) El reparto de papeles. In: Ochoa E., Vázquez C. (Eds.), *El Libro de la Sexualidad*. El País, Madrid, 1992.

Maselli P., Gaetano P.: Ansia e stili di personalita. In Nardi B., Brandoni M. (Eds.), *Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva*. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

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 (Brasil)*, 5(1), 2002a.

Molledo A.: Ansiedad y estilo afectivo en las organizaciones de significado personal. *Revista de Terapia Sexual (Brasil)*, 5 (2), 2002b.

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*. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002c.

Molledo A.: La reconstrucción del estilo afectivo. *Revista de Terapia Sexual (Brasil)*, 6(1), 2003.

Nardi B. (Ed.): *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Nardi B.: *Processi Psiclici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B. (Ed.): *Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva*. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Onetto 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.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, 4 Edizione, 1993.

Siegel O.: Personality development in adolescence. In: Wolman B. (Ed.), *Handbook of Developmental Psychology*. Prentice-Hall, 1982.

Tolkien J.R.R.: *The Lord of the Rings*. Ballantine Books, 1955.

Francesca Tittarelli, Simona Castellani

## LE FOBIE ADOLESCENZIALI

*La paura è una tristezza incostante nata dall'idea di una cosa futura o passata del cui esito dubitiamo in qualche misura*

(Spinoza)

Come ha osservato Guidano (1988), alla fine della fanciullezza, proprio quando dopo un lento processo evolutivo si è ormai raggiunto un equilibrio abbastanza stabile e attendibile, l'avvento del pensiero astratto logico-formale innesca una perturbazione tale da spingere l'individuo a riorganizzare, tra oscillazioni e incertezze, il proprio senso di sé per poter slittare verso un nuovo punto di equilibrio.

L'adolescente si trova a compiere una sorta di doppio passaggio, per dirla con Reda (1999): una prima fase di "disorganizzazione progressiva" dalle modalità che costituivano il senso di identità nella fase di vita precedente ed una seconda fase di riorganizzazione graduale nel rispetto dello stile di personalità acquisito in precedenza, ma anche della spinta all'individualismo che mette in discussione le regole e le convinzioni passate.

La messa in discussione del passato è accompagnata, nell'adolescente, da altrettanta insicurezza per ciò che sarà il domani e in questo stato di estrema, anche se transitoria, incertezza, la paura rappresenta senza dubbio una delle emozioni preponderanti.

Ma cos'è la paura?

La paura è un'emozione attivata da un pericolo esterno identificato come tale a livello consapevole e determina una risposta biologica dal significato adattivo di attivazione e di difesa che coinvolge il sistema neurovegetativo simpatico (tachicardia, tachipnea, vasocostrizione cutanea, sudorazione, tremori) e quello neuroendocrino (aumento della secrezione catecolaminergica) (Nardi, 2001), segnalando la minaccia a uno scopo di autopreservazione e istruendo all'attenzione vigilante o alla fuga (Semerari, 2000).

Come dimostrano numerose ricerche (Ekman, 1984; Plutchik, 1980; Tomkins, 1962; 1963; 1982;), la paura è un'emozione basica o primaria, insieme alla felicità, alla tristezza e alla rabbia, a cui corrispondono specifici

pattern espressivi, comuni a tutte le razze e culture e ciascun essere umano dispone della competenza innata a riconoscere sul viso di un altro essere umano la presenza di queste emozioni.

Se la maggior parte delle paure possono definirsi “fisiologiche”, quindi sono transitorie e tipiche di un normale sviluppo psicologico, alcune possono trasformarsi in “patologiche”, quando assumono dimensioni e intensità tali da impedire una vita normale e divengono un ostacolo alla maturazione del soggetto, intralciandone lo sviluppo.

Quando una paura persiste o quando inizia ad interferire con la vita quotidiana si parla di *fobia*.

Come sostengono Lorenzini e Sassaroli (1993), le fobie possono essere considerate come una sorta di esagerazione, incomprensibile anche a chi la vive, delle normali paure che tutti noi abbiamo o potremmo avere. Le fobie sono vissute come qualcosa di non desiderabile e la sofferenza che procurano è sempre piuttosto elevata.

Più precisamente la fobia (dal greco *phòbos* = timore, paura) può essere definita come la paura ingiustificata di un oggetto o di una situazione e il contatto con l'oggetto o la situazione fobica determina una intensa reazione di angoscia. Quindi, mentre la paura è un'emozione utile e necessaria, perché consente di prepararsi ad un pericolo, di organizzarsi e difendersi, la fobia ostacola la vita quotidiana ed è all'origine di reazioni eccessive e inadeguate, finalizzate ad evitare ogni contatto con l'oggetto che crea ansia.

La paura, in quanto emozione primaria di difesa, si sviluppa in situazioni di pericolo reali o soggettivamente percepite come tali; a differenza dell'ansia, che è generica, la paura è rivolta ad oggetti, persone, o situazioni specifiche, può insorgere in relazione ad eventi futuri (timore che accada qualcosa) o al ricordo di eventi passati, particolarmente traumatici o dolorosi. In realtà, le fobie chiaramente traumatiche sono una minoranza nel quadro delle manifestazioni fobiche, le quali generalmente insorgono senza che vi sia mai stato un chiaro evento traumatico collegabile all'oggetto o alla situazione fobica. Inoltre, non necessariamente sono legate ad eventi reali, potendo invece, come accade nell'infanzia, essere ricondotte ad una fantasia.

E' possibile distinguere, in generale, due grandi categorie di fobie:

- *le fobie specifiche*, scatenate da oggetti, animali o situazioni circoscritte e ben identificabili. Si tratta di paure molto intense di oggetti specifici (animali; elementi dell'ambiente naturale come temporali, altezze, acqua; sangue o ferite) o situazioni specifiche (come il buio, i luoghi chiusi, i

trasporti pubblici, ecc).

Nell'*agorafobia* l'individuo ha una notevole paura di stare solo, o di stare in luoghi pubblici, quali le folle, i tunnel, i ponti, i mezzi pubblici, dai quali la fuga può essere difficile o l'aiuto non disponibile in caso di un'improvvisa incapacità, ed evita pertanto queste situazioni. Vi è una crescente limitazione delle normali attività, fino al punto che le paure o il comportamento di evitamento dominano la vita dell'individuo.

- *le fobie sociali*, provocate dall'esposizione a certi tipi di situazioni o di prestazioni sociali. Anche quest'ultime determinano, in genere, condotte di evitamento; ne sono esempi parlare in pubblico, mangiare in pubblico, suonare uno strumento in pubblico, etc. Sono tipiche dell'adolescenza e insorgono, in genere, tra gli 11 e i 18 anni.

La fobia si costituisce quando la paura supera le capacità adattive ed evolutive del soggetto, che neppure nell'ambiente trova un valido sostegno. L'evoluzione di una paura dipende, dunque, sia dall'organizzazione cognitiva della persona che dagli eventi esterni. In momenti di crisi o di particolare stress, le paure possono intensificarsi o riattualizzarsi: il cambiamento di scuola, il trasferimento in una nuova città, ma anche eventi, che agli occhi di un osservatore esterno possono sembrare di limitata rilevanza, possono comportare l'emergere di nuove paure o il riproporsi di paure superate. E' dunque possibile sostenere che in alcune età si è più propensi a sviluppare alcune fobie, piuttosto che altre.

Per affrontare, quindi, il tema delle fobie adolescenziali dobbiamo tener conto degli aspetti peculiari di questa fase della vita di un individuo.

Se il ciclo di vita si articola attraverso periodi essenzialmente lineari e momenti in cui i cambiamenti sono più rapidi o addirittura improvvisi, l'adolescenza è sicuramente una fase caratterizzata da cambiamenti rilevanti da un punto di vista fisico, psichico e sociale.

Come ha osservato Guidano (1988), in nessun altro periodo del ciclo di vita individuale si verifica una simultaneità di trasformazioni qualitative a più livelli di questo genere, senza per questo sottovalutare l'aspetto quantitativo dato dalla creazione di contenuti della conoscenza nuovi e originali; infatti ad ogni livello emergente di riorganizzazione del Sé corrispondono novità conoscitive derivanti dal processo stesso, e quindi non riconducibili al livello precedente.

Le trasformazioni che caratterizzano l'adolescenza, sia di natura fisica, che di natura psichica (sviluppo del pensiero astratto e relativizzazione dell'immagine di sé e del mondo con l'irrompere di nuove emozioni),

producono quindi una radicale rielaborazione della propria identità. Ciò provoca una notevole instabilità, turbolenza e mutevolezza di emozioni e di atteggiamenti, spesso tanto radicati quanto contraddittori, con momenti di confusione e di mancanza di confini, come se il soggetto avesse smarrito il senso di sé (Nardi, 2001).

Riguardo le modificazioni fisiche, statura e peso subiscono uno scatto di crescita che porta le sembianze dell'adolescente sempre più lontano da quelle del fanciullo e più vicine a quelle dell'adulto, anche grazie alla maturazione dei caratteri sessuali primari e secondari.

Questo sviluppo non sempre avviene in maniera armonica, ad esempio la testa, le mani e i piedi raggiungono per primi le dimensioni adulte, mentre braccia e gambe crescono più lentamente; queste differenze spiegano la temporanea sensazione di goffaggine provata da alcuni adolescenti.

Vi è inoltre un'altra esperienza del tutto nuova che turba e confonde intensamente l'adolescente: la spinta degli impulsi sessuali e ormonali che compaiono proprio in questo periodo.

Questo complesso insieme di cambiamenti lo preoccupano, non sa come diventerà, quale sarà il risultato finale, chi sarà come uomo o come donna.

Frequenti nel corso dell'adolescenza sono le *dismorfofobie* caratterizzate dalla paura di avere difetti fisici rilevanti anche in presenza di minime imperfezioni.

Un cambiamento fisico così importante rende necessaria la ristrutturazione dell'immagine di sé, ormai possibile quanto indispensabile sia per le nuove forme di pensiero che vanno originandosi e strutturandosi che per l'affacciarsi su un mondo emozionale inesplorato, attraente e terrorizzante insieme.

Grazie al pensiero logico-deduttivo i diversi insiemi di schemi emozionali e dei relativi scritti vengono ora continuamente rielaborati e articolati all'interno delle nuove dimensioni di significato che si sono rese disponibili con l'emergere delle abilità cognitive superiori (relativismo conoscitivo), della maturazione psicosessuale (tendenza all'intimità e ai legami affettivi) e della separazione dai genitori (senso di sé come di un attivo protagonista del proprio futuro) (Guidano, 1988).

Strettamente legata allo sviluppo della sessualità c'è l'esplorazione di nuove emozioni che scuotono non poco l'adolescente, il quale si trova in una situazione di cambiamento ed evoluzione praticamente su tutti i fronti; si trasforma il modo di stare con gli amici, di vivere le relazioni dentro e fuori la famiglia, e soprattutto si scopre l'esistenza dell'altra metà del mondo.

Come ha affermato Guidano (1988), l'adolescente si trova ad affrontare un vero e proprio "ampliamento del mondo".

Una possibile e frequentissima soluzione, quando il turbamento diventa intollerabile, consiste nel rifugiarsi nell'ambito del razionale, ben controllabile e quindi più rassicurante. Ma il dominio del razionale è illusorio, mentre solo l'integrazione delle diverse componenti che porti ad una libera comunicazione fra loro, apre la strada ad una possibile felicità; le emozioni devono essere esplorate, vissute, riconosciute e ciò non può verificarsi se, invece, si impone loro un controllo (Bara e Mattei, 1996).

Durante l'adolescenza, inoltre, i modelli di interazione familiare sono soggetti a cambiamenti significativi, che trasformano ulteriormente l'interdipendenza tra complementarietà e ricerca di autonomia che si viene a stabilire nelle relazioni degli adolescenti con i genitori.

Uno degli obiettivi fondamentali del passaggio adolescenziale è, infatti, la conquista di autonomia e di indipendenza personale, in modo da arrivare alla responsabilità dell'età adulta grazie ad una consapevole costruzione della propria identità.

La creazione di una nuova identità, separata da quella dei genitori, e di uno spazio interiore del tutto privato, è uno dei compiti evolutivi più importanti e impegnativi dell'adolescenza.

L'adolescente non deve confrontarsi con la mancanza e l'insufficienza, ma con l'abbondanza delle scelte, la ricchezza delle prospettive, i conflitti tra sentimenti diversi tutti impetuosi e fuori misura.

Durante questa "rivoluzione adolescenziale" (Guidano, 1988), accade spesso che i diversi tempi di crescita, le prime esclusioni nello sport, gli insuccessi scolastici, le ansie dei genitori per il successo dei figli e altro ancora, possano causare crisi più profonde e non facilmente superabili, che si manifestano spesso con una sintomatologia fobica.

Frequente durante il periodo adolescenziale è il *timore di insuccesso personale e/o scolastico*, la paura di essere derisi o rifiutati dai coetanei, di sentirsi imbarazzati in relazione alle prime esperienze affettive, etc.

Il soggetto ha la possibilità di esperire le trasformazioni adolescenziali come cambiamenti personali evolutivi nella misura in cui è in grado di confrontare continuamente tali trasformazioni con ciò che in lui rimane immutato; in questo caso il soggetto riesce a "leggere e spiegarsi" gli eventi che si trova ad affrontare e soprattutto le emozioni che sono ad essi connesse.

Difficoltà possono insorgere nel caso in cui una perturbazione fonte di conflitti e/o contraddizioni vada oltre le capacità cognitivo-emotive del



ragazzo di farvi fronte, in questo caso l'evento dà origine ad un vissuto schiacciante, vale a dire come un problema assolutamente centrale per la sopravvivenza stessa, ineludibile e al tempo stesso irrisolvibile.

Per fare ciò dobbiamo far riferimento ai due aspetti propri di ogni organizzazione di significato personale: la "chiusura organizzativa" e la "apertura strutturale", che indicano rispettivamente la capacità propria di ogni organizzazione di elaborare un'identità personale coerente e stabile nel tempo e la capacità di operare trasformazioni strutturali indispensabili all'adattamento, articolando la coerenza interna in modi percorribili (viabilità).

Nel momento critico della rottura di un modello di equilibrio per arrivare ad un altro possibilmente più funzionale possono sorgere difficoltà anche simili, ma che assumono un significato diverso per ogni tipo di organizzazione di personalità. Pur non costituendo in alcun modo un tratto psicopatologico, tuttavia tali difficoltà possono interrompere o rallentare un processo evolutivo di cambiamento, rendendo tutto più problematico per l'adolescente.

A seconda dell'organizzazione, infatti, variano non solo le modalità, ma anche e soprattutto il significato dei sintomi che emergono in eventuali scompensi, i quali rifletteranno le caratteristiche della specifica organizzazione di significato personale (Nardi, 2001).

## DISTURBI FOBICI ED ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Nelle organizzazioni tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP), nonostante il variare dei quadri clinici, caratterizzati da una sintomatologia estremamente variabile, l'insorgenza di un eventuale disturbo, anche di tipo fobico, può essere ricondotta ad esperienze di disconferma che hanno perturbato significativamente la coerenza interna del soggetto.

Frequente, all'interno di questo tipo di organizzazione, è la *fobia sociale*, caratterizzata dalla paura di esporsi a giudizi negativi da parte di altri, specie in situazioni non familiari, ufficiali o comunque nuove, con marcata attivazione di uno stato d'ansia. Il soggetto temendo di agire o di mostrarsi in maniera umiliante o imbarazzante tende all'evitamento della situazione, che percepisce come un "esame personale", soprattutto in mancanza di figure o situazioni "confermanti" (Nardi, 2002).

Le emozioni che vengono coperte dallo stato ansioso spesso rimandano

alla costellazione vergogna-imbarazzo: la persona è in ansia perché ha paura di venire umiliata o di trovarsi in una situazione imbarazzante (Rezzonico, Strepparava, 2002) ed è proprio l'adolescenza il periodo in cui aumentano i contesti relazionali e le situazioni non familiari.

Frequenti negli adolescenti che presentano questo tipo di organizzazione sono le *dismorfofobie* (o *dimorfismi corporei*): il soggetto presenta una marcata paura di avere difetti fisici e percepisce come evidenti e gravi anche le minime imperfezioni. Questo disagio esprime l'insoddisfazione e la scarsa accettazione di sé per il timore di essere derisi o comunque di non piacere e di non essere apprezzati da parte degli altri. Se non risolta, la preoccupazione per l'aspetto fisico diventa l'elemento centrale della vita psichica e condiziona il comportamento e la progettualità individuale, interferendo con il rendimento scolastico e la vita relazionale, favorendo la chiusura in sé, l'abulia (scarsa motivazione a pensare progettare) e l'isolamento sociale, con evitamento dell'esposizione rispetto al mondo dei coetanei, vissuti irrealisticamente come migliori e senza difetti.

Nelle organizzazioni di tipo ossessivo (OSS) i disturbi fobici più frequenti sono quelli relativi alla paura del contagio; in tale organizzazione gli scompensi ricorrono ogni volta che esperienze discrepanti compromettono la ricerca di perfezione e di controllo del soggetto, facendo vacillare l'intero edificio di certezze costituito fino a quel momento (Nardi, 2002).

Come hanno osservato Rezzonico e Strepparava (2002), queste esperienze discrepanti possono essere attivate da comportamenti del tutto diversi dalle aspettative del soggetto, messi in atto da persone per lui significative, e il periodo adolescenziale è spesso caratterizzato da delusioni, non soltanto nelle relazioni amorose o amicali, ma anche nel contesto familiare. Man mano che gli adolescenti procedono nello sviluppo, i genitori cominciano ad apparire loro in modo del tutto diverso, non appaiono più depositari assoluti di verità e valori indiscutibili, come nella fanciullezza, ma vengono ora visti, grazie al relativismo adolescenziale, come persone comuni, con le incertezze, i problemi e le idiosincrasie che caratterizzano la vita di tutti (Guidano, 1988).

Il periodo adolescenziale, con la sua esplosione di emozioni, rappresenta un momento particolarmente critico, per la tendenza del soggetto OSS a percepire come esageratamente intense anche oscillazioni minime che riescano ad eludere il suo controllo; un'emozione che spesso attiva la sintomatologia è in questo caso il senso di colpa.

L'organizzazione di tipo fobico (FOB) è probabilmente quella in cui i disturbi fobici ricorrono con maggior frequenza, ad eccezione della fobia sociale che, come precedentemente detto, si riscontra essenzialmente negli scompensi DAP.

Negli adolescenti che sviluppano una psicopatologia di tipo fobico, il pattern d'attaccamento di più frequente riscontro è quello C resistente, caratterizzato da un accudimento parentale iperprotettivo e ansioso.

I genitori, bloccando o inibendo l'attività esploratoria del bambino, gli inculcano schemi di paura e attenzione selettiva sui pericoli, per cui il bambino, reso insicuro nell'esplorazione, ha difficoltà nel separarsi dai genitori, pur desiderando farlo.

Il bambino sviluppa, così, notevoli capacità di controllo delle proprie manifestazioni interiori, per evitare sensazioni nuove o impreviste, che non saprebbe gestire, e per non farsi vedere debole dagli altri, che non sente come affidabili.

Nell'adolescenza, con la comparsa del pensiero astratto, il controllo si attua su un doppio versante: sugli eventi esterni e su quelli interni. Sugli eventi esterni il tentativo di controllo si concretizza nella cura esterna del proprio aspetto esteriore, che va dal vestiario a una preoccupazione eccessiva per eventuali inadeguatezze fisiche (altezza, peso, dimensioni del seno o del pene). Il timore non è quello del giudizio degli altri come nelle organizzazioni DAP, né della vergogna propria, invece, delle organizzazioni depressive, ma è quello di essere scoperti nei propri punti deboli, che si cerca accuratamente di nascondere.

È classica l'*ereutofobia*, la paura di arrossire di fronte ad altre persone.

C'è, inoltre, il desiderio di controllare le emozioni e in generale la vita altrui; la tranquillità personale è legata al sapere dove sono e che cosa stanno facendo le figure di riferimento, in modo da poterle ritrovare al bisogno.

Questi soggetti vanno in crisi soprattutto quando non possono evitare né affrontare "concretamente" le esperienze perturbanti. Se devono affrontare qualcosa che li preoccupa, come ad esempio un esame o un allontanamento da casa, vivono il momento critico della situazione soprattutto la sera precedente, quando si può solo pensare e ripensare a ciò che dovranno fare l'indomani.

In generale, le fobie esprimono, con i loro correlati somatici, situazioni nelle quali l'esperienza in corso viene percepita dal soggetto come incontrollabile e minacciosa. Di solito il tema esplicito della fobia è indicativo dell'attivazione tacita di non controllo, legata al senso di costrizione e di intrappolamento

o al senso di abbandono e di vulnerabilità, sebbene il soggetto non ne sia consapevole e riferisca comunque i propri sintomi ad una “malattia” di natura organica. A seconda che prevalgano aspetti di tipo costrittivo o di mancata protezione e tutela da parte dell’ambiente relazionale, il soggetto presenta sintomi che esprimono il cambiamento della distanza dagli altri percepito come intollerabile: soffocamento, fame d’aria etc. in situazioni percepite come costrittive; senso di vuoto, sbandamento, vertigini e tachicardia in situazioni percepite come di abbandono.

Sul versante interno il controllo che gli adolescenti con questo tipo di organizzazione cercano di attuare è relativo ai propri stati emotivi. La loro esigenza è quella di precedere gli eventi. Questa predilezione all’anticipazione degli eventi impedisce l’esplorazione delle proprie sensazioni, cosicché, quando l’intensità emotiva correlata a determinate situazioni è assai elevata, come accade al momento della comparsa, durante l’adolescenza, delle emozioni legate alla sessualità, esercitare il controllo può diventare un’operazione impossibile per l’adolescente che si trovi a sperimentare desiderio, attrazione e innamoramento.

Nei legami affettivi l’atteggiamento assunto è in genere quello di evitare qualsiasi coinvolgimento, anticipando la fine di una relazione non appena questa divenga intensa.

Spesso gli adolescenti si trovano ad affrontare eventi del tutto inattesi, sui quali scarsa è la capacità di previsione e quindi di controllo, con una conseguente invalidazione dell’immagine di sé come forte.

Nel tempo il soggetto tende a prevenire o a gestire lo scompenso fobico (ad es., agorafobia con attacco di panico), che fornisce comunque a livello tacito una “scappatoia di emergenza” da situazioni percepite come non rassicuranti o francamente ostili; in genere lo fa selezionando ed evitando le esperienze ritenute minacciose o facendosi comunque accompagnare da “basi sicure” al corrente della propria “malattia” e quindi, in grado, in caso di necessità, di riportare il soggetto in un ambiente “protettivo” familiare e rassicurante. A livello esplicito il soggetto non è consapevole di questi processi taciti, per cui tende con ostinazione ad attribuire i propri sintomi ad oscuri processi patologici dei quali gli specialisti consultati non “hanno trovato la causa” o a riferire i sintomi esclusivamente a processi neurochimici da curare con i farmaci per ribilanciare lo “squilibrio” attuale.

I cambiamenti durante questa fase della vita sono così radicali che tutto il suo modo di vivere nel mondo, le sue capacità, il suo modo di rapportarsi

agli altri non sono più applicabili e molti scompensi, in un'organizzazione di tipo fobico, avvengono quando l'adolescente non può più considerarsi autonomo. È evidente in questa organizzazione la difficoltà di distinguere le emozioni graduandole in modo fine, dato che tutte vengono scambiate per ansia, preoccupazione, paura.

Sembra che il mondo emotivo si divida nei costrutti di tranquillità/prevedibilità da un lato e paura/incontrollabilità dall'altro.

Infine, nelle organizzazioni depressive (DEP) l'insorgenza di disturbi possono conseguire facilmente a situazioni in cui il fatto di percepirsi come portatori di una negatività personale (sentirsi non accettati, incapaci di fare bene con gli altri, impotenti, non amati o impossibilitati ad amare, insensibili come robot o deafferentati, etc.) comporta un disagio personale e relazionale progressivamente crescente, vissuto come un segno della propria inadeguatezza in una realtà di fronte alla quale si pensa di non poter fare nulla (Nardi, 2002).

In genere gli scompensi DEP si esprimono attraverso i disturbi dell'umore; rari sono i disturbi fobici ed eventualmente si associano ad altri disturbi, in particolare a quelli di tipo depressivo.

## CONCLUSIONI

Ovviamente non tutte le situazioni di disagio adolescenziale appartengono a una fascia clinica; in molti casi si tratta semplicemente di momenti di intenso disorientamento cognitivo-emozionale, legato ad un processo di cambiamento che di per se stesso non è affatto patologico.

D'altra parte, l'esperienza clinica ha messo in luce come proprio l'adolescenza sia uno dei periodi della vita "ad alto rischio" per l'insorgenza di quadri psicopatologici ben definiti.

Inoltre, come hanno osservato Lorenzini e Sassaroli (1993), di fatto, la paura di volare, la paura di attraversare una piazza, la crisi di panico se ci si trova da soli, l'impossibilità di guidare l'automobile, sono alcuni esempi che immediatamente ci fanno pensare a quanto una sindrome fobica possa presto diventare inaccettabile in famiglia o a scuola, venendo duramente criticata o rifiutata.

Il soggetto è accusato di non sforzarsi abbastanza, gli si rimprovera che con la buona volontà potrebbe superare l'impasse o addirittura molte manifestazioni sintomatiche vengono prese come semplici "capricci" o episodi legati alle classiche "ribellioni adolescenziali".

Oggi, quando tutto va veloce e spesso l'efficienza è avvertita come un dovere, le famiglie, le scuole o i luoghi professionali conservano scarso tempo e spazio per assorbire sofferenze individuali "incomprensibili" come le fobie.

Il soggetto sperimenta un evento che provoca crisi, quando l'esperienza va oltre la sua capacità di assimilarla e riordinarla nel proprio senso di sé, all'interno della coerenza di significato creata fino a quel momento (Nardi, 2001).

Un'autentica comprensione, soprattutto da un punto di vista clinico, dei meccanismi e della funzione del disturbo diviene pertanto fondamentale e non può prescindere dalla comprensione del senso che questo ha per il singolo individuo (Rezzonico e Strepparava, 2002).

Ogni scompenso critico è correlato a come soggettivamente l'individuo percepisce e attribuisce un valore alla fluttuazione dell'esperienza che sta sperimentando, cercando di integrarla nel senso di sé. Il fatto che il soggetto percepisca un evento come discrepante a livello tacito, non consapevole, è quindi intimamente legato alla organizzazione di significato personale e ciò spiega la molteplicità dei significati che può assumere una stessa manifestazione sintomatica.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (A.P.A.): 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).

Bara B.G., Mattei M.: Adolescenza: Una crisi per eccesso. In: Bara B.G. (Ed.), Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Ekman P.: Expression and the nature of emotions. In: Schererer K., Ekman P. (Eds.), Approaches to Emotion. Erlbaum, Hillsdale, New York, 1984.

Fabbro N., Ramponi R.: Disturbo d'ansia da separazione nell'infanzia e nell'adolescenza. In: Isola L., Mancini F. (Eds.), Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Franco Angeli, Milano, 2003.

Fabbro N., Ramponi R.: La fobia scolare. In: Isola L., Mancini F., (Eds.), Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Franco Angeli, Milano, 2003.

Gentili J.: Linearità e cambiamento nel ciclo di vita. In: Nardi B. (Ed.), Processi Maturativi tra Genetica e Ambiente. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Gigaro E.: Disturbo ossessivo compulsivo nell'infanzia. In: Isola L., Mancini F. (Eds.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Franco Angeli, Milano, 2003.

Gigaro E., Oleari A.: Disturbo da stress post traumatico. In: Isola L., Mancini F. (Eds.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Franco Angeli, Milano, 2003.

Giusberti C.: La fobia sociale. In: Isola L., Mancini F. (Eds.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Franco Angeli, Milano, 2003.

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, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Lorenzini R., Sassaroli S.: *La Mente Prigioniera*. Cortina, Milano, 2000.

Lorenzini R., Sassaroli S.: *L'Uomo Nero*. NIS, Roma, 1993.

Maselli P., Gaetano P.: Ansia e stili di personalità. In: Nardi B., Brandoni M. (Eds.) *Psicopatologia dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Nardi B.: "Conoscenza della complessità, complessità della conoscenza", in Nardi B., (Ed.) *Processi maturativi tra genetica e ambiente*, Accademia dei cognitivisti della Marca, Ancona, 2002.

Nardi B., "Dall'approccio sperimentale al modello esplicativo", in Nardi B., Brandoni M. (Eds.) *Psicopatologia dell'ansia ed epistemologia cognitiva*, Accademia dei cognitivisti della Marca, Ancona, 2002.

Nardi B., "Lettura sistemico processuale nel ciclo di vita: continuità e cambiamento", in Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L., (Eds.) *Continuità e cambiamento in psicoterapia*, Istituto di psicologia generale e clinica, Siena, 2001.

Nardi B., *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*, FrancoAngeli, Milano, 2001.

Plutchik R., "A general psychoevolutionary theory of emotions", in Plutchik R., Kellerman H., (Eds.), *Emotion: Theory, Research, and Experience*, 1. Academic Press, New York, 1980.

Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Rezzonico G., Strepparava M.G. "Ansia e psicopatologia. Alcuni aspetti", in Nardi B., Brandoni M. (Eds.) *Psicopatologia dell'ansia ed epistemologia cognitiva*, Accademia dei cognitivisti della Marca, Ancona, 2002.

Semerari A., *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2000.

Tomkins S.S., *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. I, II, III) Springer, New York, 1962, 1963, 1982.

Wells A., *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide*, Wiley & Sons, London. (Ed. it.: *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill, Milano, 1999).

## LE SOMATIZZAZIONI

Le Somatizzazioni, o Disturbi Psicosomatici, fanno parte della più ampia categoria delle Sindromi Somatoformi che sono tra le psicopatologie più frequenti. La loro eziopatogenesi è influenzata in modo significativo da conflitti psicologici, forti emozioni o eventi stressanti; per questo motivo è facile spiegare la loro elevata incidenza in un'età difficile come quella adolescenziale, soprattutto se consideriamo che l'adolescente non ha ancora completato il passaggio dal "pensiero concreto" al "pensiero astratto" e non è, quindi, sempre in grado di riferire a sé le emozioni.

Secondo la definizione del DSM IV i Disturbi Psicosomatici sono un gruppo di patologie caratterizzato da lamentele somatiche multiple e ricorrenti, della durata di alcuni anni, che non si associano a vere e proprie lesioni organiche ma che comunque necessitano dell'intervento di un medico, costituendo un impedimento alla normale vita lavorativa, sociale e/o familiare.

Numerosi studi effettuati nel secolo scorso da Selye, Cannon e Bahnsen hanno dimostrato che la predisposizione genetica e lo stress psicosociale agiscono sinergicamente attivando tre sistemi distinti ma interagenti tra loro (il sistema neuroendocrino, quello neurovegetativo e quello immunitario) i quali, a loro volta, attraverso peculiari meccanismi d'azione, determinano un sensibile incremento del rischio di malattia psicosomatica (Pancheri, 1984).

Nell'approccio esplicativo costruttivista (Nardi, 2001) le somatizzazioni rappresentano una delle molteplici modalità di scompenso a cui può andare incontro un soggetto nel corso del ciclo di vita, soprattutto in un'età critica come quella adolescenziale; a questo proposito i disturbi psicosomatici, pur mantenendo una peculiarità nelle loro manifestazioni cliniche, assumono un significato specifico a seconda dell'organizzazione di significato personale dell'adolescente.

In particolare nei soggetti appartenenti all'organizzazione di tipo DAP riscontriamo una notevole variabilità nelle manifestazioni da somatizzazione con prevalenza di dismorfofobie, sintomi gastrointestinali, manifestazioni a livello tegumentario, cardiorespiratorio ed in qualsiasi altra sede dell'organismo. Tutte queste manifestazioni non solo possono variare in



individui appartenenti a questa stessa organizzazione, ma anche nello stesso soggetto in situazioni diverse. Le dismorfofobie sono tipiche dei giovani affetti da DCA (Disturbi della Condotta Alimentare) come bulimia ed anoressia, in cui le ragazze (raramente tali patologie colpiscono il sesso maschile) tendono a vedersi come “disomogenee” oltre che enormemente grasse e si convincono di avere una parte del corpo deforme o, comunque, asimmetrica rispetto alla controlaterale. Per quanto riguarda i sintomi di natura gastroenterologica, che riprenderemo in dettaglio in seguito, nei soggetti DAP sono frequenti nausea e vomito, gastralgie di vario tipo (“pugno allo stomaco, bruciori, crampi), stipsi, sindrome da colon irritabile, dolori addominali diffusi e variabili e sensazione di gonfiore. Tra i sintomi cardiorespiratori si riscontrano spesso tachicardia, palpitazioni, dispnea e tosse ma più frequenti in questi individui sono le manifestazioni a carico dell’apparato tegumentario quali alopecia, psoriasi ed orticaria. Altri sintomi possibili sono le cefalee, solitamente di tipo muscolo-tensivo, spossatezza e dolori articolari più o meno diffusi.

Nell’organizzazione di personalità di tipo FOB invece sono peculiari le manifestazioni cliniche a carico dell’apparato cardiorespiratorio come tachicardia, palpitazioni, fame d’aria, senso di costrizione toracica, generalmente nelle condizioni avvertite dal paziente come senso di “costrizione”, oppure vertigini, confusione, sensazione di “testa vuota e leggera” nelle situazioni avvertite come “abbandoniche”. A tali sintomi possono associarsi quelli gastrointestinali quali gastralgie, dolori addominali ma soprattutto stipsi, insieme a riniti ed allergie.

Meno variabili sono le somatizzazioni nei soggetti OSS e DEP in cui possiamo riscontrare rispettivamente ipocondria, cefalea tensiva ed emicrania negli OSS ed ipocondria e Sindrome di Cotard nei soggetti di tipo DEP.

Nell’ultimo anno, all’interno del Centro per la Promozione dell’Agiò Adolescenziale ed in collaborazione con la Clinica di Gastroenterologia dell’Ospedale Umberto I di Torrette (An), abbiamo lavorato ad un progetto di ricerca sui disturbi psicosomatici di natura gastroenterologica in adolescenza, ottenendo risultati molto interessanti.

Prima di descrivere i metodi di ricerca ed i risultati finora ottenuti, ci è sembrato importante fare una distinzione tra le “malattie” psicosomatiche ed i “disturbi” psicosomatici gastrointestinali. Per malattie psicosomatiche si intendono, infatti, quelle patologie in cui, ad una spiccata componente psicogena si associano altri fattori che determinano l’insorgenza di vere e proprie lesioni organiche; tra le più importanti ricordiamo l’ulcera peptica e la rettocolite ulcerosa, senza però dimenticare le gastriti, le esofagiti e la

frequentissima sindrome da colon irritabile. È importante ricordare che tutte queste patologie sono molto più frequenti negli adulti piuttosto che negli adolescenti.

I disturbi psicosomatici gastrointestinali, invece, quali disfagia, gastralgie, nausea e vomito, coliti e stipsi, se da un lato sono l'espressione clinica delle patologie precedentemente nominate, dall'altro lato si presentano spesso come unica manifestazione del disagio psicologico dell'adolescente, anche se è importante considerare il rischio che questi si trasformino da semplici sintomi a vere malattie se non adeguatamente trattati sia dal punto di vista internistico che psichiatrico.

Gli scopi della nostra ricerca, dunque, sono stati:

1. effettuare un'indagine epidemiologica sulle variabili cliniche dei disturbi psicosomatici in adolescenza;
2. valutare quali fossero i disturbi di natura gastroenterologica più frequenti e le eventuali differenze tra i due sessi;
3. indagare le diverse manifestazioni cliniche nelle varie organizzazioni di personalità ed in individui della stessa categoria.

A tal fine abbiamo studiato, nel corso di circa 10 mesi, un campione di 60 soggetti, di cui 28 maschi e 32 femmine, di età compresa tra gli 11 ed i 30 anni, che si sono presentati direttamente al Centro per la Promozione dell'Agio Adolescenziale o che ci sono stati segnalati dal personale medico della Clinica di Gastroenterologia. Il campione è stato sottoposto a colloqui clinico-specialistici suddivisi in una fase di raccolta dei dati anagrafico-anamnestici ed in una fase atta all'individuazione delle caratteristiche psico-comportamentali e della organizzazione di significato personale.

Dalla rielaborazione del dato sperimentale è emerso come vi sia la costante presenza di un intervallo tra l'esordio dei sintomi e la diagnosi della natura psicosomatica degli stessi, intervallo generalmente dovuto al fatto che il soggetto tende a non considerare la possibilità di un'origine psicogena del proprio disagio. Solo dopo numerosi esami diagnostici specialistici non rilevanti una eziologia organica, il soggetto comincia ad ipotizzare la natura psicologica dei disturbi che lo affliggono. Diverso è il caso di alcuni pazienti segnalati dalla Clinica Gastroenterologica, nei quali l'intervallo sopra citato diviene minimo, poiché il soggetto è pervenuto alla nostra osservazione senza una consapevolezza autonoma circa la natura psicosomatica dei suoi sintomi. Abbiamo voluto evidenziare la fascia d'età in cui si verifica l'esordio dei sintomi nella maggior parte dei pazienti: quasi tutti gli esordi sono avvenuti nel range d'età compreso tra i 14 ed i 18 anni, range pienamente identificativo

della fase adolescenziale, quando si registrano i maggiori cambiamenti fisici, emotivi e cognitivi. Per quanto concerne le organizzazioni di personalità, la categoria che con maggior frequenza è giunta alla nostra osservazione è quella dei soggetti ad organizzazione mista DAP-FOB, seguita dal gruppo dei soggetti con organizzazione DAP e da quello della categoria FOB . Esiguo, e quindi statisticamente non significativo al fine della nostra ricerca, è stato il numero delle persone con altre organizzazioni di personalità (DEP-OSS; DAP-DEP; DAP-OSS ).

Dai risultati del nostro studio è emerso, a conferma dei dati presenti in letteratura e di quanto accennato precedentemente, che esiste una certa peculiarità dei sintomi psicosomatici, propria di ogni organizzazione di personalità, nonostante la variabilità individuale che occorre sempre tenere in considerazione.

Infatti nei soggetti DAP i sintomi più frequenti e rilevanti sono stati proprio quelli gastrointestinali, quindi i sintomi che interessano cute e capelli, raramente cardiorespiratori o altri disturbi.

Nei soggetti FOB, invece, la categoria sintomatologica maggiormente rappresentata era costituita dai disturbi cardiorespiratori, seguita da quella dei sintomi gastrointestinali seppure in percentuale molto minore; più raramente abbiamo rilevato quella delle riniti ed allergie e pochissimi soggetti presentavano altri sintomi.

I soggetti con organizzazione mista DAP-FOB presentavano una sintomatologia estremamente variabile, con caratteristiche intermedie alle due categorie di pazienti puri, definita dalla prevalenza dei disturbi tipici degli uni o degli altri.

Inoltre, dalla nostra ricerca è chiaramente emerso che nei soggetti DAP i disturbi tendevano a modificarsi per tipo, sede, entità e qualità dei sintomi, sia in pazienti diversi in cui si erano verificate modalità di scompenso simili, che in un medesimo paziente in situazioni diverse.

La rilevazione appena citata non si è mai registrata nei FOB in cui, al contrario, abbiamo riscontrato sempre gli stessi disagi, in forma più o meno grave, per ogni tipo di scompenso; infatti un FOB che inizi a somatizzare in sede gastrointestinale, a causa di una situazione che gli faccia provare un senso di costrizione o di abbandono, continuerà a manifestare gli stessi disturbi ogni qualvolta proverà la stessa sensazione.

Pari rilevanza riveste un ulteriore dato emerso dal nostro studio, riguardante quali fossero le modalità di scompenso colpevoli dell'esordio dei disturbi in soggetti ad organizzazione di personalità diversa.

Nei soggetti DAP gli eventi che portavano allo scompensamento erano quelli in cui veniva a mancare l'autonomia, intesa come difficoltà a demarcarsi dalla famiglia, cioè a prendere decisioni, fare scelte e, in seguito, concretizzarle in modo autonomo, indipendentemente dalle aspettative dei familiari o delle altre figure significative, soprattutto quando esse apparivano disconfermanti. Altri motivi di disconferma che potevano generare disturbi psicosomatici in questa categoria, sono risultate le relazioni sentimentali, poiché nella formazione, nel consolidamento (inizio dei rapporti sessuali, fidanzamento ufficiale, convivenza, etc.) e nella fine di queste, cambia il senso di sé dell'individuo DAP, che tende a leggersi totalmente nel partner. Il fallimento scolastico o l'aumento della richiesta d'impegno negli studi si è dimostrata un'altra importante causa di scompensamento, poiché viene percepito dal DAP come indice assoluto del proprio valore personale.

I soggetti FOB, invece, presentavano modalità di scompensamento riconducibili alla paura dell'abbandono o al senso di costrizione; questi manifestavano un'ordinata serie di sintomi, peculiari dell'una o dell'altra situazione. Negli adolescenti FOB un tipico evento scompensante era costituito dall'inizio della vita universitaria, in cui il cambiamento di città, di amici, di scuola e l'allontanamento dalla famiglia rivestivano il significato di "perdita di protezione"; il fatto stesso di crescere veniva vissuto dal paziente da un lato come una esigenza (quella di essere autonomo), dall'altro come una paura (quella di sentirsi abbandonato). La formazione, il consolidamento e la fine di una relazione, assumono il significato di perdita di controllo rispetto alla vicinanza e all'allontanamento del partner, quindi non stupisce che per i FOB anche questo costituisse motivo di scompensamento.

La focalizzazione della nostra ricerca sulle somatizzazioni gastrointestinali ci ha condotto alla rilevazione di un dato di omogeneità nei sintomi rispetto alle altre tipologie di disturbi psicosomatici. Da ciò si evince che nei soggetti ad organizzazione DAP i sintomi gastrointestinali si manifestavano con modalità variabile. Inoltre, nei medesimi soggetti, era frequente l'associazione di due o più sintomi: nella maggioranza dei casi si riscontrava la presenza di gastralgia e di nausea e vomito, in altri si aggiungevano colite e/o stipsi, solo raramente si rilevava un disturbo mono-sintomatico.

Gli adolescenti FOB, confermando a pieno le loro peculiari caratteristiche, lamentavano sintomi differenti in base al tipo di scompensamento: in situazioni di costrizione esprimevano il loro disagio attraverso episodi di colite, raramente associata a gastralgia (intesa come dolori crampiformi); in percezione di abbandono il sintomo preponderante era costituito dalla stipsi (resistente alle

terapie farmacologiche), alla quale poteva occasionalmente accompagnarsi gastralgia (intesa come senso di peso) .

Nei soggetti DAP-FOB i disturbi gastrointestinali, come tutte le altre somatizzazioni, si sono distribuiti in base all'organizzazione di personalità preponderante.

Conseguentemente a quanto rilevato dallo studio sinora condotto, possiamo esprimere le seguenti conclusioni:

- i disturbi psicosomatici esordiscono con frequenza rilevante in adolescenza, con maggiore incidenza nell'intervallo d'età compreso tra i 14 ed i 18 anni;
- le patologie psicosomatiche colpiscono trasversalmente ogni tipo di organizzazione di personalità, manifestandosi in modo coerente con essa;
- le somatizzazioni di natura gastrointestinale si distribuiscono in maniera variabile negli adolescenti DAP e DAP-FOB, mentre seguono le modalità di scompensazione in quelli con organizzazione FOB.

La natura stessa del presente studio non ci ha consentito di formulare un parere definitivo circa l'evoluzione dei sintomi psicosomatici a sede gastrointestinale riscontrati nei soggetti esaminati; estremo interesse rivestirebbe la prosecuzione del monitoraggio sui medesimi in occasione di visite di controllo periodiche o esami specialistici successivi. Le prospettive per un prossimo futuro sono quindi:

- a) proseguire la collaborazione con la Clinica di Gastroenterologia ed ampliare il campione;
- b) allargare la collaborazione anche ad ulteriori reparti al fine di studiare le somatizzazioni in altri distretti corporei;
- c) continuare a seguire i soggetti già esaminati nel tentativo di aiutarli a superare i loro momenti di scompensazione ed evitare loro una possibile evoluzione del disturbo in patologia.

## BIBLIOGRAFIA

Arciero G.: Le continuità e i cambiamenti. In: Reda M.A., Nardi B. (Ed.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*, Siena, 2001.

Biondi M.(Ed.): *Aggiornamenti in Medicina Psicosomatica*. SEU, Roma, 1988.

Harrison: *Principi di Medicina Interna*. Wilson J.D. et al., McGraw Hill, Milano, 1992.

Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Pancheri P.: *Trattato di Medicina Psicosomatica*. USES, 1984.

Rugarli: *Manuale di Medicina Interna Sistemica*. Masson, III ed., Milano, 1993.

Senise T.: *L'Adolescente come Paziente: Intervento Medico e Psicologico*. Franco Angeli, 1989.

Unigastro: *Malattie dell'Apparato Digerente*. Coordinamento Nazionale Docenti Universitari del Corso Integrato di Malattie dell'Apparato Digerente, UTET, II ed., Torino, 1998.

## LA DEPRESSIONE

### PREMESSA

Nell'adolescenza la *depressione del tono dell'umore* si presenta con aspetti estremamente mutevoli: a volte, con espressioni comportamentali particolarmente eclatanti (crisi di pianto, disperazione, rabbia); altre volte, con atteggiamenti marcatamente inibiti (chiusura relazionale, mutismo, ritiro degli investimenti); in altri casi ancora, essa può essere "mascherata" da disturbi psicosomatici o da una serie di condotte a rischio (tossicodipendenze, ricerca del pericolo come sfida "ordalica" al destino, ecc.).

Tutte queste forme possono comparire ed evolvere a volte in maniera subdola e graduale (ad es., attraverso una diminuzione del rendimento scolastico o una modificazione del comportamento alimentare), ma molto spesso compaiono in maniera critica e improvvisa e vanno incontro ad oscillazioni tanto intense quanto rapide.

Nella pratica clinica, questi aspetti non vanno mai sottovalutati, sia per il loro potenziale invalidante che per il rischio della messa in atto di comportamenti autolesivi. Occorre tenere presente che l'incidenza delle espressioni cliniche della depressione viene valutata tra il 3% e l'8% ma è sicuramente sottostimata, per la tendenza degli adolescenti a nascondere e a dissimulare i propri problemi agli adulti e per la loro diffidenza ad accedere alle strutture terapeutiche "ufficiali" (Nardi, 1995; Nardi e Pannelli, 1997ab, 1998).

Ma c'è un aspetto fondamentale, spesso sottovalutato o ignorato nell'ambito di una concezione fondamentalmente psicopatologica dei processi psichici, che va invece preliminarmente preso in esame a proposito delle oscillazioni del tono dell'umore, e che è legato proprio al valore di "*colorito soggettivo di fondo*" che il tono dell'umore riveste nella vita psichica.

Infatti, se non si vuole riduttivamente circoscrivere la depressione ai soli aspetti descrittivi, inquadrandola in categorie predefinite, essa deve essere considerata, nella complessità delle caratteristiche soggettive che la connotano, all'interno di un *continuum* che va da aspetti del tutto fisiologici

sotto il profilo adattivo (in quanto tali definibili “*normali*”) ad aspetti marcatamente disadattivi (e, quindi “*patologici*”). Proprio all’interno di questo continuum tra fisiologia e patologia, con possibili spostamenti nel corso del ciclo di vita verso un estremo e l’altro, va quindi letta anche la depressione adolescenziale (Nardi, 1995, 2001).

Nelle sue manifestazioni “fisiologiche”, essa è infatti fondamentale per la maturazione della personalità individuale e per l’acquisizione di un senso di sé e del mondo sempre più duttile ed articolato. La costruzione della conoscenza ha bisogno di “*vincoli negativi*”, il cui significato adattivo può emergere, nella relazione di attaccamento, quando a tali vincoli non si associa una svalutazione del figlio: proprio attraverso un limite posto all’interno di una relazione sufficientemente empatica, nonostante l’attivazione depressiva che tale vincolo determina, il bambino può individuare dei punti fermi per avviare i propri itinerari di sviluppo, sia intrapsichici (costruzione di trame narrative su di sé e sul mondo), sia comportamentali (cosa può agire e quali espressioni esterne sono praticabili). Come in ogni ascesa, procedere richiede dei punti fermi di appoggio, per muovere ulteriormente, iniziando a intravedere progressivamente scenari adattivi di ciò che è reale e ciò che è sogno, di ciò che appare conseguibile e di ciò che non appare tale.

Viceversa, nel continuum che intercorre tra “normalità” e “patologia”, a volte la depressione adolescenziale viene ad interferire con le potenzialità evolutive individuali fino ad arrestarle, talora in modo brusco e drammatico. Queste manifestazioni “patologiche” dell’abbassamento del tono dell’umore possono produrre non solo uno stato acuto di disagio, ma anche, se non si riesce a gestirle con adeguata tempestività, una seria compromissione dell’intero ciclo di vita successivo, sotto il profilo della realizzazione professionale, di quella affettiva e, più in generale, della progettualità.

A questo proposito, i tradizionali approcci alla depressione adolescenziale risultano ancora in ampia misura insoddisfacenti, sia sul piano nosologico sia su quello terapeutico, ed appaiono, oltre tutto, non adeguatamente “calibrati” per le complesse dinamiche evolutive tipiche dei soggetti nel periodo adolescenziale. Inoltre, è noto come la depressione adolescenziale si caratterizzi per l’ampia variabilità clinica e la non soddisfacente risposta ai trattamenti psicofarmacologici. In accordo con tali considerazioni, una revisione comparativa degli studi recenti ha evidenziato che i protocolli di intervento più efficaci sono quelli costituiti dalle terapie cognitive da sole o in associazione con una farmacoterapia specifica, raggiungendo percentuali di remissioni superiori al 65% (Brent et al., 1997).



Muovendo da queste premesse, in accordo con precedenti lavori del nostro gruppo, viene prospettata l'utilità di un *approccio cognitivo di tipo sistemico processuale* nella diagnosi e nel trattamento della depressione adolescenziale; 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.

## ASPETTI NOSOLOGICI DESCRITTIVI

Nella pratica clinica si fa comunemente riferimento ad una classificazione nosologica (dal greco “*nòsos*” = malattia e “*lògos*” = discorso) dei disturbi psico-comportamentali, basata sulla descrizione dei sintomi e sul loro raggruppamento in quadri patologici distinti, come fa il sistema classificativo più in uso, proposto dall'American Psychiatric Association nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, attualmente giunto alla quarta edizione: il cosiddetto DSM-IV (“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, 1994).

Il DSM IV, nell'ambito dell'asse I (Disturbi Clinici e Altre Condizioni che possono essere Oggetto di Attenzione Clinica) include la depressione nell'ambito dei “Disturbi dell'Umore”, inteso come colorito soggettivo di fondo delle varie esperienze vissute, che dà pertanto forma ad ogni contenuto conoscitivo. In questo raggruppamento nosologico vengono abitualmente distinti “disturbi dell'umore monopolari”, nei quali si manifesta cioè solo un abbassamento del tono dell'umore, con una depressione clinica che può essere inquadrata in un disturbo depressivo maggiore o in una distimia ad andamento tipicamente cronico, e “disturbi dell'umore bipolari”, caratterizzati da fluttuazioni del tono dell'umore sia nel senso dell'abbassamento sia dell'innalzamento: fasi depressive e fasi ipomaniacali o maniacali, inquadrare nell'ambito di un disturbo bipolare o di un disturbo ciclotimico.

*A. Disturbo depressivo maggiore.* Il tono dell'umore si presenta depresso per la maggior parte del giorno – specie la mattina, con l'intera giornata da affrontare – quasi ogni giorno, con marcata diminuzione di interesse e piacere per tutte (o quasi) le attività, sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati alla situazione (fino a forme di delirio), ridotta capacità di pensare e di concentrarsi, indecisione,

ricorrenti pensieri di morte (anche con ideazione suicida), sensazione di affaticamento e di mancanza di energia, rallentamento psicomotorio (a volte anche agitazione), inappetenza e significativa perdita di peso (ma, a volte, al contrario, si osserva un aumento), insonnia (specie lacunare, cioè con risvegli notturni, o terminale, con precoce risveglio mattutino, mentre l'insonnia da addormentamento è tipica dei disturbi ansiosi e fobici). Un tempo veniva usato il termine “*melancolia*”, introdotto da Ippocrate nel IV secolo a. C.; tale termine (derivante da “*mélas*”= nero + “*khol*”= bile) indicava la bile nera, uno dei quattro “umori fondamentali” dell'organismo, agli eccessi dei quali veniva attribuito questo disturbo. Ancora oggi la “melancolia” o “malinconia” individua quelle forme di disturbo depressivo maggiore caratterizzate da marcata depressione del tono dell'umore, prevalente nelle prime ore della mattinata, da mancanza di reattività agli stimoli ambientali, da intensi sensi di colpa, da agitazione psicomotoria, da deliri di rovina. Negli scompensi depressivi si può verificare, come si è detto, la comparsa di temi deliranti; in questo caso, si tratta di “*deliroidi*” o deliri secondari alla depressione dell'umore: deliroidi oltimici di rovina, di colpa, nichilistici, con senso ineluttabile e catastrofico di fine del mondo, di sciagura, di povertà e di persecuzione meritate. I disturbi depressivi maggiori possono manifestarsi o con un *singolo episodio* o con episodi ripetuti nel tempo (*forme ricorrenti*). A volte, in alcuni soggetti, presentano un tipico *andamento stagionale*, con esordio autunnale coincidente con l'avvicinarsi del periodo invernale e con remissione primaverile.

**B. Distimia** (dal greco “*dis*”, prefisso di separazione, dispersione, inversione e “*thymòs*” = anima, principio vitale, sentimento). In questa forma i sintomi depressivi – abbassamento del tono dell'umore, bassa autostima, sentimenti di disperazione, difficoltà di concentrarsi e di prendere decisioni, scarsa energia o astenia, riduzione di appetito o iperfagia, insonnia o ipersonnia sono meno marcati, hanno un andamento cronico di due o più anni e si associano spesso a irritabilità (“*disforia*”, vedi oltre).

**C. Disturbi bipolari.** Talvolta, gli episodi depressivi si alternano ad episodi caratterizzati da un eccessivo aumento del tono dell'umore: si parla in questi casi di disturbi bipolari, con *fasi eccitatorie ipomaniacali* o *maniacali*, a seconda della parziale o totale compromissione del funzionamento personale, relazionale e lavorativo. Le fasi di innalzamento anomalo del tono dell'umore si manifestano con incremento abnorme dell'autostima, senso di grandiosità personale, loquacità, fuga delle idee,

distraibilità – con attenzione continuamente deviata da stimoli esterni non pertinenti né importanti – ed eccessivo coinvolgimento in attività piacevoli, con alto potenziale di conseguenze dannose (ad es., acquisti eccessivi, comportamenti sessuali incongrui, investimenti affaristici incauti, ecc.) e diminuito bisogno di sonno. Si è soliti distinguere i disturbi bipolari in: a) *Tipo I*, caratterizzato da un andamento nel tempo del tono dell'umore prevalentemente orientato in senso maniacale, con temperamento ipertimico e tendenza a presentare una rapida alternanza delle fasi eccitatorie e depressive (“*cicli rapidi*” o “*rapid cycling*”) o *stati misti* (con coesistenza di sintomi depressivi ed eccitatori; b) *Tipo II*, caratterizzato dalla prevalenza di episodi di depressione del tono dell'umore, mentre quelli eccitatori non vanno oltre l'ipomania. Nei disturbi bipolari gli episodi di eccitamento dell'umore, che quanto più sono marcati tanto più si presentano scarsamente congrui e finalistici sotto il profilo adattivo, esprimono l'attivazione delle risorse psichiche per reagire al senso di inadeguatezza personale che si avverte come pericolosamente concreto ed oggettivo. Del resto, le stesse fluttuazioni del tono dell'umore, che caratterizzano il disturbo bipolare (nel quale non si osservano mai solo fasi maniacali o ipomaniacali), esprimono l'oscillazione tra momenti (o “*fasi*”) in cui il soggetto tenta di reagire al senso di pessimismo e di fallimento che lo pervade attraverso un affaccendamento tanto disperato quanto apparentemente sciocco, e altri momenti nei quali cede invece alla rassegnazione ed alla disperazione.

**D. Disturbi ciclotimici.** Rispetto a quelli bipolari, si caratterizzano per il fatto che i sintomi cambiano polarità (“*cicli rapidi*”) con frequenza e per la minore rilevanza quantitativa della sintomatologia clinica, sia nelle fasi eccitatorie (*fasi ipomaniacali*) che in quelle con abbassamento del tono dell'umore (*fasi distimiche*); producono di conseguenza una minore compromissione del funzionamento sociale, per cui richiedono in misura minore rispetto ai disturbi bipolari interventi socio-sanitari “urgenti”. Tuttavia, sul piano della sofferenza soggettiva, non si può certo fare riferimento ad un criterio “oggettivo” di gravità per impostare un intervento terapeutico mirato e tempestivo. Spesso nei disturbi ciclotimici si osserva inoltre *disforia* (dal greco “*dis*”, prefisso di separazione e dispersione, e “*phorèò*” = portare). La disforia è tipicamente associata alle rapide oscillazioni dell'umore e si esprime con repentini passaggi, anche più volte nel corso di una stessa giornata, da uno stato di indifferenza, di tristezza, di perplessità ad uno di angoscia, di irritabilità, di aggressività, per cui il soggetto appare instabile

e incostante, e solitamente ha una notevole difficoltà a identificare e a descrivere il proprio disagio.

Come si vede, l'approccio descrittivo, se è utile per definire una formulazione diagnostica sufficientemente univoca e condivisibile, non consente di considerare i complessi fenomeni che caratterizzano le deflessioni dell'umore nell'adolescenza, né di far luce sul significato, più o meno adattivo che esse rivestono.

In questo senso un apporto conoscitivo sul piano esplicativo è stato fornito dall'*approccio nosologico cognitivista*, nelle sue moderne evoluzioni post-razionaliste sistemico processuali. Tale approccio pone infatti l'accento sul significato soggettivo e interno dei sintomi, consentendo di cogliere come aspetti apparentemente simili, classificabili in modo sovrapponibile secondo il metodo descrittivo, rivestano invece significati profondamente diversi da soggetto a soggetto, sulla base di come ciascun individuo ha imparato a sperimentare e a riferirsi le esperienze vissute. Esso consente quindi una lettura esplicativa della depressione in riferimento ai seguenti fattori:

- a) la possibilità di considerare il sistema individuo nella sua *globalità psico-fisica* e nel suo *divenire temporale*;
- b) la messa a fuoco della *stretta connessione* che intercorre *tra gli aspetti emozionali e le conoscenze individuali*;
- c) la sostanziale *costanza dell'organizzazione di un proprio significato personale*, nonostante le trasformazioni cui si va incontro nel ciclo di vita, a partire dalle caratteristiche costituzionali e dalle tonalità emozionali che cominciano a definirsi attraverso la relazione di attaccamento;
- d) la necessità di considerare ciò che accade non come qualcosa di isolato, ma da collocare nell'ambito del *ciclo di vita* del soggetto che lo sperimenta, utilizzando quindi una *lettura evolutiva* e non statica anche degli scompensi psico-comportamentali;
- e) il *valore attivo* e non passivo *dei processi di adattamento* individuale;
- f) la *continuità* tra le esperienze che un soggetto riesce ad integrare nel senso di sé – e che risultano, quindi, “*normali*” – e quelle discrepanti, che danno origine ad un disagio più o meno profondo, esteso e disgregante, cioè a quadri “*patologici*” diversi, con varie potenzialità invalidanti e relative tendenze evolutive.

## MATURAZIONE, AFFETTIVITÀ E DEPRESSIONE

In accordo con quanto si è detto, in un'ottica esplicativa è fondamentale

considerare le deflessioni dell'umore all'interno del percorso di crescita che, a partire dagli aspetti costituzionali e dai processi di attaccamento, porta alla costruzione di una organizzazione di significato personale, specifica per ciascun soggetto. E' pertanto opportuno accennare brevemente alle principali relazioni che intercorrono tra deflessioni dell'umore e processi maturativi adolescenziali.

L'adolescenza non è soltanto il periodo del ciclo di vita nel quale si verificano i maggiori cambiamenti psico-fisici, sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo (maturazione dei caratteri sessuali primari e secondari, del pensiero astratto, ecc.), ma è anche un periodo eterogeneo, con un inizio e un termine sfumati e, per questo, difficilmente delimitabile. Nella società occidentale il passaggio dall'infanzia alla cosiddetta preadolescenza è sempre più precoce e, a sua volta, l'ingresso nella società adulta in termini di autonomia tende progressivamente a spostarsi in avanti, in tal modo l'adolescenza diviene un periodo molto ampio e ancora più multiforme. In questo periodo di grandi trasformazioni si definisce progressivamente quell'assemblaggio di schemi emotivo-affettivi e ideativi che configurano la chiusura organizzativa e, quindi, l'emergere di una stabile organizzazione di significato personale, peculiare di ciascun individuo (Guidano, 1987).

La variabilità dei percorsi maturativi e la possibile alternanza di periodi di evoluzione più continua e tranquilla con fasi anche turbolente di crisi rende difficile un inquadramento sia del singolo soggetto sia delle sue manifestazioni psico-comportamentali se si vogliono utilizzare i criteri descrittivi standard dell'approccio nosologico tradizionale (DSM-IV, 1994).

Per comprendere la dinamica evolutiva dei disturbi osservati (aspetto "processuale"), occorre seguire un modello esplicativo, aggiornato epistemologicamente e duttile sul piano clinico, che possa integrare l'approccio nosologico tradizionale e che fornisca modalità cliniche di intervento tempestive, mirate alle specifiche problematiche di ciascun soggetto.

La maturazione emotiva ed affettiva si realizza a partire da forme generali di reattività lungo l'asse *placidità-aggressività* e di attivazione positiva o negativa lungo l'asse *piacere-dispiacere*. Essa consente il riconoscimento e la memorizzazione degli stimoli ambientali, che vengono così ad attivare specifiche reazioni soggettive in rapporto alle proprie aspettative, che si esprimono sia attraverso manifestazioni comportamentali, sia tramite comunicazioni non verbali e, successivamente, anche verbali.

Nel corso dello sviluppo, a partire dalla relazione di attaccamento, le

emozioni vengono utilizzate nella costruzione del sistema rappresentativo del sé e delle altre figure significative; anzi, la *autorappresentazione delle emozioni* (cioè, la loro rappresentazione a livello consapevole) costituisce l'elemento centrale intorno al quale si articola la costruzione del sé rispetto allo spazio intersoggettivo nel quale l'individuo si trova a vivere.

Sotto il profilo adattivo, le funzioni emotive ed affettive orientano, quindi, i processi cognitivi (specie l'attenzione e l'apprendimento), fornendo a tali processi una valutazione soggettiva che ne condiziona anche le modalità con cui vengono espressi agli altri nell'ambito delle relazioni significative (Nardi, 2001).

Studi neuropsicologici ormai classici hanno dimostrato che le emozioni non solo danno maggiore o minore rilievo ai ricordi, ma agiscono anche facendo in modo che alcune esperienze, particolarmente significative per la loro risonanza emotiva (positiva o negativa), vengano ricordate con maggiore rapidità e più a lungo. Analogamente, sono le emozioni che motivano o inibiscono i comportamenti che sono base delle azioni e della progettualità individuale: è esperienza comune che un'attivazione positiva per la realizzazione di un evento atteso facilita la ricerca di ulteriori traguardi, mentre la non riuscita di un progetto inibisce e demotiva (Kandel et al., 1994).

A partire dalle fasi più precoci dello sviluppo, quando le funzioni cognitive sono ancora estremamente rudimentali, le sensazioni, le percezioni e le emozioni strutturano le modalità di contatto con l'ambiente e si esprimono attraverso schemi senso-motori, dapprima generali e poi sempre più specifici, sulla base della maggiore o minore consonanza che hanno rispetto alla coerenza interna del soggetto.

Attraverso l'attaccamento, le primitive attivazioni emotive di eccitazione generalizzata vengono gradualmente strutturate in *configurazioni d'insieme*, organizzate nel ciclo di vita con crescente complessità. Queste configurazioni consentono di ordinare l'esperienza in modo da ricavare una percezione stabile e definita di sé e della realtà esterna.

Ciò avviene a partire da elementi emozionali di base – “*basic emotions*” – almeno in parte geneticamente determinati, che man mano si strutturano attraverso gli apprendimenti in schemi emozionali più complessi ed integrati: “*emotional schemata*”. Nelle emozioni, infatti, possono essere individuate componenti sensitive e percettive, modificazioni neurovegetative associate e reazioni comportamentali (Galati, 1993; Damasio, 1999).

Come risulta dagli studi sul rapporto tra attaccamento e orientamento del bambino (Witkin e Goodenough, 1977; Lewis e Gun, 1979; Guidano e Liotti,

1983; Guidano, 1987, 1991; Lewis, 1992, 1994; Arciero e Mazzola, 2000; Nardi, 2001), il contesto accidentato può presentare margini emotivi più o meno stabili e definiti e questo aspetto riveste un ruolo importante nello sviluppo emozionale del bambino e nella maturazione della sua organizzazione di significato personale.

In particolare, se il contesto accidentato presenta margini emotivi sufficientemente stabili e ben definiti, sia in positivo sia in negativo, esso favorisce nel bambino il riconoscimento precoce dei propri pattern di attivazione emotiva e l'acquisizione di un altrettanto precoce senso di continuità e di stabilità personale. Le attivazioni interne vengono percepite come primarie, esistendo una precoce messa a fuoco delle emozioni di base (vedi oltre). Il bambino tende quindi a mettere a fuoco attraverso la propria continuità ogni cambiamento ambientale, come modalità diverse di percepirsi giorno per giorno, pur essendo sempre lo stesso: *lettura interna* o "inward".

Se, invece, il contesto accidentato appare imprevedibile, incostante, instabile, ambiguo o ambivalente e non è in grado di assicurare una sincronia dei propri ritmi psicofisiologici con quelli del bambino, quest'ultimo incontra una difficoltà più o meno spiccata a differenziare i propri ritmi psicofisiologici dalle attivazioni emotive e a riconoscere i propri pattern emozionali. Avendo la tendenza a modificare il mondo interno per renderlo conforme con l'esterno, il bambino appare incerto nel mettere a fuoco le attivazioni emotive di base, mentre privilegia le tonalità emotive autocoscienti a comparsa più tardiva (vedi oltre, emozioni secondarie: ad es., colpa, vergogna, disgusto). Tende pertanto sempre più a mettere a fuoco la variabilità che coglie, attimo dopo attimo, dall'ambiente e a costruire il senso di stabilità, di costanza e di permanenza di sé proprio attraverso questa variabilità: *lettura esterna* o *outward*.

Come si è detto nella premessa, i processi di maturazione che hanno il loro fulcro nella costruzione dell'*identità* si articolano caratteristicamente, nel corso dell'adolescenza, attraverso momenti fisiologici di instabilità, che comportano anche bruschi e transitori abbassamenti del tono dell'umore (cosiddetta "*depressione fisiologica*"), espressione di riassetto critico dell'equilibrio interno, in rapporto alle modalità soggettive di assimilare e di riferire a sé l'esperienza vissuta (Cesari, 1990; Nardi, 1995). Il distacco dai riferimenti ideo-affettivi e culturali che avevano supportato nel corso dell'infanzia i processi conoscitivi e il bisogno di ridefinire, a partire dall'immagine di sé, un nuovo e più personale universo di conoscenze, più articolate e complesse, può infatti favorire la comparsa di atteggiamenti

depressivi, specie quando i rapidi e imprevedibili cambiamenti corporei e i mutati ruoli relazionali perturbano un senso di sé ancora precario e instabile, senza che siano disponibili, nell'ottica dell'adolescente, riferimenti alternativi percorribili (Chandler, 1975; Kaplan, 1984; Braconnier, 1993; Nardi, 1995). Pertanto, nel corso della preadolescenza e dell'adolescenza, fisiologiche variazioni del tono dell'umore rivestono un ruolo fondamentale nella maturazione psico-relazionale e, quindi, nella strutturazione della personalità, modulando le capacità individuali, più o meno flessibili, di assimilare l'esperienza, anche quando essa consista in eventi perturbanti sotto il profilo emotivo e relazionale (Reda e Liotti, 1984; Nardi, 1995).

Tali modulazioni del tono dell'umore, più o meno brusche, intense e durature costituiscono sul piano fenomenologico, momenti di "crisi", intesi come rotture irreversibili dell'equilibrio intrapsichico ("*symmetry breaking process*", Prigogine, 1973), e possono dare luogo ad esiti diversi, sia di tipo adattivo e, quindi, maturativo (conseguimento di un nuovo equilibrio, più complesso e integrato), sia di tipo disadattivo, con oscillazioni metastabili che si esprimono attraverso disturbi psicopatologici di vario tipo e gravità (Chandler, 1975; Braconnier, 1993). Il passaggio da condizioni di "normalità" a quelle di franca "patologia" si configura, come si è detto, senza soluzioni di continuità, sia che si faccia riferimento a momenti diversi della maturazione personale, sia che si operino confronti tra soggetti diversi o tra gruppi (Nardi, 1995).

Se le crisi dell'infanzia consentono di realizzare che ogni individuo è unico e diverso dagli altri, le crisi dell'adolescenza pongono il problema della scelta di come si vuole essere, tenendo conto che il pensiero astratto fa mettere a fuoco che i bisogni interni e le richieste esterne possono non coincidere e a volte risultano in contrasto. Come hanno messo in evidenza vari autori, tra i quali Cesari (1990), 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. A volte queste sfide arrivano a forme *ordaliche* (dal latino medievale "*ordalium*" = giudizio di Dio) nelle quali si mette in gioco sia la propria vita che quella degli altri.

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 e nel quale si perdono il rassicurante aspetto infantile e le certezze fornite dal pensiero concreto e si evolve 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 è 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.

Numerosi contributi, come quelli di Brown e Harris (1978), Diener e Dweck (1980), Adam (1982), hanno confermato che gli scompensi depressivi adolescenziali conseguono a eventi vissuti come perdita (separazioni minacciate o realizzate, rivelazioni che portano a rivedere in negativo l'immagine e il rapporto con una persona significativa, malattie gravi o perdita di una persona cara, sradicamenti sociali e cambiamenti di residenza, fallimenti scolastici o lavorativi, problemi economici, etc.).

Gli scompensi si manifestano con un senso di disperazione che tende ad essere generalizzata e che coinvolge tutti i settori dell'esperienza fino a comprendere l'intera esistenza passata, presente e futura. Il senso di svalutazione e di disperazione appresa, descritto nei contributi di Seligman (1975) e Diener e Dweck (1980), comporta non solo la sotto stima dei successi ottenuti, ma anche la sopravvalutazione dei fallimenti, fino ad attivare scompensi sia di tipo nevrotico sia psicotico, questi ultimi con tematiche deliranti a sfondo di rovina. Il controllo inadeguato della rabbia, che caratterizza questi scompensi, fa oscillare il soggetto tra autoimputazioni e autocommiserazione e lo può spingere a mettere in atto comportamenti autodistruttivi ed eterodistruttivi e a far uso di sostanze anestetizzanti come alcol e droghe.

Nel corso dello sviluppo e, in particolare, nell'adolescenza, la difficoltà a livello tacito di tollerare le proprie fantasie distruttive nei confronti dei genitori porta ad un riordinamento esplicito nel quale il soggetto si viene a sentire ostacolato, danneggiato, abbandonato, odiato dal genitore; anzi, spesso questa percezione si estende fino a considerare la società ed il mondo nel complesso come ostili e persecutori (Kaplan, 1984). Ciò porta a chiudersi

in sé, ad escludere gli affetti, a non investire in nuove scelte o negli interessi fino ad allora avuti, fino ad autosvalutarsi e a rivolgere su di sé la volontà di distruzione, danneggiandosi (anche attraverso comportamenti inadeguati o pericolosi), elaborando fantasie e pensieri suicidi con un coartato senso del reale, per cui è possibile il passaggio all'atto. Questo si può realizzare attraverso azioni dimostrative che esprimono al tempo stesso protesta e richiesta di aiuto ("*parasuicidi*"), tramite gesti di natura autolesiva espletati con modalità incongrue ("*tentati suicidi*"), gesti tesi all'autosoppressione che per caso o imponderabilità non raggiungono l'obiettivo ("*mancati suicidi*") o *suicidi* veri e propri, a volte annunciati più o meno esplicitamente, a volte fortemente dissimulati e mascherati dietro una apparente "normalità" e "serenità". Del resto, l'instabilità adolescenziale, con fluttuazioni tanto radicali quanto brusche (tipo "tutto o niente", "bianco o nero"), può portare a vivere come drammatico e senza speranza un fallimento scolastico o affettivo, un rimprovero, una qualsiasi delusione. Occorre pertanto prendere in seria considerazione ogni disagio evolutivo, dando parallelamente il necessario supporto all'ambiente relazionale nel quale vive il soggetto. In caso di esito positivo, lo scompenso si risolve attraverso una elaborazione dell'esperienza di delusione, con un maggior controllo sull'esperienza, man mano che l'evento discrepante si allontana nel tempo, anche se spesso si giunge ad un equilibrio a margini ristretti, che espone al rischio di recidive di fronte a nuove e anche minime percezioni di delusione e perdita.

Il continuo fluire dell'esperienza, che viene riferito a sé ("*autoreferenzialità*") integrando progressivamente la costruzione sempre più complessa e articolata di una propria identità ("*autopoiesi*"), viene percepito nel corso dello sviluppo come qualcosa di oggettivamente univoco e definito, e non come una delle molteplici possibilità di raccontarsi la propria storia. In questa trama narrativa, le spiegazioni dell'esperienza utilizzano anche *pattern di autoinganno*, attraverso i quali ciò che è accaduto viene reso coerente con il senso di sé in corso per essere quindi integrato a livello consapevole (Maturana e Varela, 1987, 1988; Guidano, 1987, 1991). Proprio alle modalità abituali di riferirsi l'esperienza, che si selezionano gradualmente a partire dalla relazione di attaccamento, si deve la tendenza a mantenere costanti i temi di negatività, nonostante il fatto che questi rinforzino una immagine svalutata di sé. Negli adolescenti depressi, il fatto di percepirsi come portatori di una negatività personale (sentirsi non accettati, incapaci di fare bene con gli altri, impotenti, non amati o impossibilitati ad amare, in colpa per avere deluso fortemente qualcuno, insensibili come un robot o deafferentati, ecc.), pur comportando

un disagio personale e relazionale progressivamente crescente, viene vissuto come una realtà ineludibile, di fronte alla quale non possono fare nulla, e non come la modalità abituale con cui hanno imparato a percepirsi.

Alla luce di quanto precedentemente esposto, nell'ottica cognitiva sistemico processuale, vanno presi in esame sia gli eventi che negli adolescenti hanno dato forma in chiave disadattiva alla crisi e, quindi, allo scompensamento psicopatologico, sia l'andamento nel tempo di questa fase metastabile di disequilibrio nel ciclo di vita, attraverso le modificazioni delle modalità soggettive di assimilare e di autoriferirsi le esperienze vissute.

## APPROCCIO ESPLICATIVO SISTEMICO PROCESSUALE ALLA DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE

Nell'adolescenza, la presenza di temi depressivi rappresenta *una dimensione trans-organizzazionale*, che può comparire sostanzialmente in tutti gli individui, a prescindere dalla organizzazione di significato personale.

La diffusione trans-organizzazionale dei temi depressivi conferma come la loro elaborazione rappresenti un elemento fondamentale per la maturazione ideo-affettiva, la costruzione dell'identità e l'accettazione di sé, analogamente a quanto avviene per altre funzioni psichiche, come ad esempio l'ansia (Galimberti, 1983; Cesari, 1990; Nardi, 1995; Borgna, 1997).

Le possibili evoluzioni, positive (maturative) o negative (involutive) di un disturbo depressivo adolescenziale, sono legate alle modalità, più o meno adattive, con le quali le esperienze immediate a tonalità depressiva vengono autoriferite ed integrate nel senso di sé, dando luogo ad ulteriori modelli previsionali di sé e del mondo. 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 (Crittenden, 1992, 1994, 1997, 2000; Lambruschi e Ciotti, 1995), così una lettura in chiave evolutiva e sistemico processuale della depressione adolescenziale 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 della capacità di valutare la realtà nei suoi chiaro-scuro e di scegliere, di volta in volta, i significati e le strade che appaiono più "viabili" (Maturana e Varela, 1987, 1988; Guidano, 1987, 1991, Reda, 1990; Rezzonico, 1995; Rezzonico e Lambruschi, 1996) sul piano soggettivo, specie quando esperienze perturbanti si affacciano ineludibili sul cammino della crescita individuale.

I temi depressivi adolescenziali evidenziano inoltre la processualità e la dinamicità delle modalità di costruzione personale delle “*trame narrative*” soggettive (Villegas, 1993, 1994), denotando quindi un nucleo non ancora ben strutturato di schemi emozionali e di costruzioni cognitive ad essi correlate.

Nella costruzione della complessità interna un ruolo centrale è svolto dalle *emozioni* dato che, dalle prime fasi dello sviluppo, cominciano a definirsi degli schemi emozionali abbastanza stabili e caratteristici di ciascun individuo, correlati ai sistemi comportamentali motivazionali, alle scene nucleari e agli scritti.

Come hanno evidenziato le ricerche di Tomkins (1978), le “*scene nucleari*” o “*prototipiche*” derivano dalle prime esperienze emotivamente significative, sulla cui base vengono progressivamente identificate analogie, somiglianze e differenze comportamentali. Il ripetersi durante le prime fasi dello sviluppo di situazioni analoghe ben caratterizzate, che si associano ad attivazioni emozionali dello stesso tipo, conduce gradualmente alla strutturazione di uno specifico modo di percepirsi e, quindi, alla elaborazione di un determinato concetto di sé. Queste scene vengono sovrapposte e diventano un modello, cui ci si può riferire, di quelle specifiche situazioni; questo modello previsionale viene pertanto ad indicare al soggetto, da un lato, come lo percepiscono gli altri in certe situazioni e in certi specifici contesti, come tendono a trattarlo e cosa si aspettano da lui e, dall’altro lato, anche come egli si debba porre e cosa possa aspettarsi dagli altri in quella data situazione. Ogni scena prototipica ha una notevole rilevanza emotiva e consente la costruzione di modelli stabili di vari tipi di esperienza, che entrano a far parte del repertorio comportamentale e della storia personale, per cui ciascun individuo tende a presentare, in circostanze simili, atteggiamenti tendenzialmente costanti.

Come hanno messo in rilievo ulteriori ricerche di Schank e Abelson (1977) e Carlson (1981), alle scene nucleari si vengono poi ad associare nel corso della maturazione degli insiemi di ragionamenti, di schemi e di regole comportamentali – gli “*scritti*” – che consentono di ordinare e di riconoscere quei raggruppamenti coerenti di esperienze emotivamente significative che costituiscono le scene nucleari, stabilizzando e integrando il senso di sé. Reda (1997, 1999) ha messo in evidenza il fatto che gli scritti, che rappresentano una sorta di “*copioni personali*”, derivano dalla integrazione di attivazioni affettivo-emotive con i sistemi di rappresentazione attraverso le immagini.

In questo modo, come è stato evidenziato dai contributi di Villegas (1993, 1994), grazie alla definizione delle scene nucleari e dei relativi scritti, il senso unitario di sé emerge dalla capacità di riconoscersi in una sorta di “*trama*” o

“*struttura narrativa*” e, quindi, in una storia personale, nonostante il fatto che ciascun soggetto abbia un certo repertorio di possibili immagini di sé, cioè di differenti modi di porsi e di impersonare se stesso in situazioni e contesti differenti. Le modalità di narrativa sono strettamente connesse con quelle di attaccamento. Infatti, nelle relazioni di attaccamento di tipo “sicuro” si osservano generalmente abilità narrative che consentono di trattare in modo fluente i temi di vita. Nelle relazioni di tipo “evitante” la narrativa appare limitata, con temi impersonali focalizzati su attività e oggetti e con scarsa elaborazione dei dialoghi, mentre prevalgono risposte “chiuse” tipo “sì/no”. Nelle relazioni di tipo ansioso “resistente”, e con maggiore evidenza in quelle di tipo “disorientato”, nelle quali non è stato possibile collegare in modo coerente sensazioni e significati, la conversazione viene controllata e “guidata” su argomenti che non producono ansia. La narrativa è ricca di errori, di esitazioni, di “false partenze”, con discorsi focalizzati sulle tematiche relazionali, più che sulle attività e sugli oggetti (Lewis, 1992, 1993, 1994; Reda, 1996, 1997, 1999).

L’integrazione del dominio emotivo nella trama narrativa consente di identificare e valutare i propri stati emotivi nell’ambito di una crescente competenza autobiografica: “*coscienza riflessiva del sé*”. Pertanto, con la maturazione adolescenziale, sulla base di tutti gli elementi che compongono la *personalità*, emerge stabilmente una organizzazione conoscitiva specifica – “*organizzazione di significato personale*” o “*personal meaning organization*”, P.M.O. – che già nel corso dell’infanzia è possibile individuare in abbozzo, legata al significato intrinseco che ogni soggetto dà alle proprie esperienze (Guidano, 1987).

## DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE NELLE PRINCIPALI ORGANIZZAZIONI PERSONALI

### *1. Depressioni in adolescenti con organizzazione DAP*

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. Conseguono in genere a perturbazioni critiche vissute come disconfermanti (quindi, come un non riconoscimento personale) o come deludenti rispetto ad investimenti effettuati, spesso con un coinvolgimento totale, con aspettative irrealistiche, tipo “tutto o nulla”, rispetto ad una persona significativa. In altri casi lo scompenso è legato alla paura di una disconferma, per cui il soggetto si

chiude in sé evitando di esporsi ad eventuali insuccessi: si ritira dagli studi, non “debutta” affettivamente, non entra nel mondo del lavoro.

Gli episodi clinici depressivi nelle organizzazioni DAP sono pertanto caratterizzati da *forme con evitamento dell'esporsi* (ad es., ritiro prima di una prova scolastica o 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.).

Come abbiamo osservato in ricerche sulla depressione adolescenziale, queste forme corrispondono frequentemente ad uno stile di *attaccamento ansioso evitante difeso o coercitivo resistente*.

Per quanto riguarda gli *eventi perturbanti* e le *modalità di scompenso*, nei *disturbi depressivi* DAP, come si è già accennato, 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. Il senso di disconferma si associa ad un'immagine di sé centrata su modelli formali o ideali, conforme ad aspettative a volte irrealistiche di perfezione, mentre precaria appare 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 (ad es., “*mia madre mi ha detto che nell'ultimo periodo non mi sono comportata molto bene; ho provato una scossa, un colpo di grazia ed ho pensato: lo sapevo, ho mangiato di più; mi sono sentita una non in grado di essere come dovrei, ho provato vergogna, mi sono sentita una fallita totale, una che non vuole affrontare la situazione. Le ho detto: non iniziare, lasciami in pace e mi sono rifugiata in camera*”; “*fare sesso mi preoccupa un po', se lo facessi non sarei più quella bambina che mia nonna amava, potrei perdere l'amore di mia nonna e la stima di me stessa*”). In questi casi è evidente come il senso di sé viene ricavato nell'immediatezza dell'esperienza dallo specchiarsi nella figura di riferimento, confondendosi con essa, senza avere la capacità di percepire l'altro come espressione dei suoi stati interni, della sua storia e non come “giudice” del proprio comportamento. Da un lato, si vorrebbe essere perfetti per essere approvati sempre e comunque: poter essere in ogni situazione all'altezza delle aspettative, non importa quanto irrealistiche e quanto espressione di una immagine di sé tanto irrealista (“*falso sé*”) quanto caparbiamente, a volte ossessivamente, cercata; dall'altro lato, si sperimenta

l'incapacità di essere perfetti, vincenti, non criticabili e non rifiutati; quando ciò accade, ci si percepisce impotenti, inutili, falliti. Ciò accade sia nelle storie di sviluppo nelle quali ci si è sentiti non accettati o apertamente rifiutati (ad es.: *“volevano un maschio e invece sono nata io...”*; *“mio padre mi diceva sempre che ero uno scorfano e io inizialmente non sapevo nemmeno cosa fosse”*), sia in quelle nei quali ci si sentiva investiti di una marcata idealizzazione (ad es., *“per i miei genitori ero perfetto, ero sempre il migliore...ma a un certo punto non ce l'ho fatta più ad esserlo, ho perso l'energia, mi sono ammalato”*). Sono situazioni in cui si cerca di dare tutto finché non ce se la fa più, per cui si abbandona la sfida con un senso di colpa e di vergogna per non essere riusciti a dare il meglio di sé (ad es., *“mia sorella mi odiava, non mi stimava, mi faceva venire voglia di morire”*; *“il fatto che lui non fosse come mi aspettavo mi ha fatto sentire inutile, fallita; ho pianto tanto, ho pensato che non avrei potuto avere ricordi belli di questo periodo, come invece accade agli altri”*; *“perché quando comincio un'esperienza, alla fine rimango sempre solo?”*). Questa esperienza di delusione fa percepire al soggetto di essere *“fuori dalla norma”* e, con un meccanismo tipo *“tutto o nulla”*, 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. Il rifiuto o l'abbandono fanno sentire soli (*“se non sei calcolato neanche dalle figure più significative non ti senti una persona, sei un oggetto che, se non è utile, non serve più”*).

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 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, 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 organizzazioni OSS*

Frequentemente gli scompensi OSS 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 DEP, non riguarda specificamente la relazione con gli altri, ma investe e compromette il senso unitario di sé, per cui si associa alla perdita, spesso generalizzata, di tutte le certezze fino ad allora acquisite (ad es., *“quando tornavo da scuola con ‘ottimo’ mio padre mi diceva che sarei stata brava solo quando me lo avrebbe detto lui”*; *“quando non riesco a fare qualcosa, penso che non riuscirò mai ad essere come dovrei e mi sento in colpa. Non tollero di essere inadeguata, mi fa sentire in colpa, non posso dire che me ne frego, devo riuscire a controllare tutto”*). Come si vede, in questi casi la messa a fuoco dall'esterno procede per schemi generali, alla ricerca di regole e di punti di riferimento certi: la negatività personale non viene colta, come nei DAP, dal giudizio negativo che si ricava da qualcuno, ma dalla non adesione ad un dovere che viene percepito come interno e inderogabile (Nardi, 2001).

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 scompensamento depressivo delle organizzazioni OSS rappresentano quindi forme cliniche, meno frequenti rispetto alle depressioni DAP e DEP 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; corrispondono a stili di *attaccamento coercitivo resistente o ambivalente*, ma anche *difeso genitoriale e compulsivamente autosufficiente*.

In queste forme, gli eventi perturbanti all'origine dello scompensamento vengono a compromettere il bisogno di *controllo totale e 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 alla 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 organizzazioni FOB*

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 a gestire le situazioni come sarebbe necessario (“*vorrei fare tante cose, ma sto male*”). Si associano inoltre a un senso di precarietà e di vulnerabilità personale – estesa anche alle figure che costituiscono “basi sicure” o, comunque, “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 nelle depressioni FOB è anche iniziale, non solo lacunare o terminale.

In ogni caso, nelle organizzazioni FOB le perdite vengono percepite come una conferma della pericolosità e della inaffidabilità del mondo.

### 4. *Depressioni in adolescenti con organizzazioni DEP*

Nelle organizzazioni DEP, 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 scompensazione caratterizzate tutte da un marcato senso di negatività personale, a volte percepito come ineluttabile e inemendabile.

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): se mai, la mancata risposta sul piano empatico da parte di altri viene sentita 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 delle organizzazioni DEP 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. 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.

In questi soggetti, come recentemente ha messo in evidenza anche Reda (2003), frequentemente si riscontra una inibizione della memoria episodica e una tendenza alla generalizzazione dei ricordi, con conseguente difficoltà a ricostruire e a riferire a sé il significato delle proprie emozioni (ad es.: “*del passato ricordo pochissime cose, anzi le devo scrivere nel diario; prego spesso di poter dimenticare tutto il passato*”). E' evidente in questi casi la difficoltà ad integrare nelle trame narrative esplicite il significato tacito di episodi nei quali le emozioni attivanti vengono riconosciute ad un senso di negatività personale dalla quale non si può uscire.

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 per intensità e 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 (come è possibile imparare a mettere a fuoco nel corso della psicoterapia). 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 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 con il corpo, mentre anche la realtà esterna, non accettata, viene non riconosciuta e negata (ad es., “*mi sentivo trasparente ed ero sempre più intrattabile*”).

Infine, in alcuni scompensi delle organizzazioni DEP, 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, 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.

In sintesi, relativamente ai soggetti depressi DAP, si rileva una prevalenza di vergogna, colpa e disperazione; nei depressi OSS si osservano in particolare

contenuti di ambivalenza, disprezzo, disgusto e colpa; le depressioni FOB sono particolarmente difficili da osservare in quanto sono mascherate da somatizzazioni o da condotte di prevenzione e di evitamento delle situazioni negative, che in caso di mancata riuscita possono sfociare in attacchi di panico; infine, nelle organizzazioni DEP con scompensamento depressivo si riscontrano soprattutto attivazioni emotive di rabbia, tristezza, disgusto, disperazione, colpa, rammarico e collera.

Solitamente negli adolescenti depressi il grado di flessibilità è ancora sufficientemente conservato; un rapporto concretezza/astrazione relativamente elevato è frequente, in particolare in quelli con organizzazione FOB; il livello di complessità è spesso più basso nei depressi DAP e più elevato in quelli OSS; infine, un tasso di somatizzazione particolarmente elevato caratterizza le trame narrative di soggetti FOB e DAP-FOB (Nardi e Pannelli, 1998).

## INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO

Per comprendere gli scenari clinici o, meglio, il paradigma epistemologico entro cui si colloca un intervento psicoterapeutico post-razionalista è opportuno tenere presente quanto disse Vittorio Guidano nel corso di uno dei tanti seminari da lui tenuti sull'argomento (1989, in Nardi Ed., 2000).

*“Abbandonato il criterio dell’oggettività, la relazione terapeutica si può definire non più come uno strumento di persuasione (o un corso pedagogico) ma, semplicemente, come un tipo di esplorazione in cui i due, terapeuta e paziente, sono sullo stesso piano.*

*Infatti, se il terapeuta è un esperto (diciamo, di principi evidenti), il paziente è d’altra parte l’unico esperto di se stesso, dato che è l’unico che ha contatto con il suo materiale interno. Quindi la relazione terapeutica è uno strumento di esplorazione che ha la finalità, non di modificare un comportamento disadattivo, non di far sì che il paziente pensi meglio, ma quella di far sì che il paziente conosca meglio il suo modo di funzionare, arrivando ad una riorganizzazione che gli sia appropriata.*

*Ad esempio, un soggetto può avere un processo di organizzazione personale, con un livello di consapevolezza che non gli consente di dare una forma adeguata alla tensione derivante dal fatto che le emozioni, che il suo stato attuale di riorganizzazione gli ha prodotto, sono rimaste assolutamente indecodificate, e quindi incontrollabili e fonte di perturbazioni anche dolorose. Se il terapeuta abbandona ogni pretesa di oggettività e la relazione terapeutica da parte del soggetto è vista come strumento di esplorazione, in*

*questa relazione cambia l'atteggiamento di fondo verso le cosiddette emozioni negative. Nell'ottica cognitivista tradizionale l'obiettivo di una terapia è persuadere il paziente, in relazione alle opinioni più stabili, cercando quindi di ritornare a quello che era l'equilibrio di prima, utilizzando varie tecniche di autocontrollo. In questa prospettiva di autocontrollo la persona viene addestrata a controllare meglio la propria emozione disturbante dicendosi determinate cose, mentre generalmente l'atteggiamento che il terapeuta ha verso le emozioni negative è assolutamente, scusate la ridondanza, negativo, in quanto non ne vuole neppure sentire parlare. Se, ad esempio, il paziente si presenta angosciato in relazione ad una data esperienza, il terapeuta agisce come se egli non provasse alcuna emozione, anzi dà al paziente il consiglio di non farci caso, e non appena senta un po' di angoscia o di depressione, di scacciarle, magari ripetendosi le istruzioni sul "dialogo interno" che sono state concordate prima; c'è tutto un addestramento all'autocontrollo, come una sorta di equilibrio circolare, in cui le emozioni negative non devono esistere.*

*Quindi, nell'ottica razionalista classica, le emozioni è come se non fossero reali, e, dato che esistono, vanno controllate e tenute a distanza. Non viene colto il senso che le emozioni negative sono un vettore di informazione fondamentale e che, proprio studiando come sono fatte le emozioni negative e i dati immaginativi ad esse correlati, si ricavano le informazioni più utili per comprendere qual è il punto in cui il paziente si è "inghippato" nel suo lavoro di riorganizzazione personale.*

*In questo senso, è fondamentale un atteggiamento del terapeuta (ovviamente, del terapeuta non garante di ingenuità) che consideri le emozioni negative, non come un qualcosa di assolutamente inutile e anzi dannoso, ma, viceversa, come l'elemento fondamentale sul quale va diretta l'attenzione, l'elemento principe da cui ricavare le informazioni basiche per capire qual è il processo in corso nel soggetto".*

Come sottolineava Guidano, l'adolescente, pur nella sua instabile precarietà dell'umore, è l'unico esperto di se stesso, sebbene non ne sia affatto consapevole e, anzi, percepisca spesso il contrario. Compito del terapeuta non è quindi quello di istruirlo e di uniformarlo a modelli esterni standard ritenuti più funzionali, ma di guidarlo alla scoperta dei processi taciti ed espliciti attraverso i quali si è dispiegato il disagio nel corso della sua storia di sviluppo. Questo percorso può richiedere un avvio rapido ad elevata empatia, per l'urgenza con cui l'adolescente tende a vivere tutte le proprie esperienze, e ancora maggiormente quelle percepite come negative e fonte quindi di

disagio.

Come è noto, la riformulazione del problema clinico presentato dal soggetto, e che è stato all'origine della richiesta di aiuto, costituisce la prima fase della terapia. In generale, corrisponde alle prime due o tre sedute e consente di preparare il contesto per il successivo lavoro psicoterapeutico. Essa 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 serenità, 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 compito 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 personale ed alle sue modalità soggettive di riordinarsi l'esperienza.*

La psicoterapia 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.

Il soggetto viene infatti 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 autoservazione*, 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.

Come ha messo in evidenza Guidano (1987, 1991), in un sistema complesso come quello conoscitivo umano, il modo con cui viene spiegata un'emozione che irrompe nella coscienza è infatti un processo finalizzato a rendere consona quell'esperienza con il senso di sé che viene colto in quel momento (“*autoderivazione*”), al fine di dargli coerenza e stabilità.

Le emozioni più attivanti sono quelle che si osservano quando un soggetto scopre di avere avuto un modo di funzionare diverso da quello che credeva. Pertanto il terapeuta mette l'individuo nella condizione di non poter evitare di autoriferirsi le discrepanze sperimentate nei propri confronti, cogliendo aspetti di sé fino allora non percepiti.

Come ha evidenziato Reda (2003), i soggetti depressi mostrano spesso una difficoltà a mettere a fuoco, a riconoscere, ad autoriferirsi e a condividere i propri sentimenti. E' necessario pertanto orientare il lavoro terapeutico sulla ricostruzione della narrativa emozionale, in modo da consentire all'adolescente di riconoscere i propri stati emotivi, collocandoli in un racconto più adattivo, coerente con la propria storia evolutiva e il significato personale che si sta costruendo.

Del resto, la *psicoterapia* utilizza in maniera privilegiata le *reazioni emotive in corso*, emerse da perturbazioni strategicamente orientate, in modo da poter giungere a riformulazioni che evidenzino al soggetto il proprio modo di funzionare. A questo proposito, un aspetto essenziale è quello di portare il soggetto a percepire il problema presentato non più come un qualcosa di "oggettivo" e di esterno a sé, ma come il suo modo soggettivo di percepire e di riferirsi l'esperienza, in accordo con la lettura abituale di sé (ad es., essere sicuri che nella giornata che inizia andrà "tutto storto", si reagirà male, non si intravede una soluzione, si può solo sperare che il tempo passi in fretta).

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. D'altra parte, come si è già avuto modo di sottolineare, l'adolescente, per l'eterogeneità dei processi di sviluppo, per la molteplicità dei possibili percorsi evolutivi, per l'instabilità degli schemi ideo-affettivi, richiede ancora più dell'adulto un intervento duttile, focalizzato sul problema clinico proposto.

Il setting terapeutico deve essere pertanto mirato a stabilire una comunicazione immediatamente empatica, utilizzando un linguaggio condivisibile, se occorre ricorrendo ad un gergo comune; le modalità del colloquio devono essere informali, accessibili e mirate a stabilire una alleanza terapeutica.

A volte, specie in situazioni di acuzie, è utile focalizzare ancora più l'attenzione sul problema clinico contingente, facendo seguire già in prima seduta alla riformulazione del problema clinico depressivo la sua messa a fuoco in moviola nell'ambito dell'episodio più significativo in cui si è manifestato.

La dinamicità e l'instabilità tipica dell'adolescenza, se da un lato costituiscono un problema, dall'altro lato possono risultare un vantaggio purché vengano adeguatamente sfruttate, dando all'adolescente – attraverso la riformulazione del problema clinico e la messa a fuoco in moviola di come questo è stato vissuto sul piano dell'esperienza immediata e del livello tacito di consapevolezza – nuovi strumenti di gestione del suo mondo interno, nell'ambito di un più complesso e integrato livello di consapevolezza.

La messa a fuoco in moviola di episodi recenti in cui l'adolescente ha manifestato i sintomi depressivi è quindi uno strumento particolarmente utile per focalizzare il percorso e la fase maturativa che l'adolescente attraversa, che consente al terapeuta di cogliere alcuni aspetti fondamentali: la messa a fuoco prevalentemente dall'esterno (“*outward*”) o dall'interno (“*inward*”) e la dipendenza o indipendenza dal campo percettivo derivanti dai processi di attaccamento, il rapporto tra concretezza e astrazione, la prevalenza nelle trame narrative di emozioni di base (tristezza, disperazione, rabbia, paura, ecc.) o di emozioni autoriflessive (vergogna, colpa, ecc.), le modalità tacite ed esplicite attraverso le quali il soggetto si autoriferisce l'esperienza assimilata in conformità con la sua coerenza interna, ricavandone una lettura depressiva relativa a sé e al suo rapporto con il mondo.

E' possibile in questo modo cogliere come la depressione possa manifestarsi nell'ambito di una percezione vaga e indefinita di sé (“*non so*”, “*sono confuso/a*”) o attraverso l'impatto emotivo con cui si manifesta (“*mi vergogno*”, “*non valgo niente*”, “*mi sento ridicolo/a*”, “*ho paura ad uscire di casa*”); inoltre, il disturbo dell'umore può presentarsi come un processo ad evoluzione lenta, percepito dal soggetto come “qualcosa di cui è sempre stato/a consapevole” o come un evento improvviso, che ha sconvolto la propria vita, a seguito di un'esperienza psicotraumatica.

In ogni caso, la riformulazione va avviata presentando il problema non in



termini di “*esternalità*” ma di “*internalità*”, come qualcosa che ha a che fare con il mondo interno e le modalità attraverso le quali l’adolescente si riferisce *soggettivamente l’esperienza, nonostante il fatto che le sperimenti come qualcosa di “esterno, oggettivo e universalmente condivisibile”*.

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*” (“*the movie in the brain*”) dell’episodio vengono associate le *tonalità emotive corrispondenti*, le quali sono strettamente connesse con l’*organizzazione di significato personale*.

Ad esempio, in una organizzazione DAP, 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 OSS, 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 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. Il soggetto non è più uno

spettatore inerte 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, il tendere a percepire ciò che accade o il comportamento di un altro come un esame (DAP), ad essere perfetto ad ogni costo (OSS), a controllare un mondo minaccioso salvaguardando il bisogno di libertà e quello di protezione (FOB), a vedere ogni cosa come destinata al fallimento (DEP).

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, il soggetto inizia a riconoscere cosa accade quando vive una attivazione emozionale critica.

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.*

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 può essere in genere rapidamente 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.

In definitiva, le capacità di integrazione del sé negli adolescenti depressi sono in genere tali da consentire una ristrutturazione adattiva delle trame narrative personali, pur tenendo conto della fisiologica instabilità che caratterizza questa fase della vita. Per ottenere un esito positivo è tuttavia indispensabile attuare interventi quanto più tempestivi, mirati, empatici, utilizzando approcci anche molto informali e coinvolgendo, quando è necessario, le figure significative (genitori, ecc.), che vanno aiutate a comprendere il disagio dell’adolescente e non colpevolizzate rispetto agli elementi disadattivi presenti nelle relazioni di attaccamento.

Più in dettaglio, la modalità di lettura del sé è risultata strettamente connessa con l’organizzazione di significato personale e quindi con la riformulazione del problema, presentato in termini di internalità/esternalità, condizione fondamentale al successivo sviluppo del lavoro terapeutico.

Sulla base di tale premessa, emerge evidente che gli eventi di scompenso non rivestono un significato oggettivo e univoco, valido per tutti i soggetti depressi, quanto piuttosto acquistano valenze diverse in relazione alle modalità soggettive di riordinamento dell’esperienza vissuta. Tale modalità soggettiva è apparsa chiaramente correlata con i pattern di attivazione emozionale che connotano le specifiche organizzazioni di significato personale di ciascun soggetto.

A questo proposito, la trama narrativa, che a livello esplicito emerge sotto forma di spiegazioni razionali enunciate nel discorso secondo criteri di ordinamento dialogico-deduttivo, nasconde una notevole complessità dell'organizzazione individuale del sé. Infatti, ad una ricostruzione delle esperienze significative che la connotano, come emerge durante il lavoro terapeutico, è possibile risalire alle componenti tacite di ordinamento dell'esperienza e alle corrispondenti attivazioni emozionali.

Per quanto riguarda, infine, l'evoluzione dei principali aspetti clinici, anch'essi strettamente correlati con il tipo di depressione (e quindi con la sottesa organizzazione di significato personale), è possibile individuare in generale aspetti prognostici positivi in un alto grado di flessibilità, di astrazione e di complessità. Ovviamente, l'espressione di tali potenzialità, cioè di una più adattiva modalità di riordinare l'esperienza vissuta dall'adolescente, è subordinata ad un adeguato lavoro terapeutico.

La possibilità di riconoscere e riferire a sé aspetti delle tonalità emotive prima del tutto (o in parte) ignorati può pertanto consentire un graduale cambiamento nelle modalità di percepire la propria negatività, passando da una visione di sé percepita come *oggettivamente* data e irreversibilmente determinata, alla messa a fuoco delle proprie *modalità soggettive* (abituale ma non uniche o irreversibili) di riordinare la propria esperienza, come in una trama narrativa (Villegas, 1993, 1994), attribuendo loro di volta in volta significati, come si è detto, di disconferma personale (depressione DAP), di non valore personale (depressione DEP), di disconferma/non valore (depressione DAP-DEP), di imperfezione (depressione OSS), talvolta "mascherata" da somatizzazioni o panico (depressione FOB).

## CONCLUSIONI

In accordo con quanto precedentemente riportato, la psicoterapia cognitiva sistemico processuale consente un approccio particolarmente utile alla depressione adolescenziale, condotto tenendo presente la specifica organizzazione cognitiva di significato personale, nel cui ambito si articolano i temi di negatività sulla base dei pattern emozionali peculiari di ciascun soggetto.

A questo proposito, 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, partendo dai modelli di attaccamento

e ponendo l'accento sull'organizzazione di significato personale.

Muovendo 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 autoattribuzione dell'esperienza che vengono vissute come disadattive e disfunzionali.

E' 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 scompensamento 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 chiari-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

Adam K.S.: Loss, suicide and attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. Tavistock, London, 1982.

Ainsworth M.D.S.: Patterns of infants-mother attachment: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771-791, 1985.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth 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).

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.

Bartlett F.C.: La Memoria. Studio di Psicologia Sperimentale e Sociale. Angeli, Milano, 1974 (Ed. orig.: 1932).

Borgna E.: Le Figure dell'Ansia. Feltrinelli, Milano, 1997.

Braconnier A.: Dépression à l'adolescence. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-214 A10: 1-4, 1993.

Brandoni M., Cherubini C., Gentili J., Romagnoli F., Rupoli S., Nardi B.: I problemi maturativi nell'esperienza del Centro per lo studio ed il trattamento del disagio adolescenziale di Ancona. In: Nardi B. (Ed.), Processi Maturativi tra Genetica e Ambiente. Accademia dei Cognitivi della Marca, 2001.

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.

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

Carlson R.: Studies in script theory, I, adult analogs of a childhood nuclear scene. Journal of Personality Sociology and Psychology, 40, 501-510, 1981.

Carlson R.: Studies in script theory, I, adult analogs of a childhood nuclear scene. Journal of Personality Sociology and Psychology, 40, 501-510, 1981.

Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): Adolescenza e Trasgressione. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.

Chandler M.J.: Relativism and the problem of epistemological loneliness. Human Development, 18, 171-180, 1975.

Crittenden P.M.: Quality of attachment in the preschool years. Review of Psychopathology, 4, 209-241, 1992.

Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.

Crittenden P.M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento. Masson, Milano, 1997.

Crittenden P.M.: The process of constructing the self and its relations to psychotherapy. In: Bondolfi G., Bizzini L. (Eds.), 7<sup>th</sup> International Congress on Constructivism in Psychotherapy. Université de Genève, Genève, 2000.

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).

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.

Galimberti U.: Il Corpo. Feltrinelli, Milano, 1983.

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.: L'adolescente nel modello cognitivo. In Nuvoli G. (Ed.), Psicologia e Adolescenza. Delfino, Sassari, 1990.

Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: 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.

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

Kandel E.R., Schwartz J., Jessell T.M. (Eds.): Principles of Neural Sciences, Appleton & Lange, Norwalk, Conn., 2000 (Ultima ed. it., corrispondente alla ed. orig. 1991: Principi di Neuroscienze. Ambrosiana, Milano, 1994).

Kaplan L.J.: Adolescence. The Farewell to Childhood. Touchstone, New York, 1984.

Lambruschi F., Ciotti F.: Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. *Età Evolutiva*, 52, 109-124, 1995.

Lewis M., Brooks Gunn J.: Social Cognition and the Acquisition of Self. Plenum Press, New York, 1979.

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

Lewis M.: The emergence of human emotions. In: Lewis M., Haviland J.M.H. (Eds.), Handbook of Emotion. Guilford, New York, 1993.

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, Mass., 1994.

Mahoney M.J.: Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions. Plenum Press, New York, 1980.

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

Main M., Solomon J.: Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (Eds.), Attachment in the Preschool Years. Chicago, University of Chicago Press, 1990.

Main M., Hesse E.: Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammanniti M., Stern D. (Ed.): Attaccamento e Psicoanalisi. Laterza, Bari, 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).

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

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

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

Nardi B., Pannelli G.: *Adolescent depression: New perspectives according to a cognitive post-rationalist approach*. In: *X World Congress of Psychiatry*. World Psychiatric Association, Madrid, 1996.

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, 1997a.

Nardi B., Pannelli G.: *Approccio cognitivo, sistemico-processuale, alla depressione adolescenziale*. *Complessità & Cambiamento*, 6(2), 42-52, 1997b.

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., Pannelli G., Poletti F., Marchesi G.F.: *La depressione adolescenziale nell'approccio cognitivistico post-razionalista*. *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, 14 (6), 995-1009, 1994.

Neimeyer G.J., Lyddon W.J.: *Constructivist psychotherapy: Principles into practice*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 155-157, 1993.

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

Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Reda M.A.: *Adolescenza e igiene mentale*. In: Nuvoli G. (Ed.), *Psicologia e Adolescenza*. Delfino, Sassari, 1990.

Reda M.A.: *L'organizzazione della conoscenza*. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Reda M.A.: *Le basi emotive dello sviluppo cognitivo: considerazioni per la psicoterapia*. In: D'Errico I., Menoni E., Sacco G. (Eds.), *Seminari 1996 "Conoscenza ed Etologia. La Ricerca nelle Scienze Cognitive"*. Melusina, Roma, 1996.

Reda M.A.: *Segnali corporei e significati personali*. In: Fenelli A., Macri S., Volpi C. (Eds.), *Il Corpo e la Terapia Cognitiva*. Melusina, Roma, 1997.

Reda M.A.: *La maturazione adolescenziale nell'epistemologia cognitiva sistemico processuale*. In: Nardi B. (Ed.), *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale*. I.R.S.



L'Aurora, Ancona, 1999.

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

Reda M.A., Liotti G.: Un modello cognitivo della depressione. Aspetti teorici e sperimentali. In: AA.VV. (Eds.), *La Condizione Depressiva*. Masson, Milano, 1984.

Rezzonico G., Lambruschi F.: Evoluzione del modello cognitivista. In: Rezzonico G., Lambruschi F. (Eds.): *La Terapia Cognitiva nel Servizio Pubblico*. Angeli, Milano, 1996.

Schank R.C., Abelson R.P.: *Scripts, Plans, Goals and Understanding*. Erlbaum, Hillsdale, 1977.

Scrimali T., Grimaldi L.: *Sulle Tracce della Mente*. Angeli, Roma, 1991.

Seligman M.E.P.: *Helplessness : On Depression, Development and Death*. Freeman, San Francisco, 1975.

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.

Van den Berg O., Eelen P.: Unconscious processing and emotions. In: Reda M.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Cognitive Psychotherapies*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1984.

Villegas M.: La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87, 1993.

Villegas M.: Costruzione narrativa dell'esperienza e psicoterapia. *Psicobiattivo*, 14(1), 31-41, 1994.

Weimer W.B.: *Notes on the Methodology of Scientific Research*. Erlbaum, Hillsdale, 1979.

Weiner M.I.: *Cognitive-Experiential Therapy: An Integrative Ego Psychotherapy*. Brunner-Mazel, New York, 1985.

Witkin H.A., Goodenough D.R.: Field dependence and interpersonal behavior. *Psychological Bulletin*, 84, 661-689, 1977.

Zeleny M. (Ed.): *Autopoiesis: A Theory of Living Organisation*. North Holland Press, New York, 1981.

Giorgio Pannelli

## **PATOLOGIE DA DIPENDENZA ED EPISTEMOLOGIA POSTRAZIONALISTA**

### INTRODUZIONE

Il campo delle tossicodipendenze o, in accordo con il DSM IV TR, dei *Disturbi da Uso di Sostanze*, 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 progressivamente 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, non va dimenticato come tali cambiamenti riflettano non solo l'alternarsi di orientamenti epistemologici diversi, ma anche modificazioni nel tempo della tipologia del soggetto assuntore 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; Tab. 2).

<i>Alcool</i>	87.4%
<i>Tabacco</i>	67.8%
<i>Ubriacarsi</i>	55.2%
<i>Cannabis</i>	32.7%
<i>Inalanti</i>	5.1%
<i>Cocaina</i>	4.1%
<i>LSD</i>	2.2%
<i>Amfetamine</i>	2.0%
<i>Exstasy</i>	2.6%
<i>Eroina</i>	2.9%

*Tab. 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 2001).*

	1995	1999	2000	2001
<i>Alcool negli ultimi 12 mesi</i>	76%	79%	82%	79%
<i>Ubriacature ultimi 12 mesi</i>	36%	39%	41%	42%
<i>Cannabinoidi</i>	25%	33%	31%	33%
<i>Altre sostanze illecite</i>	8%	9%	10%	9%

*Tab. 2. Andamento temporale del consumo 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 2001).*

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, 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. 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, 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.

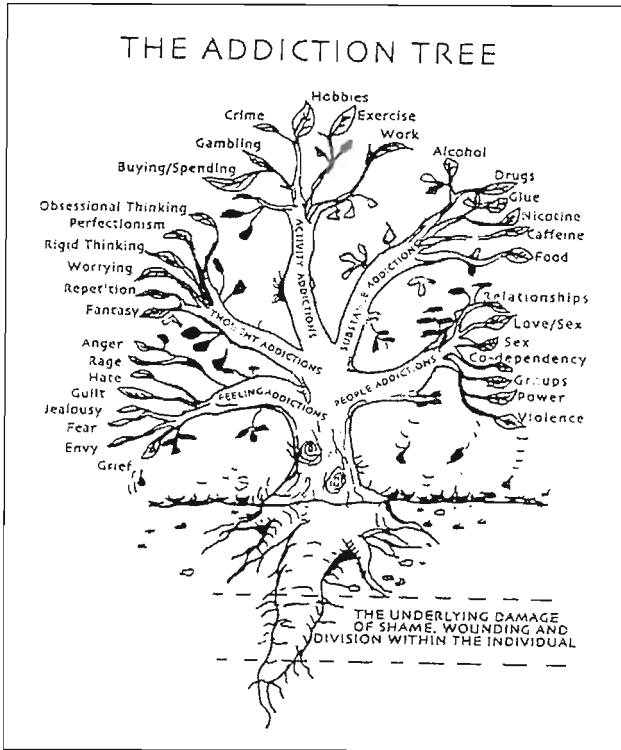


Fig. 1: "The addiction Tree". A. Goodman, *Medicina delle Tossicodipendenze*, 2003.

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; 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 di sistema piacere/dolore e della gratificazione oltre che con i centri del sistema limbico.

L'esposizione continua a sostanze in grado di interferire che il normale funzionamento di tali aree determina, attraverso meccanismi di adattamento farmacocinetico e farmacodinamico, la 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 questo senso, si può affermare che i meccanismi patogenetici alla base dell'instaurarsi 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. 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 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 postrazionalista, 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 assuntore*".

## IL MODELLO POSTRAZIONALISTA (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 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 postrazionalista (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.

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 processo e necessità di riferire a se 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”*. 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 postrazionalista, 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 rappresenta 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.

Di conseguenza appare quanto mai significativa una ipotesi di rilettura in ottica postrazionalista 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, 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.

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 postrazionalista, 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, ecc., 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.

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 assuntore” e che tenga ben presente l’importanza di una adeguata riflessione etiologica, l’approccio postrazionalista 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 postrazionalista 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.

## 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 modello cognitivo postrazionalista, 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.

Il valore euristico delle tesi esposte richiederà ovviamente ulteriori e più approfonditi studi, ma, in sintonia con gli stessi principi e tecniche del postrazionalismo, parafrasando Levi-Strauss, compito della scienza “*non è dare le giuste risposte, ma saper porre le giuste domande*”.

## 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.

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 Se. Bollati Boringheri, Torino, 1988.

Guidano V.F.: Il Se nel suo Divenire. Bollati Boringheri, Torino, 1992.

Marenmmani 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.: Autopoiesi e Cognizione. Marsilio, Venezia, 1988.

Maturana H., Varela F.: L'Albero della Conoscenza. Garzanti, Milano, 1987.

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 Psicichici 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. Psichiat.*, 32(4), 157-164., 1997a.

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scempenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Riv. Psichiat.*, 33(6), 277-286, 1998.

Stanzione M.: Il problema mente corpo, il concetto di persona e comportamenti d'abuso. *Med. Tossicodip.*, 38, 21-30, 2003.



Giovanni Cutolo

## **ADOLESCENZA E PSICOSI: UN APPROCCIO POST-RAZIONALISTA**

*“Le allucinazioni sono un problema per Don Chisciotte,  
non per Cervantes..”*

(Paolo Rossi, comico, 2003)

### PREMESSA

Le cose che esporrò riguardano la mia esperienza di lavoro con gli psicotici, letta principalmente col modello post-razionalista. Da 23 anni sono responsabile del Servizio di Salute Mentale di Massa Marittima e Follonica, in provincia di Grosseto, un Servizio che deve rispondere a *tutte* le esigenze di salute mentale di una popolazione non molto estesa (45.000 abitanti), dalla prevenzione al ricovero ospedaliero.

La mia lunga permanenza in questo eccellente “Osservatorio” di una popolazione poco numerosa e con limitata “mobilità sociale” mi ha consentito di seguire, spesso con accuratezza e con ricchezza di dati storici, la “evoluzione” temporale di molti sistemi umani problematici, il modo con cui presentano il problema, in forma più o meno critica, e di come questo si evolve anche in base agli interventi eseguiti; di trarre infine alcune importanti inferenze che in genere i dati clinici ed epidemiologici non riescono ad evidenziare proprio per la centralità che viene data al valore del “dato in sé” e non alla inevitabile interazione di questi dati con un osservatore temporalmente collocato.

Questa mia esperienza è letta principalmente con gli strumenti forniti dal modello epistemologico (definito nel tempo cognitivista, sistemico-processuale, costruttivista, post-razionalista) di Vittorio Guidano con cui ho avuto la possibilità di lavorare circa 13 anni (Guidano 1986, 1992,1992; Arciero 2002). Essa riflette lo scambio con un gruppo di colleghi: negli ultimi 10 anni, grazie anche all’incoraggiamento ed alla partecipazione diretta di Vittorio Guidano, si è formato a Roma un piccolo gruppo di suoi allievi che lavora specificatamente sulla ricerca intorno alla psicosi ed alla schizofrenia (Cheli 2000 a, 2000b, Mannino e Maxia 2001).

Ritengo importante utilizzare questo modello, non tanto perché possa “esaurire” la complessità del fenomeno psicotico, quanto per il tentativo

di fondere una “comprensione dall’interno” dell’accadere psicotico, della soggettività, con una possibile visione “oggettiva” o scientifica che proviene dalla convergenza sul fenomeno e dall’integrazione di discipline moderne (fenomenologia, neuroscienze, etologia, antropologia..).

Il modello post-razionalista centra il “focus” della sua ricerca sul modo in cui si costruisce l’esperienza in prima persona, cerca di cogliere l’esperienza umana a partire dal punto di vista del soggetto. Il soggetto è considerato un “*primate parlante*” ovvero una persona che non può prescindere dai vincoli biologici, ove per *vincoli biologici*, nei primati, si intende anche la tendenza specie-specifica a creare legami di attaccamento. *L’emergenza del linguaggio*, distinguendolo dagli altri primati, gli permette di poter riflettere sulla sua esperienza concreta.

La interazione tra queste due condizioni nell’essere umano, bio-etologica e culturale, crea una dialettica continua tra *esperienza vissuta e riordinamento di questa*, tra “*conoscenza tacita*” come si diceva tempo fa e “*conoscenza esplicita*”, tra *l’IO e il ME*. Questa continua interdipendenza tra due istanze dell’essere umano crea quello che noi chiamiamo il “*Senso di Sé*”.

## PSICOSI

Ora, nessun accadimento umano come la psicosi evidenzia, nel renderlo precario, l’esistenza di un senso di sé. La crisi psicotica ha questa caratteristica: mettere in discussione il senso della *continuità* e della *unicità* del proprio sé. Nello stesso tempo l’emergenza della psicosi mette in evidenza la rottura del mondo soggettivo col mondo degli altri, col “senso comune” e con la possibilità di una condivisione dei significati. Pertanto, nella costruzione di teorie esplicative della psicosi, è opportuno distinguere, per poi cercare di contemperare, il *punto di vista interno, in prima persona (soggettivo)*, con *quello esterno, in terza persona (oggettivo)*, senza dimenticare i problemi posti da questa dicotomia (Varela, 2001; Varela, Thompson e Rosch 1992).

Considerare la psicosi in un continuum che parte dalla normalità e passa per la nevrosi, vuol dire studiare questo fenomeno come una *particolare forma di esperienza e di conoscenza*, del quale vanno viste innanzitutto le contiguità e le continuità con l’esperienza/conoscenza umana normale e “nevrotica”, prima di evidenziarne la discontinuità e la differenza qualitativa con gli altri tipi di esperienza e conoscenza umane.

Normalità → Nevrosi → Psicosi

### *Dal punto di vista del soggetto*

Il vissuto psicotico per il soggetto è una esperienza, spesso angosciosa, di trasformazione profonda del significato delle cose, degli eventi, delle proprie sensazioni, accompagnata o seguita dal tentativo di respingere questa trasformazione, o viceversa di adattarsi, cercando comunque di trovare spiegazioni a questo fenomeno.

In altre parole la psicosi appare come una modalità “emergente” di organizzare e rendersi consistente l’esperienza vissuta, discrepante con il senso di continuità individuale, utilizzando per quanto possibile le modalità narrative del linguaggio.

La fenomenologia ha studiato con attenzione la prospettiva soggettiva nella psicosi, con una ricchezza di osservazioni ed una partecipazione emotiva che non è stata raggiunta da nessun’altra corrente o disciplina della psiche, definendola “Perdita dell’evidenza naturale” (Blankenburg, 1971) “Come se finisse il mondo” (Borgna, 1995), “Crisi della presenza” (E. De Martino, 1977).

### *Dal punto di vista di un osservatore esterno*

(mondo dei “significati condivisi”, del “senso comune”, psichiatria)

questa riorganizzazione appare:

- tendente alla *concretezza* piuttosto che all’*astrazione*
- *non integrata nel sé*, quindi *esternalizzata* ed *estranianti*
- *rigida*, poco flessibile, poco generativa
- scarsamente *sequenzializzata* in senso temporale, causale, tematico

### *Dimensione concretezza- astrazione*

Per *concretezza* intendiamo la pregnanza di una percezione (un oggetto, un gesto, una sensazione) colta nel mondo, negli altri, dentro di sé. L’eccessiva concretezza comporta l’impossibilità di prescindere dall’immediatezza del campo percettivo, il rimanere totalmente presi da questa esperienza.

Le capacità di *astrazione*, mediate dal linguaggio ci permettono di articolare ed elaborare l’esperienza concreta, vedendo di questa più aspetti, vedendola da più punti di vista, e confrontandola, attraverso il linguaggio, col mondo dei significati condivisi.

Questo ci permette di selezionare, graduare, modulare, attenuare l’intensità

emotiva con cui viviamo un'esperienza perturbante.

*Tuttavia, in alcune forme di psicosi schizofreniche, le capacità di astrazione sembrano particolarmente sviluppate, almeno in alcuni settori di esperienza (iper-reflessività, Sass, 1992) con una iper-consapevolezza non comune.*

*Dimensione integrazione-non integrazione*

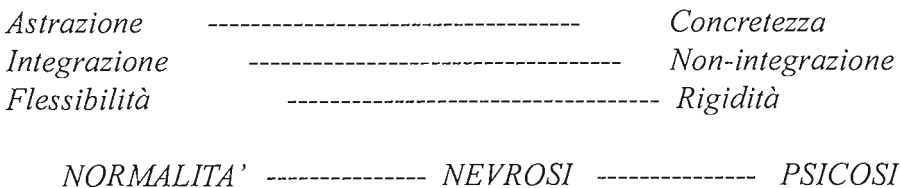
Uno o più dati di esperienze critiche, in genere in seguito ad emergenze affettive, non riescono ad essere riconosciuti ed accettati nel "sé", ovvero danno un effetto discrepante col "senso di sé" e pertanto vengono ritenuti esterni ed estranei.

- Un contenuto di esperienza estraneo al Sé può quindi diventare:
- un qualcosa di subito e prendere la forma di una *allucinazione* o una *percezione delirante*
  - viceversa qualcosa di attivamente costruito come un *delirio*
  - o piuttosto rimanere non decodificabile e portare a forme di chiusura (*autismo*) o di *disorganizzazione* del pensiero e del comportamento.

Vediamo con degli esempi come può essere rappresentata un'esperienza critica nel passaggio da una dimensione di astrazione, di integrazione e di flessibilità propria di una condizione di "normalità", ad una dimensione di minore astrazione ("nevrosi") fino ad una dimensione di estrema concretezza, di non integrazione e di rigidità proprie di una condizione di "psicosi" in due organizzazioni di significato personale.

Tab.1

**ORGANIZZAZIONE D.A.P.**



Lo sguardo degli altri  
mi mette in soggezione

Lo sguardo degli altri  
mi fa arrossire

Lo sguardo degli  
altri mi dice che...

Tab. 2

---

**ORGANIZZAZIONE FOBICA**

<i>Astrazione</i>	-----	<i>Concretezza</i>
<i>Integrazione</i>	-----	<i>Non-integrazione</i>
<i>Flessibilità</i>	-----	<i>Rigidità</i>

*NORMALITA'* ----- *NEVROSI* ----- *PSICOSI*

L'allontanamento dalla  
base sicura mi provoca  
preoccupazione

...Mi fa perdere il controllo  
(attacco di panico)

...Sento voci minacciose

---

*Dimensione "capacità di sequenzializzazione"*

La capacità di "mettere in sequenza" i contenuti della propria esperienza, specie in aree e situazioni di vita critiche e difficilmente integrabili, viene ritenuta una delle competenze che vengono compromesse nella psicosi.

Mettere ordine nel continuo fluire dell'esperienza è una capacità, una caratteristica evolutiva dell'essere umano, emergente in particolar modo con l'acquisizione delle capacità riflessive e metacognitive mediate dal

linguaggio.

La ricerca del nostro gruppo si è sviluppata in due direzioni:

- 1) La prima, introdotta personalmente da Guidano (V. Guidano, 1998), è una prospettiva evolutiva che studia i cambiamenti prodotti nel passaggio dall'oralità alla scritturalità sia nella storia individuale, che nella storia umana (invenzione della scrittura, invenzione della stampa...). In questo passaggio si costruisce una nuova capacità/competenza mentale più complessa e quindi più soggetta a compromissioni, di organizzare l'esperienza soggettiva, la sequenzializzazione. Per la bibliografia su questo, vedere Cheli (2000), Ong (1986), Olson e Torrance (1995), Jaynes (1976).
- 2) La seconda, più conosciuta, riguarda la compromissione delle capacità metacognitive nella psicosi, su cui ci sono numerose ricerche iniziate con C. Frith (1994) che a sua volta aveva sviluppato ed esteso agli schizofrenici le ricerche della moglie Utah Frith (1989) sui deficit di "Teoria della Mente" dei bambini autistici.

Non posso qui entrare nello specifico di questi temi, vi rimando alla bibliografia: per l'autismo vedi Camaioni (1996), Baron-Cohen (1995), Frith U. (1989) Zappella (1996), per quella sulla psicosi vedi Cutolo (2000), Cheli (2000), Frith C (1996).

Vorrei solo introdurvi a questa linea di ricerca distinguendo e cercando di definire termini come:

- *Metacognizione*: capacità di effettuare operazioni riflessive sui *propri* stati mentali
- *Teoria della mente (T.o.M.)*: capacità di inferire gli stati mentali *degli altri* dal loro comportamento
- *Folk psychology* (Psicologia popolare o ingenua): modalità con cui le persone si formano credenze, desideri, intenzioni a partire dal "senso comune".<sup>1</sup>

In una ricerca effettuata nel Servizio in cui lavoro nel 1998, cercando di valutare, mediante prove di "falsa credenza", le competenze metacognitive degli psicotici che seguivamo in quel periodo, abbiamo verificato come le capacità metacognitive, o di T.o.M., fossero compromesse quando le prove venivano effettuate con una modalità linguistica, narrativa, mentre venivano superate quando erano eseguite mediante una rappresentazione scenica del problema da risolvere (Cutolo e al., 2000; Foschi 2000).

---

<sup>1</sup> Un tentativo di esplorare le capacità curistiche di questi tre "filoni" è nella tesi di Anna Foschi "Psicopatologia e Teoria della Mente"(2000) reperibile sul sito internet "cutolo.100.it."

Le prime due prove (Smarties, e “Anne e Sally” o “test delle bambole”) sono “sceneggiate” dallo sperimentatore e vengono superate senza particolari difficoltà dagli psicotici. Le altre quattro prove (Storia 1a,1b,2a,2b) sono racconti letti dallo sperimentatore con prove di falsa credenza gradualmente più difficili, e qui vediamo come la differenza col gruppo di nevrotici diventi gradualmente significativa.

Nelle psicosi sono “interferite” alcune capacità metacognitive e di ToM. Non sappiamo se tali incompetenze possano considerarsi dovute a specifici e stabili deficit cognitivi, come appunto sostenuto nella prevalente letteratura cognitivista “razionalista” (Frith, 1995). Nella nostra esperienza clinica ci sembra che esse siano limitate:

- ad alcuni settori o situazioni di vita (*tematicità*)
- in alcune relazioni affettive o sociali (*relazionalità*)
- in alcuni momenti o periodi di vita (*temporalità e reversibilità*)

e che viceversa possano essere anche accentuate in alcune situazioni, come argomentato da Cheli (2002) e dal già citato Sass (1992).

## ADOLESCENZA

Ora, se nessun accadimento umano come la psicosi evidenzia, con la possibilità angosciante di perderlo, la presenza di un “senso di sé”, nessun momento dell’esistenza individuale, nessuna fase del ciclo di vita è più “a rischio” dell’adolescenza nel mettere in crisi tale bisogno di coerenza che l’essere umano possiede.

Se intendiamo il soggetto come un sistema in continua evoluzione che cerca costantemente di rendersi consistente l’esperienza che sta vivendo, di mantenere una coerenza nel flusso continuo degli stimoli che entrano nel suo mondo (o dominio) di esperienza, è anche vero che nel mondo sociale creato dalle conoscenze acquisite mediante il linguaggio e la cultura, il soggetto ha bisogno di coordinarsi a livello affettivo e cognitivo con gli altri esseri umani. Di qui l’emergenza dell’*intersoggettività* come modalità ineliminabile di contatto e contrattazione su “come può essere il mondo in cui co-abitiamo” e quali i possibili significati condivisi. Per questo è necessario a noi umani mantenere un livello accettabile di considerazione da parte degli altri e di stima di sé stessi. Ed è proprio nell’adolescenza che tale problema inizia a porsi in maniera indifferibile: il confronto con il mondo esterno, con il gruppo dei pari, in primo luogo nella scuola, impone la necessità di “prendere posizione”.

Dice Guidano : “.... in questo periodo medie-liceo di pubertà-adolescenza, e sempre più durante il liceo, c'è un fatto fondamentale che è quello che vi caratterizza la differenza con la fanciullezza... Il tema fondamentale è che finché non c'è il pensiero astratto non c'è la capacità di monitorizzare né pensieri, né emozioni, né immagini, né memoria. Solo il pensiero astratto permette l'emergenza di un secondo livello di pensieri, “i pensieri che pensano i pensieri”. Soltanto quando c'è questo secondo livello di metacognizione, di cognizioni sulle cognizioni, è possibile la capacità di monitorizzare, perché monitorizzare è già un'attività metacognitiva, monitorizzare è già il fatto che io percepisco quello che sto percependo, cioè elaboro percezioni su quanto mi sta già passando... Fino a che non c'è la capacità di automonitoraggio, i ragazzini possono reggere emozioni contrastanti, contraddittorie, ambigue o anche sensi di sé contrastanti con apparente facile disinvoltura. Tutto questo viene di colpo perso con l'adolescenza. Con l'adolescenza e con l'emergenza del pensiero astratto e quindi con le capacità di monitoraggio, viene amplificata e viene subito proiettata in consapevolezza anche la più piccola incongruità, anche la più piccola ambiguità di emozioni, anche la più piccola contraddittorietà del senso di sé, e allora cominciano i dolori perché bisogna prendere posizione (in Cutolo [Ed.]).

L'adolescente è messo di fronte alla necessità di operare delle scelte in tutti i settori di vita, per lui è inevitabile costruirsi un “impegno adolescenziale” che tenderà a diventare un progetto di vita. In alcuni casi, il non riuscire in questo impegno può far emergere con forme, tempi e modalità completamente diverse, un senso di sconvolgimento personale che agli occhi di un osservatore esterno può apparire come una crisi “psicotica”.

Se si ricostruisce la dinamica dello scompensamento, mettendo a fuoco il momento in cui è emersa soggettivamente la sintomatologia, si vede che non c'è corrispondenza tra questo momento e il momento in cui si ufficializza il problema all'esterno, quando lo si comunica verbalmente o con un comportamento “sintomatico”.

Questa discrepanza tra il momento dell'emergenza soggettiva e il momento della rilevazione “esterna” fatta da un familiare, da un vicino o da un'agenzia pubblica (scuola, associazioni, forza pubblica, medico di base, servizi specialistici di salute mentale), comunque da un soggetto “terzo”, introduce al problema della incommensurabilità, inconciliabilità tra mondo soggettivo, quello che oggi si chiama “esperienza in prima persona” e mondo oggettivo “esperienza in terza persona”.

Ovvero l'emergere di una modificazione del senso di sé, sia che avvenga



in forma critica come una illuminazione, sia che avvenga attraverso lente e progressive percezioni che danno il senso finale di un cambiamento soggettivo, può essere comunicato o meno, ed in forme quantitativamente e qualitativamente assai diverse, dal soggetto ad un osservatore. Per osservatore si intende una persona che può essere il soggetto stesso.

Se manteniamo una prospettiva soggettiva, *dal punto di vista del soggetto* ogni “organizzazione di significato personale” tenderà a scompensarsi su tematiche specifiche e su particolari aspetti personali di “vulnerabilità”.

*Temî di vita e settori di esperienza critici per le varie organizzazioni di fronte a situazioni affettive familiari, amicali, scolastiche:*

- senso di inadeguatezza, fallimento e delusione (D.A.P.),
- di bisogni assoluti di certezza (OSSESSIVA),
- di non controllo su un mondo esterno pericoloso (FOBICA),
- di solitudine/esclusione/impossibilità di sentirsi parte del contesto sociale (DEPRESSIVA)

Per chi deve costruire l'intervento *da una posizione oggettiva*, per chi si confronta con questo fenomeno nella sua attività quotidiana, colpiscono i dati epidemiologici e clinici con cui avviene il contatto:

1) *I dati epidemiologici*: la modalità di esordio può essere lenta o acuta, ma c'è sempre un *Periodo prodromico* di mesi o anni, con sintomatologia attenuata. Questa sintomatologia sfumata, spesso poco distinguibile da atteggiamenti idiosincrasici o legati a “mode” e “sub-culture” giovanili, è caratterizzata da modalità che potremmo definire “nevrotiche”, le quali precedono quella “rottura” più o meno acuta che caratterizza l'accadere psicotico. I fenomenologi hanno studiato approfonditamente le trasformazioni che caratterizzano questo periodo, parlando di “Sintomi di base”(Klosterkottner, 1999)

Inoltre c'è uno scarto temporale notevole tra il *momento della “crisi”* e il *momento in cui viene effettuato l'intervento terapeutico*. È esperienza comune per chi lavora in un Servizio Psichiatrico di venire a contatto con la persona *dopo* che questa ha già sviluppato una “reazione di adattamento” all'emergenza dell'esperienza perturbante.

*Il D.U.P. (Duration of Untreated Psychosis)*, il periodo che intercorre tra i primi sintomi francamente psicotici e l'inizio del trattamento sarebbe in media di 2 anni (Larsen, McGlashan e Moe, 1996; Hafner e coll., 1992 e 1993).

Ancora, c'è da considerare che, malgrado la diffusione progressiva dei

servizi di salute mentale, almeno la metà dei casi di psicosi emergenti (ma è verosimile che la percentuale sia più elevata), non giungano all'osservazione dei Servizi e che queste vengano trattate da altre agenzie/figure sociali o addirittura non vengano trattate in alcun modo (Piccione e Grispi, 1998).

- 2) In genere la richiesta non viene fatta dall'interessato, per cui le risposte "terapeutiche" considerano spesso più gli aspetti extra-clinici della domanda rispetto ai dati fenomenologici, soggettivi con cui la persona avverte il disturbo.

In molti casi la risposta mira ad acquietare il "terzo" (familiare, agenzie sociali o di pubblica sicurezza) che ha portato la domanda, o risponde a misure di sicurezza sociale, o di adattabilità e coerenza con l'organizzazione interna del Servizio che interviene.

Sembra scontato, nella prassi terapeutica abituale dei Servizi, così come nelle linee guida e negli studi "evidence based", che l'intervento prioritario e prevalente debba essere quello farmacologico, che taglia spesso, se diventa l'intervento "epistemologicamente" prevalente, la possibilità di osservare e studiare il fenomeno per "come è accaduto".

*Riporto qui come nel trattamento della schizofrenia proposto dalle Linee Guida Francesi (1994) basate sulla "Consensus Conference" viene, viceversa, sottolineata l'importanza della qualità del primo contesto terapeutico che ha curato il paziente durante l'esordio clinico e la necessità di non isolare il trattamento farmacologico dalle altre variabili che influenzano la 'presa in carico'.*

## L'INTERVENTO TERAPEUTICO

Giuseppe, 20 anni, arriva al Servizio su segnalazione del medico di base, accompagnato dal padre, dopo essersi trasferito nella nostra zona da Torino. Parlando coi colleghi del Servizio inviante veniamo a sapere che ha una diagnosi di schizofrenia, che i suoi disturbi sono iniziati a 12 anni, che ha eseguito in privato una terapia "psicoanalitica" per 4 anni, ed attualmente è in trattamento con antipsicotici. Gli chiediamo la natura dei suoi disturbi e lui comincia a raccontare delle sensazioni di trasformazione corporea, dei cambiamenti di volto che tutt'oggi vede avvenire intorno a sé nelle persone che lo circondano, e mentre approfondiamo con calma e delicatezza l'indagine, ad un certo punto si arresta e ci chiede con stupore "Ma voi credete che sono vere le cose che mi succedono?" Alla nostra risposta affermativa risponde che

è la prima volta che qualcuno crede e si interessa a queste cose che accadono dentro di lui. Possiamo così continuare il colloquio su aspetti psicopatologici “cronicizzati” che richiederanno un lungo lavoro terapeutico...

*E' possibile che l'intervento “oggettivo” dell'istituzione sia modulato sulla soggettività della persona ?*

A partire dalla messa in discussione della “incomprensibilità” della psicosi, il nostro intervento utilizza categorie teoriche che aiutano la “*comprensione*” del fenomeno psicotico, ne favoriscono una articolata modalità di “*descrizione*” e successivamente forniscono *ipotesi “esplicative”*.

La stessa modalità di procedere nell'esplorazione del problema (“*comprensione*” come premessa per una “*descrizione*” ed una *successiva* “*spiegazione*”, ovvero priorità del *come* rispetto al *perché*) viene concordata col soggetto.

Nell'intervento sulla psicosi il modello post-razionalista non fornisce *tanto* modalità di “tecniche” psicoterapeutiche da attuarsi subordinatamente ad interventi farmacologici o istituzionali, *quanto* una “cornice” epistemologica che “informa” anche questi interventi.

Quando arriva al Servizio un paziente psicotico facciamo in modo di accogliere l'emergenza sintomatologica senza “silenziarla” subito con i farmaci. Se riteniamo che l'angoscia o l'agitazione siano intollerabili per la persona stessa o per i familiari o viceversa per motivi di ordine pubblico, contrattiamo con la persona e/o con i terzi interessati la somministrazione farmacologica o gli eventuali provvedimenti sanitari cercando comunque di evidenziare il più possibile *insieme* lo stato “oggettivo” che ha determinato il comportamento su cui è stato richiesto l'intervento, ed il tema personale (mentale) collegato alla crisi; cerchiamo di indagare sull'evento esterno ed in particolare sulla *modalità con cui la persona ha reagito* all'evento.

L'obiettivo iniziale è quello di stabilire una relazione terapeutica “base sicura” senza perdere i collegamenti con i fenomeni mentali della persona. Il messaggio è quello di impostare un lavoro in cui “C”è da capire quello che sta succedendo” piuttosto che quello di inserire la persona dentro procedure automatizzate di tipo specialistico... ovvero “Il lavoro specialistico che noi dobbiamo fare è quello di capire come è fatta l'esperienza perturbante che ha provocato lo scompenso”.

Questa modalità si attua indifferentemente su situazioni acute e su situazioni già stabilizzate. A maggior ragione nelle situazioni incerte o quelle in cui la presenza di una sintomatologia psicotica è appena accennata, e l'evoluzione

psicotica dubbia:

Marco, 25 anni, richiede una visita urgente tramite il medico di base ed arriva il giorno stesso accompagnato dal padre. Parla dapprima genericamente di un “attacco di panico”, ne ha già sofferto in passato, ma quello che ha avuto ora lo ha particolarmente turbato. Prima di metterlo a fuoco ricostruisco il contesto dell’ultimo periodo di vita, durante il quale emerge una situazione lavorativa precaria, vissuta come costrittiva ed un rapporto affettivo in corso, nel quale sente di aver perso il controllo. L’episodio recente è apparentemente banale: mentre sta guidando la macchina vede, passando, un cane che viene investito da un’auto. Tornato indietro, non trova alcuna traccia dell’incidente e del cane. Mettendo a fuoco la scena non sa spiegarsi quanto accaduto, la possibilità che sia stata una allucinazione lo mette in una situazione di totale incontrollabilità su quanto gli accade ed in particolare su quello che gli potrebbe accadere. Emerge una evidente difficoltà al distacco dalla famiglia, vissuta come protettiva, e confermata dal padre che è presente alla visita. Così come una esigenza molto forte al controllo di tutte le situazioni di vita. Lavoriamo su questa tematica più “astratta” ricollegando altri episodi accaduti con la stessa tematica ed evidenziando con lui il tema “fobico” di svincolo dalla famiglia e di possibile percorso da seguire in futuro. Non vuole prendere medicine (le ha già prese in passato senza grossi successi..) Non si presenta all’appuntamento successivo, il medico di famiglia mi parla di una ricomposizione della situazione psichica...

L’intervento terapeutico ha l’obiettivo di permettere al soggetto la distinzione tra esperienza immediata e spiegazione, una “integrazione” delle esperienze “perturbanti”, internalizzandole, una maggiore flessibilità e articolazione narrativa.

• *I modi per raggiungere questo obiettivo utilizzano solo in alcuni casi un setting psicoterapeutico tradizionale*

• *Lo sviluppo dell’ auto-consapevolezza oltre i settori “critici” dell’esperienza, non viene particolarmente incoraggiato.*

Credo sia utile, a questo punto, proporre una tabella riassuntiva delle tre modalità con cui si può concettualizzare l’intervento psicoterapeutico di tipo cognitivista, e delle differenze col modello post-razionalista.

---

### *Distinzione delle modalità di terapia cognitiva nelle psicosi*

<i>Cognitivo</i> <i>Comportamentale</i>	<i>Cognitiva classica</i> <i>"razionalista"</i>	<i>Cognitiva</i> <i>post-razionalista</i>
<i>Riabilitazione</i>	<i>Modalità pedagogiche</i>	<i>Comprensione</i>
Mediante "il fare" e il mettere in scena i comportamenti deficitari attraverso rinforzi + o - da correggere	Convinzione / Persuasione con focus sulle credenze irrazionali	attraverso la ricostruzione del significato personale Costruzione delle capacità narrative favorendo una progressione ortogenetica verso forme di equilibrio nuove, più complesse e integrate

*La psicoterapia post-razionalista può utilizzare tecniche dei precedenti due modelli finalizzandole all'aumento delle capacità narrative del soggetto.*

---

### INTERVENTO ISTITUZIONALE

Nell'intervento post-razionalista è opportuno distinguere:

- gli aspetti del modello applicabili alle condizioni istituzionali dall'intervento psicoterapeutico vero e proprio (duale).

*Il Servizio Pubblico (S.P.): da agenzia normativa ad osservatorio antropologico*

\* Il S.P. è l'agenzia sociale che ha il mandato di intervenire, con un potere molto grande sulla vita di una persona nel momento in cui viene ufficializzato un disturbo psicotico.

\* Il S.P. come "osservatore" è nella posizione antropologica privilegiata di cogliere gli aspetti più complessi della vita di una persona che gli viene in qualsiasi modo "affidata".

\* Il S.P. dispone di strutture di accoglienza più o meno prolungata, all'interno della quale è possibile osservare ed interagire con la persona nella

sua quotidianità per lunghi periodi. A differenza del setting psicoterapeutico privato, può osservare la persona non solo per quanto riferisce di sé e per come si esprime nella breve durata della psicoterapia, *ma direttamente dal vivo per “come accade”* nel tempo in ambienti di vita quotidiana.

*\*Il S.P. può entrare nella vita di una persona!*

Questa particolare posizione dovrebbe rendere il Servizio cauto e attento: *il suo obiettivo terapeutico dovrebbe salvaguardare uno spazio intersoggettivo dialogico attraverso*

1) *Modulazione (limitazione) degli aspetti istituzionali* (normativo-burocratici) dell'intervento, con “focus” sugli aspetti contestuali dell'emergenza della crisi: si comunica *implicitamente* alla persona che l'obiettivo della terapia è quello di “capire insieme” ciò che gli sta succedendo. Si cerca di limitare gli aspetti costrittivi dell'intervento, si spiegano per quanto possibile le limitazioni inevitabili ad un comportamento disordinato.

2) *Costruzione della “base sicura”*. Si può “capire insieme” se c'è un ambiente attento agli aspetti emotivi della crisi. In genere il setting deve essere *materialmente ed affettivamente* costruito per creare un ambiente accogliente. La “costruzione della base sicura” è stata una delle metafore più felici e più utilizzate nella costruzione di un rapporto psicoterapeutico. Nel Servizio di salute mentale (Cutolo e Coscarella, 1991; Cutolo e Guidano, 1993) creare la base sicura vuol dire assicurare un “setting comprensivo”, attento agli aspetti materiali e affettivi che possono caratterizzare un luogo estraneo al paziente, in particolare quando la gravità della crisi impone misure come il ricovero.

Un setting “base sicura” interferisce il meno possibile con gli aspetti “spontanei” del comportamento della persona, cercando di limitare la costrizione delle regole istituzionali; si presenta come un ambiente che ha in parte caratteristiche di “accoglienza” proprie delle strutture di ospitalità, alberghiera, para-familiare; in parte caratteristiche di una struttura “artificiale” che non può sostituire il mondo affettivo del soggetto, ma solo accompagnarlo per un tratto della sua vita; con la caratteristica della “temporalità”, cioè di instaurare un'interazione come temporalmente definita. Nel setting “base sicura” è possibile esplorare i modelli di attaccamento e riattivare processi riflessivi su queste modalità.

### 3) Contrattazione

#### a) Tra gli operatori

La difficoltà nel definire un criterio certo di oggettività esterno con cui valutare il comportamento psicotico induce gli operatori del nostro Servizio a fare continue discussioni per cercare di definire un criterio di valutazione “collettivamente contrattato e concordato”, cercando di modulare il tipo di intervento sul significato che può avere a partire dalla storia affettiva del soggetto.

Diventa ad esempio importante valutare le variabili “culturali” degli effetti dei possibili tipi di intervento, le eventuali reazioni prevedibili da parte della persona e le conseguenze sulla terapia.

#### b) Col soggetto

Tutte le iniziative prese vengono concordate per quanto possibile con la persona.

Nei casi di comportamenti sociali “estremi” è necessario mantenere chiari e distinti il livello “istituzionale” da quello terapeutico (ad es., necessità di limitazioni alla libertà), ruolo che può essere anche impersonato da uno specifico operatore.

*Con Franco, giovane psicotico solitario con delirio di persecuzione su base DEP, inavvicinabile a qualsiasi tentativo di accoglienza “ufficiale”, che non accetta nessuna terapia ma sostanzialmente riconosce il bisogno d'aiuto del Servizio, la divisione esplicita di due terapisti nell'impersonare l'uno un ruolo istituzionale, rispettoso delle regole minime di convivenza, l'altro più libero da queste nel cercare un rapporto sui temi affettivi prevalenti di rovina e di esclusione dal mondo che stanno dietro i temi persecutori, facilita l'affidamento e poi un sostanziale riconoscimento delle tematiche affettive. Questo permetterà una svolta drastica nella terapia che porterà ad una risoluzione dello stato psicotico.*

#### c) Con i terzi interessati (famiglia, scuola)

Il punto di riferimento su cui basare ogni valutazione è quello soggettivo della persona che ha il disturbo. E' inevitabile che tale punto di vista sia parziale e a volte in contrasto con quello del familiare o della persona che fa la richiesta: in questi casi la richiesta di intervento viene discussa e ridefinita, per quanto possibile, con tutti i protagonisti.

D'altra parte la drammaticità della rottura del “common sense” condiziona pesantemente il contesto di appartenenza della persona, favorendo nei familiari/altri risposte socialmente comprensibili (come l'eccessiva

tolleranza o la negazione del problema, la marginalizzazione della persona o comportamenti inter-soggettivi violenti).

Il coinvolgimento dei familiari appare inevitabile nei casi adolescenziali, in cui la giovane età del paziente, la convivenza in un contesto familiare, la richiesta fatta da un terzo, sono elementi caratterizzanti.

La presenza dei familiari non può essere ignorata in quanto interlocutori privilegiati delle relazioni affettive del paziente, figure di attaccamento che condizioneranno costantemente qualsiasi intervento fatto da un'agenzia esterna. Pertanto il livello minimo di intervento con la famiglia è rappresentato da quei contatti e interazioni che assicurino all'operatore di avere sempre il "permesso" di poter intervenire con la persona. Il messaggio, più o meno esplicito che viene rivolto al sistema familiare, è che l'obiettivo della loro collaborazione è una maggiore comprensione dell'accadere "emotivo" del paziente. Si lavora sulle modalità di "attaccamento", si evita qualsiasi colpevolizzazione della famiglia. E' opportuno ampliare questa parentesi indicando alcune possibili evenienze occorse riguardo al coinvolgimento della famiglia.

### *Possibili interventi familiari*

#### \* Richiesta del "permesso" di intervento

Nel caso di Mirna, ragazza con organizzazione FOB e con una crisi psicotica avvenuta durante una separazione affettiva, con una famiglia d'origine molto presente presso la quale Mirna è rifluita in cerca d'aiuto, è necessario effettuare alcuni incontri domiciliari con i suoi familiari, che hanno una visione strettamente medicalizzata (il padre è in psicofarmacoterapia per "depressione"), per ottenere il permesso a fare un lavoro psicoterapeutico individuale.

#### \* Terapia familiare parallela

Nel caso di Andrea, ragazzo 19enne con disturbo schizofrenico, l'intervento individuale viene accompagnato da una periodica terapia familiare, con cadenza circa mensile. La famiglia, molto presente e disponibile culturalmente a cercare di comprendere il problema del figlio, partecipa attivamente alla ricerca di un significato della crisi, mettendosi in discussione e modificando atteggiamenti via via riconosciuti come interferenti la soggettività di Andrea.



\* Sostegno o trattamento individuale di un altro membro della famiglia

Nel caso di Dante, giovane psicotico con organizzazione DAP, totalmente invischiato/oppositivo con la madre, ritenuto intrattabile dal precedente Servizio che l'aveva in cura, viene fatta una esplicita offerta di psicoterapia individuale alla madre che ha riconosciuto confusamente, in alcuni incontri familiari precedenti, la problematicità del suo rapporto col figlio.

\* Ricerca attiva della famiglia "assente"

Nel caso di Maria, psicotica adulta con organizzazione DEP, con disturbo iniziato a 18 anni, separata dal marito e dai figli a causa della sua malattia, che vive sola in un progressivo degrado tendente al barbonaggio, viene attivamente ricercata una sorella vivente in una città lontana, la quale è progressivamente coinvolta nelle vicende di Maria, fino a dare un contributo fondamentale non solo nella gestione delle crisi (ricoveri in TSO), ma anche nella ricostruzione di una storia personale.

## INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO SPECIFICO (DUALE)

Gli interventi istituzionali sopra descritti hanno una qualità psicoterapeutica "indiretta", ed in molti casi rappresentano l'unica opportunità di intervento terapeutico. Se possibile, è auspicabile un intervento psicoterapeutico duale, che specifichiamo qui avanti.

### *Sintonizzazione reciproca*

\* Sul significato del linguaggio verbale (e non verbale): specificazione continua sul "significato condivisibile" di quanto viene comunicato reciprocamente.

\* Chiarificazione con la persona dei temi emotivo/affettivi prevalenti, agiti sia nella relazione terapeutica ("qui ed ora") sia verso i familiari.

*Con Emma, schizofrenica DAP disorganizzata e con allucinazioni pervasive, che ha elaborato una modalità del discorso totalmente non sequenzializzata e con continui neologismi, specchio della costante ambiguità con cui leggeva la sua esperienza, il mio ostinato e partecipe dichiararle l'incomprensibilità dei termini a me sconosciuti ha portato Emma a chiarirsi sempre di più, fino a che non ha iniziato a parlare con tutti in maniera intellegibile (quando avevo ormai imparato a capirla meglio!)*

### *Distinzione tra l'esperienza immediata e la spiegazione*

Mediante l'*autosservazione* e la "*tecnica della moviola*". Ricostruire, nei vari settori di vita, partendo da quelli più "neutri" fino a quelli critici, l'esperienza immediata, il "vissuto" (attivazioni psicofisiologiche, scenari immaginativi e fantastici, "senso di sé") con l'obiettivo di aiutare la persona a distinguere l'esperienza immediata dall'attribuzione di significato.

Questo porta la persona a modalità esplicative più astratte su quanto le accade (meno legate all'esperienza percettiva immediata), stimolandone la flessibilità e la generatività.

### *Interazione "metacognitiva" e di T.o.M.*

Piuttosto che essere un intervento "raffinato" con regole definite (Semerari, 2000), è la modalità costante con cui viene esplorato il mondo soggettivo del paziente.

In questo senso l'intervento rispetta l'andamento di una psicologia popolare ("folk psychology") *credenza-desiderio-intenzione*, basata sulle modalità immediate con cui le persone costruiscono un ordine di sé e del mondo a partire dalla comprensione degli stati mentali degli altri e delle interazioni sociali ed emotive con essi.

La riflessione sui propri stati mentali non può prescindere dalla continua "simulazione", imitazione e comprensione degli stati mentali altrui. L'indagine psicopatologica viene eseguita approfonditamente, ma a partire da una modalità che rispetta le leggi del comune sentire, dell'accadere della vita quotidiana, e che via via diviene sempre più dettagliata e (*qui è la sua specificità*), seguendo la progressione dei processi mentali nella loro interconnessione fra percezioni, immagini, pensieri, aspettative...fino ad arrivare a temi basilari o ricorrenti di significato personale.

Un'interazione di questo tipo, che mi piace chiamare "*folk psychotherapy*", piuttosto che dal "*perché*", parte dal "*come*", dal "*come è fatto questo tuo star male, come accade, quando, con chi...*" e solo successivamente arriva alle possibili spiegazioni.

Sono evitate le interpretazioni, eventualmente vengono proposte "ipotesi" emerse dai dati (del "come") forniti dal soggetto, ipotesi che verranno verificate con lui.

### *Contestualizzazione dell'esperienza psicotica:*

modulare il focus dell'attenzione e dei resoconti sul contesto della scena, facilitando l'inserimento degli aspetti omessi. "Zooming in" (come si vede

“da dentro”) “Zooming out” (“come si vede da fuori”).

Il paziente viene aiutato a descrivere le scene dell’evento come se raccontasse un romanzo o un film, ricostruendone con lui la “sceneggiatura”. Questo fa emergere elementi che aiutano il paziente a dare un senso più comprensibile a quanto “gli accade”, ed a sentirlo un qualcosa che può conoscere e in parte gestire (internalizzazione).

*Che effetto gli fa, vedersi o “sentirsi” così.*

*Sequenzializzazione dell’esperienza psicotica:*

Serve a favorire l’integrazione di elementi dell’esperienza immediata e ad articolare le modalità narrative di queste esperienze, a distinguere il contesto esterno dall’interno.

- a) *cronologica*: collocarla in uno spazio temporale, mettere in ordine temporale gli eventi della giornata.
- b) *causale*: connettere *eventi esterni* con *eventi mentali* e viceversa
- c) *tematica*: collegare gli eventi mentali al tema di base ricorrente (o a sottotematiche del tema di significato personale).

## UNO STUDIO RETROSPETTIVO

Presento qui i risultati di uno studio retrospettivo su 29 casi di psicotici seguiti con psicoterapia post-razionalista dal “gruppo psicosi” citato all’inizio (Cheli, Cutolo, Mannino, Maxia, Parise, Scipioni, Virgilio). Questo lavoro è stato presentato a Roma al Convegno SOPSI 2002.

*Criteri di inclusione:*

- Diagnosi di Schizofrenia (F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5) Disturbo Schizoaffettivo (F25), Disturbo Delirante (F22), secondo il DSM IV.  
In tutti i casi la diagnosi è stata effettuata anche da una o più agenzie psichiatriche esterne ai terapeuti.
- Durata del trattamento di almeno un anno.
- Casi nei quali è stato “fondamentale” l’intervento secondo le modalità post-razionaliste sopra-indicate, anche se accompagnate da altro intervento terapeutico, farmacologico o riabilitativo, “istituzionale” o meno.

### *Risultati e commenti*

#### *Esito clinico*

Buono (risoluzione sintomatologia psicotica): 21 casi

Moderato (Attenuazione sintomatologia): 6 casi

Assente: 2 casi.

#### *Esito sociale* (incluso acquisizione o mantenimento lavorativo)

Buono: 8 casi

Moderato: 18 casi

Assente: 3 casi

#### *Esito affettivo* (comprende miglioramento dei rapporti familiari e/o vita affettiva)

Buono: 8 casi

Moderato: 12 casi

Assente: 9 casi

Durata media della psicoterapia: 2,57 anni

Il trattamento farmacologico è presente in tutti i casi, almeno in alcuni periodi.

In un terzo dei casi è l'unico altro intervento attuato, oltre alla psicoterapia.

In un terzo è presente anche il ricovero o riabilitazione psico-sociale.

In un terzo sono presenti ricovero, trattamenti farmacologici e riabilitativi.

I casi trattati sin dall'esordio con la psicoterapia hanno i risultati migliori.

### UN ESEMPIO CLINICO

In questa schematizzazione della storia di un intervento completato, intendo mostrare le interconnessioni tra intervento sulla soggettività, in prima persona, sulla dialettica IO-ME (prima riga di ciascun Periodo, scrittura normale) e l'intervento "istituzionale" in 3° persona, sulla dimensione IO-LORO (ultima riga, scrittura sottolineata), attraverso la mediazione psicoterapeutica dell'intervento in 2° persona, la relazione inter-soggettiva IO-TU (riga intermedia, *scrittura in corsivo*).

Carlo, 20 anni  
(Tema di significato D.A.P.)

1° Periodo (maggio-agosto 93)	6 incontri	Definizione del problema: Focalizzazione del tema del giudizio <i>Costruzione della relazione terapeutica</i> <u>Ricovero, farmaci</u>
2° Periodo (febbraio-luglio 94)	25 incontri	Lavoro sul problema del giudizio: costruzione primi criteri interni di affidabilità <i>“Messa alla prova” della base sicura</i> <u>Visite domiciliari</u> <u>Terapia Familiare</u>
		Carlo non può muoversi
3° Periodo (febbraio-dicembre 95)	20 incontri	Lavoro sullo “svincolo”: avvicinamento e distanziamento dalla famiglia <i>Consolidamento base sicura</i> <u>Reperimento alloggio</u> <u>Sospensione farmaci</u>
4° Periodo (aprile-dicembre 96)	5 incontri	Stabilizzazione del rapporto emotivo con la madre. <i>Inizio storie affettive</i> <u>Preparazione al distacco</u> <u>Interruzione rapporti istituzionali</u>

Per chi ha avuto la pazienza di seguirmi fino qui, propongo una tabella “riassuntiva”, che forse può fornire un quadro di come vedo l’interrelazione di questi mondi in una modalità psicoterapeutica post-razionalista.

DAL MONDO OGGETTIVO ALLA SOGGETTIVITA':  
*PSICOTERAPIA NARRATIVA DEGLI PSICOTICI*

---

OGGETTIVITA'

(Esperienza in 3a persona)

IO-LORO

Istituzioni, Sistemi nosografici

→ *Eto-antropologia*

INTERSOGGETTIVITÀ

(Esperienza in 2a persona)

IO-TU

*Senso comune*

→ *Folk psychotherapy*

SOGGETTIVITA'

(Esperienza in 1a persona)

IO-ME

*Significato personale*

---

## BIBLIOGRAFIA

- Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale. Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Baron-Cohen S.: L'Autismo e la Lettura della Mente" Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1997.
- Blankenburg W.: La Perdita dell'Evidenza Naturale. Cortina, Milano, 1971.
- Borgna E.: Come se Finisse il Mondo. Feltrinelli, Milano, 1995.
- Camaioni L. (Ed.): La Teoria della Mente. Psicologia, Università Laterza, Bari, 1995.
- Cheli C.: Metarappresentazione, mente bicamerale e psicosi. Psicobiettivo, n.1, 2000.
- Cheli C.: Approccio post-razionalista e psicosi: Riflessioni ed esperienze cliniche. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 7, Settembre 2000.
- Cheli C.: Riduzionismo metacognitivo, psicosi e postrazionalismo: Riflessioni su un caso singolo. Relazione presentata al Congresso SITCC di Bologna. Settembre 2002.
- Cutolo G., Coscarella C.: Il servizio psichiatrico come "base sicura". Etruria Medica, 1, 1991.
- Cutolo G., Guidano V.F.: Cognitivismo sistemico post-razionalista e psicosi. In: Manfrida G. e coll. (Eds.), Psicopatologia e Modelli Psicoterapeutici: La Prospettiva Relazionale. Wichtig, 1993.
- Cutolo G., Marsicovetere V., Foschi A., Lombardi G.: Teoria della mente, psicosi, servizi di salute mentale. Psicobiettivo, 3, 2000.
- Cutolo G. (Ed.): L'Arte della Psicoterapia. Il Processo Psicoterapeutico Insegnato da Vittorio Guidano ai suoi Allievi (di prossima pubblicazione).
- De Martino E.: La Fine del Mondo. Einaudi, Torino, 1977.
- Foschi A.: Psicopatologia e Teoria della Mente. Tesi di laurea, pubblicata su internet [www.cutolo.too.it](http://www.cutolo.too.it), 2000.
- Frith C.: Neuropsicologia Cognitiva della Schizofrenia. Cortina, Milano, 1995.
- Frith U.: Autism: Explaining the Enigma. Blackwell, Oxford, 1989. (Ed. it.: L'Autismo. Spiegazione di un Enigma. Laterza, Bari, 1996).
- Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Guidano V.F.: Seminario sulle Psicosi. In: Maxia G. (Ed.), Testo non pubblicato. Cagliari, 1992.
- Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V.F.: La dinamica degli scompensi psicotici: processi e prospettive. In: 6° Congresso Internazionale sul Costruttivismo in Psicoterapia. Siena, 1998.

Klosterkottner J.: Vulnerabilità schizofrenica e sintomi di base. In: Rossi Monti M., Stanghellini G. (Eds.), *Psicopatologia della Schizofrenia*". Cortina, Milano, 1999.

Jaynes J.: *Il Crollo della Mente Bicamerale e l'Origine della Coscienza*. Adelphi, Milano, 1976.

Mannino G., Maxia G: *Psicopatologia e psicologia della schizofrenia: Verso un approccio post-razionalista*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 8, Marzo 2001.

Olson D.R., Torrance N. (Eds.), *Alfabetizzazione e Oralità*. Cortina, Milano, 1995.

Ong, W.J.: *Oralità e Scrittura*. Il Mulino, Bologna, 1986.

Piccione R., Grispi A. (Eds.): *Prevenzione e Salute Mentale*. Carocci (ex N.I.S.), Roma, 1998.

Rossi Monti M., Stanghellini G. (Eds.): *Psicopatologia della Schizofrenia*. Cortina, Milano, 1999.

Sass L.A.: *Madness and Modernism*. Basic Books, New York, 1992.

Semerari A. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Cortina, Milano, 1999.

Varela F.: *Neurophenomenology: A Methodological remedy to the hard problem*. *Journal of Consciousness Studies*, 3, 330-350, 1996.

Varela F., Thompson E., Rosh E.: *La Via di Mezzo della Conoscenza*. Feltrinelli, Milano, 1992.

Zappella M.: *Autismo Infantile*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996.



Bernardo Nardi, Simona Salvati

## AGGRESSIVITA' E VIOLENZA

### PREMESSA

Per comprendere le manifestazioni patologiche del comportamento aggressivo occorre cercare di mettere a fuoco cosa significhi comportarsi in un certo modo per un soggetto che sta crescendo, che ha una sua storia personale e familiare, che frequenta con più o meno profitto la scuola o che è già al di fuori dell'ambito scolastico, che ha una sua rete relazionale più o meno stabile ed adeguata.

Occorre cioè riflettere che, al di là del suo aspetto oggettivo, ogni comportamento, anche se violento e al di fuori della "norma", ci parla di una persona e del suo difficile rapporto con se stessa e, quindi, di una problematica definizione della sua identità.

Sotto il profilo psicologico, un comportamento aggressivo violento (e la persona che lo agisce) non va "giudicato" e "colpevolizzato" ma compreso, non per "scusarlo" ma per cercare di individuare tempestivamente gli interventi più adeguati per evitare che esso si strutturi in uno stile di vita stabilmente disadattivo, per modificare o interrompere quei rapporti che appaiono deteriorati, disgreganti e disfunzionali, per trattare in maniera specifica, se vi sono, i disturbi mentali che possono esserne causa o concausa.

Occorre ricordare infatti che ogni aspetto psico-comportamentale rimanda alla particolare modalità soggettiva con cui ogni individuo vive se stesso e il mondo, in altri termini a come definisce un suo peculiare significato personale, reagendo con attivazioni emozionali specifiche ad eventi che risultano per lui perturbanti.

### AGGRESSIVITA' E VIOLENZA

L'*aggressività* costituisce un complesso fenomeno bio-psico-sociale, di cui la violenza rappresenta uno sviluppo particolare e non obbligato.

Per aggressività si intende infatti una funzione psico-comportamentale, a forte carica emotiva, che si può esprimere sia attraverso comportamenti sani e costruttivi, fondamentali per la propria realizzazione e, quindi, per

la formazione ed il mantenimento dell'identità (“*aggressività normale o fisiologica*”: audacia, intraprendenza, spirito di iniziativa), sia attraverso comportamenti eterodistruttivi od autodistruttivi (“*aggressività patologica*”: condotte attive, reali o fantasmatiche, miranti a danneggiare, ostacolare, demolire, costringere, umiliare; condotte passive, come il rifiuto di aiuto o di assistenza, ecc.).

La *violenza* comprende invece per definizione solo quei comportamenti, legati all'aggressività patologica, con evidente contenuto di prevaricazione e distruzione nei confronti di oggetti o persone (Marucci, 1989; Nardi et al., 1991).

In questo senso, la relazione che lega l'aggressività alla violenza è riferibile ad un disturbo psicopatologico, qualitativo e quantitativo, dell'azione di “*aggre*di” (*ad + gradi* = camminare verso).

In ogni caso, sia l'aggressività che la violenza sono espressioni della personalità individuale e vanno quindi riferite alla specifica *organizzazione di significato personale* che ciascun individuo struttura, a partire dalle prime fasi di sviluppo, sulla base delle potenzialità genetiche e delle esperienze che viene acquisendo (Renschmidt, 1990).

Sotto il profilo clinico, l'aggressività patologica (violenza) può presentarsi nell'ambito di tre diverse modalità:

- 1) come *tratto di personalità* (quando non è preceduta da evidenti situazioni frustranti o conflittuali, non genera sensi di colpa e sembra rispondere a bisogni egoistici o alla necessità di scaricare determinate emozioni);
- 2) come *malumore impulsivo e disforico* (che esprime variazioni in senso irritativo-depressivo del tono dell'umore), quando è episodica, non è in relazione ad evidenti conflitti ed è seguita da sensi di colpa e pentimento;
- 3) come *correlato di un disturbo mentale*. Si riscontra spesso, ad esempio, associata ad un disturbo d'ansia (“nevrotico”); in questi casi, consegue ad una situazione conflittuale e si associa a sentimenti di inferiorità e di colpa. In proposito, un ruolo chiave è svolto dalla “*frustrazione*”, cioè da un fenomeno psichico che insorge quando un bisogno non può essere soddisfatto a causa di un ostacolo, interno al soggetto o legato all'ambiente, dando luogo, quindi, ad uno spiacevole e disadattativo stato ideo-affettivo di tensione (Bini e Bazzi, 1972). Si osserva in soggetti che nel corso dello sviluppo manifestano una difficoltà a tollerare una non immediata soddisfazione dei propri bisogni e dei propri impulsi, con difficoltà a progettarsi e a sviluppare un senso di realtà adeguato alla propria età. In altri soggetti, l'aggressività può esprimere la rabbia associata ad una

depressione clinica, in risposta ad una visione fortemente svalutata di sé. Infine, oltre una certa soglia, può associarsi, talora in maniera improvvisa e imprevedibile, ad un disturbo di tipo psicotico.

L'aggressività patologica assume una particolare importanza nel corso dell'adolescenza, sia per la frequenza con cui può verificarsi rispetto alle altre fasi della vita, sia per le caratteristiche peculiari e per gli specifici significati che può assumere in questo periodo, sia infine per le importanti conseguenze che ne possono derivare, a volte drammaticamente estese a tutta l'età adulta (Nardi, 1993, 1995).

In generale, nel caso dell'adolescente, essa rappresenta un fenomeno transitorio e isolato, senza specifici significati psicopatologici, non risultando ancora stabilmente inserita nell'organizzazione di personalità, ed appare piuttosto conseguente a perturbazioni critiche, caratterizzate da bruschi sbalzi emotivi e da una contingente difficoltà ad assimilare i cambiamenti in atto di ordine fisico, psicologico e relazionale (Guidano, 1988, 1992; Nardi, 1991a,b).

Nell'adolescenza l'aggressività patologica è infatti in diretto rapporto con tre aspetti:

- 1) le rapide e a volte disarmoniche trasformazioni corporee (spesso subite e male accettate dal soggetto);
- 2) l'instabilità psicologica che consegue all'emergere delle capacità logiche di astrazione, che attraverso una più o meno evidente crisi di identità alimentano il bisogno di ricercare valori ed equilibri nuovi;
- 3) la costruzione di rapporti interattivi con l'ambiente, diversi sul piano quantitativo ma, soprattutto, qualitativo (gruppo "dei pari", legame affettivo, ecc.).

D'altra parte, l'aggressività patologica adolescenziale, per la rilevanza degli aspetti violenti con cui si manifesta, può essere vissuta dagli adulti (e a volte rinforzata nelle sue valenze distruttive, piuttosto che canalizzata nelle sue potenzialità costruttive) proprio per la dimensione trasgressiva e oppositiva; agli adulti, infatti, tende a sfuggire il bisogno, male espresso, di autoaffermazione, di differenziazione dagli altri, di costruzione di un progetto di vita autonomo che si cela dietro la violenza (Ancona, 1969; Freud A., 1972; Ammon, 1973; Gluck e Gluck, 1976; Mandel, 1978; Charthy e Ebling, 1980; Eibl-Eibelsfeldt, 1980; Scherer e coll., 1984; Lorenz, 1986; Carlson, 1987; Jobe e Wilner, 1988; Nardi, 1991b).

## LE BASI GENETICHE E IL RUOLO DELL'AMBIENTE

Un importante contributo alla conoscenza dei fenomeni aggressivi e del ruolo giocato, nella loro genesi, dai fattori genetici e dall'ambiente è venuto dalle ricerche etologiche sul comportamento animale.

Studiando il comportamento di scimmie *Macacus Rhesus*, sia in condizioni naturali che di cattività, gli etologi (si ricordano in proposito i contributi di Suomi, 1984), hanno potuto osservare come in tali animali prevalga una struttura sociale basata sul matriarcato: la figura dominante è la femmina che ha partorito più recentemente, seguita dalla madre, dalla nonna, e così via. I maschi, terminato lo svezzamento ed usciti dall'infanzia, tendono ad abbandonare il branco di appartenenza per iniziare una fase di vita "adolescenziale" spensierata e libera (ma a volte, anche per loro, molto rischiosa), da soli o in gruppo di pari età (anche in questo caso, con interessanti raffronti con gli umani), andando alla ventura e cacciando. Quando essi sentono giungere il momento di riprodursi (in termini umani, diremmo di "mettere la testa a partito"), si riavvicinano al gruppo di provenienza o, eventualmente, ad un altro, seguendo modalità diverse: alcuni cominciano prudentemente e tatticamente a risalire la scala sociale, seguendo via via i gradini gerarchici; altri tentano di imporre la propria presenza con la forza, cercando una scorciatoia nello scontro fisico (anche in questo caso, i rischi sono notevolmente maggiori).

Nei *Rhesus*, circa il 15-20% dei soggetti tende a rispondere a eventi nuovi o a situazioni stressanti non solo manifestando agitazione, insofferenza, "ansia" e comportamenti eccessivi o inadeguati, in ogni caso disadattivi (iperattività, scarso controllo degli impulsi, aggressività violenta, oppure inibizione e tendenza al ritiro sociale), ma presentando anche notevoli modificazioni biologiche, analoghe a quelle che si riscontrano in disturbi mentali umani, quali quelli d'ansia, dell'umore e del controllo degli impulsi (aumentata secrezione di cortisolo e di ACTH nelle fasi iniziali ed "eccitate"; oscillazione dei livelli di serotonina, che si presentano ridotti nelle forme con aggressività e aumentati in quelle con ipercontrollo e inibizione, ecc.). In tali soggetti, sia i pattern comportamentali di tipo eccitato che quelli inibiti si manifestano precocemente dopo la nascita e si diversificano sempre maggiormente. Essi sono inoltre costanti e tendono a ripetersi in circostanze analoghe, con conseguenze negative sullo sviluppo e sulla socializzazione.

Suomi ha inoltre osservato che la concordanza dei patterns biochimici e comportamentali è significativamente maggiore tra figli e madri naturali ed ha

quindi certamente una base genetica ereditaria. Infatti, tale concordanza non si riscontra tra figli (allontanati precocemente dalla madre naturale) e madri adottive, con le quali pure vengono stabiliti contatti stretti e continuativi.

D'altra parte, anche l'influenza dell'ambiente è stata ben documentata nei Rhesus. Infatti, scimmie geneticamente a rischio (per la presenza delle alterazioni sopra riferite), fatte allevare fin dalla prima infanzia da madri particolarmente accoglienti e tolleranti, hanno sviluppato valide competenze sociali e la loro iperattività è stata adeguatamente canalizzata in vantaggiose condotte di "programmazione", talora fino a conseguire ruoli di "leadership".

Altri dati interessanti, questa volta sul maltrattamento materno, sono stati ottenuti da una ricerca promossa dal CNR presso lo zoo di Roma (Troisi, 1993). Una femmina di macaco, che aveva ripetutamente ucciso i propri cuccioli nel corso di periodi di maltrattamento, ha evidenziato all'osservazione etologica che questi maltrattamenti erano in realtà un'accentuazione quasi caricaturale, parossistica ed eccessivamente protratta, dei normali gesti di accudimento materni (abbracciare, stringere, trascinare, ecc.). Inoltre, la violenza materna era sistematicamente attivata dagli allontanamenti del cucciolo per giocare con i coetanei. D'altra parte, una volta morto, la madre teneva presso di sé il cucciolo per diversi giorni, continuando ad accudirlo. Essendo evidente lo stato di ansia e l'intolleranza agli allontanamenti della prole che questa madre manifestava, essa è stata sottoposta a terapia ansiolitica con benzodiazepine, con il risultato che non ha più attivato comportamenti maltrattanti tali da portare alla morte del figlio.

Nel caso del comportamento umano, la maggiore complessità cerebrale (soprattutto per quel che concerne le aree cosiddette "associative", non direttamente collegate con la periferia, che integrano ed elaborano le informazioni ambientali in accordo con il vissuto soggettivo) richiede cautela nell'evitare i rischi di schematismi, riduzionismi e semplificazioni. In ogni caso, facendo riferimento ai processi di attaccamento, l'importanza di un equilibrato sviluppo emozionale per una adeguata utilizzazione delle potenzialità genetiche emerge in maniera sempre più evidente dalle varie ricerche compiute con diverse modalità di approccio.

## IL PROBLEMA DELLA CANALIZZAZIONE

Un contributo alla comprensione del rapporto tra aggressività fisiologica e aggressività patologica (violenta) è stato fornito da ricerche nell'ambito della

psicologia clinica e, in particolare, della psicologia dinamica. Questi studi hanno considerato l'aggressività come un'espressione dell'energia psichica, la cui matrice è di natura sessuale. A questo proposito è opportuno ricordare che, se per "sesso" si intende l'appartenenza ad uno dei due generi dell'unica natura umana, la sessualità deriva da un'unica energia primaria, che dà origine alla vita e si esprime attraverso specifici comportamenti, e che non è distinguibile in maschile o femminile (Cesari, 1994). Proprio il carattere originario di "energia vitale" rende il senso di potenzialità al servizio della realizzazione che l'aggressività ha nelle sue forme "normali", nel continuum che comunque intercorre tra ciò che consideriamo "normale" e ciò che invece concepiamo come "patologico".

Nell'approccio psicodinamico, la modalità attraverso la quale l'energia sessuale può esprimersi attraverso forme di aggressività fisiologiche, e quindi adattive, è rappresentata da ciò che viene definito "sublimazione". Con questo termine si intende un meccanismo psichico che consente di esprimere una forza ("pulsione") di natura istintuale, "pericolosa" o "non accettabile" a livello consapevole, attraverso forme simboliche, che rappresentano in maniera indiretta e socialmente utile l'azione primaria che non viene agita. Un esempio di "sublimazione" nel corso dell'età evolutiva lo fornisce Cesari (1994) attraverso la "metafora" di Carletto e della zia Giuliana: *"Bisogna pensare a Carletto come ad un bambino di due anni e mezzo che la mamma ha messo in una certa posizione a fare determinate cose, e poi la madre se ne va in un'altra stanza ad accudire le cose di casa. Dopo un pò di tempo la madre è colpita dal fatto che Carletto è in silenzio: quando i bambini restano zitti di solito combinano guai. Si reca a vedere cosa fa Carletto e lo vede con il sederino in alto che sta giocando con le proprie feci. Come si sa, quasi tutti noi da bambini abbiamo avuto questa tentazione o lo abbiamo fatto, e qualcuno ha tentato anche di mangiarle. Naturalmente la cosa viene proibita, la mamma picchia sulle mani di Carletto: 'Cacca, non si può' e Carletto rimane, quindi, con la voglia di giocare con le proprie feci ma con la proibizione di farlo. La storia continua dicendo che Carletto, qualche giorno dopo, grazie ad un'acquazzone, si trova a disposizione molto fango e, notando la somiglianza tra il fango e quella cosa con cui voleva giocare, si mette a giocare col fango; ma anche in quell'occasione la mamma lo picchia sulle mani dicendo: 'Cacca, non si può'. E quindi ancora una proibizione gli impedisce la soddisfazione del bisogno originario che era quello di giocare con le proprie feci. Finalmente a questo punto interviene provvidenzialmente la zia Giuliana, la quale, non sapendo assolutamente nulla né di Freud né*

*di psicoanalisi, regala tuttavia a Carletto della plastilina. Carletto, al tatto, avverte una certa somiglianza e ritrae le mani, aspettandosi ancora una proibizione, mentre invece la cosa gli viene consentita. Timidamente fa una pallina, la lascia lì, si guarda attorno: nessuno gli dice niente. Allora, preso coraggio, fa un pupazzetto e, anziché essere sgridato, riceve gli elogi: 'Bravo Carletto, hai fatto un pupazzetto, sembra proprio lo zio Aristide, gli hai fatto anche i baffi'. Ecco, cosa è successo? Che Carletto, con una sostanza che simbolicamente rappresentava le feci che gli era proibito toccare, ha dato soddisfazione a quella pulsione originaria che lui aveva di giocare con le sue feci. A consolazione degli adulti, diremo che un chirurgo è un sadico sublimante, che un artista che modella la creta esattamente sta sublimando quella pulsione originaria di giocare con le proprie feci e, tanto per colpire anche me, che un analista è un voyeur sublimato il quale, anziché andare in collina a vedere le coppiette, le fa venire nel suo studio. Il processo di sublimazione consiste in questa dinamica mentale prevalentemente inconscia che consente, appunto, di dare soddisfazione ad una pulsione con attività che simbolicamente vengono a rappresentare quell'azione che è stata originariamente inibita. Allora, questo processo di sublimazione serve a tutti noi per agire l'aggressività in modo positivo; così riusciamo a sublimare adeguatamente quella pulsione, quell'energia originaria, che potremo incanalare in modi diversi, a seconda delle scelte che noi, invece, riteniamo opportuno fare. E, quindi, ecco che la sessualità si presenta come un'unica energia vitale, originaria ed originante la vita, alla base di tutte le nostre azioni, appunto in forme sublimite".*

Sempre Cesari (1994) ricorda che l'aggressività adolescenziale riveste anche un altro valore che tende a sfuggire ad un esame frettoloso e superficiale: essa serve a verificare e, se necessario, a "distruggere" i modelli comportamentali che erano stati forniti, se non imposti, nel corso dell'infanzia, e che necessitano di essere verificati, accettati o sostituiti dall'adolescente per arrivare a darsi una visione personale di sé e del mondo. Per fare questo, l'adolescente attiva dei meccanismi di "trasgressione" che rimandano al terzo "organizzatore della vita psichica" che è il "no". "Il termine di organizzatori viene dall'embriologia e indica quei 'marcatori' che guidano lo sviluppo, l'accrescimento e la differenziazione dei diversi tessuti, parenchimi e organi. Ebbene, la psicologia ha adottato questo termine di organizzatori per definire alcuni momenti di passaggio, alcuni fenomeni specifici e particolari che comportano l'affermarsi, il crescere, lo svilupparsi di capacità mentali. Il primo organizzatore, che compare più

*o meno attorno al terzo mese, è il 'sorriso', come modalità consapevole di approccio con gli altri, anche se non sono ancora chiaramente percepiti come altri. Il secondo organizzatore appare intorno all'ottavo mese ed è la cosiddetta 'crisi dell'estraneo', quando il bambino si accorge, appunto, di essere un altro rispetto alla madre: il seno materno non è più visto come una parte del suo corpo ma come parte del corpo di altri e, quindi, può essere perso; il bambino si sente estraneo agli altri e sente gli altri estranei a se stesso. Il terzo organizzatore compare fra l'undicesimo ed il quindicesimo mese ed è il 'no'. Il no è la prima affermazione, attraverso la negazione, della propria identità. Con quel 'no' scandito, direi rabbiosamente presentato, a chi per esempio lo vuole alimentare, il bambino tende ad affermare un suo gusto, a differenziarsi dall'altro. Quindi quel 'no' non è una semplice negazione di qualche cosa ma è molto di più, è l'affermazione di una propria volontà rispetto alla scelta dell'altro. Ebbene l'adolescente rivive, in termini evidentemente più consapevoli e complessi, questo terzo organizzatore. Quindi la trasgressione adolescenziale si presenta come un vissuto di quel 'no', che tende ad affermare un'identità. Naturalmente, non avendo ancora un'identità propria, egli tenta di affermare un'identità contraria. Non sapendo chi è, dice contro chi è. Ponendosi contro qualcun altro, definisce se stesso ed assume certezza di esistere. In qualche modo, con un 'analgesico', se così possiamo definirlo da un punto di vista psicologico, attenua il dolore del suo disagio esistenziale. E quindi la trasgressione è una delle espressioni più significative dell'aggressività dell'adolescente. Perché, se apparentemente rappresenta la distruzione di qualche cosa che gli è stato offerto fino a quel momento, se apparentemente rappresenta la negazione, la violenza contro qualcuno, in realtà la trasgressione ha questo valore plastico di costruzione, di osservazione di se stesso. E quindi anche in questo caso, in cui la famiglia e gli educatori sono particolarmente toccati dall'aggressività adolescenziale, l'aggressività non ha quel significato di violenza fine a se stessa, ma ha invece il significato di 'andare verso': andare verso un'identità nuova, verso l'affermazione di sé"(Cesari, 1994).*

## ASPETTI CLINICI DEL COMPORTAMENTO VIOLENTO

In una nostra ricerca sui comportamenti violenti dei minori (Nardi e coll., 1991; Nardi e Giunto, 1994) sono emersi dei dati significativi che vale la pena ricordare brevemente.

Anzitutto, la netta predominanza di soggetti di sesso maschile che emerge



dai dati della letteratura (Scott, 1974; Caprara, 1981; ISTAT, 1989) è stata confermata anche dal nostro studio, che ha evidenziato una prevalenza pari al 92.3% nel sesso maschile e al 7.7% in quello femminile. Tuttavia, le minorenni, pur se numericamente poco rappresentate, hanno mostrato una notevole tendenza ad agire la propria aggressività, attraverso condotte devianti già sistematizzate (tossicodipendenza, prostituzione, ecc.), cui corrispondevano una maggiore difficoltà comunicativa in famiglia e una minore capacità di elaborazione ideo-affettiva dei propri vissuti personali.

L'analisi della distribuzione territoriale dei reati violenti ha mostrato una evidente differenza con i dati rilevati per altre problematiche sociali, quali l'abuso di sostanze stupefacenti. Infatti, mentre per tale fenomeno è evidente una concentrazione di giovani assuntori nella zona litoranea rispetto all'entroterra, per la violenza i dati sostanzialmente si equivalgono e il luogo in cui è stato commesso il reato coincide quasi sempre con la sede abitativa dei minori. Ciò sembra dimostrare che il comportamento aggressivo patologico non è tanto in relazione all'ambiente sociale globalmente inteso, quanto a caratteristiche psico-sociali più specificamente definite. L'aggressività è stata rivolta prevalentemente contro il patrimonio. Correlando tale risultato con l'analisi della situazione familiare, che mostra solo zone residuali di grave marginalità economica, il carattere simbolico dell'azione violenta appare prevalere, sotto il profilo psicologico, sulla possibile funzione strumentale della stessa. Infatti, come hanno evidenziato numerosi contributi (Guidano, 1988, 1992; Cesari, 1990; Nardi, 1991a), mettendo in atto una condotta aggressiva a contenuto antisociale, l'adolescente può cercare una autoaffermazione rispetto alla famiglia ("*identificazione per opposizione*"), ma può anche manifestare una richiesta di contenimento da parte di chi detiene il ruolo normativo (padre o autorità giudiziaria) o, semplicemente, può esprimere una richiesta di attenzione nei confronti del proprio disagio esistenziale evolutivo.

Il riscontro di reati concernenti la sfera sessuale (13 casi nel 1990) mostra come l'adolescente possa attribuire anche a questi comportamenti un significato di conferma della propria identità (soprattutto quella sessuale), elaborata a fatica e in maniera incerta o distorta.

Un elevato numero di reati commessi si svolge nell'ambito di una dinamica di gruppo. Questo dato, suffragato dalla letteratura (Lutte, 1987), mostra come per l'adolescente il gruppo di coetanei rivesta non solo un ruolo di supporto al processo di emancipazione dai genitori, convalidando così la propria identità psico-sociale, ma definisca anche lo spazio in cui il bisogno di appartenenza e

la verifica delle proprie capacità competitive possono costituire un incentivo a sperimentare condotte aggressive che implicano un certo grado di violenza.

Un altro aspetto significativo è quello riguardante il rapporto con la scuola, con particolare riferimento all'abbandono e alla dispersione scolastica. E' stata riscontrata infatti una evidente associazione tra difficoltà scolastiche e comportamenti aggressivi e antisociali: nel 1990 nella Regione Marche il 2.88% dei minori che hanno compiuto reati violenti è risultato senza alcun titolo di studio; si sono riscontrate ripetenze nel 58% dei casi; l'abbandono scolastico prima di conseguire la licenza media è stato pari al 16.35% dei casi. A questo proposito è interessante un confronto con i dati forniti da uno studio del CE.STU.M. di Ancona (1991) sull'andamento scolastico nelle Marche, che ha dimostrato nel 1990 ripetenze nel 5.9% dei casi e abbandono scolastico nello 0,9% dei casi, valori ben inferiori, quindi, a quelli dei minori inquisiti. Il disadattamento minorile è ricavabile anche dall'osservazione del tipo di socializzazione scolastica, che ha evidenziato la presenza di iperattività e di instabilità emotiva, con tendenza ad esprimere in maniera impulsiva le proprie emozioni. D'altra parte, una condizione di disagio psico-comportamentale e relazionale è spesso precedente all'ingresso nell'istituzione scolastica e frequentemente la scuola, per le sue valenze educative e socializzanti, sembra fungere da fattore scatenante, facendolo emergere o radicalizzandolo e non riuscendo a fornire, in questi casi, una risposta positiva adeguata. La difficoltà scolastica costituisce così un ulteriore momento di *marginalizzazione sociale*, rappresentando a sua volta un fattore di rischio per uno scompenso psicopatologico, con lo sviluppo di ulteriori comportamenti aggressivi e devianti.

Connesso all'aspetto scolastico appare il versante lavorativo, dato che ad una inadeguata scolarità fa riscontro l'immissione sul mercato del lavoro di una manodopera scarsamente qualificata (Labos, 1988).

Pertanto, sia i dati sulla scolarità che quelli sull'attività lavorativa, unitamente alla scarsa frequentazione di gruppi organizzati o sportivi, mostrano un'adolescenza a rischio in cui sono drasticamente ridotte le capacità di "canalizzazione" e le occasioni di un confronto costruttivo con il mondo adulto, il ruolo educativo del quale, come modello propositivo per un corretto rapporto dialettico formativo, viene di fatto a mancare.

Per quanto concerne la famiglia, questa è risultata per lo più di tipo nucleare e con un livello di istruzione dei genitori medio-basso. Inoltre, in un numero considerevole di casi sono emerse difficoltà comunicative tra i vari membri, evidenziate dalla mancanza di complementarità nei reciproci rapporti,

dalle discordanze tra i genitori nelle scelte di fondo e negli atteggiamenti da tenere e dalla presenza di situazioni conflittuali, latenti o manifeste, irrisolte. In tali situazioni l'adolescente, come è stato messo in rilievo da vari autori (Canestrari, 1970; Jobe e Wilner, 1988), si viene a trovare, in un momento cruciale per la formazione della personalità, in una cronica situazione conflittuale e di incertezza, segnata da contraddittorie indicazioni normative, tendendo ad attivare, per finalità adattive, modalità comportamentali psicopatologiche, incluse quelle che prevedono la messa in atto di aggressività patologica. Attraverso il test proiettivo di Rosenzweig (che è finalizzato a dare un'indicazione, qualitativa e quantitativa, sulla direzione e sul tipo di risposte aggressive a situazioni frustranti standardizzate) si è visto che gli adolescenti che hanno commesso reati violenti hanno presentato, rispetto agli adolescenti "normali", una maggiore *aggressività repressa*, con tendenza a minimizzare e/o ad evitare le situazioni frustranti, negando quindi la loro carica aggressiva, mentre i loro coetanei "normali" hanno evidenziato una maggiore tendenza ad identificare un responsabile al di fuori di sé.

## L'AGGRESSIVITA' PATOLOGICA NELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

L'epistemologia cognitiva ha consentito nuove modalità di approccio all'aggressività, intesa come espressione delle trame emozionali soggettive, il cui valore va riferito al tentativo di mantenere una propria coerenza interna. Essa è un processo dinamico, che si esprime in maniera più o meno adattiva nel corso del ciclo di vita, come risposta a situazioni che il soggetto percepisce come perturbanti il proprio equilibrio, sul piano reale o potenziale, e che ostacolano quindi la propria realizzazione (Nardi, 2001).

La trasgressione adolescenziale rimanda quindi ad un modello di comportamento, spesso presente nell'adolescente ma scarsamente compreso dagli adulti, che è quello di verificare, attraverso atteggiamenti provocatori, quanto si è accettati, condivisi, amati dagli altri. Infatti, se l'adolescente si sente insicuro ed ha un pressante bisogno di conferme esterne (e un altrettanto forte timore di essere disconfermato e non compreso), prima di uscire allo scoperto sul piano affettivo-emotivo può sondare il terreno attraverso una serie di provocazioni, che hanno il significato di una messa alla prova; in alcuni casi, questo bisogno porta a ricercare la conferma e l'accettazione da parte di coetanei (vissuti come "leader" o dei quali si intende diventare il "capo"), dimostrando loro di valere attraverso il compimento di azioni

di presunto coraggio o temerarietà che spesso costituiscono veri e propri reati: si pensi alla violenza compiuta negli stadi, agli atti vandalici, alle sfide “ordaliche” con il destino (guida pericolosa e in stato di ebbrezza, ecc.), e così via.

Pertanto, affinché l’aggressività adolescenziale possa superare il momento della trasgressione e possa essere usata in forma adattiva, valida cioè per la costruzione della propria identità, deve poter trovare delle adeguate canalizzazioni. In altri termini, l’energia psichica che è alla base del comportamento aggressivo, e che può dar luogo a manifestazioni violente disadattive (pericolose e nocive sia per il soggetto che per gli altri), deve essere incanalata in comportamenti compatibili con le potenzialità del soggetto e con le sue naturali inclinazioni, socialmente realizzabili, che consentano di costruire un valido progetto soggettivo di vita e di essere attivamente protagonista della propria storia.

L’aggressività di un soggetto che sta crescendo e maturando una propria personalità, non va quindi repressa, frustrata e mortificata, con pericolosi accumuli di tensione (che poi si sfogano in qualche modo, spesso in forma distruttiva). Va invece assecondata e incanalata, in progetti di vita rispondenti alle caratteristiche soggettive e progressivamente aggiornati al livello di maturazione e ai bisogni che via via emergono. Come documentano anche le ricerche etologiche, infatti, i soggetti che si realizzano con successo nella vita non sono sempre quelli che hanno particolari doti naturali, ma quelli che hanno saputo canalizzare adeguatamente le loro doti e, quindi, la loro energia aggressiva.

### *1. Organizzazioni tipo DAP*

Nei *disturbi del controllo degli impulsi*, con modalità estremamente variabile, i comportamenti “patologici” che si ripetono nel tempo sono legati spesso ad esperienze ricorse nell’età evolutiva, che tendono poi ad essere mantenute: il soggetto manifesta i comportamenti impulsivi ogni volta in cui si ripetono condizioni di esperienza immediata che, a livello tacito, attiva pattern emozionali percepiti come una disconferma intollerabile del senso di sé. Numerose forme esprimono, da un lato, il bisogno di cercare costantemente nuove sfide per demarcarsi e sostenere una percezione precaria di sé e, dall’altro lato, l’intolleranza ad ogni nuova disconferma. Si tratta di situazioni di *disadattamento* nelle quali il disturbo comportamentale si associa variamente alla presenza di uno stato d’ansia e/o ad una depressione del tono dell’umore. Negli scompensi DAP, come si è detto, costituiscono

forme reattive a situazioni disconfermanti e a mancati riconoscimenti da parte di figure significative che producono una insostenibile svalutazione dell'immagine di sé. A proposito dei *disturbi della condotta*, questi vengono tradizionalmente intesi come espressione di un alterato sviluppo della personalità: sono quindi modalità comportamentali di rilevanza clinica caratterizzate dalla presenza di "tratti" abnormemente rigidi e disadattivi. Pertanto, nell'ambito di una specifica organizzazione di significato personale che evolve processualmente nel ciclo di vita, le esperienze perturbanti possono dar luogo a sintomi e quadri clinici più o meno persistenti e gravi sulla base delle attivazioni emotive e delle modalità cognitive derivanti dall'alterazione della coerenza interna che rendono difficoltoso se non impossibile riferire a sé l'esperienza percepita come perturbante.

Nei disturbi della condotta delle organizzazioni DAP, associati a disturbi correlati a sostanze o indipendenti da essi, la sintomatologia è polimorfa e variabile da caso a caso ed è soggetta a notevoli cambiamenti nel tempo anche nello stesso individuo. In generale, a prescindere dal tipo di disturbo manifestato, tende ad emergere una storia personale percepita dal soggetto, fino dall'infanzia, come una difficoltosa e precaria ricerca di conferme. Il senso di sé, dai contorni più o meno sfumati e indefiniti, varia marcatamente col mutare del contesto da cui appare dipendente ed è comunque sempre precario. E' caratteristica una marcata difficoltà a tollerare le disconferme anche quando sono minime, riguardano aspetti futili e voluttuari (come avere un po' di soldi) o sono solo minacciate. Spesso, di fronte alla "certezza" soggettiva di non riuscire ad emergere, a colpire gli altri ("*a lasciare un segno*", "*far vedere finalmente chi sia*"), a realizzare ciò che sembra riesca a tutti, il soggetto si orienta verso modelli "negativi" che superino il senso di vuoto e di inutilità che lo pervade, divenendo di caso in caso instabile, impulsivo, disforico, ma anche esibizionista, trasgressivo, a volte violento, fino a strutturare condotte patologiche più o meno stabili. A volte la marcata insicurezza spinge il soggetto, quando attiva comportamenti violenti e prevaricatori, a dipendere da un "*capo*" o a dimostrare qualcosa a qualcuno; d'altra parte, la paura di esporsi eccessivamente lo può portare ad accontentarsi di recitare un ruolo gregario di "*vice*", alternando a seconda del contesto spavalderia e paura.

Pertanto, nei casi di condotte antisociali DAP, è opportuno considerare che una lettura marcatamente esterna porta a confermare l'identità confrontandosi e *sfidando* il mondo esterno quando non ci si sente riconosciuti e apprezzati per quello che si ritiene di valere, senza disporre di un sufficiente patrimonio

di regole comportamentali interiorizzate. Si tratta di soggetti con un repertorio emozionale in cui prevalgono attivazioni autoriflessive di inferiorità e di vergogna, mentre manca un vero e proprio senso di colpa (se non nel suo aspetto di “*pseudo colpa*”, quando si pensa di aver deluso qualcuno e si cerca di riallinearsi con il giudizio di questi). La carenza di riferimenti normativi interni è espressa dalla costante ricerca di un consenso di tipo conformistico e dalla notevole intolleranza ad ogni esperienza percepita come disconferma personale, mentre manca invece una lettura etica e normativa. In questi casi la storia di sviluppo mette in evidenza l’immaturità emozionale, centrata su un generico confronto in rapporto all’adeguamento alle aspettative e alle richieste delle figure prese come riferimento e sulla ricerca di conferme, mentre non è in grado di esprimere un’affettività dialettica e progettuale. Anche nel caso in cui vengono commessi reati gravi e violenti, può mancare la colpa, in quanto il soggetto, che si sentiva “*non considerato*”, “*svalutato*”, “*disprezzato*” dalla vittima e dalla società si percepisce uno che “*è riuscito a fare qualcosa di importante*”, per cui “*ora non si potrà più dire che non valgo niente o che non sono nessuno*”.

## 2. *Organizzazioni tipo OSS*

I *disturbi del controllo degli impulsi* rappresentano modalità tendenzialmente croniche e ricorrenti, legate a situazioni in cui si produce una notevole attivazione ansiosa che rende insopportabile il non controllo di una data situazione o del comportamento di una figura significativa. Si associano spesso a marcati sensi di colpa e di indegnità morale, che tuttavia non impediscono ulteriori episodi quando tornano a verificarsi le situazioni prima descritte.

Negli scompensi OSS che si esprimono attraverso *disturbi della condotta*, la radicalizzazione del senso di onnipotenza del pensiero può portare a forme di rigida ricerca di perseguire finalità devianti. La deviazione dalla norma può pertanto divenire oggetto di perfezionamento e scopo di vita, fino a fare del soggetto un vero criminale: dal giustiziere, che combatte senza tregua il male inteso come peccato, al capo del tifo allo stadio, al delinquente sistematico.

## 3. *Organizzazioni tipo FOB*

*Disturbi del controllo degli impulsi* negli scompensi FOB costituiscono modalità ripetitive per sfuggire a situazioni percepite come intollerabilmente costrittive o abbandoniche da parte di figure che dovrebbero essere “*attente*” alle “*reali e giuste*” esigenze del soggetto. In ogni caso, gli aspetti esperienziali

presi in considerazione sono sempre fortemente concreti, operativi (presenza fisica, disponibilità a fornire denaro, mezzi, prestazioni e sussistenza, concessione di tempo libero, ecc.).

Negli scompensi FOB che si manifestano con *disturbi della condotta* appare evidente il tentativo operato dal soggetto di controllare, anche attraverso le proprie condotte devianti, gli altri e la situazione che sta affrontando (persone di riferimento, affari, ecc.): controllo di traffici illeciti, della droga, della prostituzione, ecc. L'affidabilità degli altri viene vagliata secondo modalità concrete, tra cui i vincoli di parentela e di amicizia, in modo che questi possano garantire il coesistente e conflittuale bisogno di libertà e protezione.

#### 4. Organizzazioni tipo DEP

*Disturbi del controllo degli impulsi* sono frequenti negli scompensi delle organizzazioni DEP, nei quali oscillazioni tra fasi di disperazione e fasi di rabbia ricorrono con frequenza e si caratterizzano per la notevole intensità con cui questi pattern emozionali si manifestano. Essi si associano quindi frequentemente a disturbi d'ansia e a disturbi depressivi, ma possono comunque accompagnare qualsiasi scompenso DEP.

Negli scompensi DEP con *disturbi della condotta*, questi ultimi esprimono, attraverso modalità diverse da caso a caso, la difficoltà, la precarietà, l'incapacità a gestire la propria rabbia o la propria disperazione. In certi casi, la volontà autodistruttiva, che a volte è anche eterodistruttiva, porta ad associare ad un disturbo della condotta una tossicofilia (alcolismo, tossicodipendenza).

I comportamenti disadattivi, anche nell'ambito di un decorso cronico ad esordio adolescenziale, possono dare luogo a comportamenti a rischio eclatanti, violenti e improvvisi, a volte ostentati con aggressività e spavalderia, da parte di chi si percepisce "*uno che non ha più niente da perdere*".

In conclusione, è importante ricordare che un corretto atteggiamento educativo, che fin dalle primissime fasi dello sviluppo sia attento alle potenzialità del soggetto, che lo aiuti a trovare canalizzazioni adeguate alle proprie necessità, che non fornisca risposte e progetti di vita ma che stimoli a cercarli, rappresenta la migliore garanzia perché l'aggressività segua percorsi fisiologici e non patologici. D'altra parte, le manifestazioni violente non vanno sottovalutate ma analizzate in rapporto alle "informazioni" che ci possono dare sul disagio dell'adolescente e sulla sua difficoltà a trovare una identità stabile e ben definita. Esse vanno dunque non repressi, negate o

colpevolizzate, ma lette alla luce del significato personale proprio di ciascun adolescente ed affrontate con disponibilità e correttezza. Quando queste manifestazioni non appaiono più come fenomeni isolati, transitori e senza evidenti ripercussioni, in risposta ad eventi traumatici specifici, è pertanto fondamentale rivolgendosi in maniera tempestiva ad uno specialista.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ammon G.: *La Dinamica di Gruppo dell'Aggressività*. Roma: Astrolabio, 1973.
- Ancona L.: *Fattori psicodinamici dell'aggressività*. In: Micalizi F. (Ed.), *Aggressività e Sanità Mentale*. Vita e Pensiero, Milano, 1969.
- Bini L., Bazzi T.: *Trattato di Psichiatria*. Vallardi, Milano, 1972.
- Canestrari R.: *Ossevezazione su alcuni conflitti psichici nell'adolescenza*. *Minerva Pediatrica*, 22, 2091-2111, 1970.
- Caprara G.V.: *Personalità e Aggressività*. Bulzoni, Roma, 1981.
- Carlson N.R.: *Psicologia. La Scienza del Comportamento*. Zanichelli, Bologna, 1987.
- Cesari G.: *La triade adolescenziale*. In: Cesari G. (Ed.), *Adolescenza e Trasgressione*. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.
- Cesari G.: *Adolescenti e Adulti*. Collana di Attualità Sanitaria della USL 12 di Ancona, n. 5. USL 12, Ancona, 1994.
- CE.STU.M.: *Dispersione e Abbandono Scolastico. Una Ricerca nelle Marche*. Nuove Ricerche, Ancona, 1991.
- Charty J.D., Ebling F.J.: *Storia Naturale dell'Aggressività*. Feltrinelli, Milano, 1980.
- Eibl-Eibesfeldt I.: *L'Avventura Umana. Natura e Possibilità Culturali*. Laterza, Bari, 1980.
- Freud A.: *Osservazioni sull'aggressività*. *Rivista di Psicoanalisi*, 18, 11-31, 1972.
- Gluck S., Gluck E.: *Dal Fanciullo al Delinquente*. Giunti Barbera, Firenze, 1976.
- 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, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- ISTAT: *Statistiche sui Minorenni relative agli Anni 1984-1986*. N. 5. ISTAT, Roma, 1989.
- Jobe T.H., Wilner J.A.: *The violent patient*. In: Flaherty J.A., Channon R.A., Davis J.M (Eds.), *Psychiatry. Diagnosis and Therapy*. Lange, East Norwalk, 1988.



- LABOS: Istituzioni e Devianza Minorile. Progetti Pilota per il Recupero alla piena Socialità. T.E.R., Roma, 1988.
- Lorenz K.: L'Aggressività. Mondadori, Milano, 1986.
- Lutte G.: Psicologia degli Adolescenti e dei Giovani. Il Mulino, Bologna, 1987.
- Mandel P.: Biochimie de l'Aggressivité in Exposé sur l'Aggressivité. Académie de Sciences, Paris, 1978.
- Marucci A.: Le problematiche del minore adolescente tra normalità e devianza. In: Pazé P. (Ed.), I Minori e il Carcere. Unicopli, Milano, 1989.
- Nardi B.: Immagine corporea e sviluppo della personalità nell'adolescente. In: Martelli G., Nardi B. (Eds.) La Ricerca dell'Identità nell'Adolescente. Visual Graphic, Piacenza, 1991a.
- Nardi B.: Utilità di un modello epistemologico cognitivistico-sistemico in soggetti che fanno abuso di sostanze psicoattive. In: Bruni A. (Ed.), La Tossicomania e il suo Trattamento. Croce Bianca, San Severino Marche, 1991b.
- Nardi B. (Ed.): L'Adolescenza dalla A alla Z. Dizionario di Adolescentologia. Centro di Adolescentologia, Ancona, 1993.
- Nardi B.: Aggressività e violenza. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.), Scoprire l'Adolescenza. IRS 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.
- Nardi B., Giunto P.: Aggressività e tolleranza alla frustrazione negli adolescenti sottoposti a procedimento penale nelle Marche nell'anno 1990. *Adolescenza*, 5, 84-95, 1994.
- Nardi B., Magari S., Delicati F., Mariani L., Giunto P.: Aggressività e devianza nell'adolescenza. *Esperienze di Giustizia Minorile*, 38 (3/4), 199-212, 1991.
- Perucci M.: Bambini e Adolescenti di Fronte alla Legge. Nuove Ricerche, Ancona, 1994.
- Renschmidt H.: Aggression and conduct disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 3, 457-463, 1990.
- Rosenzweig S.: Manuale Basico del Test di Frustrazione di Rosenzweig (P-F): Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.
- Scherer K., Abeles R., Fisher C.: Aggressività Umana e Conflitto. Zanichelli, Bologna, 1984.
- Scott J.P.: L'Aggressività. Giunti Barbera, Firenze, 1974.
- Suomi S.G.: The development of affect in Rhesus Monkeys. In: Fox N.A., Davidson R.J. (Eds.), *The Psychobiology of Affective Development*. Erlbaum, Hillsdale, 1984.
- Troisi A.: Biobehavioral studies in clinical psychiatry: An ethological approach. In: Reda M.A. (Ed.), *Ethology and Knowledge*. San Quirico d'Orcia, 1993.

## ORIENTAMENTI IN TEMA DI GIUSTIZIA MINORILE

Non avendo potuto partecipare ai lavori del corso ed arricchire quindi il mio sapere giuridico con il sapere di altre discipline, indispensabile nella pratica della giustizia minorile, offro un piccolo contributo per gli atti che, come solitamente avviene, entreranno a far parte della mia libreria e saranno oggetto di consultazione per risolvere i vari problemi che quotidianamente dobbiamo affrontare.

L'intervento della collega, dott.ssa Seveso, illustra l'operare del Tribunale per i Minorenni ed espone alcuni casi emblematici con cui si confrontano le capacità e la professionalità del Tribunale Minorenni stesso, dei Servizi ed, in qualche caso, dei consulenti tecnici d'ufficio (C.T.U.), al fine di porre il minore in quella situazione di "agio" il cui raggiungimento è lo scopo ed il limite del nostro lavoro.

Peraltro, poiché ciò che si intende con "agio" ed il suo contrario "disagio" non sono concetti giuridici e vengono tradotti dal legislatore con "tutela del minore" o "realizzazione dell'interesse del minore" o, più di recente, come "diritto del minore a vivere nella propria famiglia" o "ad una crescita armonica", non è pensabile che il giudice minorile possa lavorare prescindendo dall'apporto di chi ha le competenze specifiche per individuare le cause del disagio ed adoperare gli strumenti per rimuoverle.

Infatti, a parte alcuni casi estremi in cui il disagio è provocato da inadeguatezze di ordine materiale, povertà, abitazione inidonea, isolamento fisico (si pensi ad esempio all'entroterra della nostra regione), normalmente una crescita dis-armonica è causata da difficoltà nei rapporti interpersonali ed affettivi che il bambino o il ragazzo incontra in primo luogo nella propria famiglia e poi via via nelle "agenzie" di socializzazione con cui entra, o dovrebbe entrare in contatto (scuola, associazioni sportive e/o del tempo libero, mondo del lavoro, ecc.).

Per promuovere la sana crescita del minore, affermandone il relativo diritto, è ovviamente necessario che il giudice ravvisi le cause che sono di ostacolo alla realizzazione del predetto diritto e, unitamente agli operatori dei servizi, le rimuova: per fare ciò al giudice non è ovviamente sufficiente, se vero quanto prima affermato, la sua preparazione giuridica, ma deve sapere anche di psichiatria (quante volte sono i genitori portatori di un disagio

psichiatrico ad ostacolare la crescita armonica del figlio), di psicologia (alle volte sono sufficienti alcuni interventi per de-colpevolizzare il minore o per correggere un rapporto non sano), di pedagogia (interventi pedagogici errati possono pregiudicare tutta una vita), di medicina (alcuni comportamenti altrimenti inspiegabili possono essere frutto di una patologia in atto o esiti di una pregressa) e di altre scienze che studiano l'essere ed il comportamento dell'uomo.

Un giudice singolo siffatto sarebbe un “monstrum”: un giudice siffatto, inteso come organo giudicante e non come singola persona, è l'attuale Tribunale Minorenni a composizione mista pluridisciplinare.

L'opinione pubblica, sostenuta da gran parte dell'avvocatura (l'avvocato è pagato dall'adulto e quindi deontologicamente deve fare gli interessi del suo cliente) ha individuato, proprio nella composizione interdisciplinare, la causa degli interventi del Tribunale Minorenni che non piacciono agli adulti.

La stampa e gli altri mezzi di comunicazione, cui i genitori ed i loro avvocati sovente si rivolgono, e che non possono avere dai magistrati per motivi di deontologia professionale l'altra, e sovente vera, versione dei fatti, da anni si sono prestati ad essere cassa di risonanza: il risultato di ciò è che il rimedio agli “aberranti” provvedimenti della magistratura minorile è stato individuato nel ridimensionamento ed, in alcuni casi, nell'abolizione del giudice non magistrato di carriera, ma portatore di altro sapere professionale.

In tal senso è in discussione al Parlamento un disegno di legge unificato, frutto di più proposte provenienti da parlamentari di diversi schieramenti e dell'iniziale disegno di legge governativo.

Il “fuoco di sbarramento” aperto dalla magistratura minorile associata e la comprensione di alcune evidenti illogicità ed antieconomicità dell'idea originaria hanno portato modifiche al testo iniziale che man mano è diventato sempre più accettabile ad eccezione di alcuni punti, tra cui quello che in questa sede rileva è il ridimensionamento (in penale) e l'eliminazione dal collegio giudicante (in civile) del giudice di diversa professionalità.

Ammesso pure che alle volte, come è umano, i Tribunali Minorenni abbiano errato (e l'errore è divenuto clamoroso perché per l'intrinseca specificità ogni decisione incide direttamente sulle persone) non si limita la probabilità di errore (sussistendo in qualsiasi organo giudiziario la possibilità di sbagliare) eliminando o limitando l'apporto dei giudici di altra professionalità.

Il Tribunale Minorenni, invece, ha bisogno di regole processuali che, nel civile, sono quasi totalmente assenti; una volta individuata la norma da applicare, compito questo dei giudici di carriera, nel rispetto delle regole,

il contenuto del provvedimento sarà il frutto del confronto tra magistrati di carriera ma specializzati e giudici di altra professionalità che, come si diceva all'inizio, ognuno per la propria competenza, individuerà la causa del disagio, quando, come accade il più delle volte, non è materiale, e gli strumenti per rimuoverla.

Tutto ciò potrà essere fatto solo se il giudice togato sarà affiancato durante tutto l'iter processuale, compreso il momento decisivo, dal giudice con la professionalità necessaria per affrontare le specifiche problematiche di ogni fattispecie.

Se così non sarà, molto poco potrà fare la giustizia minorile per rimuovere il disagio dei nostri giovani, anche perché il prezioso apporto del giudice non togato non potrà di certo essere sostituito, come sembra credere il legislatore che sta predisponendo la nuova legge, dalla C.T.U. che, pur utile strumento per giungere ad una corretta decisione, fotografa la situazione, può dare una prognosi, ma non può adeguarsi nel tempo all'evolversi della situazione, accadimento questo inevitabile quando perno della vicenda sono persone che per definizione si trovano nel periodo di maggiore evoluzione e cambiamento di tutta la loro vita.

Nell'augurarmi di trovare tra i lettori degli atti chi possa condividere ed alimentare "il fuoco di sbarramento", auguro a tutti un fruttuoso lavoro per il bene dei nostri ragazzi.

## LA DEVIANZA ADOLESCENZIALE

Discutere di disagio adolescenziale dal punto di vista del Tribunale per i Minorenni significa, inevitabilmente, discutere degli interventi che il Tribunale attua nei confronti dei minori nella fascia di età 14-18 anni. La prospettiva del Tribunale, infatti, non può che essere quella di un soggetto che, preso atto dell'esistenza di una situazione di difficoltà e rischio a carico di un minore, interviene a tutela, o, nel caso penale, *anche* a tutela, di quel minore.

Ci sono alcuni aspetti, comuni in qualche modo sia all'ambito penale che a quello civile, che rendono specifico e del tutto peculiare l'intervento di tutela dell'adolescente rispetto a quello svolto a favore di altri utenti.

Tale intervento si colloca in una fase della vita individuale contrassegnata da cambiamenti rapidi e spesso radicali e deve essere più che mai oculato, tempestivo e soggetto a intenso controllo;

si sviluppa nel corso del processo di emancipazione dalla famiglia da parte dell'adolescente e può rappresentare un'occasione perché i genitori trovino modi nuovi per mettersi in relazione con il figlio;

è destinato a un soggetto capace di contrattualità;

ha una fondamentale valenza formativa perché ha lo scopo di attivare l'adolescente rispetto al suo futuro;

appare spesso come l'ultima fisiologica occasione per offrire al minore input significativi e stimolanti e fare un'azione preventiva di sbocchi evolutivi patologici o devianti.

Ciò premesso, per quanto riguarda gli interventi attuati dal Tribunale nel settore penale, mi sembra opportuno, prima di soffermarmi sul tipo di interventi effettuati e su alcuni casi concreti, ricordare alcune delle caratteristiche del processo penale minorile, sottolineando che il processo penale minorile si rivolge unicamente a soggetti tra i 14 e i 18 anni, cioè, (a differenza degli interventi in sede civile) unicamente ad adolescenti e che, quindi, le caratteristiche del processo che sottolineerò sono strettamente consequenziali al tipo di utente e di problematiche vissute.

Nella relazione al testo definitivo delle disposizioni sul processo penale a

carico di imputati minorenni si sottolinea l'esigenza da un lato di *“eliminare o ridurre al minimo ogni stimolazione inutilmente negativa”* e dall'altro *“di cogliere e valorizzare le possibili stimolazioni positive insite in un corretto confronto con la società civile e le sue regole: cosicché le valenze sostanziali possano essere canalizzate e utilizzate a vantaggio del minore e non a suo danno”*.

Perciò il processo voluto dal legislatore del 1988 si sviluppa attraverso quattro direttrici che, muovendosi nell'ambito dell'insegnamento della Corte costituzionale secondo il quale *“la giustizia minorile ha una particolare struttura in quanto è diretta in modo specifico alla ricerca delle forme più adatte per la rieducazione dei minorenni”* (Corte Cost. 25 marzo 1964 n 25), prevedono:

- l'attivazione di appositi meccanismi processuali che consentano di risolvere la vicenda giudiziaria minorile fuori dalla sede penale;
- la valorizzazione del ruolo dei servizi sociali chiamati a svolgere attività di guida e di sostegno durante tutto l'iter processuale;
- la celerità e la semplificazione del rito in modo da consentire il più possibile il collegamento concettuale e psicologico tra la condotta e la decisione giudiziaria;
- la previsione della custodia cautelare in carcere e della detenzione come ipotesi del tutto eccezionali.

Il procedimento penale, insomma, dovrebbe essere un'occasione di maturazione e di crescita, capace di inserirsi in maniera non traumatica nello sviluppo della personalità dell'imputato, rendendolo, comunque, consapevole del disvalore sociale del suo comportamento.

Per questo quelle caratteristiche che ho sopra ricordato informano tutti gli istituti specifici del processo minorile.

Le misure cautelari previste nell'ordinamento minorile, per esempio, sono differenti da quelle previste per i maggiorenni.

Tipica e funzionale rispetto al tipo di intervento che si attua su un minore è la misura della prescrizioni: al ragazzo si impongono specifiche prescrizioni inerenti attività di studio e di lavoro o altre attività utili per la sua educazione. Spesso nelle prescrizioni si inseriscono prescrizioni dirette a riparare le conseguenze del reato o promuovere la conciliazione con la persona offesa.

Questo tipo di intervento ha principalmente una valenza educativa: persegue, cioè, quegli scopi di tutela delle esigenze cautelari sottese a un provvedimento restrittivo della libertà personale emesso in fase di indagine (e in particolare il pericolo di reiterazione del reato) attraverso modalità che

dovrebbero offrire indicazioni di comportamento positive per il ragazzo.

Per lo stesso motivo, diversi sono gli sviluppi e gli esiti previsti per il processo minorile rispetto a quello dei maggiorenni.

Uno strumento peculiare del processo minorile è costituito dalla cosiddetta “messa alla prova”: in sede di udienza preliminare, o eventualmente dibattimentale, viene proposto al minore, con il suo consenso, di seguire un progetto studiato dal SS, progetto diretto a valutare la condotta del minore e l’evolversi della sua personalità.

In altre parole di fronte a soggetti in via di sviluppo, quali sono gli imputati minorenni, il legislatore ha preferito dedicare attenzione all’esame della personalità come mezzo diretto a far comprendere il reale significato di devianza dell’atto commesso; a far percepire se l’atto stesso rispecchi un modo di essere costante del soggetto o se sia piuttosto da inquadrare nell’ambito di una condotta meramente occasionale; a far cogliere l’influenza esercitata sul comportamento del minore dall’ambiente socio-familiare. Tutto questo perché ci si è resi conto che precipitare subito il minore, autore del comportamento illecito, nella drammaticità del rito penale potrebbe causare danni irreversibili al suo sviluppo.

La valutazione della personalità che si effettua nel periodo di messa alla prova è una valutazione “concreta”, nel senso che tale esame della personalità non è rappresentato solo da indagini cliniche, ma anche dall’analisi concreta del comportamento giorno per giorno del minore, messo di fronte a problemi sui quali non aveva, forse, mai riflettuto. Il periodo di sospensione si identifica, alla fine, con un periodo di maturazione del carattere del minore.

Altri “modelli” di pronunce specifiche del processo penale minorile sono la sentenza di non luogo a procedere per irrilevanza del fatto o per perdono giudiziale, di cui parleremo più estesamente di seguito.

Passando ai dati concreti relativi agli interventi di tipo penale effettuati dal Tribunale nel primo semestre del 2003, si può osservare che in questo periodo sono state pronunciate 13 sentenze camerali (cioè prima della conclusione delle indagini preliminari) per *irrilevanza del fatto*: in sei casi l’imputato era femmina, negli altri sette casi maschio. Tutti gli imputati erano italiani tranne due stranieri; per quanto riguarda il tipo di reato si trattava di furti (cinque), danneggiamenti (tre), molestie telefoniche (quattro), falso (uno).

Questo tipo di pronuncia, diretto senza dubbio nelle intenzioni del legislatore anche a costituire un utile strumento di deflazione processuale, ha come finalità principale quella di estromettere il minore dal circuito penale e giudiziario il più rapidamente possibile, dal momento che essa dovrebbe essere tipica della

fase delle indagini preliminari (in realtà a tale tipo di pronuncia si può arrivare anche all'esito dell'udienza preliminare o del dibattimento).

Presupposti per siffatta pronuncia sono la tenuità del fatto e l'occasionalità dello stesso. Proprio per questo, nella maggior parte dei casi si arriva a questo esito del procedimento per alcuni tipi di reato (che già di per sé, nel loro elemento materiale, non destano particolare allarme sociale; si pensi alle molestie telefoniche o ad alcuni tipi di danneggiamento o furtarelli) e nel caso di imputati molto giovani, che, in ragione della loro immaturità, hanno commesso la classica "sciocchezza".

Due esempi.

Il primo è quello di Cecilia, una ragazza molto carina, brillante, perfettamente integrata nel suo ambiente sociale, con ottimi risultati scolastici, impegnata in attività sportive e di volontariato, seguita da una famiglia accogliente, capace di sostenerla e di dialogare con lei. Cecilia ha rubato un telefonino a una "collega" di volontariato (peraltro una ragazza di aspetto molto dimesso, direi bruttina, con qualche problema scolastico determinato da scarse capacità intellettive, con una famiglia che ha dimostrato un particolare "accanimento" nel cercare di ottenere dei risarcimenti materiali sproporzionati rispetto al fatto, manifestando dissenso rispetto alla pronuncia della sentenza di irrilevanza).

Il gesto di Cecilia, ragazza serena e a cui all'apparenza non manca nulla, appare strano e singolare, e proprio per questo ha colpito la mia attenzione. Peraltro, Cecilia è stata seguita per qualche tempo dai SS e nulla di anomalo è stato registrato nei suoi rapporti familiari o sociali; neppure la ragazza ha saputo fornire alcuna spiegazione logica al suo gesto.

L'altro caso è quello di Giovanna. Si tratta di un furto al supermercato (sottrazione di oggetti di abbigliamento di scarso valore commerciale) commesso da Giovanna in concorso con la sorella Monica. Anche Giovanna è una ragazza, come Cecilia, perfettamente inserita nel suo ambiente sociale, matura e responsabile, secondo i SS che hanno effettuato l'indagine, con una famiglia adeguata alle spalle. In questo caso, però, il furto ha un motivo, confessato dalla stessa Giovanna: la minore ha commesso il reato insieme alla sorella, la vera "artefice" del fatto, che soffre da tempo di anoressia-bulimia e che, occasionalmente, commette piccoli furti.

La condizione di Monica ha fortemente inciso sulla vita familiare, costituendo un "peso" anche per Giovanna, che ha, in qualche modo, deciso di aiutare la sorella, sostenendola nei suoi furti.

Mi sembrano significativi, ai fini di un'analisi del tipo di interventi svolti



dal Tribunale, anche i casi di arresto di minori.

Nel primo semestre del 2003 sono stati arrestati sedici ragazzi: quattordici maschi, di cui sette stranieri, e due femmine, queste ultime entrambe straniere di etnia Rom, una incinta e l'altra già madre di un bambino di qualche mese.

Le due ragazze sono state arrestate per furto; dei maschi, quattordici hanno commesso un furto, due sono stati arrestati per violazione della disciplina sugli stupefacenti.

Per quanto riguarda gli *stranieri*, mi pare rilevante osservare che in tutti i casi (sei) in cui è stata disposta come misura cautelare quella del collocamento in Comunità, i ragazzi sono fuggiti dopo pochi giorni. Il dato è significativo perché pone in luce con disarmante evidenza l'impossibilità nei confronti dei minori stranieri arrestati (per lo più di etnia Rom e, di solito, per reati contro il patrimonio) di porre in essere alcun tipo di intervento che preveda un minimo di progettualità.

Tra i casi di minori italiani arrestati mi sembrano assai significative, invece, le vicende di Marco e Matteo.

Marco è stato fermato da personale delle forze dell'ordine con un quantitativo rilevante di hashish (circa quattrocento grammi) destinato allo spaccio. Il ragazzo ha ammesso le sue responsabilità (peraltro difficilmente negabili), ma ha cercato di sminuire fortemente la portata della sua condotta, manifestando una disponibilità superficiale e "di circostanza" a distaccarsi dall'ambiente legato allo spaccio di stupefacenti con cui era entrato in contatto, ma chiedendo con insistenza di non essere allontanato da casa, perché la madre, a suo avviso, aveva assoluto bisogno del suo sostegno.

E' emerso, dalla prima indagine, condotta nell'immediatezza dai SS, che il padre di Marco è tossicodipendente da molto tempo e che circa cinque anni fa ha cominciato un percorso di recupero presso varie Comunità, percorso più volte interrotto e ripreso; mentre la madre, che esercita una fiorente attività commerciale in proprio, con la collaborazione della famiglia di origine, da un lato ha poco tempo da dedicare a Marco a causa degli impegni lavorativi, dall'altro ha investito il figlio di un ruolo familiare (il sostituto del padre) che non gli compete, caricandolo di responsabilità rispetto alle quali il ragazzo è, ovviamente, inadeguato.

All'esito dell'udienza di convalida, viene disposta nei confronti di Marco, contro ogni sua volontà, la misura del collocamento in Comunità. Marco accoglie la notizia con un pianto disperato. Alla scadenza della misura (due mesi) il ragazzo stesso chiederà al Tribunale di poter rimanere in Comunità, dove ha dichiarato di aver intrapreso un cammino di autentica conoscenza di

se stesso e di aver potuto anche sviluppare alcuni “sogni” relativi alle scelte scolastiche.

Il secondo caso che offre degli spunti per considerazioni più generali è quello di Matteo.

Anche Matteo, come Marco, è stato fermato con un considerevole quantitativo di droga. I genitori di Matteo hanno un’attività artigianale, da poco avviata, in cui hanno investito tutte le risorse economiche (e non solo, vedremo) della famiglia. Matteo e il fratello, più grande di lui di un anno, hanno abbandonato la scuola superiore a quindici anni, per lavorare nell’azienda familiare e il lavoro occupa quasi integralmente la loro giornata, con orari piuttosto impegnativi. Matteo amava suonare uno strumento musicale (aveva anche preso alcune lezioni per imparare qualche rudimento), ma ha dovuto abbandonare questa sua passione per dedicarsi completamente al lavoro, dal momento che sua madre giudica tale hobby un’attività sciocca e inutile. Tra qualche mese Matteo, così dichiara, inizierà il servizio militare, che egli vede come un’occasione positiva per staccarsi dal suo mondo.

Matteo ammette le sue responsabilità in modo limitato, raccontando al giudice, circa la vicenda penale che lo riguarda, circostanze del tutto inverosimili; il ragazzo non offre alcuna collaborazione alle forze dell’ordine, affermando di temere eventuali ritorsioni di coloro che tirano le fila del traffico di sostanza stupefacente nel quale egli è inserito.

Nei confronti di Matteo viene disposta la misura cautelare della permanenza in casa con prescrizioni, unica misura in grado di consentire lo sviluppo di un progetto formulato dal SS che coinvolga anche la famiglia. Matteo, però, pochi giorni dopo l’arresto si rimette in contatto telefonicamente con coloro dai quali acquistava la droga e per i quali era evidentemente “un corriere”. Per questo motivo la misura disposta nei suoi confronti deve essere sostituita con la diversa misura del collocamento in Comunità.

In alcuni casi sembra che l’unico tipo di intervento capace di sottrarre l’adolescente a modelli e stimoli pericolosi e devianti e offrirgli esperienze alternative rispetto a quelle vissute, consentendogli, tra l’altro, di risvegliare un atteggiamento attivo rispetto al proprio futuro, sia quello del collocamento in Comunità.

Nel caso di Matteo questa scelta potrà (è questa la speranza) non solo fare in modo che il giovane si distacchi dall’ambiente criminale in cui era inserito e che esercitava su di lui forti pressioni, ma anche dall’ambiente familiare, che, forse, non gli ha consentito o non lo ha aiutato a trovare “strade” personali di realizzazione.

Quanto alle misure cautelari, nel primo semestre del 2003 sono state emesse misure cautelari, nel corso delle indagini, nei confronti di dodici minori, di cui tre stranieri e gli altri italiani, nessuna nei confronti di ragazze.

A parte un caso, nel quale la vicenda concerneva un reato di natura sessuale, in tutti gli altri casi i reati in contestazione erano furti (due casi, di cui uno riguardante uno straniero) e violazioni della legge sugli stupefacenti (i rimanenti nove casi).

Le vicende riguardanti tale ultimo tipo di violazione, anche alla luce dei dati recentemente pubblicati su alcuni quotidiani nazionali, sono emblematico specchio di scelte sempre più diffuse tra i giovani.

Pochi giorni fa è stato pubblicato dal Corriere della Sera un sondaggio realizzato a Milano su individui tra i diciotto e i venticinque anni (il 71% ne aveva 18 o 19). Si legge che il 46% dei soggetti intervistati ha dichiarato di aver “fumato” almeno una volta e che chi l’ha fatto, nel 69% dei casi, “fuma” ancora. Si legge, ancora, che il 13% degli intervistati ha provato il popper, il 10% la cocaina, il 6% l’LSD e il 5% l’ecstasy, mentre il 23% degli intervistati ha detto di assumere abitualmente sonniferi o tranquillanti.

Anche alla luce di questi dati e, comunque, dell’allarme sociale che il problema relativo alla diffusione della droga tra i giovani sta destando, mi sembra opportuno riferire di alcuni dei casi trattati dal Tribunale in ambito penale, che, come ho detto, sono uno specchio della realtà attuale.

Due delle misure cautelari emesse per violazione della legge sugli stupefacenti riguardavano due ragazzi accusati di aver spacciato droghe cosiddette leggere in ambito scolastico. Entrambi i giovani acquistavano piccoli quantitativi di hashish, che in parte utilizzavano per consumo personale, in parte vendevano ai compagni di scuola, realizzando un piccolo guadagno da reinvestire nei successivi acquisti. E’ un tipo di comportamento più diffuso di quanto non possano far capire i numeri relativi agli arresti.

Uno dei due giovani, di cui sopra, è stato denunciato dal padre, che ha chiesto personalmente un intervento delle forze dell’ordine, preoccupato per una situazione che sfuggiva al suo controllo.

Dalla denuncia di un padre, scaturisce (almeno parzialmente) anche l’indagine che ha determinato l’emissione di una misura cautelare nei confronti di ben otto giovani, tutti residenti nello stesso paese o in paesi limitrofi.

Le accuse nei confronti degli otto giovani erano diverse, perché diversi i ruoli rivestiti nell’ambito dell’attività di spaccio da loro posta in essere. Alcuni, come i due ragazzi di cui sopra, si limitavano ad acquistare piccole

quantità di sostanza stupefacente, anche per uso personale, rivendendone, poi, una parte ad amici consumatori; altri avevano preso contatti con coloro che “tiravano le file” del traffico di stupefacenti nella zona (tra i quali due minorenni di origine albanese) e acquistavano rilevanti quantità di droga da distribuire, successivamente, in una conosciuta cerchia di consumatori.

I ragazzi avevano specifici luoghi di ritrovo (alcuni locali pubblici), dei cui apparecchi telefonici si servano anche per le “ordinazioni” e un linguaggio in codice per poter comunicare tra loro circa richieste e consegne di droga, senza essere compresi da eventuali investigatori.

Tutti i ragazzi, che oltre che spacciatori erano consumatori, hanno confessato (ad eccezione dei due albanesi, le cui scelte difensive, diverse da quelle di tutti gli altri, appaiono già di per sé significative di un inserimento in ambito criminale di un certo spessore) di aver cominciato a fare uso di sostanza stupefacente intorno ai quattordici anni, al momento dell’ingresso nella scuola superiore. Tutti facevano uso di hashish, solo due erano passati all’eroina (sniffata, non iniettata).

Tutti hanno affermato che reperire e acquistare droga, a scuola o in discoteca, è facilissimo; ciascuno di loro ha dichiarato di non sentirsi assolutamente dipendente dalla sostanza stupefacente e di ritenere di essere in grado di smettere in qualsiasi momento.

Si percepisce dalle dichiarazioni dei ragazzi come “fumare” sia considerato tra gli adolescenti un comportamento normale, senza alcun disvalore sociale, un modo per passare il tempo insieme e dividere un’esperienza piacevole (tutti hanno ricordato di aver quasi sempre consumato l’hashish in compagnia e non da soli).

D’altra parte, colpisce l’atteggiamento tenuto dalla maggior parte dei genitori in tali vicende.

Tutti i genitori hanno voluto partecipare all’interrogatorio del loro figlio, con l’evidente speranza di apprendere qualche cosa di nuovo. La maggior parte dei genitori si è detta sorpresa della condotta del figlio e la reazione più comune è stata quella di impegnare il tempo libero del minore con lavoretti estivi o con lavoretti pomeridiani (nelle ore libere dagli impegni scolastici). Quasi tutti hanno invocato un intervento forte e repressivo, almeno a parole, ma, poi, messi a confronto con la misura disposta nei confronti dei loro figli (peraltro delle blande prescrizioni) hanno “invocato” tutta una serie di eccezioni (per esempio, da un padre mi è stato prontamente chiesto: “ma anche se non può allontanarsi da casa, potrà frequentare la scuola guida? si può fare un permesso speciale per quello?”. Si tenga presente che la misura

in questione ha un termine di durata pari a due mesi e che, dunque, tutt'al più il figlio avrebbe preso la patente con un ritardo di due mesi rispetto ai suoi compagni).

Quanto, infine, ai procedimenti trattati all'udienza preliminare, ricordo brevemente che sono stati 195 i casi di minori per cui, all'esito delle indagini preliminari, il Pubblico Ministero ha chiesto la fissazione di detta udienza; sedici riguardavano femmine (sei straniere) e centosettantanove maschi (cinquantadue stranieri).

Ottanta minori sono stati, all'esito dell'udienza preliminare, rinviati a giudizio, e di questi ottanta ben trentadue sono stranieri.

Occorre rilevare che la percentuale degli stranieri rinviati a giudizio risulta assai elevata rispetto a quella degli italiani (su cinquantotto stranieri, trentadue vengono rinviati a giudizio, mentre su centotrentacinque italiani i rinviati a giudizio sono quarantotto).

La motivazione di questo diverso trattamento è presto detta: la maggior parte dei minori stranieri sono "irreperibili", cioè, dopo il primo contatto con la giustizia (rappresentato dalla denuncia o dall'arresto, per esempio) spariscono, rendendosi, appunto, irreperibili.

Ciò rende del tutto impossibile formulare nei loro confronti interventi di tipo diverso, rispetto a quello del rinvio a giudizio. E' impossibile attuare una messa alla prova, dal momento che non si può formulare alcun tipo di progetto; difficile arrivare a pronunce diverse, quali il perdono giudiziale o l'immaturità, dal momento che mancano dati di giudizio circa la personalità degli stessi in assenza di qualsiasi indagine di servizio sociale.

Questi dati relativi al dibattimento confermano quanto già detto a proposito dell'arresto di minori stranieri: la sensazione in questi casi è quella dell'impossibilità di attuare qualsiasi tipo di intervento "costruttivo", che implichi un progetto futuro e la trasformazione dell' "incontro" con la giustizia penale in una possibile occasione di crescita e maturazione.

In questo primo semestre, nove imputati, in sede di udienza preliminare, hanno usufruito della messa alla prova, con sospensione del procedimento (i procedimenti riguardavano quasi tutti furti o violazioni della legge sugli stupefacenti); mentre diciassette messe alla prova si sono concluse con esito positivo e solo una con esito negativo.

In undici casi è stata pronunciata sentenza di non luogo a procedere per immaturità del minore e in trentaquattro per perdono giudiziale; diciotto sono i procedimenti che si sono conclusi con una sentenza di irrilevanza del fatto e in otto casi (pochi rispetto al numero complessivo di reati perseguibili a

querela di parte) si è avuta remissione di querela.

In proposito devo rilevare che i procedimenti che si concludono con una remissione di querela sono pochi rispetto al complesso dei procedimenti riguardanti reati procedibili a querela di parte.

Un'attività di mediazione che metta a confronto, al di fuori dell'ambiente "tribunale", persona offesa e imputato e che conduca, da un lato, l'imputato a prendere atto del disvalore sociale della sua condotta e del peso negativo che tale condotta può aver avuto sulla persona offesa e, dall'altro lato, la persona offesa, attraverso uno specifico cammino condiviso con l'imputato, a comprendere la possibilità di una conclusione del procedimento diversa da quella della repressione penale, sarebbe fortemente auspicabile.

Per concludere questa rapida "carrellata" sugli interventi del Tribunale in campo penale, mi sembra utile sottolineare un dato comune, in maggiore o minore misura, a tutti questi tipi di interventi.

L'intervento in sede penale è sempre, più o meno, un intervento improvviso e inaspettato: la giustizia penale irrompe nella vita dell'adolescente come il classico "fulmine a ciel sereno".

Ciò che mi sembra importante, anche alla luce di quanto sopra detto circa le caratteristiche che il processo penale minorile dovrebbe sempre avere, è trasformare ogni volta e in ogni singolo caso questo "ingresso" subitaneo nella vita del minore in un'occasione per costruire qualcosa di positivo, formulando un progetto che sia funzionale alla maturazione del ragazzo. Non è un compito sempre semplice, anche in ragione delle modalità del processo penale che rispondono a esigenze diverse rispetto agli interventi civili.

Del tutto diversi, dal punto di vista del contatto iniziale, sono, invece, gli interventi effettuati dal Tribunale in campo civile.

E' interessante in questi casi rilevare chi formula la richiesta di intervento e chi sceglie il tipo di intervento.

Tre casi come esempi: in uno la richiesta e anche la scelta dell'intervento è partita dal minore, nell'altro dalla famiglia, nell'ultimo dai SS.

Emanuela ha quindici anni. Quando i suoi genitori si sono separati, circa sei anni fa, la ragazza è stata affidata, inizialmente, con un fratello più piccolo, al padre. Circa due anni fa il padre, attraversando un momento di difficoltà anche lavorativa, ha deciso di chiedere alla ex moglie di prendersi cura dei due figli, di fatto "scaricandoli" a lei.

Emanuela si rivolge al SS chiedendo aiuto: non sopporta più la madre, così dice, che ha problemi psichici e verosimilmente fa uso di sostanze stupefacenti, ma non può neppure tornare con il padre, con il quale ha un

pessimo rapporto e che, sostiene la ragazza, nei rari periodi in cui si prende cura di lei, la maltratta anche fisicamente. Emanuela chiede di essere collocata in una Comunità.

Nello stesso periodo, il padre di Emanuela si rivolge al Tribunale, chiedendo che i figli siano riaffidati a lui e denunciando le gravi carenze della moglie, che a sua detta fa uso di droghe e frequenta soggetti di dubbia reputazione. Il padre sostiene che la figlia non vuole più avere rapporti con lui semplicemente perché lui, a differenza della moglie, le impone delle regole che la ragazza, abituata alla massima libertà, non vuole accettare.

Mentre il Tribunale, notiziato dai SS, cerca in collaborazione con i SS una possibile soluzione, Emanuela, di sua spontanea volontà, comincia a vivere presso una famiglia del suo paese, che già ospita in affido un suo compagno di scuola e chiede di potervi rimanere.

Il caso di Emanuela è un caso singolare: è lo stesso adolescente in difficoltà che si rivolge al SS e chiede un intervento ed è lo stesso adolescente che effettua, poi, una scelta personale sul suo futuro.

Si deve sottolineare anche un altro aspetto rilevante. Il padre di Emanuela accusava la ragazza di voler rimanere affidata alla madre e non a lui, perché la madre, non prendendosi affatto cura di lei, la lasciava completamente libera e non le imponeva alcuna regola comportamentale. La famiglia in cui Emanuela ha scelto di vivere, è, secondo quello che riferisce il SS, una famiglia che esercita un forte controllo sulla minore; soprattutto l'affidataria è una donna che sa imporre ai ragazzi a lei affidati regole e modelli comportamentali.

Analizzando la vicenda di Emanuela, mi sembra importante sottolineare un altro aspetto. E' importante, a mio avviso, che i minori adolescenti trovino degli interlocutori, che abbiano a disposizione, cioè, delle strutture a cui rivolgersi o meglio a cui sappiano che possono rivolgersi.

In qualche vicenda di minori adolescenti oggetto di intervento del Tribunale la segnalazione è partita proprio da strutture presenti nelle scuole, occasionalmente o stabilmente, alle quali i minori si sono rivolti prima di tutto per trovare ascolto al loro problema.

Che sia il minore stesso a richiedere l'intervento del SS è circostanza singolare; di solito l'intervento è chiesto dai genitori del minore o vi si arriva a seguito di segnalazione effettuata dalla scuola o da altri organismi.

Nel caso di Francesca coloro che hanno richiesto l'intervento del SS e, di riflesso, del Tribunale, sono stati i genitori.

Francesca ha sedici anni. Due anni fa si è trasferita nelle Marche con la sua famiglia da una regione del sud Italia. Come ho detto, sono i suoi genitori,

che hanno anche un altro figlio molto più piccolo, a chiedere aiuto al SS.

Riferiscono che la minore è sempre stata, fino a poco tempo fa, una ragazza responsabile e “giudiziosa”, sollecita nell’aiutare in famiglia, con ottimi risultati a scuola. Poco dopo il trasferimento e il suo inserimento in un nuovo nucleo di amici, che i genitori descrivono come figure negative (senza regole e senza valori, così affermano), Francesca ha cambiato del tutto atteggiamento sia in ambito scolastico che in famiglia. La ragazza, ora, ha notevoli difficoltà a seguire i programmi scolastici in modo adeguato e, in famiglia, dimostra scarsa disponibilità all’aiuto e al dialogo. La madre racconta che Francesca ha cominciato a mentirle, affermando di aver perso ogni fiducia in sua figlia. Francesca, inoltre, in un paio di occasioni si è allontanata da casa, anche per più giorni, senza dare alcuna notizia di sé ai genitori, ovviamente allarmati.

Il SS comincia un percorso di sostegno, rivolto sia a Francesca che ai suoi genitori, ma dopo breve tempo, i genitori, affermando di non essere più in grado di gestire la situazione e di “contenere” la figlia, chiedono che Francesca sia collocata in Comunità.

E’ a questo punto che interviene il Tribunale, con un provvedimento con il quale si dispone l’affido di Francesca ai SS con collocamento presso idonea Comunità. La ragazza è accompagnata dagli stessi genitori nella struttura che la ospiterà e, conosciuto il luogo e le regole che lo governano, accetta personalmente il percorso di crescita che le viene offerto.

Nella vicenda di Francesca colpisce, evidentemente, il fatto che le condotte per così dire devianti della minore siano state attuate dopo il trasferimento in un’altra regione. Francesca fino al momento del trasferimento è vissuta in un paesino piccolo piccolo, nell’entroterra siciliano, molto povero, verosimilmente in un contesto in cui c’erano, sia per lei che per i coetanei, poche possibilità di evasione e di svago, ma anche poche occasioni di conoscenza del mondo esterno. Forse, Francesca al suo arrivo nelle Marche si è trovata in una realtà diversa, più ricca sotto tanti punti di vista, con coetanei abituati a usufruire, in famiglia, di maggiore libertà di quanto non lo fosse per lei (i coetanei che i genitori hanno descritto senza regole e senza valori).

La vicenda di Francesca ha, comunque, dei risvolti positivi che meritano di essere sottolineati: sono stati i genitori spontaneamente a chiedere aiuto in un momento di difficoltà nella gestione del loro ruolo; sono stati i genitori ad accompagnare Francesca in Comunità e la ragazza ha avuto modo, sia pure a posteriori, di capire e condividere il percorso che altri avevano scelto per lei.

In altri casi l’intervento è eteroimposto, sia rispetto al minore che rispetto alla famiglia. In alcuni casi si tratta di un intervento “di ritorno”, nel senso



che il Tribunale si era già occupato della vicenda del minore quando questi era molto piccolo.

E', per esempio, il caso di Anna.

Anna è la terza di tre figli. I suoi fratelli, tutti più grandi di lei, hanno, oggi, vite "normali".

La madre della minore, successivamente alla separazione dal marito, avvenuta nel 1992, si è occupata da sola di Anna e degli altri due figli.

Il padre della minore ha assunto, dopo la separazione, un ruolo secondario nella vita dei figli, sia in conseguenza della conflittualità forte tra lui e la moglie (in alcuni momenti tale da richiedere l'intervento della forza pubblica), sia in conseguenza dell'aperta ostilità della suocera che, con la moglie, gli impediva, secondo quanto da lui stesso riferito agli operatori del SS, di far visita ai figli minori.

Successivamente alla separazione la madre di Anna è stata sostenuta, su sua richiesta, dal SS, da un punto di vista economico e, in un secondo momento, verificata l'incapacità della donna a gestire il suo ruolo genitoriale, anche da un punto di vista psicologico.

Con provvedimento di questo Tribunale del 1998 la minore è stata affidata, insieme ai tre fratelli, al SS del Comune di Ancona, proprio per un intervento di sostegno, rivolto sia alla madre, sia al padre, sollecitato a partecipare maggiormente alla vita dei figli.

Nel maggio 1999, a fronte di un miglioramento della situazione, determinato anche dal forte rapporto di solidarietà esistente tra Anna e i suoi fratelli, il Tribunale revocava il provvedimento di affido.

Il SS, che ha continuato a seguire la situazione, nel 2003 ha segnalato, però, che la condizione di Anna ha ripreso a necessitare una particolare attenzione. La madre, infatti, in cura da un neurologo, continua a mantenere un atteggiamento passivo rispetto alle vicende personali dei figli, dai quali non può essere percepita come punto di riferimento.

Anna ha cominciato a non frequentare la scuola e a tenere verso gli insegnanti un atteggiamento negativo. Ella ha, però, volentieri, accettato il suggerimento offertole dal SS di farsi aiutare da uno psicologo. Al momento Anna è stata di nuovo affidata al SS, per verificare la possibilità di attuare un sostegno psicologico.

Si è detto all'inizio che l'adolescenza è una fase della vita individuale contrassegnata da cambiamenti rapidi e spesso radicali e che, in ragione della sua peculiarità, l'intervento a tutela dell'adolescente deve essere più che mai oculato, tempestivo e soggetto a intenso controllo e che ha una fondamentale

valenza formativa perché ha lo scopo di attivare l'adolescente rispetto al suo futuro.

Ma oltre a queste caratteristiche l'intervento a favore dell'adolescente è anche un intervento attuato nei confronti di un utente che, a differenza degli altri, può avere la possibilità di interloquire.

Per questo mi sembra importante chiedersi, quando l'intervento è effettuato su un adolescente, quanto e come sia opportuno negoziare le scelte di intervento, quanto e come si debbano contrattare tali scelte, coinvolgendo il minore.

E', senza dubbio, importante, anche, quando l'intervento è effettuato su un adolescente, mantenere tra i soggetti coinvolti nell'intervento (Comunità o famiglia affidataria, SS, Tribunale) un collegamento stretto che consenta, attraverso una forte coordinazione, una continua rivalutazione del progetto e un suo adeguamento alla condizione attuale del minore. Questo impegno, che dovrebbe valere per tutti i casi di intervento attuati dal Tribunale, ha, a mio avviso, ancora maggior importanza nella specifica situazione dell'intervento a favore dell'adolescente.

Per concludere permettetemi un'osservazione, che non ha nessun carattere giuridico o psicologico, e anzi apparirà qualunquista e un po' "marzulliana". Però questa è la domanda che io mi faccio, da sei mesi a questa parte, tutte le volte che, come giudice per le indagini preliminari, termino l'interrogatorio di un minore.

Durante l'interrogatorio chiedo al minore (rientra tra le domande che si devono fare obbligatoriamente) quale scuola frequenta. Il ragazzo risponde con sicurezza.

Chiedo, allora, se la scuola che mi ha indicato l'ha scelta lui, perché l'ha scelta e se è contento di tale scelta. Il ragazzo a questo punto, invariabilmente, mi guarda con gli occhi spalancati come se avessi formulato una domanda inconcepibile. Farfuglia che ha scelto la scuola con l'aiuto dei genitori, che non gli piace molto quel tipo di indirizzo di studi, ma che è una scelta che offre sbocchi lavorativi.

A questo punto gli chiedo se gli piacerebbe frequentare una scuola diversa, in cui si studino materie che ama, o se, comunque, ha degli hobby o degli interessi extra scolastici che coltiva.

Il ragazzo mi guarda di nuovo con gli occhi stupiti, poi, racconta i suoi sogni. Di solito sono sogni piccoli, concreti e facilmente realizzabili: frequentare una scuola di grafica – il sogno di Marco – o suonare uno strumento – il sogno di Matteo. Qualcuno fatica a esprimere i suoi desideri, sembra quasi rinchiuso

in una concretezza forzata fatta di scuola e lavoretti estivi.

Ecco, la domanda che mi resta dentro ogni volta è questa: qualcuno si è mai occupato dei sogni piccoli, concreti e facilmente realizzabili di questi ragazzi? Qualcuno ha provato a incoraggiarli a scoprire e a coltivare capacità e interessi personali? Quali sono le risorse effettive che famiglia e scuola e società civile hanno messo loro a disposizione?

Mi viene in mente quella canzone di Jovanotti che diceva “sono un ragazzo fortunato perché mi hanno regalato un sogno, sono fortunato perché non c’è niente che ho bisogno” e non posso non pensare che questi ragazzi davvero “non c’è niente che hanno bisogno”, ma che nessuno ha regalato loro un sogno.







Finito di stampare nel mese di  
marzo 2004 presso la  
Tipolitografia Coopergraf di Ancona.

